LA SÉCURITÉ SOCIALE - **2022**

RAPPORT GÉNÉRAL

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

Inspection générale de la sécurité sociale

www.igss.gouvernement.lu

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

2022

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

Inspection générale de la sécurité sociale

Luxembourg
Décembre 2022

AVANT-PROPOS

La sécurité sociale est un droit humain fondamental, essentiel pour permettre aux personnes de vivre dignement. Elle nous accompagne et nous protège tout au long de notre vie et constitue ainsi l'un des maillons fondamentaux de notre société.

La pérennité de notre système de sécurité sociale figure donc au cœur de nos préoccupations. La pandémie de Covid-19 nous a mis à épreuve, mais grâce à notre système solide, la sécurité sociale a su jouer son rôle d'amortisseur et a pu protéger les assurés.

Le rapport général sur la sécurité sociale, recueil spécial de maintes données essentielles du secteur de la sécurité sociale, nous permet d'évaluer l'efficacité de la protection sociale de l'ensemble de nos citoyens, et de mettre en évidence d'éventuels points d'amélioration.

Notre système de sécurité sociale doit également répondre aux besoins changeants des assurés, c'est pourquoi des efforts sont poursuivis sans cesse pour rendre notre système plus digital, efficient et de meilleure qualité tout en préservant les principes de la sécurité sociale.

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



Claude Haagen

Ministre de la Sécurité sociale

SOMMAIRE

Avant-propos 5

Protection sociale 11

1. LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG 11

2. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE 14

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

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

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

Assurance maladie-maternité 33

INTRODUCTION 33

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

1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ 37

1.1. LES RESSOURCES HUMAINES 37
1.2. LES RESSOURCES MATÉRIELLES 46

2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE 49

2.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ AU LUXEMBOURG 51
2.2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER 87

3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES 90

3.1. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE 90
3.2. L'ANALYSE DE L'ABSENTÉISME POUR CAUSE DE MALADIE 91
3.3. ÉVOLUTION RÉCENTE DU TAUX D'ABSENTÉISME MALADIE 92
3.4. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MATERNITÉ 98
3.5. L'ANALYSE DE L'ABSENTÉISME POUR CAUSE DE MATERNITÉ 100

4. LA SITUATION FINANCIÈRE 108

4.1. SITUATION GLOBALE 109
4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES 111
4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS 115

Assurance dépendance 119

INTRODUCTION 119

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 119
LES BÉNÉFICIAIRES 120
ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 120
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 121
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 122

1. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE 123
1.1. LA CONVENTION-CADRE 123
1.2. LE CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES 125
1.3. LE PERSONNEL 125
2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 127
2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 128
2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES 132
2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DES FORFAITS SOINS PALLIATIFS ET DÉCÈS 133
2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE 134
3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 139
3.1. LES PRESTATIONS REQUISES RETENUES DANS LES SYNTHÈSES DE PRISE EN CHARGE 139
3.2. LES AIDES TECHNIQUES ET LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT 151
3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES 154
4. LA SITUATION FINANCIÈRE 163
4.1. SITUATION GLOBALE 163
4.2. LES RECETTES COURANTES 164
4.3. LES DÉPENSES COURANTES 165
4.4. LA RÉSERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 166

Assurance pension 167

INTRODUCTION 167

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION 167
RÉGIMES D'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG 167
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE PENSION 168
ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION 169
FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION 169

1. LES PRESTATIONS 170
1.1. LES PRESTATIONS PAYÉES 170
1.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS 171
1.3. LES PENSIONS MIGRATOIRES ET LES PENSIONS TRANSFÉRÉES 171
1.4. LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS 173
1.5. LE MONTANT MOYEN DES PENSIONS 173
1.6. LES ASSURÉS COTISANTS 174
2. LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION 176
2.1. LES RECETTES 177
2.2. LES DÉPENSES 178
2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE 178

Assurance accident 181

INTRODUCTION 181

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT 181
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT 182
ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT 183
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT 183

1. PRINCIPALES DONNÉES STATISTIQUES 184
1.1. LES EMPLOYEURS 184
1.2. LES ACCIDENTS 185
1.3. LES PRESTATIONS 188
2. LA SITUATION FINANCIÈRE 191
2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES 191
2.2. LES RECETTES COURANTES 192
2.3. LES DÉPENSES COURANTES 193

Prestations familiales 195

INTRODUCTION 195

OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES 195
LES PRESTATIONS POUR LES FAMILLES ET LES ENFANTS 196
ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES 196
FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES 196

1. LES PRESTATIONS 197

1.1. L'ALLOCATION POUR L'AVENIR DES ENFANTS 198
1.2. L'ALLOCATION SPÉCIALE SUPPLÉMENTAIRE 199
1.3. L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE 199
1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE 199
1.5. L'INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL 200
1.6. LE CHÈQUE-SERVICE ACCUEIL 201

2. LA SITUATION FINANCIÈRE 202

2.1. LES RECETTES COURANTES 203
2.2. LES DÉPENSES COURANTES 204
2.3. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER 204

Inclusion sociale 207

INTRODUCTION 207

OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE 207
LES PRESTATIONS DE L'INCLUSION SOCIALE 208
ORGANISATION DE L'INCLUSION SOCIALE 208
FINANCEMENT DE L'INCLUSION SOCIALE 208

1. LES PRESTATIONS 209

1.1. LE REVENU D'INCLUSION SOCIALE 209
1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION 210
1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES 211
1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE 212
1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE 213
1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES 214
1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES 214

2. LA SITUATION FINANCIÈRE 215

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES 215
2.2. LES RECETTES COURANTES 217
2.3. LES DÉPENSES COURANTES 217

Sommaire des tableaux 219

Sommaire des graphiques 223

Glossaire 227

Liste des abréviations 243

Références légales 247

PROTECTION SOCIALE

1. LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 1: Panorama de la protection sociale

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

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

Tableau 1: Panorama de la protection sociale (Suite)

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

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

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

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

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

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

2. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

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

Encadré méthodologique

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

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

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

Un changement méthodologique est opéré depuis 2019 pour déterminer les recettes et les dépenses courantes de la protection sociale. Pour être davantage en conformité avec la méthodologie SESPROS et avec celle de la comptabilité nationale, les gains ou pertes de détention (réalisés et non réalisés) du véhicule de placement du Fonds de compensation commun au régime général d'assurance pension (le Fonds) ne sont plus compris dans les recettes ou dépenses courantes. Les recettes et les dépenses courantes ont été révisées rétrospectivement jusqu'en 2007, date de création du véhicule de placement du Fonds. Outre ce changement méthodologique opéré en 2019, d'autres adaptations méthodologiques ont été opérées en 2020, 2021 et 2022 avec révisions rétrospectives des données jusqu'en 2007 (reclassement de certaines dépenses ou recettes, retrait des cotisations réacheminées lorsqu'elles se produisent au sein d'un même régime, changement du mode d'estimation des dépenses de la fonction logement, retrait d'une prestation considérée comme relevant de l'éducation et donc en dehors du champ de SESPROS, révision des dépenses et recettes du Fonds pour l'emploi et des dépenses et recettes de l'Administration centrale). Ces adaptations méthodologiques ont seulement modifié le profil des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale à la marge par rapport à la situation présentée l'an dernier.

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

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

2.1. LES RECETTES COURANTES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2021, les recettes courantes s'élèvent à 16 741,5 millions EUR, présentant une progression de 1,1% en comparaison avec l'année 2020 (16 559,5 millions EUR). Cette progression modeste est à mettre en perspective avec la progression à deux chiffres de 2020 qui résultait principalement du soutien financier de l'État en 2020 pour faire face à la crise liée à la COVID-19. Ce soutien financier de l'État s'est poursuivi en 2021 mais de façon plus modérée compte tenu de l'évolution des besoins (moins d'indemnités de chômage partiel pour cas de force majeure liée à la COVID-19 et moins de congés pour raisons familiales liés à la COVID-19 par exemple).

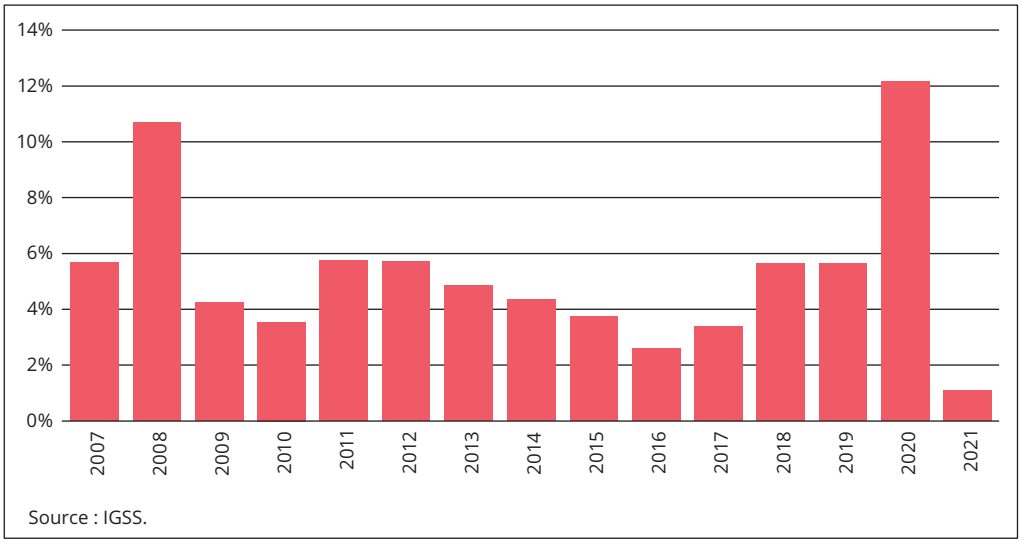
La progression des recettes courantes (graphique 1) résulte de quatre facteurs principaux : l'évolution de la masse des revenus cotisables, l'évolution des taux de cotisations sociales, les recettes générées pour financer l'introduction ou l'adaptation de prestations et celles générées pour financer les aides et mesures plus massives de l'État en période de conjoncture moins favorable. L'évolution de la masse des revenus cotisables est dictée par l'évolution de l'emploi, par l'indexation des revenus [3] et par la hausse du revenu cotisable moyen réel. Sur la période 2007-2021, le taux de cotisations sociales de l'assurance pension est resté fixé à 16%, celui de l'assurance maladie - soins de santé - est passé de 5,4% en 2007 à 5,6% en 2011, celui de l'assurance dépendance est fixé à 1,4% depuis 2007 et celui (taux moyen) de l'assurance accident a progressivement glissé de 1,45% en 2007 à 0,75% en 2020 [4]. Pour ce qui concerne le taux de cotisations sociales de l'assurance maladie - prestations en espèces -, il importe de rappeler que le financement et la gestion des indemnités pécuniaires de maladie a connu un virage important en 2009 avec l'introduction du statut unique et de la Mutualité des employeurs (MDE) [5].

A la période 2007-2008, caractérisée par une progression soutenue des recettes due à la bonne santé de l'économie et, pour 2008, à la participation de l'État pour financer le boni pour enfant suivent deux années (2009 et 2010) marquée par un ralentissement de la progression dû principalement à la crise économique et financière malgré une hausse des recettes pour financer les mesures d'emploi et les aides sociales dues à cette crise. La dynamique des recettes de 2011 tient à une reprise de l'emploi combinée à la hausse du taux de cotisations sociales pour soins de santé. A cette dynamique suit une période de 5 ans marquée par une croissance ralentie des recettes en réponse à une hausse plus modeste de l'emploi, à une absence d'indexation des revenus entre octobre 2013 et janvier 2017. Les exercices 2017 à 2019 affichent par contre des hausses qui se situent autour de 6% résultant d'une reprise de l'emploi, du retour de l'indexation des revenus (en janvier 2017 et en aout 2018) et d'une hausse du revenu cotisable moyen réel. Le financement par l'État des mesures exceptionnelles pour lutter contre la crise liée à la COVID-19 en 2020 estimé autour de 1 000 millions EUR (indemnités pécuniaires de maladie prises en charge par la CNS en lieu et place de la Mutualité des employeurs, élargissement du congé pour raisons familiales, introduction du congé pour le soutien familial, recours au chômage partiel pour cas de force majeure, doublement de l'allocation de vie chère, frais supplémentaires de l'assurance maladie-maternité générés par la réalisation des tests PCR pour la recherche du virus SARS-COV-2, frais liés au large-scale testing, mise à disposition gratuite de masques de protection à la population et au personnel exerçant dans les hôpitaux, les maisons de soins, les écoles, les crèches ou les transports publics) explique en grande partie la hausse à deux chiffres des

3. 10 fois au cours de la période 2007-2021 : 03/2008, 03/2009, 07/2010, 10/2011, 10/2012, 10/2013, 01/2017, 08/2018 et 01/2020 et 10/2021.
4. Depuis 2019, ce taux est multiplié par un facteur bonus-malus.
5. Depuis 2009, ce taux est fixé à 0,5% pour l'ensemble des salariés du secteur privé alors qu'avant cette date ce taux et le mode d'indemnisation variaient selon le statut du salarié (ouvrier versus employé).

recettes en 2020. Comme indiqué plus haut, la progression modérée de 2021 (+1,1%) est à mettre en perspective avec celle exceptionnelle de 2020.

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

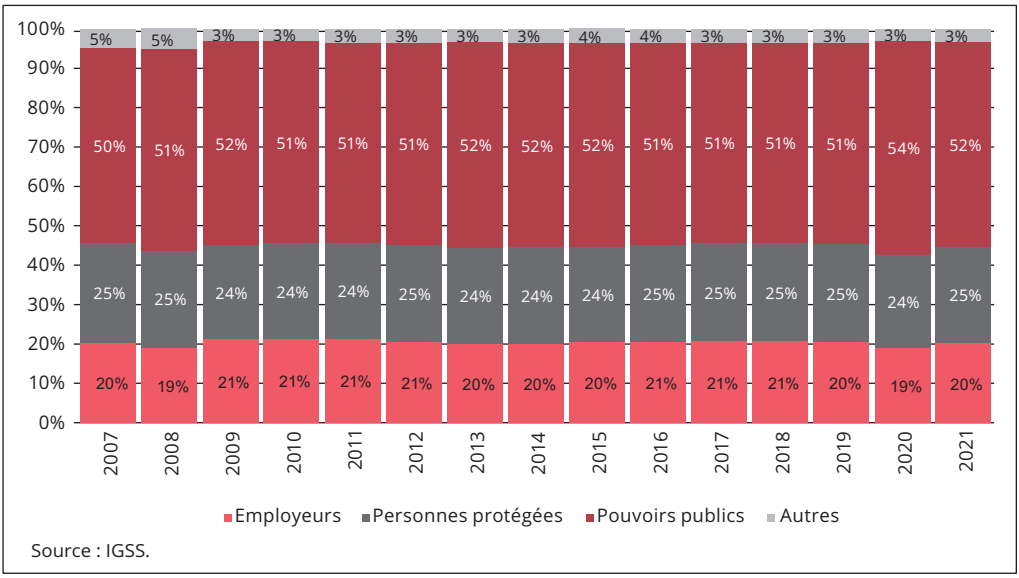


Source : IGSS.

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

Les cotisations des employeurs (hors la part employeur pour le financement des pensions statutaires) représentent 20,2% des recettes courantes en 2021 tandis que la participation des personnes protégées atteint 24,6%. Les pouvoirs publics interviennent quant à eux à hauteur de 51,9% (les pouvoirs publics regroupent les contributions publiques, y compris la part employeur pour le financement des pensions statutaires). La part restante provient principalement des revenus de la propriété. Si la contribution des différents acteurs aux recettes est restée relativement constante au cours des 15 dernières années, l'année 2020 se distingue par une contribution des pouvoirs publics plus importante du fait de la prise en charge par l'État des mesures de protection sociale pour lutter contre la pandémie de la COVID-19 (graphique 2).

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

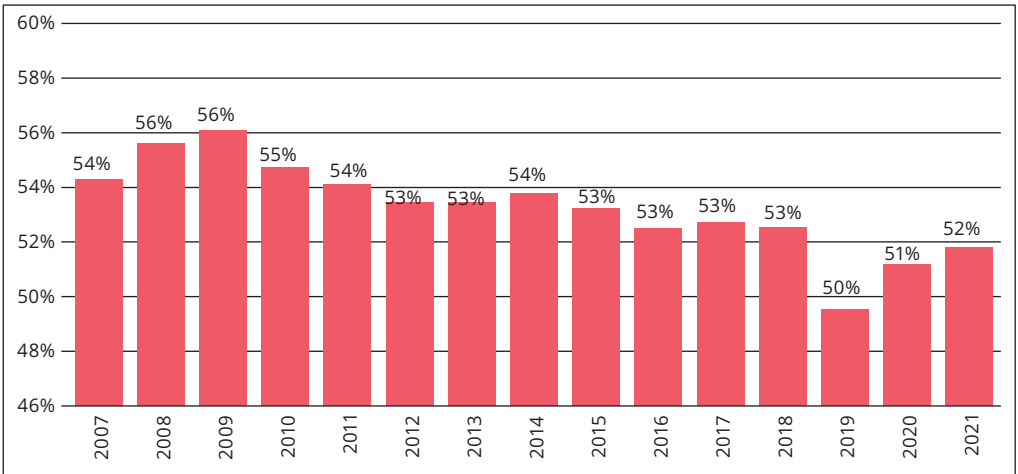


Source : IGSS.

L'État est le premier contributeur au financement de la protection sociale et sa participation représente une part importante de ses dépenses courantes. Entre 2007 et 2021, cette part oscille entre 49,5% et 56,1%. En temps de conjoncture faible, la rigidité des dépenses budgétaires envers la protection sociale implique des taux plus élevés. Le recul de la part relative de la participation de l'État en 2007 est notamment dû à la désindexation des prestations familiales et au plafonnement de la participation au financement de l'assurance dépendance. Néanmoins cette réduction des dépenses budgétaires de l'État est largement compensée à partir de 2008 par l'introduction du boni pour enfant. Les dépenses relatives aux mesures d'emploi et d'aide sociale impactent la participation de l'État à partir de 2009 et depuis 2012, l'État a sérieusement augmenté sa contribution au financement de l'assurance dépendance. A partir de 2017, les dépenses importantes relatives au congé parental réformé introduit en décembre 2016 sont venues renforcer la participation de l'État au financement de la protection sociale. Le taux de 2019 (49,5%), le plus bas au cours des 15 dernières années, s'explique par la hausse inédite des dépenses courantes de l'État en 2019 (+12,2%), hausse en partie due à un changement méthodologique quant à la manière de présenter les dépenses courantes de l'État à partir de 2019 [6] (graphique 3). Malgré une progression de la participation de l'État au financement de la protection sociale qui s'établit à 19,8% en 2020 par rapport à 2019, la part que représente la contribution de l'État à ce financement rapportée aux dépenses courantes progresse de moins d'un point de pourcentage : 51,2% en 2020 pour 49,5% en 2019. Cet état des faits résulte d'une progression des dépenses courantes de l'État (+16,0%) quasiment aussi importante que celle de la participation de l'État au financement de la protection sociale entre ces deux dates. En 2021, avec un recul de la participation de l'État au financement de la protection sociale de 3,2% et un recul des dépenses courantes de 4,4%, ce taux s'établit à 51,8%.

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

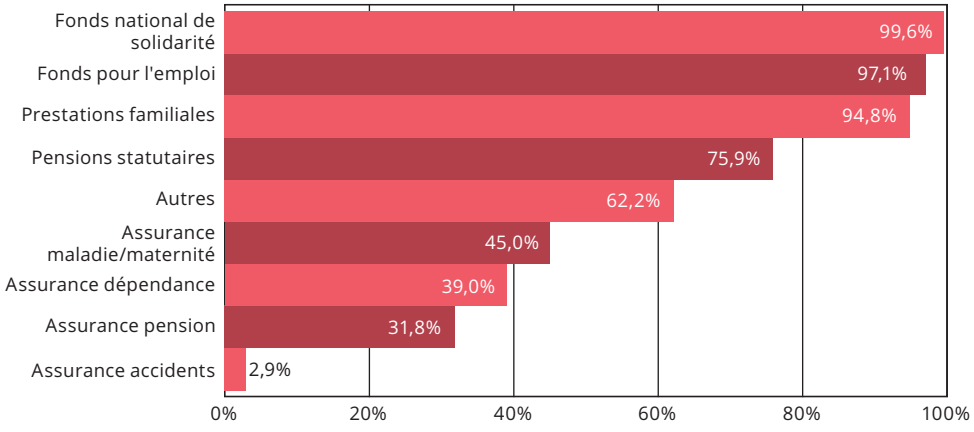
Graphique 3: Évolution de la participation de l'État au financement de la protection sociale (en % du budget des dépenses courantes de l'État)



Source : IGSS.

La contribution de l'État au financement de la protection sociale varie fortement selon les régimes. Sur la période 2017-2021, cette contribution est la plus faible pour le régime assurance accidents dont le financement est très majoritairement assuré par les employeurs. L'assurance pension est financée à parts égales entre les employeurs, les assurés et les pouvoirs publics. L'État finance l'assurance dépendance à hauteur de 334,8 millions EUR en 2021, soit 38,1% de ses recettes; le reste est principalement financé par les personnes protégées. Le financement de l'assurance maladie-maternité est réparti par parts égales entre assurés et employeurs et l'État supporte 40% des cotisations auxquelles s'ajoutent les cotisations prises en charge par l'État pour certaines catégories de personnes protégées. Les pensions statutaires sont majoritairement financées par les pouvoirs publics. Les recettes des régimes prestations familiales, du Fonds pour l'emploi et du Fonds national de solidarité proviennent principalement des pouvoirs publics (graphique 4).

Graphique 4: Répartition de la participation de l'État au financement des régimes de protection sociale (en % des recettes courantes - valeurs moyennes sur la période 2017-2021)



Source : IGSS.

La particularité du marché du travail luxembourgeois, qui occupe aujourd'hui près de 49% de non-résidents dans le secteur salarié, mérite qu'un rappel soit fait concernant leur participation au système national de protection sociale. Au même titre que les résidents, les non-résidents contribuent au système et, comme cela sera développé au point suivant, ils en sont bénéficiaires. Les travailleurs non-résidents participent à hauteur de 43,5% à la contribution des personnes protégées au régime assurance pension. Pour les régimes assurance maladie-maternité, assurance dépendance et assurance accidents [7], ces taux sont respectivement de 34,9%, 33,6% et 23,3%.

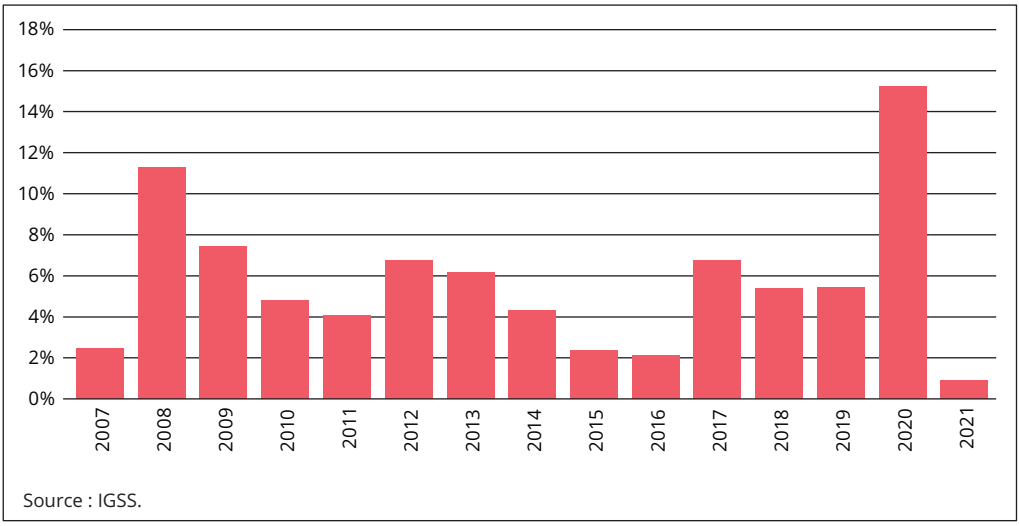
2.2. LES DÉPENSES COURANTES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2021, les dépenses courantes atteignent 15 794,1 millions EUR soit une augmentation de 0,9% par rapport à l'année 2020 (15 654,6 millions EUR).

Sur la période 2007-2021, la croissance nominale annuelle des dépenses évolue en dents de scie avec des pics qui reflètent l'introduction et/ou la revalorisation de prestations ou encore des situations de crise. L'entrée en vigueur du boni pour enfant en 2008 déclenche la forte progression des dépenses pour cette même année. Le taux élevé qui perdure en 2009 résulte du recours aux instruments de maintien dans l'emploi ainsi que de la demande soutenue d'assistance sociale. Après deux années (2010 et 2011) de ralentissement des dépenses dû à la réforme de l'assurance maladie-maternité en termes de consolidation financière et à la baisse du nombre de bénéficiaires de prestations familiales suite à l'introduction, fin 2010, de la nouvelle loi sur l'aide financière de l'État pour études supérieures dont les dépenses ne figurent pas dans la nomenclature SESPROS, 2012 et 2013 renouent avec une poussée significative. De 2014 à 2016, la progression des dépenses accuse un ralentissement du fait, en grande partie, d'une meilleure maîtrise des dépenses de soins de santé et de longue durée et, pour 2016, d'une baisse des dépenses en matière de chômage suite au recul du taux de ce dernier. L'année 2017 est marquée par un retour de la progression des dépenses attribuable en partie à la fin des mesures d'économies des soins de santé qui étaient en application depuis 2011, à la hausse des dépenses de soins de longue durée résultant principalement de la forte variabilité annuelle des opérations sur provisions et à la hausse des dépenses en matière de congé parental suite à la réforme de ce dernier en décembre 2016. Les années 2018 et 2019 affichent des hausses qui se situent autour de 6%. Les dépenses supplémentaires ayant trait aux mesures de protection sociale pour lutter contre la crise liée à la pandémie de la COVID-19 ont largement participé à la hausse record des dépenses qui s'établit à 15,2% en 2020. Bien que des dépenses en lien avec la crise liée à la pandémie de la COVID-19 se sont poursuivies en 2021, elles n'ont rien de comparables avec celles de 2020 et expliquent la faible hausse des dépenses courantes en 2021 par rapport à 2020.

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

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

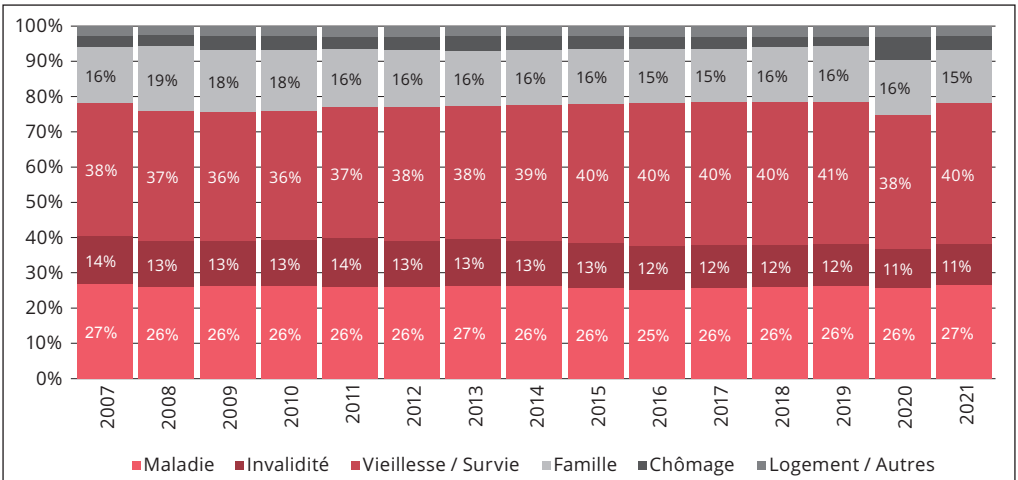


Source : IGSS.

En 2021, 67% des prestations sont dispensées sous forme de prestations en espèces et 33% sous forme de prestations en nature. Les prestations de la fonction vieillesse/survie (40,2%) et les prestations de la fonction maladie (26,7%) forment près de 67% des dépenses.

Après une modification de la structure des dépenses de prestations de protection sociale en 2020 suite aux mesures prises pour lutter contre la COVID-19, celle-ci a repris en 2021 la forme de celle observée de 2019. En 2020, l'indemnité de compensation versée lors du chômage partiel pour cas de force majeure en 2020 avait fait bondir la fonction chômage et avait mécaniquement fait reculer les autres fonctions, et plus particulièrement celles qui ne comprennent pas de prestations ciblées par les mesures pour lutter contre la crise de la pandémie de la COVID-19. Avant 2020, au cours de la période 2007-2019, la structure des dépenses de prestations de protection sociale avait déjà connu des changements. Ces changements sont le résultat de l'interaction entre les réformes des prestations du système de protection sociale, la conjoncture économique, l'évolution démographique de l'ensemble de la population et de celle de la population en emploi. Le poids des prestations de la fonction vieillesse/survie, qui approche 40% des dépenses en 2019, a gagné près de 4 points de pourcentage au cours des 10 dernières années. Cette progression s'est faite au détriment de la fonction famille qui a vu son poids relatif diminuer de 2,4 points de pourcentage entre 2009 et 2019 passant de 17,8% à 15,4%. La désindexation des prestations familiales introduite en 2006 et la baisse du nombre de bénéficiaires d'allocations familiales depuis la loi du 26 juillet 2010 sur les aides financières de l'État pour études supérieures ont participé au recul du poids de la fonction famille, et ce, malgré le développement des prestations en matière de garde d'enfants depuis 2009 et la réforme du congé parental, fin 2016. Avec une progression annuelle des dépenses consacrées aux pensions d'invalidité bien plus lente que les autres prestations due à la réduction du nombre de bénéficiaires de cette prestation sur la période, la part des prestations de la fonction invalidité qui regroupent les pensions d'invalidité et les prestations de l'assurance dépendance se réduit également sur la période. Les poids des autres fonctions sont par contre restés relativement stables au cours des quinze dernières années (graphique 6).

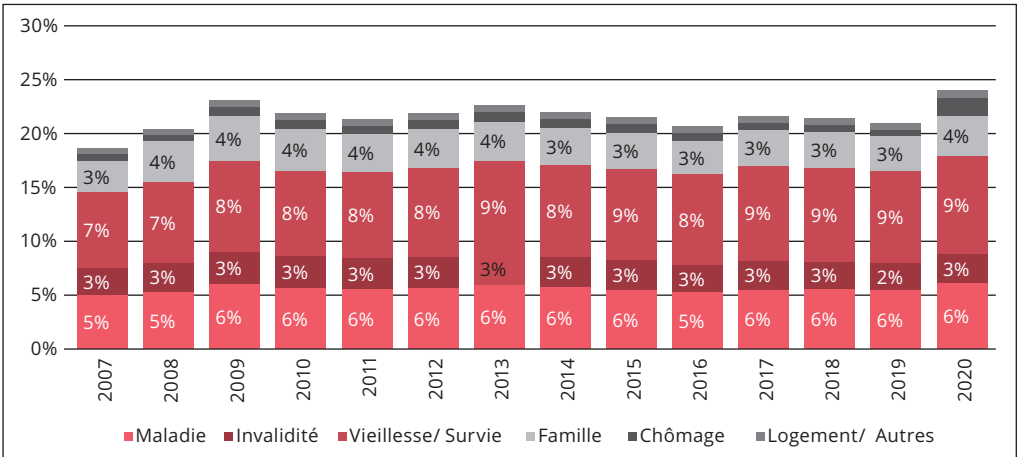
Graphique 6: Évolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes)



Source : IGSS.

En 2021, par fonction et rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut), ce sont les prestations de la fonction vieillesse/survie et les dépenses de la fonction maladie qui représentent les dépenses les plus importantes avec respectivement 8,6% et 5,7% du PIB. Les prestations de la fonction famille qui incluent le congé pour raisons familiales interviennent pour 3,2% et les prestations de la fonction invalidité (y compris les prestations de l'assurance dépendance) comptent pour 2,5% (graphique 7).

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



Source : IGSS.

Comme souligné au point précédent, les travailleurs non-résidents contribuent au système national de protection sociale. Par conséquent, ils en bénéficient. Une partie non-négligeable des prestations en espèces est donc exportée à l'étranger. Concernant le régime assurance maladie-maternité, 50,9% des prestations en espèces sont versées aux non-résidents en 2021. De même, 47,2% des prestations du régime prestations familiales , 46,8% des prestations en espèces du régime assurance accident et 29,7% du régime assurance pension sont exportées à l'étranger. En ce qui concerne les prestations en nature , 14,8% des prestations en nature de l'assurance accident, 15,9% des soins de santé de l'assurance maladie-maternité et 1,8% des prestations de l'assurance dépendance sont consommés par les non-résidents.

Bien qu'en constante progression, le taux des prestations en espèces de l'assurance pension exportées reste encore faible (29,7% en 2021). Cette situation trouve deux explications majeures: le nombre et le montant des pensions exportées. Au cours des 50 dernières années, le développement de l'économie a dépassé celui de la démographie et le déficit n'a pu être comblé que par une immigration soutenue et, plus tard, par le recours à des travailleurs non-résidents. Une partie non-négligeable des immigrants s'est implantée au Luxembourg. Ceux qui sont retournés dans leur pays ont plus souvent connu des carrières partielles au Luxembourg et bénéficient donc de prestations de l'assurance pension réduites puisque calculées sur la durée d'affiliation. Le caractère encore récent de l'afflux, sur le marché du travail, d'une population active non-résidente relativement jeune ne permet pas encore à un grand nombre d'entre eux d'ouvrir les droits pour bénéficier de prestations de pension.

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

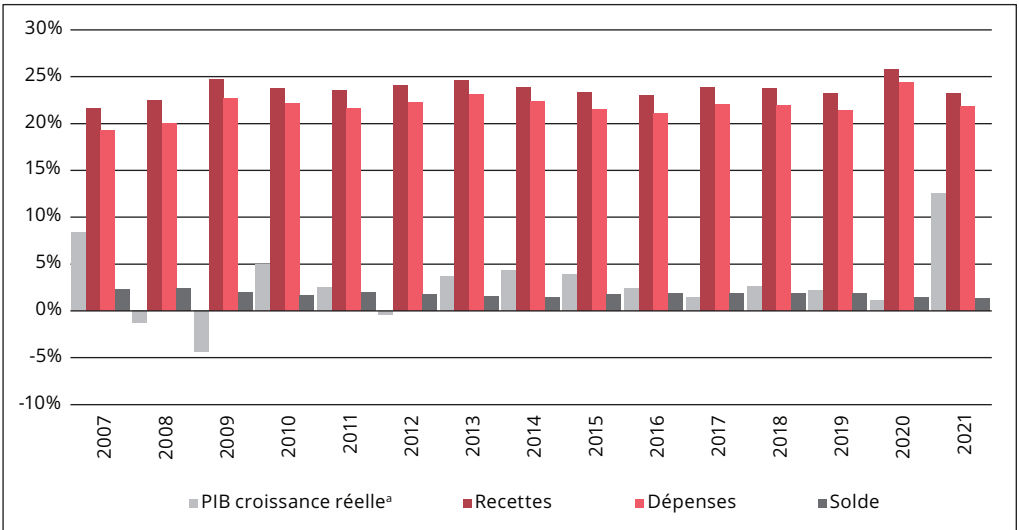
2.3. SITUATION GLOBALE

Au regard des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale décrites ci-dessus, le bilan de l'année 2021 présente un solde global positif de 947,4 millions EUR (904,8 millions EUR en 2020).

Avec un ratio des recettes courantes rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut) de 23,1% et un ratio des dépenses courantes rapportées au PIB de 21,8%, le solde global de la protection sociale représente 1,3% du PIB en 2021.

Depuis 2007, recettes et dépenses courantes rapportées au PIB évoluent quasiment toutes les années dans le même sens avec, pour chaque année, un avantage aux recettes. Le solde positif qui se maintient tout au long de la période s'explique par les dispositions de financement qui prévoient une participation directe de l'État dans certaines prestations et par l'effet combiné de l'évolution dynamique de l'emploi et des prestations/recettes y relatives (graphique 8).

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



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

Enfin, pour une vue d'ensemble de la situation financière de la protection sociale, le tableau suivant détaille les recettes et les dépenses totales de protection sociale (y compris les cotisations réacheminées, les transferts entre régimes, les gains ou pertes de détention (réalisés et non réalisés) du véhicule de placement du Fonds de compensation commun au régime général de pension, les prélèvements et les dotations aux réserves) pour la période 2012-2021.

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
RECETTES										
Cotisations employeurs	2.909,2	3.018,5	3.174,9	3.364,7	3.467,9	3.603,9	3.787,6	3.977,9	4.120,5	4.517,8
Cotisations personnes protégées	2.635,1	2.727,5	2.849,4	2.947,7	3.061,3	3.286,1	3.477,8	3.702,0	3.905,6	4.133,0
Cotisations réacheminées	225,6	244,9	254,6	263,4	263,7	292,0	313,9	335,1	367,2	390,3
Recettes fiscales	4.816,8	5.212,9	5.380,0	5.510,3	5.578,1	5.958,3	6.313,7	6.729,6	8.126,0	7.624,7
Transferts entre régimes	98,5	95,9	104,9	93,7	96,7	167,2	191,7	188,4	215,6	199,1
Autres recettes	946,6	749,7	1.537,8	615,5	941,2	736,7	132,9	2.709,5	1.252,7	2.700,8
dont pertes et gains de détention	588,6	387,0	1.127,4	168,7	493,0	274,8	-371,7	2.189,8	758,9	2.234,8
Prélèvements	70,6	140,4	105,1	74,6	52,4	15,8	0,0	2,9	99,3	57,3
TOTAL	**11.702,4**	**12.189,8**	**13.406,7**	**12.870,0**	**13.461,3**	**14.059,9**	**14.217,5**	**17.645,4**	**18.086,8**	**19.622,9**
DEPENSES										
Prestations en espèces	6.879,5	7.299,8	7.636,1	7.907,0	7.995,7	8.405,8	8.846,5	9.317,0	10.926,6	10.430,9
Prestations en nature	2.917,7	3.207,6	3.326,4	3.331,1	3.371,1	3.689,4	3.918,9	4.198,5	4.573,5	5.108,4
Cotisations réacheminées	225,6	244,9	254,6	263,4	263,7	292,0	313,9	335,1	367,2	390,3
Frais de fonctionnement	144,2	156,2	158,2	157,6	172,7	178,8	179,5	181,4	191,8	213,7
Transferts entre régimes	98,5	95,9	104,9	93,7	96,7	167,2	191,7	188,4	215,6	199,1
Autres dépenses	26,9	24,9	21,7	26,6	26,5	26,8	487,0	50,2	49,1	41,0
dont pertes et gains de détention							-441,7			
Dotations	1.409,9	1.160,5	1.904,8	1.090,7	1.534,9	1.300,0	280,0	3.374,8	1.763,0	3.239,5
TOTAL	**11.702,4**	**12.189,8**	**13.406,7**	**12.870,0**	**13.461,3**	**14.059,9**	**14.217,5**	**17.645,4**	**18.086,8**	**19.622,9**

Source : IGSS.

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

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

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

Comme indiqué précédemment, il existe deux types de risques, ceux couverts par un régime non contributif et ceux couverts par un régime contributif, c'est-à-dire à caractère professionnel. Le nombre de personnes protégées par le système de protection sociale luxembourgeois est donc différent selon le risque qui est envisagé et le régime qui le gouverne. Ce nombre varie également en fonction de la législation applicable (luxembourgeoise ou celle du pays de résidence) en matière d'affiliation et en matière de prestation compte tenu de la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale[8].

Les risques couverts par un régime non contributif sont les suivants : famille, exclusion sociale, handicap et logement[9]. Pour ces derniers, la protection sociale s'ouvre à toutes les personnes résidant sur le territoire luxembourgeois, ce qui signifie que toute la population résidente est potentiellement protégée. En matière de prestations familiales, conformément à la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, le droit s'ouvre également au titre d'une activité salariée ou non salariée. Les travailleurs frontaliers et les membres de leur famille ont ainsi droit aux prestations familiales luxembourgeoises et aux prestations familiales de leur pays de résidence. Pour ces cas qui cumulent des droits, la réglementation européenne prévoit des règles de priorité pour déterminer le pays ou les pays compétents pour le paiement des prestations familiales. L'ordre de priorité est le suivant : pays de travail, pays qui délivre une pension, pays de résidence. Lorsqu'un parent travaille dans le pays de résidence où vivent également les enfants et l'autre parent est frontalier travaillant au Luxembourg, la priorité va au pays où résident les enfants. Ainsi, si un des parents travaille dans le pays de résidence et l'autre est travailleur frontalier, c'est en premier lieu le pays de résidence qui est compétent et le Luxembourg verse, le cas échéant, le complément différentiel correspondant à la différence entre le montant des prestations familiales luxembourgeoises et celui du pays de résidence. Par contre, si un des parents ne travaille pas et que l'autre est travailleur frontalier ou que les deux parents sont travailleurs frontaliers, c'est en priorité le Luxembourg qui est compétent. Sauf très rares exceptions, les montants des prestations familiales luxembourgeoises étant plus élevés que ceux des pays voisins, le pays de résidence n'aura pas, dans ce cas, à verser un supplément.

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

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

- La première catégorie correspond aux personnes qui sont protégées du fait de l'exercice d'une occupation professionnelle rémunérée sur le territoire. Cette dernière ouvre droit à une protection contre les risques maladie-maternité (prestations en espèces et en nature), dépendance, vieillesse, invalidité, accident et chômage[10]. La protection contre le chômage complet dépend quant à elle du pays de résidence et non du pays de travail alors que celle concernant les autres formes de chômage (partiel, intempéries, accidentel et technique involontaire) relèvent de la législation du pays de travail. En conséquence, l'indemnité de chômage complet luxembourgeoise n'est pas versée aux travailleurs frontaliers. Ces derniers relèvent de la législation en matière de chômage complet de leur pays de résidence qui doit, par contre, tenir compte des périodes de travail au Luxembourg pour déterminer le montant de l'indemnité chômage complet. Le fait d'être bénéficiaire d'une pension de vieillesse, de survie ou d'invalidité, du revenu d'inclusion sociale (REVIS), du revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) ou d'un revenu de remplacement permet également d'être protégé contre les risques précités. Pour les non-résidents bénéficiaires d'une pension de vieillesse, de survie ou d'invalidité, le pays responsable de leur couverture sociale (maladie-maternité, dépendance) est fixé par la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Si le non-résident perçoit uniquement une pension versée par le Luxembourg, la responsabilité de la couverture sociale reviendra au Luxembourg. Si le non-résident perçoit une pension versée par le Luxembourg et une pension versée par son pays de résidence, la responsabilité de la couverture sociale reviendra au pays de résidence.
- La deuxième catégorie correspond aux assurés volontaires. Il s'agit de personnes n'exerçant plus d'activité professionnelle mais qui peuvent, sous certaines conditions liées à leur activité antérieure, s'acquitter de cotisations qui ouvrent droit à une protection sociale, mais uniquement contre les risques maladie-maternité[11] et vieillesse[12].
- La troisième catégorie correspond aux personnes bénéficiant de droits dérivés. Les droits dérivés sont des droits dont peuvent se prévaloir d'autres personnes que celles qui ont payé des cotisations, à condition que les intéressés (conjoints et enfants) ne soient pas affiliés personnellement et qu'ils résident au Luxembourg (sauf en cas d'études ou de formation professionnelle). Les droits dérivés s'appliquent dans deux cas : d'abord pour les conjoints ou enfants des cotisants, qui en tant que membres de famille, sont couverts contre le risque maladie-maternité (uniquement pour les prestations en nature, c'est-à-dire les soins de santé) et le risque dépendance ; ensuite pour les conjoints survivants[13], qui bénéficient de prestations de survie concernant l'assurance pension et l'assurance invalidité. En tant que bénéficiaires d'une prestation de survie, les personnes concernées sont protégées contre le risque maladie-maternité et dépendance en vertu d'un droit propre. Sous certaines conditions, dictées par la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, les membres de famille non-résidents d'un assuré principal non-résident peuvent bénéficier des droits dérivés aux prestations en nature maladie-maternité et aux prestations dépendance. Si le conjoint d'un assuré principal non résident n'est pas

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

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

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

Le tableau 3 propose, pour 2021, un panorama général de la protection sociale en termes de population protégée mais également en termes de bénéficiaires. Ce tableau reprend l'ensemble des risques et l'ensemble des types de personnes protégées (tels que décrits précédemment).

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

Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2021 (moyenne annuelle)

	Régime contributif							Régime non contributif		
	Maladie-maternité		Dépendance	Vieillesse	Invalidité	Accident	Chômage[a]	Famille[b]	Exclusion sociale[b]	Handicap[b]
	Espèces[c]	Soins santé		Régime général	Régime général					
Assurance obligatoire	447.162	636.241	636.241	468.857	468.857	497.733[d]	257.469			
au titre de l'occupation professionnelle	447.162	501.892[e]	501.892[e]	468.857	468.857	497.733	257.469			
au titre d'une pension		123.791	123.791							
au titre d'un autre revenu		9.594	9.594							
REVIS		7.882	7.882							
Préretraite		1.712	1.712							
autres assurés obligatoires		964	964							
Assurance volontaire		6.254	6.254	4.651	4.651					
Assurance au titre d'un droit dérivé		272.147	272.147							
Total personnes protégées par risque	**447.162**	**914.642**	**914.642**	**473.508**	**473.508**	**497.733**	**257.469**			
Nombre de personnes bénéficiaires par risque	267.698[f]	566.537[g]	16 062[b]	139.429[h]	16.525h	29.200[i]	8.190	196.921[j]	24.275[k]	5.261[l]

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

Source : IGSS.

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

Au total, la population protégée des régimes contributifs s'élève, pour 2021 en moyenne annuelle, à 914 642 personnes. Parmi elles, 64,2% sont des résidents et 35,8% des non-résidents (tableau 4). La structure de la population protégée en fonction du statut d'assuré à titre personnel (actif ou pensionné) ou de coassuré est très différente selon qu'il s'agit de la population résidente ou non-résidente (tableau 4). Les différences les plus importantes sont les suivantes :

- le poids des assurés pensionnés est beaucoup plus élevé dans la population résidente que dans la population non résidente ;
- en contrepartie, le poids des assurés à titre personnel actifs est beaucoup plus faible pour les résidents par rapport aux non résidents ;
- le rapport entre coassurés et assurés à titre personnel est différent pour les deux populations; chez les résidents, 45,2 coassurés pour 100 assurés à titre personnel sont comptés contre 37,5 pour les non-résidents. Cette différence s'explique par les règles de droit social qui définissent le statut de coassuré et qui ont été précisées précédemment.

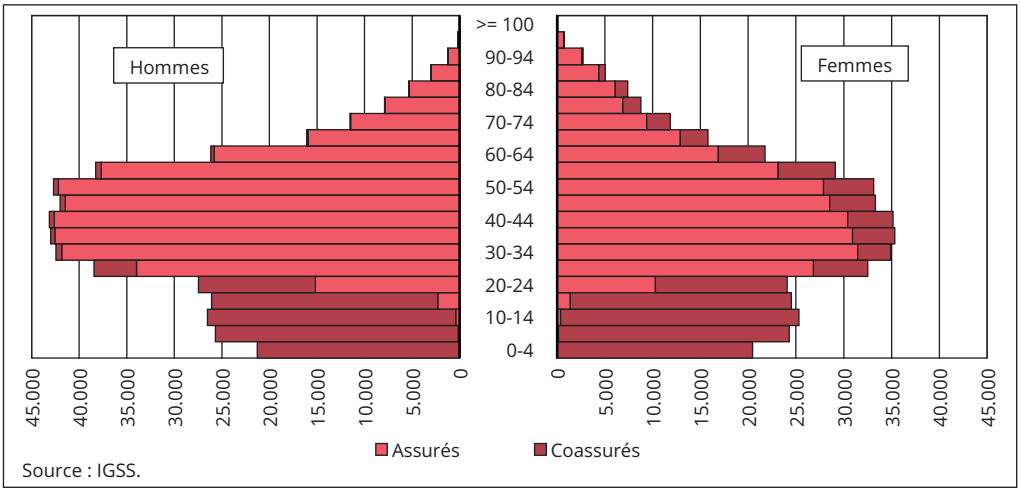
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2021 [a] (moyenne annuelle)

	Résidents	Non résidents	Total
Actifs assurés	299.238	219.466	518.704
Pensionnés	104.935	18.856	123.791
Coassurés	182.880	89.267	272.147
Total	**587.053**	**327.589**	**914.642**

a. Aux arrondis près.
Source : IGSS.

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

Graphique 9: Répartition de la population protégée par âge en 2021 (moyenne annuelle)



Source : IGSS.

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

Au cours des dernières années, le nombre total de personnes protégées (liées au régime contributif) n'a cessé d'augmenter (tableau 5). Entre 2017 et 2021, il passe de 835 002 à 914 642 personnes (+9,5%), soit un taux de croissance annuel moyen sur la période de 2,3%. Cette augmentation résulte de plusieurs évolutions combinées (tableau 6) :

- L'augmentation quasi continue de la population active. Sur la période 2017-2021, la croissance de la population active contribue à hauteur de 73,3% à l'augmentation de la population protégée. Cette contribution se partage de la façon suivante entre actifs résidents et actifs non-résidents: 35,4% de l'augmentation de la population protégée sont le fait de la croissance du nombre d'actifs résidents tandis que 37,9% proviennent des non-résidents (graphique 10).
- L'évolution concomitante des coassurés. La croissance de la population coassurée résidente contribue à hauteur de 6,6% à l'augmentation de la population protégée, tandis que la croissance de la population coassurée non-résidente y contribue pour 5,7%.
- L'augmentation du nombre de pensionnés qui représente 14,5% de l'évolution de la population protégée entre 2017 et 2021.

Tableau 5: Évolution du nombre de personnes protégées entre 2017 et 2021 (moyenne annuelle)

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionné assurés	Résidents coassurés	Non résidents actifs assurés	Non résidents pensionnés assurés	Non résidents coassurés	Total
2017	271.064	97.802	177.657	189.285	14.457	84.737	835.002
2018	279.327	99.253	178.718	198.041	15.210	87.807	858.357
2019	286.944	101.024	180.090	207.087	16.117	88.669	879.932
2020	293.549	102.900	181.977	211.564	17.370	89.188	896.548
2021	299.238	104.935	182.880	219.466	18.856	89.267	914.642

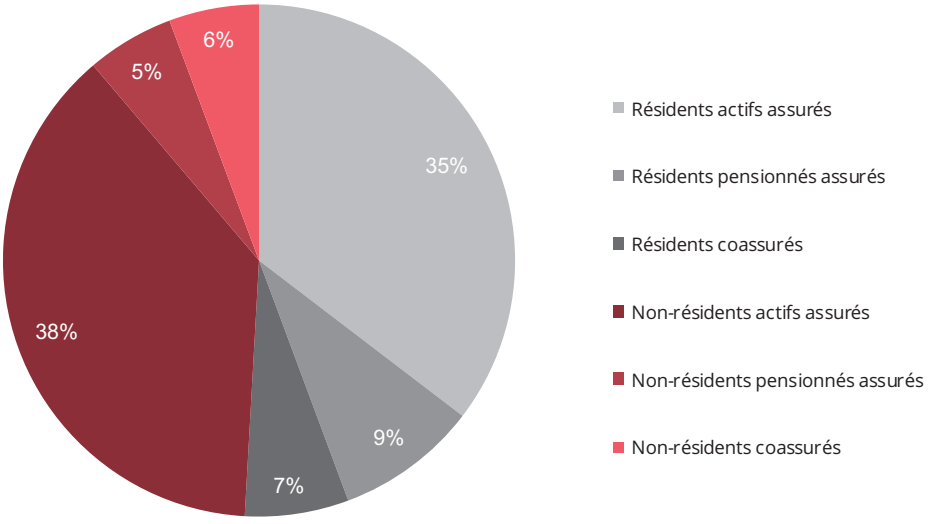
Source : IGSS.

Tableau 6: Évolution annuelle de la population protégée entre 2017 et 2021 (moyenne annuelle)

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionnés assurés	Résidents coassurés	Non résidents actifs assurés	Non résidents pensionnés assurés	Non résidents coassurés	Total
2017-2018	3,0%	1,5%	0,6%	4,6%	5,2%	3,6%	2,8%
2018-2019	2,7%	1,8%	0,8%	4,6%	6,0%	1,0%	2,5%
2019-2020	2,3%	1,9%	1,0%	2,2%	7,8%	0,6%	1,9%
2020-2021	1,9%	2,0%	0,5%	3,7%	8,6%	0,1%	2,0%

Source : IGSS.

Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2017-20201



Source : IGSS.

ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

INTRODUCTION

En 2021, la population protégée par l'assurance maladie-maternité pour les soins de santé s'élève à 914 642 personnes en moyenne annuelle. 64,2% de cette population est résidente, 35,8% est non-résidente. 447 162 personnes, soit 48,9% de la population protégée, a droit aux prestations en espèces payées en cas de maladie ou de maternité. 566 537 personnes protégées résidentes bénéficient d'un remboursement de la Caisse nationale de santé (CNS) en 2021 (96,5% de la population protégée résidente).

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Les prestations de l'assurance maladie-maternité comprennent les soins de santé et les prestations en espèces. Les soins de santé et les mesures de médecine préventive suivantes sont pris en charge par la CNS à des taux différents :

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

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

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

ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

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

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

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

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

1. Le SSM mensuel est fixé à 2 313,38 EUR (indice courant) au 1er juillet 2022.

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

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

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

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

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

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

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

- Les parents, qui ont dû assurer eux-mêmes la garde de leur(s) enfant(s) âgé(s) de moins de 13 ans au moment de la fermeture des écoles et des structures d'accueil entre le 16 mars 2020 et le 24 mai 2020, du retour en classe organisé en alternance à partir du 25 mai 2020 ou en cas de mise en isolement ou en quarantaine de leur enfant, ont eu droit de demander un congé pour raisons familiales élargi.
- Les personnes, qui ont dû s'arrêter de travailler pour s'occuper d'une personne majeure en situation de handicap ou d'une personne âgée faisant l'objet d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité au moment de fermeture d'une structure pour personnes en situation de handicap ou pour personnes âgées, ont pu demander un congé pour soutien familial.
- Pendant la période allant du 1er avril 2020 jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel a pris fin l'état de crise, à savoir le 24 juin 2020, la charge financière des

indemnités pécuniaires de maladie incombant aux employeurs a été transférée vers l'assurance maladie-maternité.

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

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

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

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

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

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

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

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

1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

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

1.1. LES RESSOURCES HUMAINES

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

1.1.1. Les médecins conventionnés

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 données présentées dans cette sous-section sont issues de la base de données des fournisseurs de soins de santé de la CNS et concernent les médecins résidents « exécutants » conventionnés.

Afin de calculer le nombre des médecins conventionnés à activité significative, certains critères sont appliqués :

- tous les médecins (salariés et libéraux) sont considérés, pour lesquels le code fournisseur attribué par la CNS est 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 le même statut [a] pendant les 12 mois de l'année correspondante sont considérés ;
- les médecins ont entre 25 et 74 ans.

Certaines spécialités ont été regroupées.

Les médecins à activité peu significative sont inclus dans l'étude.

[...]

a. Un changement de statut consiste dans le changement soit de la spécialité médicale soit de la catégorie de médecin (par exemple un médecin salarié devient libéral) au cours de l'année.

Encadré méthodologique (suite)

[...]

Les types d'activité des médecins sont :

- les médecins libéraux ;
- les médecins salariés (salariés mi-temps inclus) ;
- les médecins en voie de spécialisation (MEVS) ;
- les autres médecins (coopérants CHL).

Pour commencer, cette sous-section présente d'abord l'évolution du nombre total de médecins conventionnés au Luxembourg, puis se focalise sur les médecins salariés et libéraux conventionnés à activité significative et analyse finalement l'évolution de ces derniers selon leur spécialité médicale.

Le tableau suivant représente l'ensemble des médecins conventionnés au Luxembourg.

Tableau 1: Évolution du nombre de médecins conventionnés au Luxembourg

Type d'activité	2012	2015	2018	2021
Médecins libéraux	1 557	1 704	1 898	2 139
Médecins salariés	226	243	289	343
MEVS	87	107	135	164
Autres	16	21	28	34
Total médecins conventionnés	**1 880**	**2 068**	**2 343**	**2 674**

Source : CNS, calcul IGSS.

En 2021, le Luxembourg compte 2 674 médecins conventionnés, dont 164 (6,1%) médecins en voie de spécialisation (MEVS). Sur la période de 2012 à 2021 leur nombre augmente de 4,0% en moyenne annuelle, tandis que la population protégée évolue de 2,4% et la population protégée résidente de 1,7% sur cette même période.

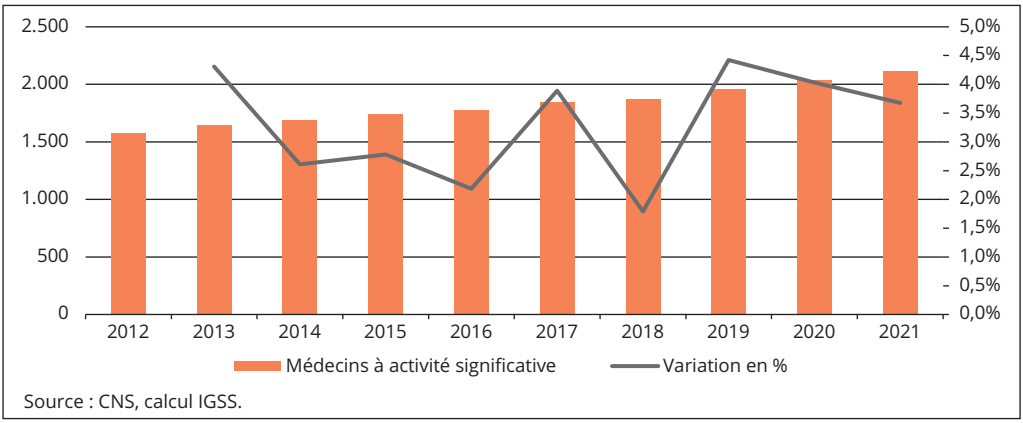
Le Centre Hospitalier du Luxembourg et les Hôpitaux Robert Schuman accueillent chaque année des médecins en voie de spécialisation qui suivent une partie de leur formation, qui durera plusieurs mois, au sein d'un ou plusieurs services de ces deux établissements.

En 2021, 54,9% des MEVS sont des femmes. La majorité des MEVS poursuit une formation en chirurgie générale, pédiatrie, orthopédie, neurologie et cardiologie.

En 2021, parmi les 2 674 médecins conventionnés, 2 158 médecins salariés et libéraux ont le même statut pendant 12 mois et 97,8% ont une activité significative. Cette part reste constante au cours des années.

La suite de l'analyse se focalise sur les médecins conventionnés à activité significative.

Graphique 1: Évolution des médecins conventionnés à activité significative

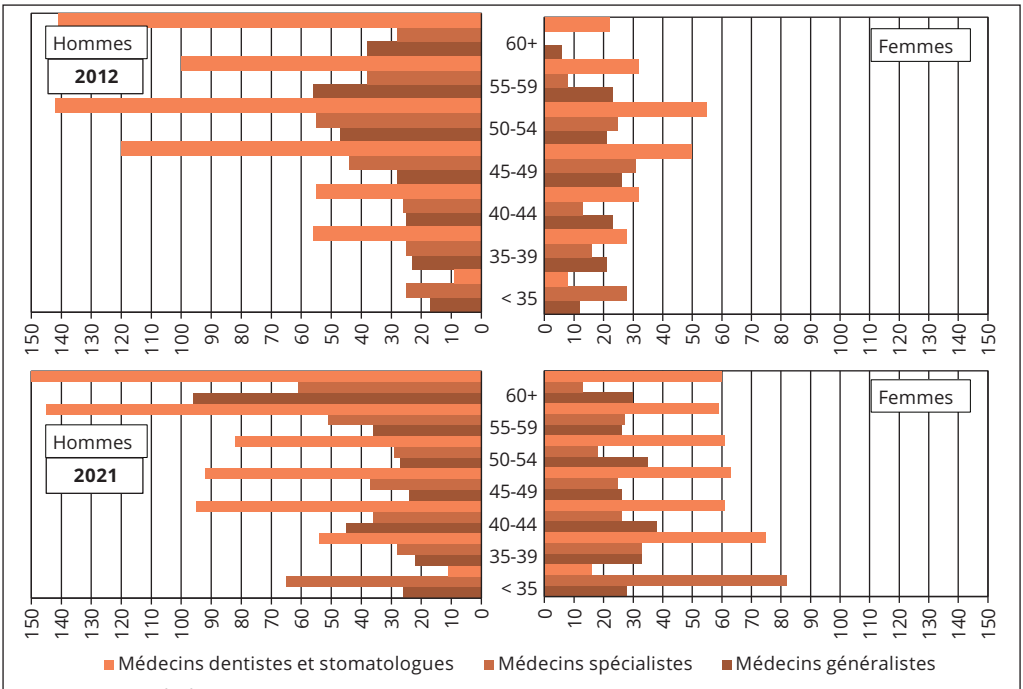


Source : CNS, calcul IGSS.

Source : CNS, calcul IGSS

En 2021, le nombre de médecins conventionnées à activité significative atteint 2 114 médecins contre 1 579 en 2012 (+33,9% en 10 ans). Leur nombre évolue de manière continue de 2012 à 2021. La période de 2014 à 2016 ainsi que l'année 2018 se caractérisent par une augmentation moins élevée, variant entre 1,8% et 2,8%, des médecins conventionnés que celle de la moyenne annuelle sur la période considérée (3,3%). L'évolution des autres années se situe au-dessus de cette moyenne.

Graphique 2: Évolution de la pyramide des âges des médecins conventionnés à activité significative par sexe et spécialité médicale



Source : CNS, calcul IGSS.

En 2021, parmi les 2 114 médecins conventionnés à activité significative, 39,5% sont des femmes et 60,5% des hommes. De plus, plus que la moitié de ces médecins sont des médecins spécialistes (47,3% chez les femmes et 54,4% chez les hommes). Les médecins généralistes et les médecins dentistes représentent chacun environ un quart des médecins conventionnés à activité significative.

La pyramide des âges illustre le vieillissement des médecins conventionnés à activité significative. En effet, alors qu'en 2012 seulement 14,9% des médecins sont âgés de plus de 60 ans, ce pourcentage s'élève dorénavant à 22,6% en 2021 (6,0% respectivement 12,3% chez les femmes et 14,9% respectivement 29,2% chez les hommes). En 2021 les médecins généralistes et les médecins spécialistes présentent avec 25,6% respectivement 25,4% des taux plus élevés de médecins âgées de plus de 60 ans par rapport aux médecins dentistes (13,9%). La part des médecins conventionnés à activité significative de moins de 45 ans passe de 28,0% en 2012 à 36,6% en 2021. L'âge moyen des médecins conventionnés à activité significative passe de 49,7 ans en 2012 à 49,5 ans en 2021. En 2021 les médecins spécialistes sont en moyenne âgés de 51,7 ans (51,2 ans en 2012), les médecins généralistes de 49,8 ans (49,1 ans en 2012) et les médecins dentistes de 44,8 ans (46,6 ans en 2012).

Tableau 2: Évolution du nombre de médecins conventionnés à activité significative par spécialité médicale

Spécialité médicale principale	2012	2021
Médecine générale	366	492
Médecine dentaire	363	531
Anesthésiologie	77	96
Biologie clinique	< 5	< 5
Cardiologie	48	69
Chirurgie générale	71	81
Dermatologie	< 5	< 5
Dermato-vénérologie	31	37
Endocrinologie	5	11
Gastro-entérologie	13	26
Gynécologie-obstétrique	69	91
Hématologie générale	< 5	7
Maladies contagieuses	< 5	< 5
Médecine interne	74	70
Médecine nucléaire	6	11
Médecine physique et réadaptation	16	19
Néphrologie	8	14
Neurochirurgie	9	11
Neurologie	28	36
Neuropsychiatrie	25	29
Oncologie médicale	< 5	< 5
Ophtalmologie	48	61
Orthopédie	41	63
Oto-rhino-laryngologie	33	39
Pédiatrie	71	99

Tableau 2: Évolution du nombre de médecins conventionnés à activité significative par spécialité médicale

Spécialité médicale principale	2012	2021
Pneumologie	20	24
Psychiatrie	52	71
Psychiatrie infantile	10	12
Radiodiagnostic	54	64
Radiothérapie	5	6
Rhumatologie	14	13
Urologie	18	25
Total général	**1 579**	**2 114**

Parmi les médecins spécialistes, la pédiatrie, l'anesthésiologie et la gynécologie-obstétrique sont les trois spécialités médicales les plus représentées en 2021. Certaines spécialités, comme l'endocrinologie, la gastro-entérologie et la médecine nucléaire voient leur nombre augmenter rapidement au cours des dernières années.

1.1.2. Les médecins hospitaliers

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

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

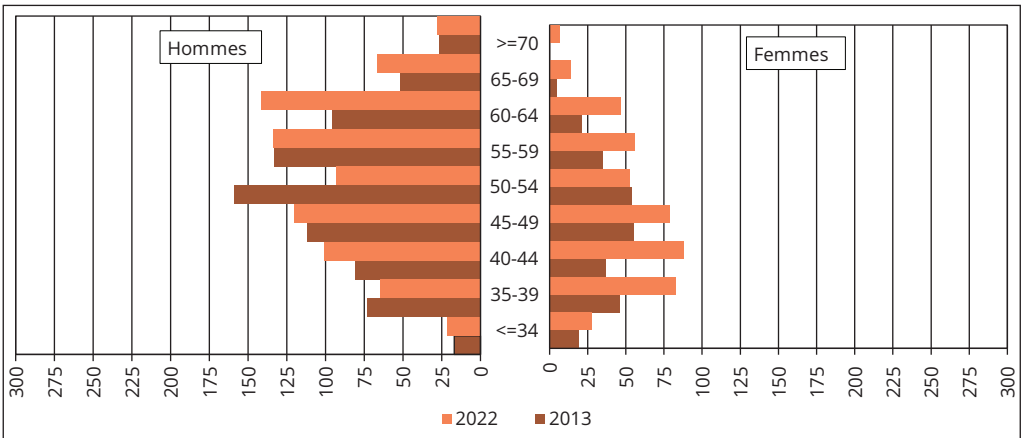
Tableau 3: Évolution du nombre des médecins hospitaliers de 2018 à 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Médecins hospitaliers	1 077	1 093	1 165	1 219	1 227
MEVS	91	123	112	131	147
TOTAL	1 168	1 216	1 277	1 350	1 374
Variation annuelle	*0,3%*	*4,1%*	*5,0%*	*5,7%*	*1,8%*

Situation au 1er janvier.
Source : Enquête IGSS auprès des établissements hospitaliers, calcul IGSS.

En 2022, le nombre total des médecins hospitaliers recensés auprès des établissements hospitaliers s'élève à 1 374 médecins, ce qui représente une augmentation de 1,8% par rapport à 2021. En ne tenant pas compte des médecins en voie de spécialisation (MEVS), l'évolution des médecins se situe à 0,7% en 2022 comparée à 4,6% en 2021.

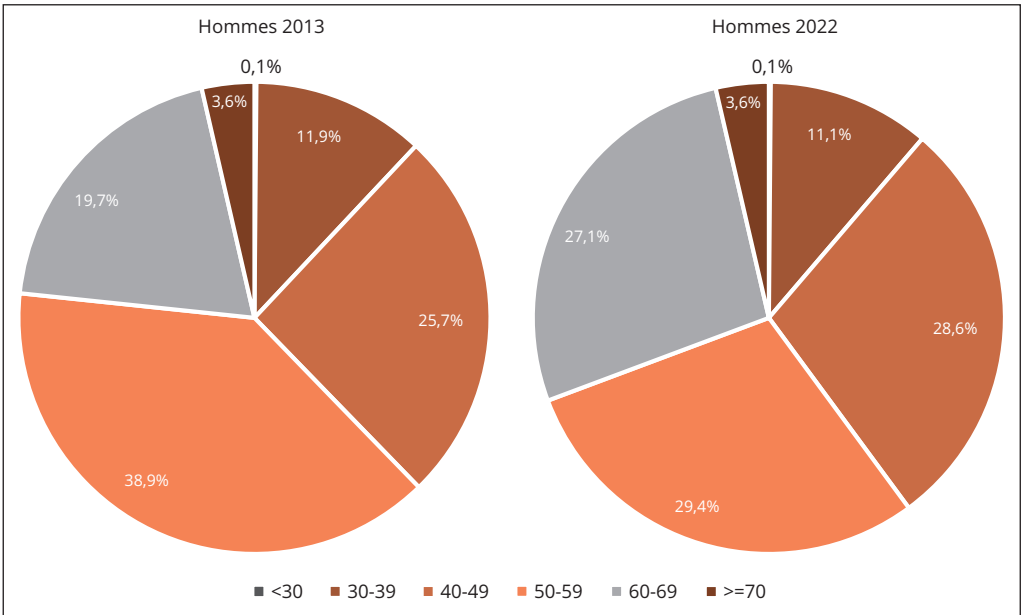
Graphique 3: Évolution de la pyramide des âges des médecins hospitaliers par sexe [a b]



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

En 2013, seulement 26,6% des médecins hospitaliers agréés auprès des établissements hospitaliers sont des femmes. En 2022, cette proportion augmente jusqu'à 37,1%. Les hommes ont en 2022 en moyenne 52,8 ans contre 52,2 ans en 2012 et les femmes 47,6 ans comparé à 47,4 ans en 2013.

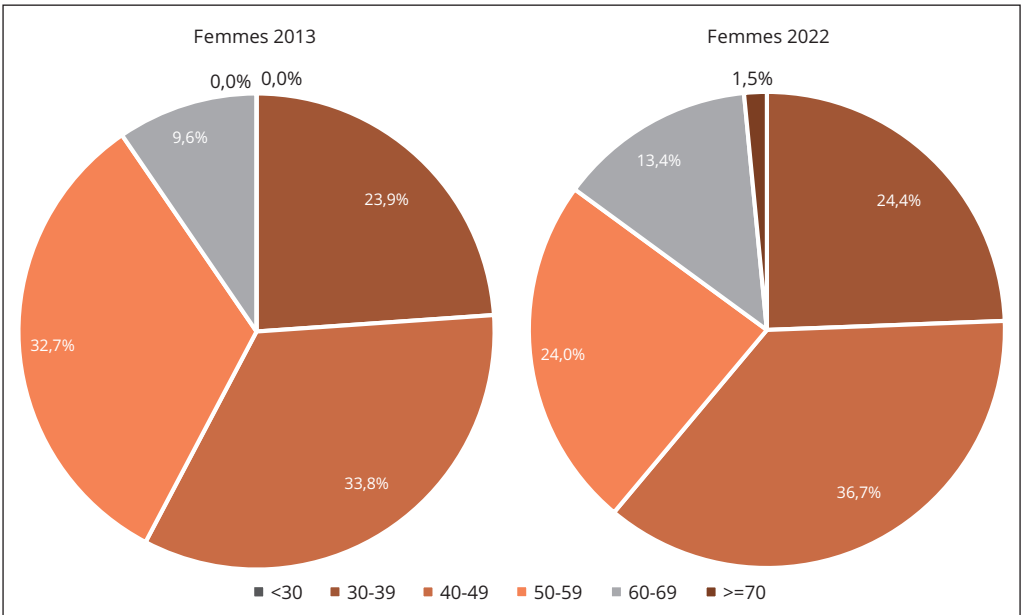
Graphique 4: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers masculins en 2013 et 2022 [a b]



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

En 2013, les médecins hospitaliers masculins âgés entre 50 et 59 ans sont les plus nombreux et représentent 38,9% des médecins hospitaliers masculins. En 2022 par contre, ce groupe ne représente plus que 29,4% du total. La part des médecins âgés entre 60 et 69 ans passe de 19,7% en 2013 à 27,1% en 2022. Les chiffres montrent aussi que la proportion des médecins hospitaliers masculins âgés de plus de 70 ans est stable.

Graphique 5: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers féminins en 2013 et 2022 [a] [b]



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

La structure d'âge de la démographie médicale féminine agréée dans les établissements hospitaliers est différente de celles des hommes. En effet, les femmes âgées entre 50 et 59 ans représentent 32,7% des médecins hospitaliers féminins en 2013 contre 24,0% en 2022. L'analyse des chiffres montre aussi que 24,4% des femmes sont âgées entre 30 et 39 ans en 2022, contre 23,9% en 2013. Cette proportion ne s'élève qu'à 11,1% en 2022 chez leurs confrères masculins. Peu de femmes continuent à travailler après 65 ans. Leur proportion s'élève à 0,0% en 2013 et à 1,5% à 2022 (3,6% en 2013 et en 2021 observés chez les médecins hospitaliers masculins).

1.1.3. Les professionnels de santé

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

Depuis 2019, le Ministère de la Santé travaille sur le contenu du registre des professions de santé en vue d'améliorer la capacité d'analyse et d'étude de la

démographie de ces professions. Il en résulte qu'une actualisation des données fournies par le Ministère pour la rédaction de cette sous section n'est disponible que de manière agrégée.

1.1.3.1. Les professionnels de santé autorisés à exercer

Le tableau 4 illustre l'évolution des professionnels de santé autorisés à exercer en 2019 et 2020 en précisant leur qualification et donne un aperçu global sur leur nombre en 2021.

Tableau 4: Évolution du nombre des professionnels de santé autorisés à exercer par qualification [a]

Qualification	Nombre 2019	En % du total	Nombre 2020	En % du total	Nombre 2021	*Variation 2019/2020*
Aides-soignants	3 784	25,1%	4 088	24,9%	n.d.	*8,0%*
Infirmiers	6 214	41,3%	6 706	40,9%	n.d.	*7,9%*
Assistants techniques méd. de radiologie	295	2,0%	301	1,8%	n.d.	*2,0%*
Assistants techniques méd. de laboratoire	202	1,3%	204	1,2%	n.d.	*1,0%*
Infirmiers en psychiatrie	246	1,6%	240	1,5%	n.d.	*-2,4%*
Infirmiers en pédiatrie	268	1,8%	283	1,7%	n.d.	*5,6%*
Assistants techniques méd. de chirurgie	207	1,4%	209	1,3%	n.d.	*1,0%*
Infirmiers en anesthésie et réanimation	409	2,7%	418	2,6%	n.d.	*2,2%*
Masseurs	36	0,2%	37	0,2%	n.d.	*2,8%*
Sages-femmes	234	1,6%	262	1,6%	n.d.	*12,0%*
Infirmiers gradués	132	0,9%	138	0,8%	n.d.	*4,5%*
Laborantins	283	1,9%	291	1,8%	n.d.	*2,8%*
Diététiciens	99	0,7%	114	0,7%	n.d.	*15,2%*
Ergothérapeutes	331	2,2%	369	2,3%	n.d.	*11,5%*
Rééducateurs en psychomotricité	104	0,7%	126	0,8%	n.d.	*21,2%*
Assistants d'hygiène sociale	82	0,5%	83	0,5%	n.d.	*1,2%*
Assistants sociaux	634	4,2%	728	4,4%	n.d.	*14,8%*
Orthophonistes	116	0,8%	138	0,8%	n.d.	*19,0%*
Kinésithérapeutes	1 296	8,6%	1 468	9,0%	n.d.	*13,3%*
Podologues	26	0,2%	32	0,2%	n.d.	*23,1%*
Assistants senior	5	0,0%	9	0,1%	n.d.	*80,0%*
Pédagogues curatifs	38	0,3%	40	0,2%	n.d.	*5,3%*
Orthoptistes	21	0,1%	24	0,1%	n.d.	*14,3%*
Ostéopathes [b]		0,0%	77	0,5%	n.d.	
TOTAL	**15 062**	**100,0%**	**16 385**	**100,0%**	**17 479**	**8,8%**

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

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

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

1.1.3.2. Les salariés du secteur hospitalier

Encadré méthodologique

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

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

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

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

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

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

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

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

	Luxembourg	France	Belgique	Allemagne	Total
Situation au 31.03.2021					
Hommes	1 254	552	286	332	2 424
Femmes	3 841	1 873	847	507	7 068
TOTAL	5 095	2 425	1 133	839	9 492
Situation au 31.03.2022					
Hommes	1 285	605	297	334	2 521
Femmes	3 926	1 997	906	526	7 355
TOTAL	**5 211**	**2 602**	**1 203**	**860**	**9 876**

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

Le secteur hospitalier est un important pourvoyeur d'emplois, avec 9 876 salariés au 31 mars 2022. Ce nombre augmente de 4,0% par rapport à la même date de l'année précédente. Le nombre de salariés résidant au Luxembourg représente le groupe le plus important, suivi par les salariés résidant en France, en Belgique et en Allemagne. Toutefois, la part des salariés résidant au Luxembourg diminue au cours des cinq dernières années passées. Elle passe de 57,9% en 2018 à 52,8% en 2022.

Selon la loi hospitalière du 8 mars 2018, l'activité du Centre de réhabilitation du Château de Colpach et du Laboratoire National de Santé (LNS) en matière de génétique humaine et d'anatomo-pathologie est dorénavant financée par l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers. Au 31 mars 2022, Colpach compte 110 salariés, dont 75,5% sont des femmes et 24,5% sont des hommes.

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 et les officines de pharmacie.

1.2.1. Les lits des établissements hospitaliers

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

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

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

Tableau 6: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2022

Etablissement hospitalier	Lits aigus soins normaux et intensifs		Lits de moyen séjour soins normaux					Lits de longue durée	TOTAL soins normaux et intensifs			Lits d'hospitalisation de jour chirurgicale et non chirurgicale	Lits d'hospitalisation de jour psychiatrie	Postes de dialyse	Lits portes
	Soins normaux	Soins intensifs	Rééducation gériatrique	Rééducation fonctionnelle	Rééducation physique et oncologique	Rééducation psychiatrique	Soins palliatifs		Soins normaux	Soins intensifs	Total				
Centre Hospitalier du Luxembourg	514	55					10		524	55	579	72	16	26	8
Centre Hospitalier Emile Mayrisch	491	31	19				8		518	31	549	47	21	16	6
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique [a]						180		67	247		247		30		
Hôpital Intercommunal de Steinfort			40						40		40				
Centre François Bacless															
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle	9	10							9	10	19	13			
Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation	73								73		73				
Centre Hospitalier du Nord	276	16	30			29	6		341	16	357	38	40	18	4
Haus Omega							15		15		15				
Hôpitaux Robert Schuman	564	33	30			75	8	20	697	33	730	118	47	29	8
Centre de Réhabilitation Château de Colpach					60				60		60	20			
Laboratoire National de Santé															
TOTAL	1 927	145	510	87	2 524	145	2 669	308	154	89	26				

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

Source: CNS

1.2.2. Les officines de pharmacie

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

Le tableau ci-après montre l'évolution du nombre d'officines de pharmacie entre 2021 et 2022.

Tableau 7:

Concessions de pharmacies	2021	2022
Ouvertes au public	98	100
Hospitalières [a]	5	5
Total	103	105

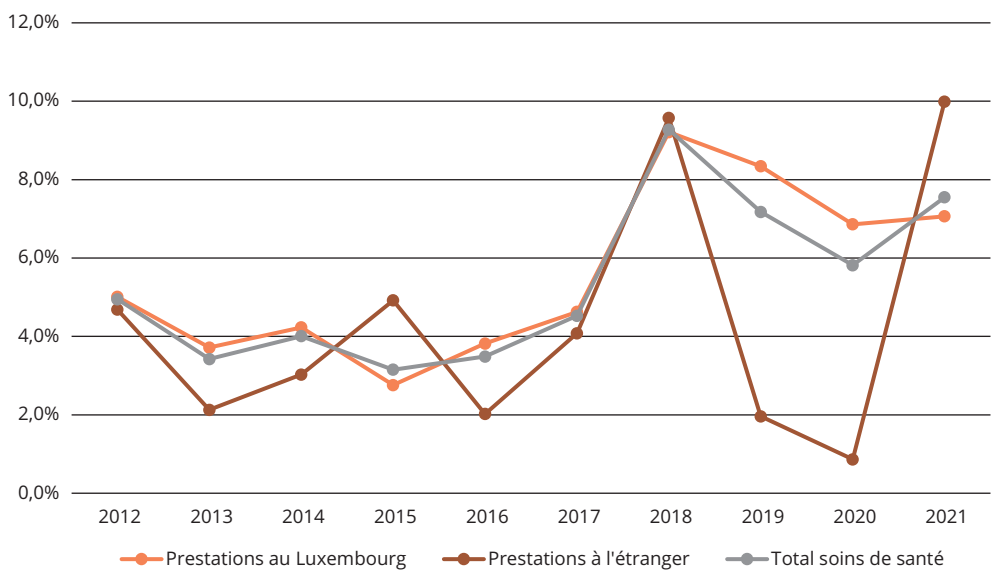
a. Situation au 1er décembre.
Source : www.pharmacie.lu

2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE

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

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

Graphique 6: Évolution des dépenses pour soins de santé [a]



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

La période de 2012 à 2017 se caractérise par une progression modérée des prestations qui résulte principalement des mesures introduites dès 2011 par la réforme du système de soins de santé et prolongées jusqu'en 2016. Ces mesures ont porté leurs fruits et ont contribué au contrôle de l'évolution des soins de santé au Luxembourg. Ainsi, l'évolution des dépenses était de l'ordre de 3% à 5% sur les exercices 2012 à 2017.

Dès 2018, les dépenses pour soins de santé évoluent à nouveau de manière significative. Ainsi, l'année 2018 se caractérise par une augmentation de 9,2% et l'année 2019 par une croissance de 7,4%. Ces croissances sont dues à une augmentation de 9,2% en 2018 respectivement de 8,9% en 2019 des dépenses pour les soins prestés au Luxembourg et à une évolution de 9,4% des dépenses pour soins de santé délivrés à l'étranger en 2018. Tandis que ces dernières n'augmentent que de 0,4% en 2019, la croissance des dépenses pour soins de santé délivrés à l'étranger est de 3,4% en 2020. Le total des dépenses pour soins de santé et les dépenses pour soins de santé prestés au Luxembourg se caractérisent par une évolution de 5,7% respectivement de 6,2% en 2020. L'évolution importante des dépenses pour soins de santé, observée depuis 2018, se poursuit en 2021 : La croissance des dépenses pour soins de santé, qui se situe à 7,5%, est due à une augmentation de 7,1% des dépenses

pour les soins de santé prestés au Luxembourg et à une augmentation de 10,0% des dépenses pour soins de santé délivrés à l'étranger.

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

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

Type de prestation	2019	2020	2021	Variation 2019/2020	Variation 2020/2021
Soins hospitaliers	1 059,0	1 126,5	1 179,5	6,4%	4,7%
Soins de médecine [b]	439,7	472,8	497,4	7,5%	5,2%
Soins de médecine dentaire [c]	91,2	95,3	102,8	4,6%	7,8%
Médicaments (extrahospitalier) [d]	241,1	249,0	268,9	3,3%	8,0%
Dispositifs médicaux	51,4	52,2	59,3	1,6%	13,7%
Analyses de biologie médicale (en ambulatoire)	77,3	109,4	128,5	41,4%	17,5%
Soins infirmiers	58,2	66,4	68,0	14,1%	2,5%
Soins de kinésithérapie	101,1	95,7	117,3	-5,3%	22,6%
Autres soins de santé [e]	159,0	154,7	186,1	-2,7%	20,3%
Total des prestations au Luxembourg	**2 177,0**	**2 326,3**	**2 490,6**	**6,9%**	**7,1%**
Prestations à l'étranger	457,9	461,8	508,0	0,9%	10,0%
Total soins de santé	**2 634,9**	**2 788,1**	**2 998,6**	**5,8%**	**7,5%**

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

Source : CNS

2.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ AU LUXEMBOURG

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

Encadré méthodologique

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

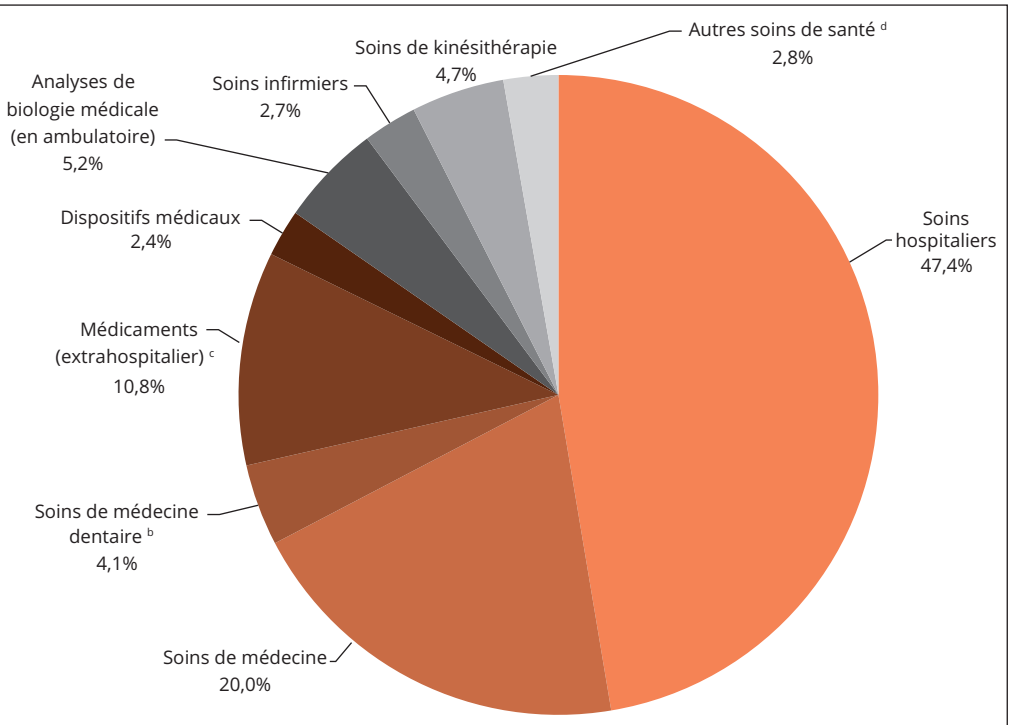
Les données proviennent de fichiers basés sur la date de la prestation. Ces fichiers subissent des mises à jour continuelles. Etant donné que les prestataires disposent d'un délai de deux ans pour facturer et les assurés bénéficient d'un délai de deux ans pour introduire leur demande de remboursement,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

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

Selon la date de la prestation, l'assurance maladie-maternité prend en charge des soins de santé à hauteur de 2 490,6 millions EUR en 2021 délivrées principalement à la population protégée résidente [3] au Luxembourg.

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

Graphique 7: Répartition des dépenses pour soins de santé au Luxembourg en 2021 [a] (en % du total)



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

2.1.1. La consommation des soins de santé au Luxembourg

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

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

2.1.1.1. La distribution des soins de santé consommés

En 2021, la CNS dépense 2 121,6 millions EUR pour soins de santé délivrés à la population protégée résidente. Sur les 575 305 personnes protégées résidentes, 566 537 bénéficient d'un remboursement de la CNS [5]. En moyenne, ce remboursement est effectué à hauteur de 3 744,9 EUR par bénéficiaire [6].

Pour l'année 2021, l'analyse de la consommation des soins de santé au Luxembourg montre que :

- la moitié des bénéficiaires touche un remboursement inférieur à 1 118,5 EUR (remboursement médian) ;
- environ quatre cinquièmes des bénéficiaires (80%) touchent un montant inférieur au remboursement moyen (3 744,9 EUR) ;
- 98% des bénéficiaires touchent 67,0% de l'ensemble des soins de santé remboursés ;
- 2% des patients (11 331 personnes) ont un remboursement supérieur à 27 859,1 EUR et touchent donc 33,0% des remboursements de soins de santé ;
- le remboursement le plus élevé en 2021 est de 709 595,3 EUR.

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

Tableau 9: Évolution de la distribution des soins de santé consommés

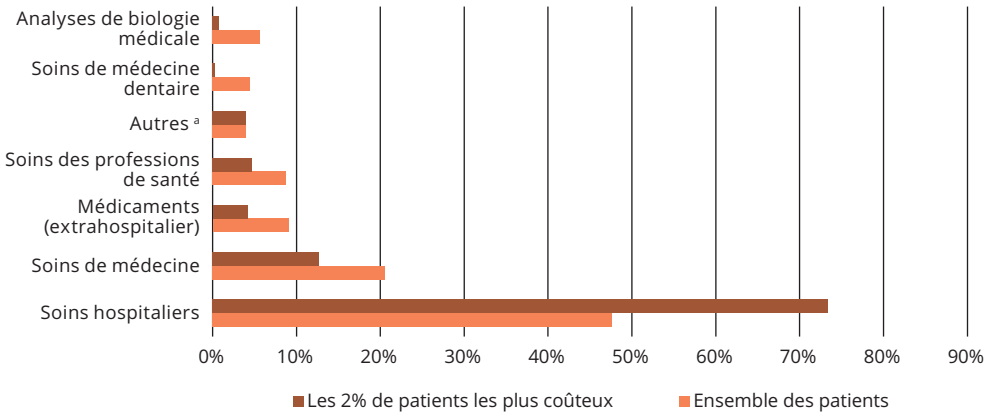
	Part de la consommation totale		
Pourcentage de patients	**2001**	**2011**	**2021**
50% bénéficient de	7,0%	6,5%	6,5%
75% bénéficient de	21,0%	18,8%	18,6%
98% bénéficient de	70,0%	67,1%	67,0%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
Note de lecture : En 2021, 98% des patients ont consommé 67,0% de l'ensemble des soins de santé.

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

5. Il faut noter que le nombre de personnes protégées résidentes représente une moyenne annuelle et que le nombre de bénéficiaires représente une valeur absolue.
6. Il convient de préciser qu'il s'agit de la moyenne remboursée pour l'ensemble des prestations en 2021 par personne bénéficiaire, et non pas d'une moyenne par acte ou par prestation.

Graphique 8: 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 2021 (en % du total)

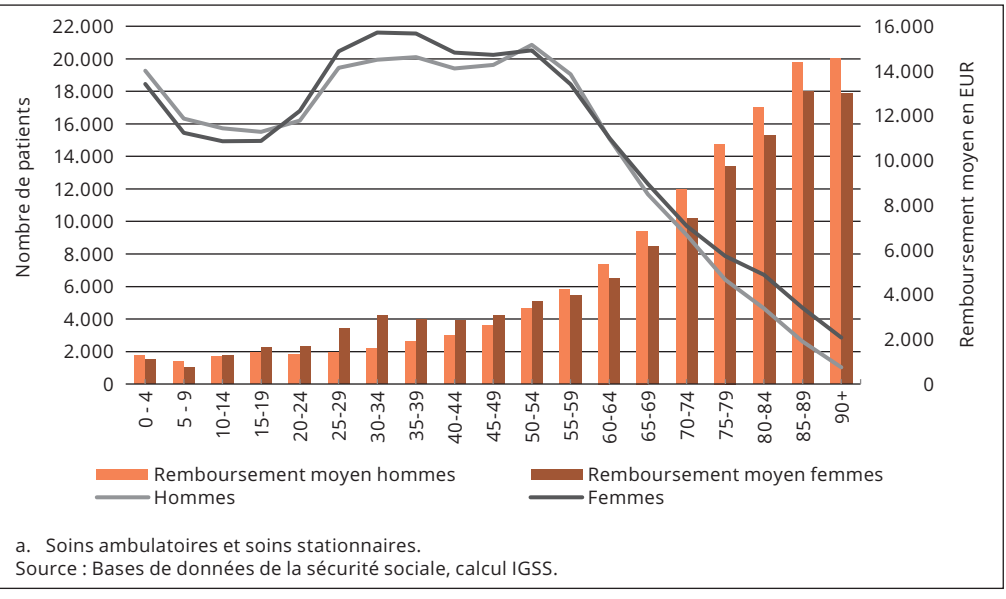


a. La catégorie « Autres » comprend les frais de voyage, les dispositifs médicaux, la rééducation et les cures, la médecine préventive, les soins palliatifs, les indemnités funéraires et les examens prénuptiaux ainsi que certaines expertises médicales.
Source : Bases de données de la sécurité sociale,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

Les remboursements pour soins hospitaliers représentent 73,4% des remboursements des prestations de soins de santé des 2% de patients bénéficiant des remboursements les plus élevés, tandis que ces frais ne représentent que 47,6% des remboursements pour l'ensemble des patients.

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

Graphique 9: Répartition du nombre de patients et du remboursement moyen par groupe d'âge et sexe en 2021 [a]



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

Le graphique ci-dessus illustre, par sexe et par groupe d'âge, le nombre de bénéficiaires et le montant moyen remboursé pour les soins de santé en 2021. A noter que la répartition par sexe de la population protégée résidente ne correspond pas à celle des patients : d'un côté, les hommes prédominent jusqu'à 64 ans dans la population protégée résidente, de l'autre côté, les femmes sont majoritaires dans le groupe d'âge de 20 à 54 ans des patients ayant profité d'un remboursement par la CNS. Pour ces mêmes groupes d'âge, la moyenne remboursée des femmes est plus élevée. Cette situation peut être attribuée à l'effet maternité. A partir de 60 ans par contre le nombre de femmes bénéficiant d'un remboursement de la CNS est supérieur à celui des hommes, tandis que le remboursement moyen de la CNS est plus élevé chez les hommes.

2.1.1.2. Les contacts médicaux

Encadré méthodologique

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

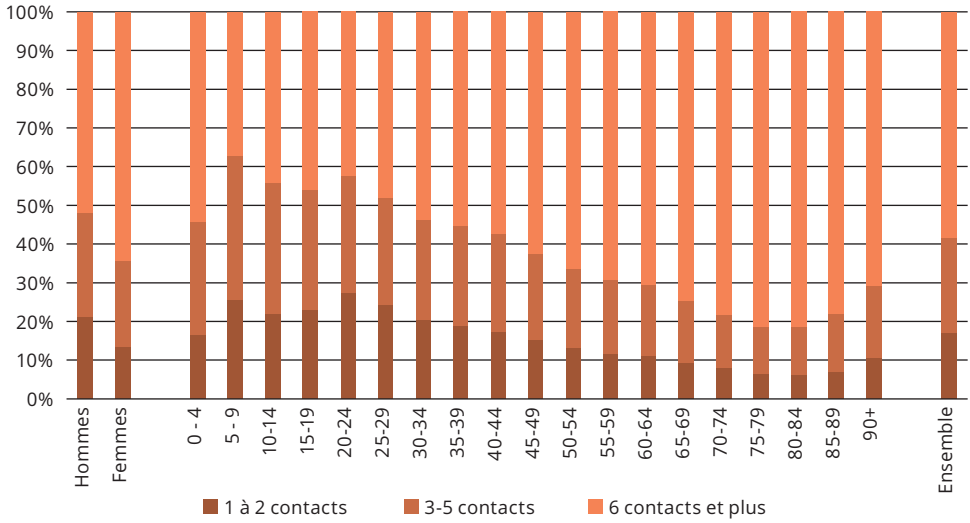
Le pourcentage de patients qui ont au moins un contact médical pendant l'année est sous-estimé car il est calculé sur base de la population protégée résidente moyenne et les patients qui n'ont que consulté un médecin à l'étranger ne sont pas pris en compte. Les personnes qui ne se sont pas rendues chez le médecin pendant l'année sont également exclues. De plus, les données utilisées se basent sur la date de la prestation de 2021 et sont donc à considérer comme provisoires.

Finalement, les données de 2020 et de 2021 utilisées pour la détermination du nombre de contacts médicaux ne tiennent pas compte des forfaits horaires [a] introduits pour assurer la prise en charge des personnes atteintes de la COVID-19. En effet, ces forfaits ne peuvent pas être liés directement aux patients, seul un lien au médecin traitant est possible.

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

Le graphique suivant présente la répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2021.

Graphique 10: Répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2021 [a]



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

En 2021, environ 92,1% de la population protégée résidente a au moins un contact médical en milieu extrahospitalier [7]. La moitié des patients (médiane) a jusqu'à 7 contacts médicaux (6 en 2020) et la moyenne se situe autour de 9,1 contacts médicaux (8,4 en 2020). Les femmes ont en moyenne plus de contacts médicaux que les hommes (10,1 vs. 8,0). Le nombre de contacts médicaux augmente jusqu'à l'âge de 54 ans et diminue légèrement après. Toutefois, les admissions à l'hôpital augmentent avec l'âge (cf. sous-section « les soins hospitaliers »).

Tableau 10: Évolution des contacts médicaux de 2017 à 2021 [a]

Contacts médicaux	2019	2020	2021
Total Patients	**523 114**	**515 124**	**529 778**
Variation en %	*2,0%*	*-1,5%*	*2,8%*
Total Contacts médicaux	**4 958 724**	**4 294 924**	**4 806 121**
Variation en %	*1,8%*	*-13,4%*	*11,9%*
dont contacts médicaux par téléconsultation	-	239 428	145 166
Variation en % sans contacts médicaux par téléconsultation	*1,8%*	*-18,2%*	*9,0%*
Moyenne contacts médicaux	**9,5**	**8,3**	**9,1**
Médiane contacts médicaux	**7**	**6**	**7**

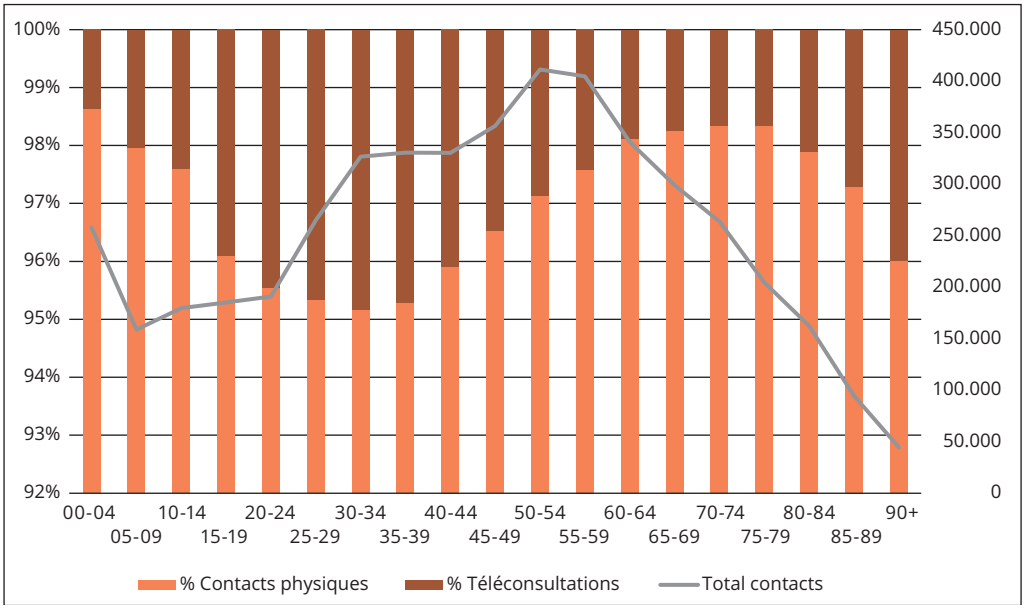
a. Les dépenses relatives aux forfaits horaires FC45 introduits dans le cadre de la crise sanitaire liée à la COVID 19 sont exclues.
Source: bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

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

Après une baisse du nombre de contacts médicaux due à la pandémie liée à la COVID-19 en 2020, l'année 2021 se caractérise par des augmentations du nombre de patients de 2,8% et du nombre total de contacts médicaux de 11,9%. Le nombre de patients est plus élevé qu'avant la pandémie (+1,3% par rapport à 2019), mais le nombre de contacts reste inférieur à celui en 2019 (-3,1%).

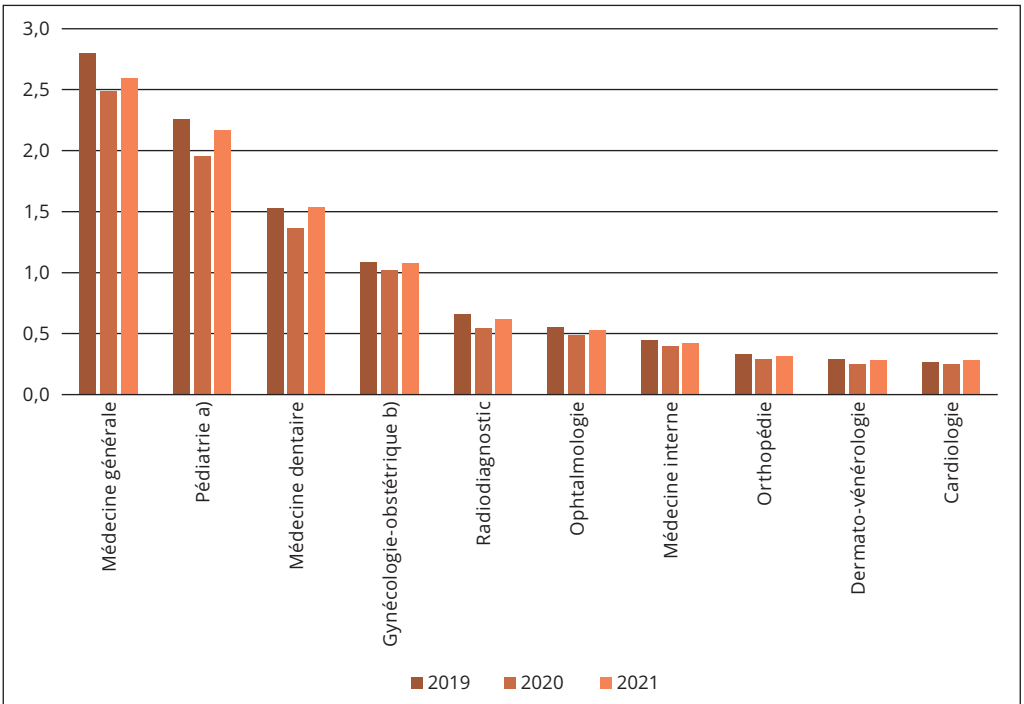
Le nombre de téléconsultations se situe à 145 166 en 2021 ce qui représente une baisse de -35,8% par rapport à 2020. Les femmes ont plus recours aux téléconsultations que les hommes : 60,2% du nombre total de téléconsultations sont prestées aux patients féminins, qui représentent 59,0% des 90 110 patients ayant eu recours à au moins une téléconsultation en 2021.

Graphique 11: Répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et type de contact en 2021



96,8% des contacts médicaux sont des contacts physiques en 2021. Le taux de téléconsultations se situe entre 1,4% et 4,8% du nombre total de contacts médicaux selon le groupe d'âge. Les personnes âgées entre 20 et 44 ans et âgées de plus de 90 ans ont le plus recours aux téléconsultations.

Graphique 12: Évolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2019 à 2021 [a]



a. Les dépenses relatives aux forfaits horaires FC45 introduits dans le cadre de la crise sanitaire liée à la COVID-19 sont exclues.
b. Contacts médicaux calculés sur base des enfants et adolescents (0 à 18 ans).
c. Contacts médicaux calculés sur base des patients féminins.
Source: bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

En 2021, les personnes consultent le plus fréquemment les médecins généralistes (en moyenne 2,6 fois/an), les pédiatres (1,9 fois/an), les médecins dentistes (1,5 fois/an) et les gynécologues et obstétriciens (1,1 fois/an). Au cours des 3 dernières années, la distribution des médecins consultés selon leur spécialité reste stable. En ce qui concerne la répartition des téléconsultations par spécialité médicale, 73,1% des téléconsultations sont prestées par les médecins généralistes, 26,8% par les spécialistes et 0,1% par les médecins dentistes.

2.1.2. Les soins de médecine et de médecine dentaire

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

2.1.2.1. L'activité médicale au Luxembourg

Encadré méthodologique

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

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

Un médecin peut être prescripteur et exécutant à la fois.

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

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

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

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

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

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

En 2021, les honoraires de l'ensemble des médecins se chiffrent à 632,8 millions EUR, soit 12,4% de plus qu'en 2020. Une diminution est observée chez les médecins généralistes avec -1,0%, tandis que le volume des honoraires des médecins spécialistes augmente de 11,6% et celui des médecins dentistes de 23,1%. Ces évolutions s'expliquent entre autre par la reprise et le rattrapage de l'activité médicale en 2021 après la réduction de l'activité des cabinets médicaux aux problèmes de santé sévères et/ou urgents au début de la crise sanitaire liée à

la COVID 19, par la prise en charge des personnes atteintes de la COVID-19 et par la hausse de l'échelle mobile de salaire (EMS) de 0,6%.

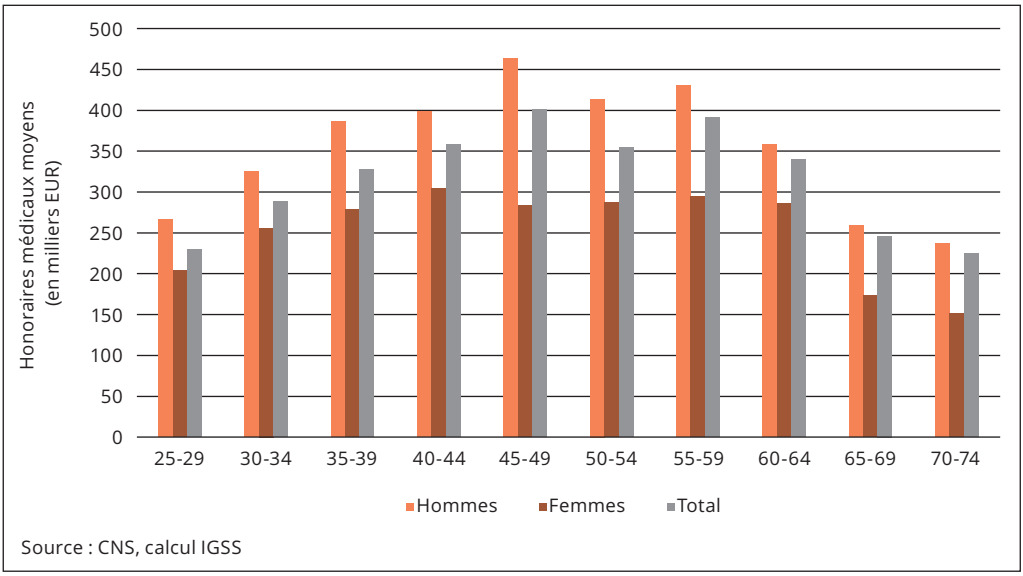
Tableau 11: Évolution du volume des honoraires des médecins depuis 2012 (en millions EUR)

	2012	2016	2021	*Variation moyenne annuelle 2012/2021*
Médecins généralistes	61,5	73,0	101,4	*5,7%*
Médecins spécialistes	235,0	266,7	345,6	*4,4%*
Dentistes et stomatologues	125,0	130,9	185,8	*4,5%*
Total des médecins	**421,5**	**470,7**	**632,8**	**4,6%**

Source : CNS, calcul IGSS.

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

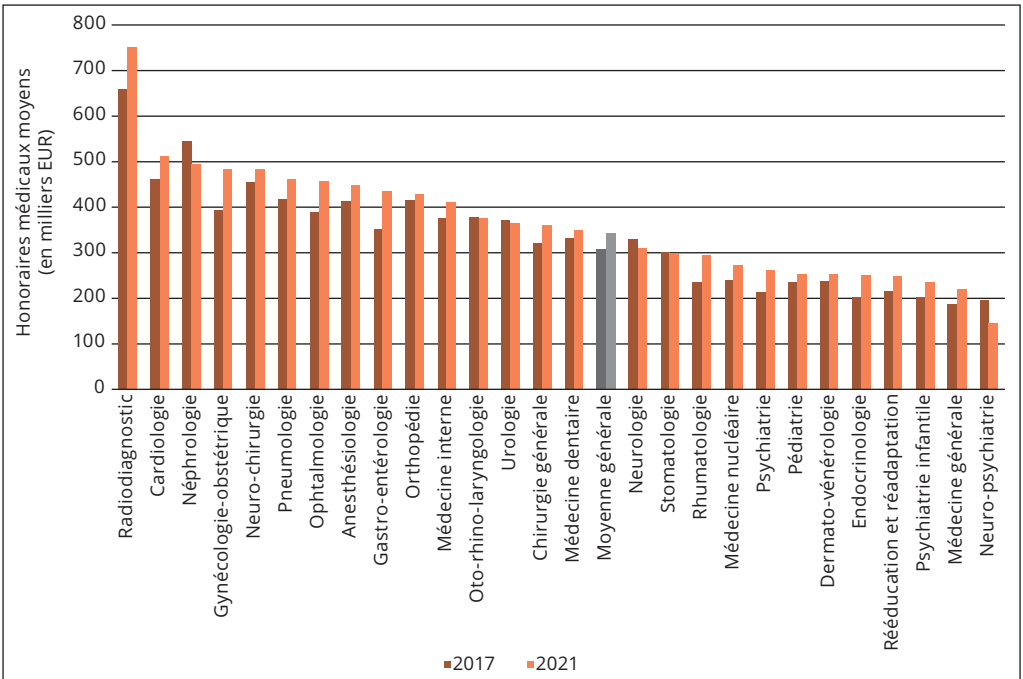
Graphique 13: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2021 (en milliers EUR)



Source : CNS, calcul IGSS

Les écarts d'honoraires moyens sont très importants selon la spécialité médicale. En règle générale, les moyennes les plus faibles se rencontrent chez les spécialités médicales conservatrices (médecins généralistes, pédiatres et psychiatres). Les moyennes les plus élevées sont associées aux spécialités médicales interventionnelles. L'analyse de l'évolution des honoraires médicaux moyens de 2017 à 2021 montre une diminution entre autres chez les neuro-psychiatres, les néphrologues et les neurologues.

Graphique 14: Évolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2017 et 2021 (par ordre décroissant pour 2021)

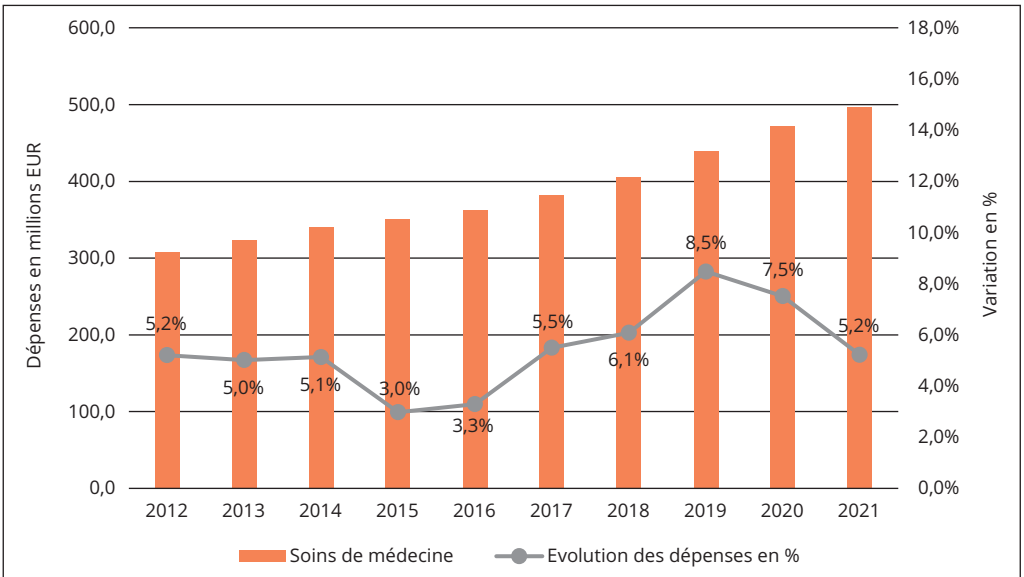


Source : CNS, calcul IGSS

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

Les graphiques qui suivent présentent l'évolution des dépenses pour soins de médecine et de médecine dentaire prises en charge par l'assurance maladie-maternité sur la période de 2012 à 2021.

Graphique 15: Évolution des dépenses pour soins de médecine [a b c]



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

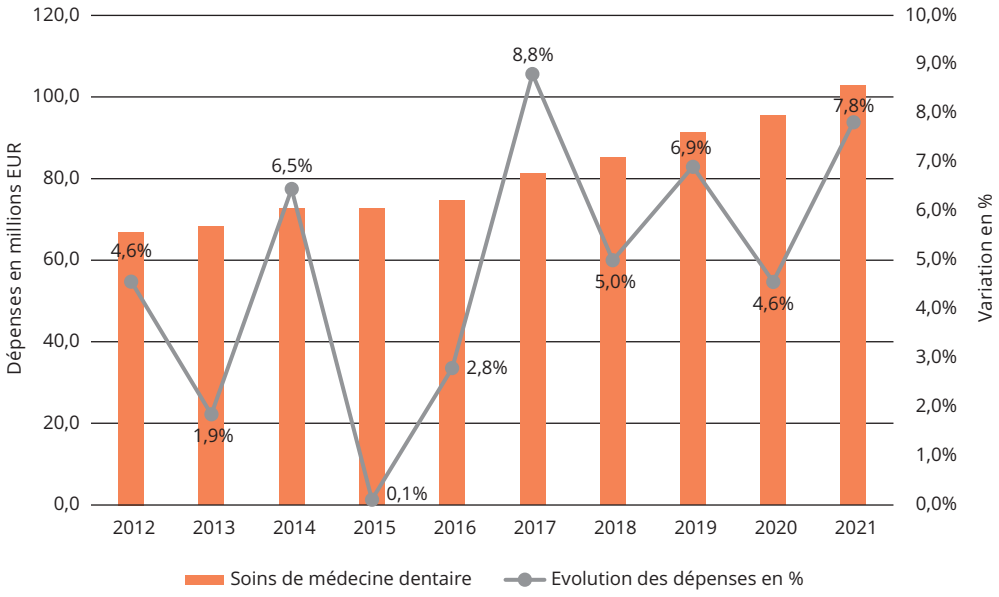
En 2021, les dépenses pour soins de médecine augmentent de 5,2% par rapport à 2020. Cette évolution est liée à la prise en charge médicale des personnes atteintes de la COVID-19, à la variation de l'échelle mobile de salaire de 0,6% et aux résultats de la négociation tarifaire 2021/2022 de 2,82%.

Spécifiquement en ce qui concerne les forfaits horaires introduits pour assurer la prise en charge des personnes atteintes de la COVID-19, leur coût s'élève à 21,4 millions EUR pour 2021 (contre 70,2 millions EUR en 2020). Les dépenses liées à la téléconsultation se chiffrent de leur côté à 7,5 millions EUR (11,1 millions EUR en 2020).

Les consultations spéciales réalisées dans le cadre du service d'urgence d'un hôpital de garde et du service national d'urgence pédiatrique, dans un centre de consultation dédié à la prise en charge des patients atteints de la COVID 19 et dans le cadre d'un traitement hospitalier stationnaire ont engendré des dépenses de l'ordre de 1,6 millions EUR en 2021.

Finalement, le coût lié au forfait pour inscription dans le registre de vaccination contre la COVID-19 d'un patient reconnu vulnérable (C46) et au forfait pour vaccination contre la COVID-19 et inscription dans le registre de vaccination (C47) s'élève à 2,9 millions EUR en 2021.

Graphique 16: Évolution des dépenses pour soins de médecine dentaire [a]



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

En 2021, l'évolution des dépenses pour les soins de médecine dentaire se situe à 7,8%. Cette évolution s'explique d'un côté par la fermeture des cabinets dentaires entre le 18 mars 2020 et le 4 mai 2020 et de l'autre côté par une activité plus soutenue en raison d'un rattrapage de l'activité des soins de médecine dentaire en 2021. De plus, la hausse des dépenses est impactée par la variation de l'EMS de 0,6%.

Le recours à l'acte de la téléconsultation, introduit en 2020 dans le cadre de la prise en charge COVID-19 et resté en vigueur en 2021, est faible.

2.1.3. Les soins hospitaliers

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

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

2.1.3.1. Les dépenses pour soins hospitaliers

Encadré méthodologique

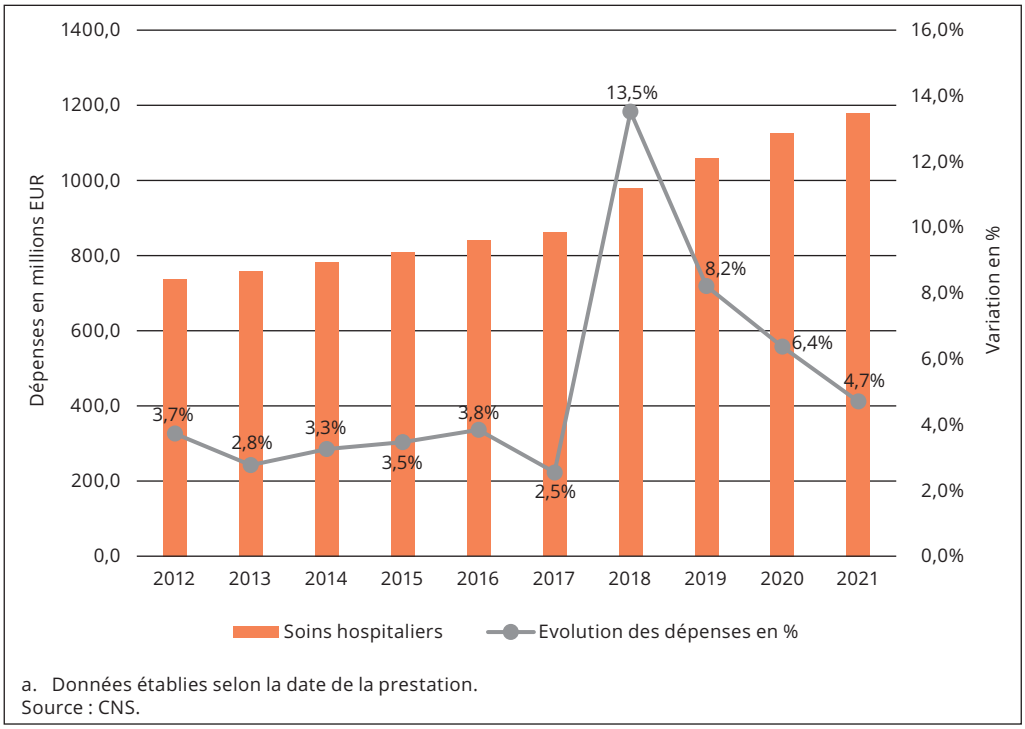
Les dépenses pour soins hospitaliers présentées dans cette sous-section correspondent à celles opposables à l'assurance maladie-maternité.

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

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

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

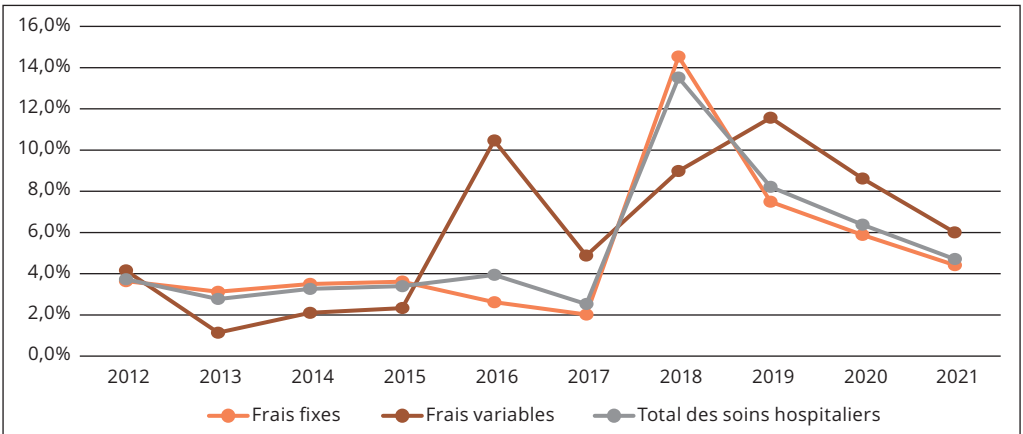
Graphique 17: Évolution des dépenses pour soins hospitaliers [a]



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

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

Graphique 18: Évolution des frais fixes et des frais variables [a]



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

En 2021, les dépenses pour soins hospitaliers à charge de l'assurance maladie-maternité s'élèvent à 1 179,5 millions EUR, soit une augmentation de 4,7% par rapport à 2020. Les frais fixes évoluent de 4,4%. Cette croissance s'explique entre autres par l'augmentation du personnel soignant accordé pour assurer la prise en charge des patients COVID-19 et l'évolution de l'EMS de 0,6%. L'évolution des frais variables observée en 2021 (+6,0%) est liée entre autres à une augmentation de l'activité et une hausse du coût des traitements oncologiques.

Un patient COVID-19 nécessite une prise en charge intensive en personnel soignant, qui impacte surtout l'évolution des frais fixes et moins l'évolution des frais variables. Une analyse des unités d'œuvre (frais variables) fournies en 2021 pendant les séjours hospitaliers aux patients atteints de la COVID-19 montre que ces derniers ont eu 76 867 passages dans les laboratoires hospitaliers (5,8% du total des passages dans les laboratoires hospitaliers), 19 181 passages dans les soins normaux (2,9% du total des passages en soins normaux) et 5 521 passages en soins intensifs (14,6% du total des passages en soins intensifs).

Tableau 12: Relevé de certaines unités d'œuvre fournies aux patients COVID-19 dans les établissements hospitaliers [a]

Entités fonctionnelles	2020 [b]		2021	
	Nombre de passages	En % du total	Nombre de passages	En % du total
Laboratoires	61 568	5,2%	76 867	5,8%
Hospitalisation - soins normaux	19 883	3,1%	19 181	2,9%
Kinésithérapie	9 327	1,9%	16 085	2,8%
Imagerie médicale	6 202	1,3%	7 105	1,3%
Hospitalisation - soins intensifs	3 588	9,5%	5 521	14,6%
Urgences	1 732	0,9%	1 696	0,7%
Ergothérapie	636	0,3%	1 613	0,6%
Policlinique	1 574	0,2%	1 351	0,2%

a. Données établies selon la date de la prestation.
b. A partir de mars 2020.
Source: Direction de la Santé, bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

2.1.3.2. Les journées d'hospitalisation

Encadré méthodologique

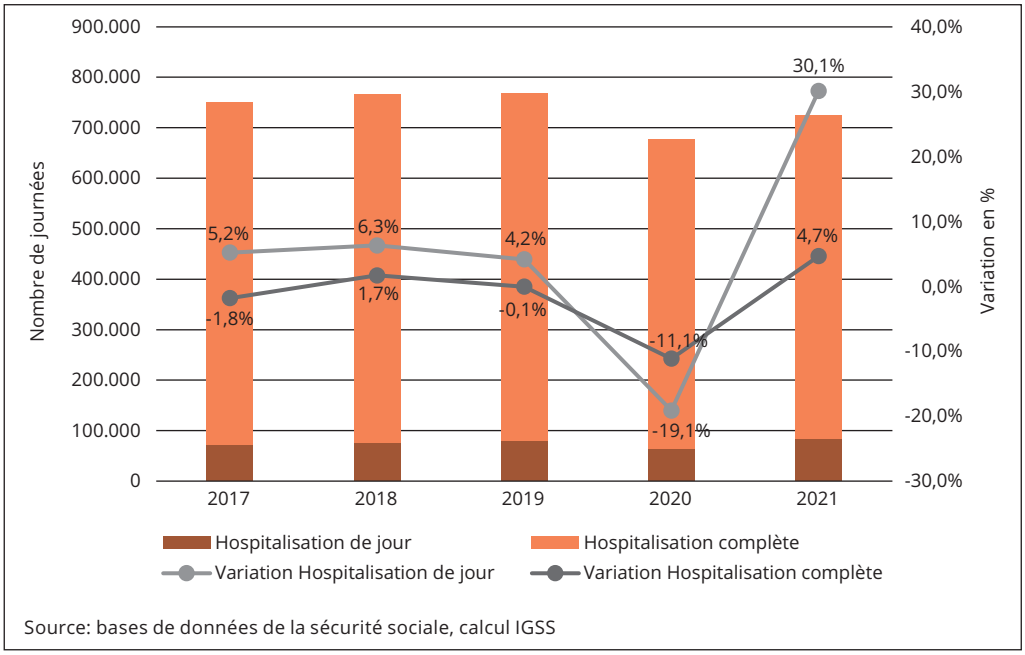
Les statistiques de cette sous-section sont établies du point de vue du patient. Ainsi par exemple, un seul « épisode » hospitalier est mis en compte pour un patient lors d'une hospitalisation complète, ininterrompue, même si cette hospitalisation comporte des transferts vers d'autres établissements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

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

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

En 2021, 725 456 journées sont facturées en milieu hospitalier au Luxembourg , ce qui correspond à une hausse de 7,1% par rapport à 2020. Cette évolution est à mettre en relation avec la diminution de l'activité hospitalière (hors COVID-19) pendant la crise sanitaire et avec la reprise de l'activité en 2021.

Graphique 19: Évolution des journées d'hospitalisation par type d'hospitalisation



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

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

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

Finalement, l'année 2021 se caractérise par une hausse des journées d'hospitalisation due à la reprise de l'activité normale après les contraintes liées à la COVID-19.

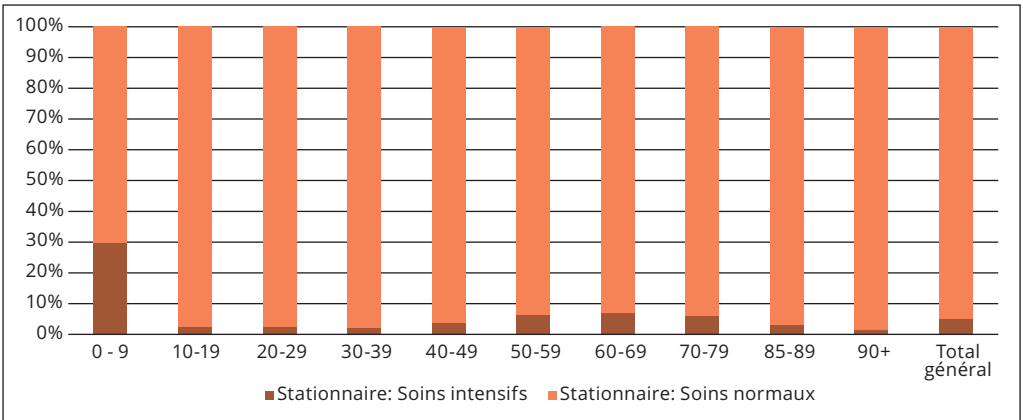
Plus précisément, les journées facturées pour des séjours hospitaliers avec au moins une nuitée [8] augmentent de 4,7% par rapport à 2020 et se chiffrent à 641 224 en 2021. Les soins normaux sont l'unité d'œuvre la plus souvent facturée avec 94,8% de l'ensemble des journées facturées. Les soins intensifs représentent 5,2% de journées facturées avec nuitée.

De même, les hospitalisations de jour, qui ne sont pas suivies d'une hospitalisation avec nuitée, sont au nombre de 84 232 en 2021, ce qui correspond à une hausse de 30,1% par rapport à 2020. Elles concernent un total de 41 899 patients (31 828 en 2020, hausse de 31,6%).

Les passages en hôpital de jour chirurgical [9] présentent 43,1% des hospitalisations de jour (35,3% en 2020), les soins normaux concernent 10,4% (17,6% en 2020), les hospitalisations de jour en psychiatrie 30,3% (31,2% en 2020), les hospitalisations de jour non chirurgicales 13,9% (13,5% en 2020) et les hospitalisations de jour pédiatriques 2,2% (2,4% en 2020) .

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

Graphique 20: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2021 (en %)

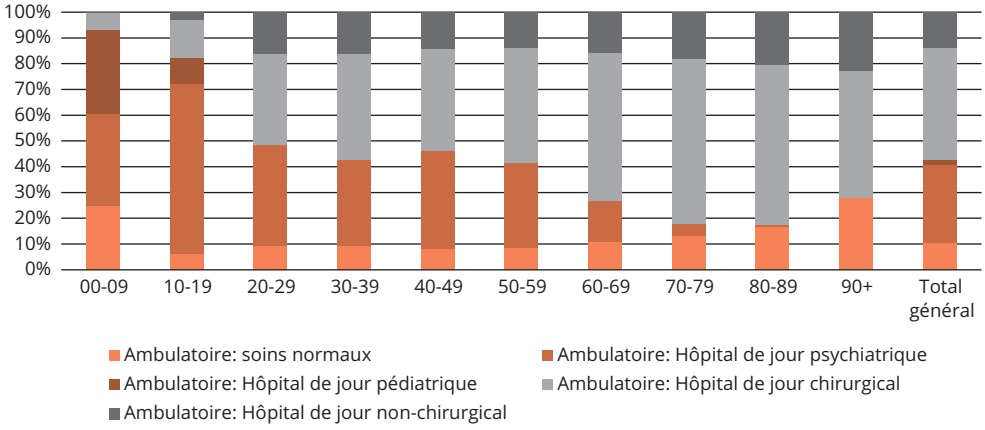


Source: bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

Les hospitalisations en soins normaux dominent dans tous les groupes d'âge. Pour les nouveau-nés en bonne santé, le séjour normal en maternité après la naissance n'est pas considéré comme une hospitalisation. Ceci explique la proportion en soins intensifs relativement élevée pour les très jeunes. L'ensemble de journées facturées avec nuitée concerne 49 274 personnes (46 113 en 2020, hausse de 6,9%).

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

Graphique 21: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2021 (en %)



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

Concernant les journées facturées sans nuitée, ce sont les passages en hôpital de jour psychiatrique qui occupent la part la plus importante auprès des jeunes et jusqu'à 59 ans. En effet, les chiffres montrent que 65,7% (64,7% en 2020) de toutes les journées facturées sans nuitée pour les jeunes âgés de 10-19 ans concernent des passages en hôpital de jour psychiatrique. Les personnes âgées de plus de 60 ans par contre ont plus recours à l'hôpital de jour chirurgical.

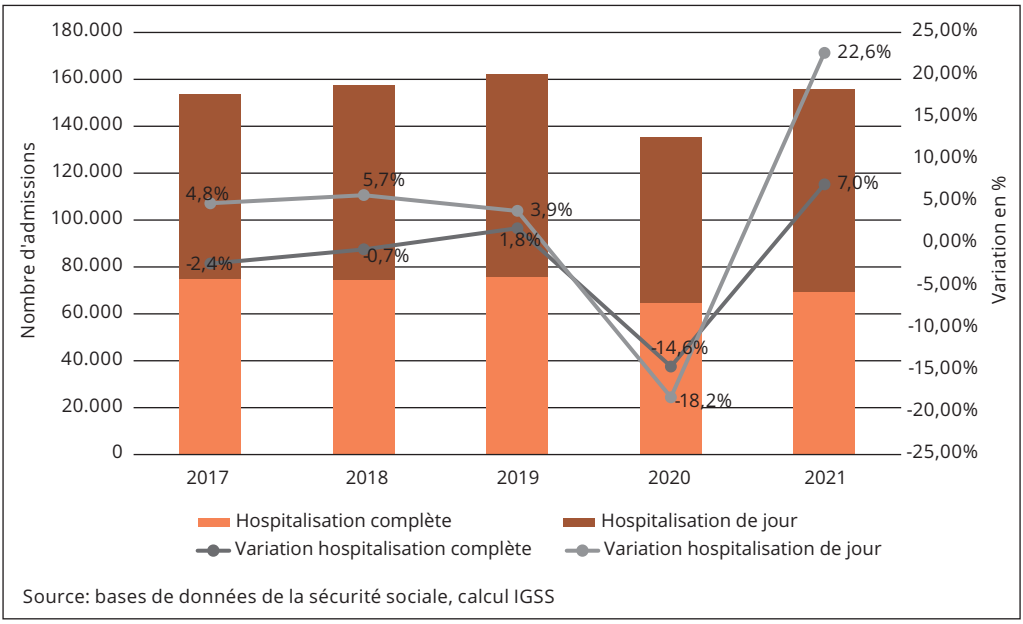
2.1.3.2. Les admissions à l'hôpital

Encadré méthodologique

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

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

Graphique 22: Évolution du nombre d'admissions par type d'hospitalisation

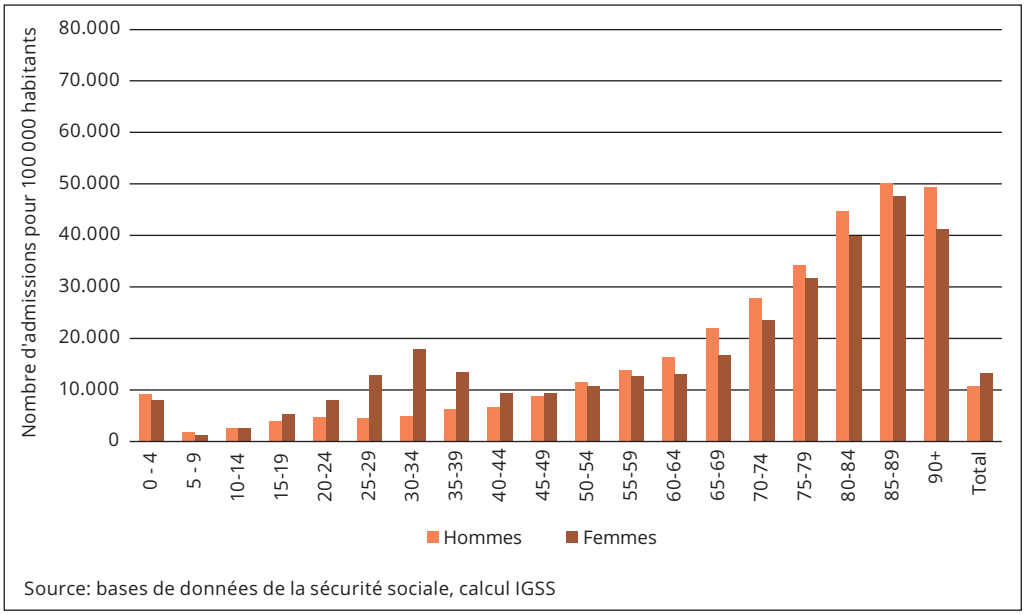


Source: bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

En 2021, 69 211 admissions en hospitalisation complète et 86 526 admissions en hospitalisation de jour sont prises en charge par l'assurance maladie-maternité au Luxembourg [10]. Ces chiffres sont en hausse par rapport à 2020 : + 7,0% pour les hospitalisations complètes et +22,6% pour les hospitalisations de jour. Cette évolution est à mettre en relation avec la diminution de l'activité hospitalière (hors COVID-19) pendant le confinement entre le 16 mars 2020 et 24 mai 2020 et avec l'augmentation des infections de la COVID-19 dès le mois d'octobre 2020 et à la reprise de l'activité normale en 2021.

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

Graphique 23: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2021



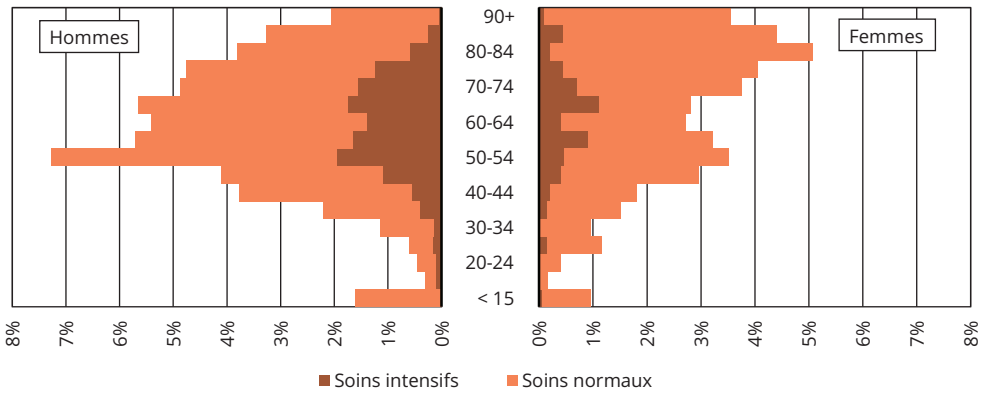
Source: bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

En 2021, le nombre d'admissions hospitalières avec au moins une nuitée s'élève en moyenne à 12 030 pour 100 000 personnes protégées résidentes, celui des hospitalisations de jour à 15 040.

Le taux élevé des admissions chez les femmes âgées de 15 à 44 ans par rapport à celui des hommes du même âge s'explique en grande partie par les accouchements qui sont la première cause d'hospitalisation chez les femmes de ces groupes d'âge. Sans surprise, le nombre d'admissions augmente avec l'âge pour atteindre un maximum de 5,0/10 chez les hommes âgés entre 85 et 89 ans.

En 2021, environ 2 000 hospitalisations liées à la COVID-19 ont été facturées et remboursées par l'assurance maladie-maternité. Le graphique qui suit illustre la répartition de ces hospitalisations par sexe, groupe d'âge et type de soins.

Graphique 24: Répartition des admissions liées à la COVID-19 par sexe, groupe d'âge et type de soins en 2021

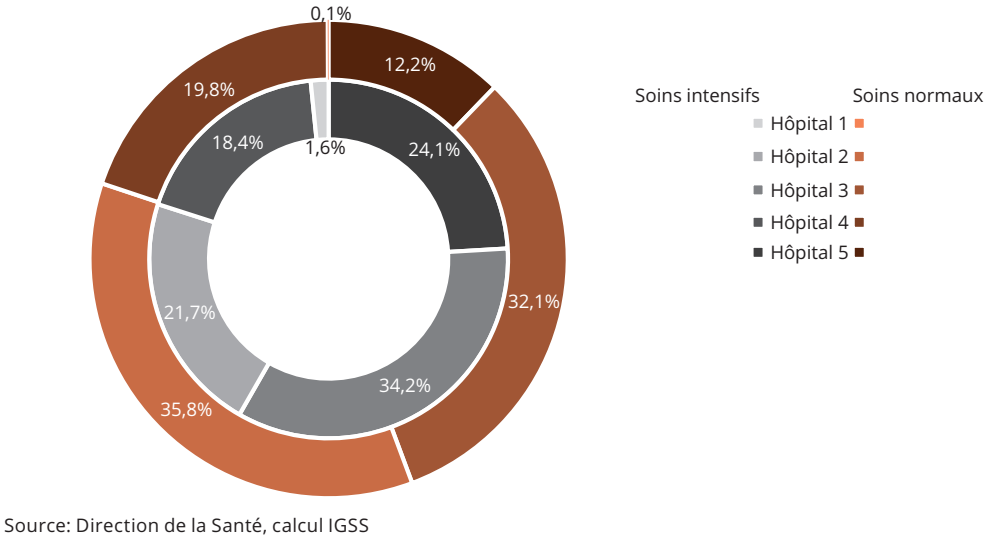


Source: Direction de la Santé, calcul IGSS

En 2021, le nombre d'admissions chez les hommes atteints de la COVID-19 est plus élevé que celui des femmes. Le taux d'hospitalisation des hommes s'élève à 57,0% et celui des femmes à 43,0% pour tous les types de soins confondus. De plus, des différences dans les groupes d'âge les plus concernés sont observées. Les taux d'hospitalisation les plus élevés se montrent pour les hommes âgés de 50 à 54 ans (12,8 % de toutes les hospitalisations de patients masculins) et pour les femmes âgées de 80 à 84 ans (11,8 % de toutes les hospitalisations de patients féminins). Finalement, les hommes sont plus souvent pris en charge en soins intensifs que les femmes.

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

Graphique 25: Répartition des hospitalisations liées à la COVID-19 par hôpital et type de soins en 2021

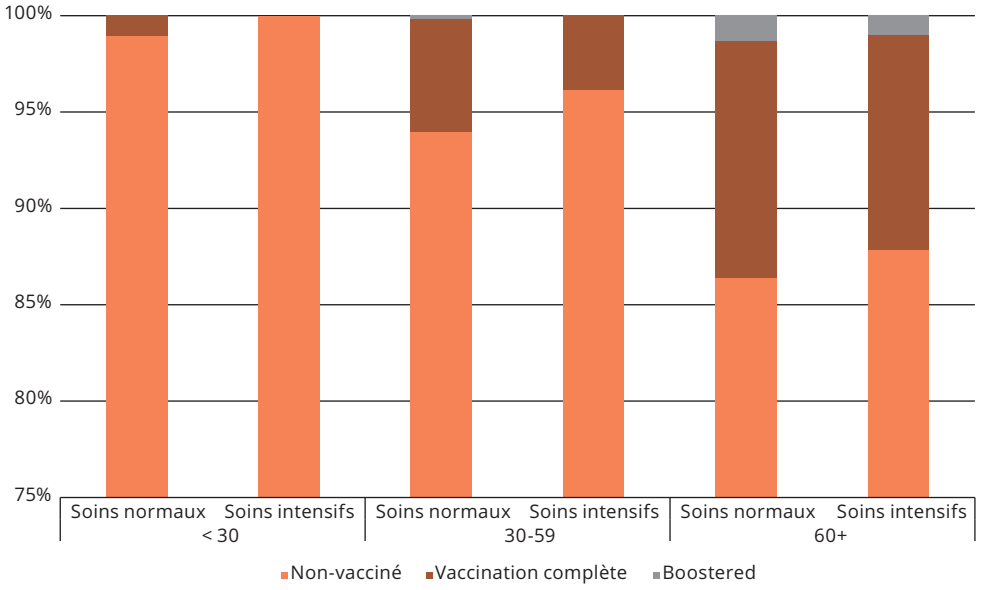


Source: Direction de la Santé, calcul IGSS

Les hôpitaux 2 et 3 prennent en charge deux tiers des patients COVID-19 hospitalisés en soins normaux (35,8% respectivement 32,1%) et 55,9% des patients nécessitant des soins intensifs (21,7% respectivement 34,2%).

Le graphique suivant montre la répartition des hospitalisations liées à la COVID-19 par statut vaccinal contre la COVID-19.

Graphique 26: Répartition des hospitalisations liées à la COVID-19 par groupe d'âge et état de vaccination [a] en 2021



a. État de vaccination contre la COVID-19 au moment de l'admission à l'hôpital.
Source: Direction de la Santé, calcul IGSS

En 2021, 90,3% des admissions liées à la COVID-19 concernent la population non vaccinée. Plus d'admissions de patients non-vaccinés s'observent auprès de la plus jeune population, tandis que la majorité des admissions de la population vaccinée et ayant reçu la dose complémentaire (« boostered ») est constatée pour la population âgée de 60 ans et plus [11].

11. Une analyse détaillée sur l'état de vaccination contre la COVID-19 de la population résidente du Luxembourg, l'évolution des infections, ainsi que l'évolution des admissions dans les centres hospitaliers du pays sont présentés dans le cahier statistique « L'état de vaccination, la situation des infections et des hospitalisations des patients atteints de la COVID-19 » de l'IGSS.
https://igss.gouvernement.lu/fr/publications/apercus-et-cahiers/cahiers-statistiques/202202.html

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

Encadré méthodologique

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

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

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

Les statistiques sur les diagnostics principaux se basent sur les admissions en hôpital de jour et en milieu stationnaire encodées par les établissements hospitaliers dans le cadre de la documentation et classification des séjours hospitaliers (DCSH).

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

Tableau 13: Le type d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus en 2021[a]

Type d'hospitalisation	2019	2020	2021
Nombre d'admissions hospitalières comprenant au moins une nuit à l'hôpital	72 387	61 706	65 991
Nombre d'admissions avec entrée et sortie le même jour (ESMJ, sans nuité [b]	78 875	64 660	78 899
- dont nombre d'admissions en hôpital de jour chirurgical, non-chirurgical et pédiatrique	43 079	38 166	51 516
- dont nombre d'admissions en hôpital de jour psychiatrique	20 641	14 775	18 446
Nombre total d'admissions hospitalières	151 262	126 366	144 890
Durée moyenne de séjour [c]	7,6	7,8	7,5
Taux d'hospitalisation avec une durée <= 4 jours	79,5%	78,7%	80,6%
Taux d'hospitalisation avec une durée <= 7 jours	87,3%	86,7%	88,2%
Rapport nombre ESMJ / Nombre total d'hospitalisations [b]	52,1%	51,2%	54,5%

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

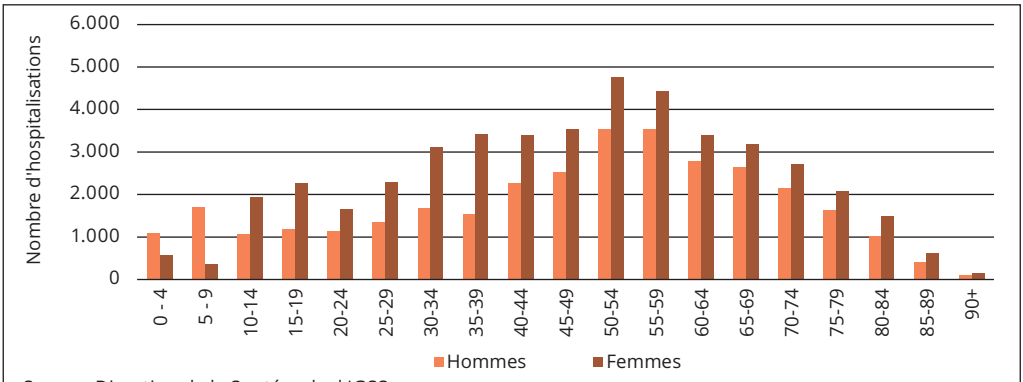
b. À partir du 1er janvier 2019, les places de surveillance sont supprimées et remplacées par les passages en hôpital de jour pédiatrique, chirurgical et non-chirurgical.

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

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

Le nombre d'hospitalisations dans un hôpital aigu et comprenant au moins une nuit à l'hôpital se situe à 65 991 en 2021 et le nombre d'admissions avec entrée et sortie le même jour à 78 899 [12]. Le rapport entre le nombre d'hospitalisation de jour et le nombre total d'hospitalisation s'élève à 54,5% en 2021.

Graphique 27: Nombre d'hospitalisations de jour par groupe d'âge et sexe en 2021 (hôpitaux aigus)



Source: Direction de la Santé, calcul IGSS

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

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

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

Chapitre ICD-10-CM	2019		2020 [b]		2021	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
CHAPITRE XXI: Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	16 689	23,5%	10 145	28,3%	22 112	26,3%
CHAPITRE XI: Maladies de l'appareil digestif	9 736	13,7%	4 381	12,2%	10 692	12,7%
CHAPITRE XIII: Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	8 982	12,6%	4 681	13,1%	10 100	12,0%
CHAPITRE II: Tumeurs	5 186	7,3%	3 253	9,1%	6 915	8,2%
CHAPITRE VII: Maladies de l'œil et de ses annexes	6 217	8,7%	2 949	8,2%	6 093	7,3%
CHAPITRE VI: Maladies du système nerveux	4 191	5,9%	2 025	5,7%	4 363	5,2%
CHAPITRE IX: Maladies de l'appareil circulatoire	3 962	5,6%	679	1,9%	4 276	5,1%
CHAPITRE XIV: Maladies de l'appareil génito-urinaire	3 918	5,5%	1 765	4,9%	4 076	4,9%
CHAPITRE XIX: Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	2 877	4,0%	1 327	3,7%	2 948	3,5%
CHAPITRE V: Troubles mentaux et du comportement	130	0,2%	86	0,2%	1 968	2,3%

a. Les diagnostics principaux sont classés selon la classification internationale des maladies ICD-10-CM.
b. Nombre d'admissions sur la période de juillet 2020 à décembre 2020.
Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

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

En 2021, 26,3% des admissions en hôpital de jour présentent un diagnostic du « CHAPITRE XXI: Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ». 10 692 admissions sont liées aux maladies de l'appareil digestif (Chapitre 11 de l'ICD-10-CM) et 10 100 aux maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (Chapitre 13 de l'ICD-10-CM).

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

Chapitre ICD-10-CM	2019		2020 [b]		2021	
	Nombre	en % du total	Nombre	en % du total	Nombre	en % du total
CHAPITRE XXI: Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	22 015	20,9%	10 408	21,6%	21 582	21,4%
CHAPITRE II: Tumeurs	8 603	8,2%	4 529	9,4%	9 774	9,7%
CHAPITRE XV: Grossesse, accouchement et puerpéralité	8 328	7,9%	4 410	9,1%	8 891	8,8%
CHAPITRE XIX: Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	8 159	7,8%	3 947	8,2%	8 220	8,1%
CHAPITRE XIII: Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	9 713	9,2%	3 849	8,0%	7 855	7,8%
CHAPITRE IX: Maladies de l'appareil circulatoire	8 335	7,9%	3 345	6,9%	7 662	7,6%
CHAPITRE X: Maladies de l'appareil respiratoire	6 611	6,3%	3 241	6,7%	6 720	6,7%
CHAPITRE XI: Maladies de l'appareil digestif	7 763	7,4%	3 482	7,2%	6 354	6,3%
CHAPITRE XIV: Maladies de l'appareil génito-urinaire	5 111	4,9%	2 166	4,5%	4 719	4,7%
CHAPITRE VI: Maladies du système nerveux	5 027	4,8%	2 163	4,5%	4 463	4,4%

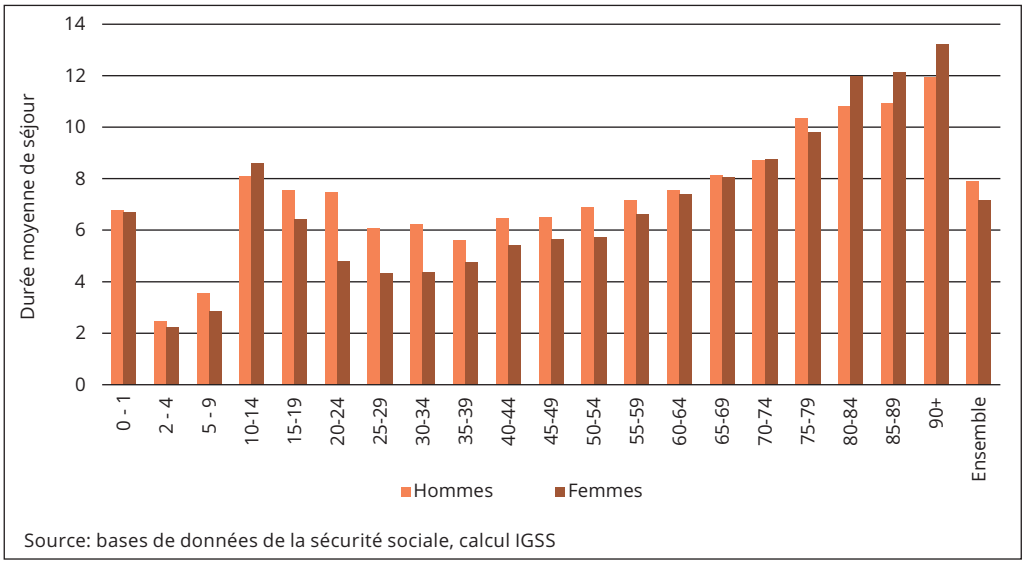
a. Les diagnostics principaux sont classés selon la classification internationale des maladies ICD-10-CM.

b. Nombre d'admissions sur la période de juillet 2020 à décembre 2020.

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

En 2021, 21 582 admissions, soit 21,4% du nombre total d'admissions ont comme diagnostic principal Chapitre 21 - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ». Le CHAPITRE II: Tumeurs » occupe la deuxième place avec 9 774 admissions (9,7% du total) et le CHAPITRE XV: Grossesse, accouchement et puerpéralité » la troisième place avec 8 891 admissions (8,8% du total).

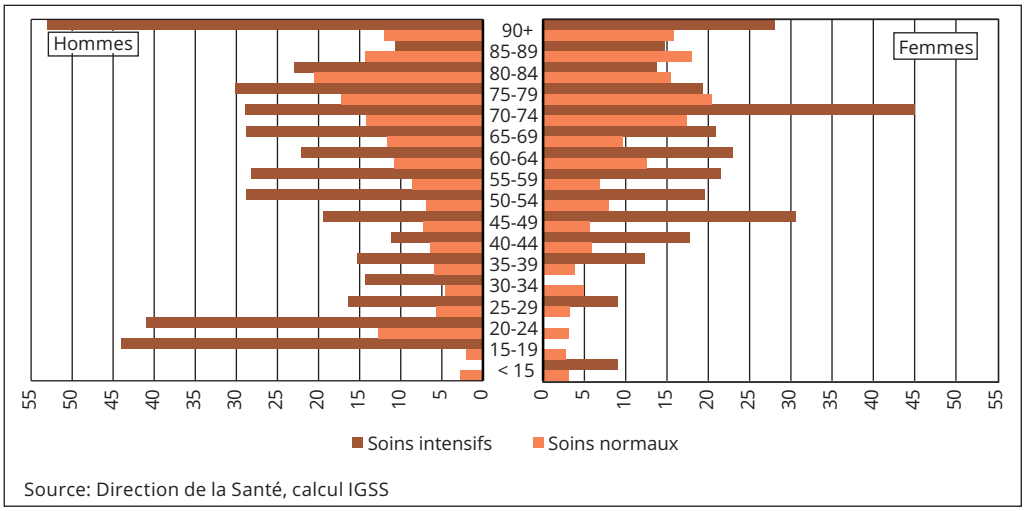
Graphique 28: Durée moyenne de séjour par groupe d'âge et sexe en 2021 (hôpitaux aigus)



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

La durée moyenne de séjour des 65 991 hospitalisations avec au moins une nuitée se situe à 7,5 jours en 2021 (7,8 jours en 2020). Pour les hommes comme pour les femmes, la durée moyenne de séjour progresse avec l'âge. L'exception à cette tendance sont les enfants de moins de 1 an qui affichent une durée moyenne de séjour plus élevée. Cela vient du fait que le séjour à la maternité d'un nouveau-né en bonne santé n'est pas considéré comme une hospitalisation pour le bébé mais pour la mère et n'est donc pas pris en compte dans le calcul de la DMS. Par contre, les accouchements par césarienne ainsi que les nouveau-nés présentant des complications sont inclus.

Graphique 29: Durée moyenne de séjour des hospitalisations liées à la COVID-19 par groupe d'âge e sexe en 2021



Source: Direction de la Santé, calcul IGSS

L'analyse détaillée des durées de séjour des hospitalisations liées à la COVID-19 de 2021 montre des fortes variations en fonction de l'âge et du sexe des patients. Généralement, la DMS des admissions en soins intensifs est plus élevée que celle des soins normaux.

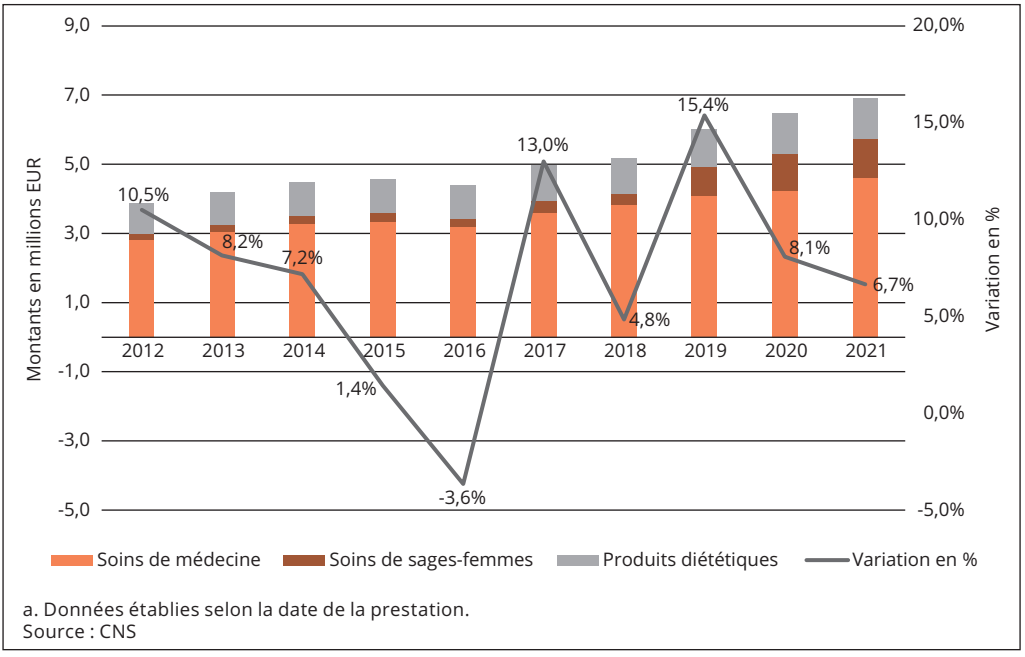
2.1.4. Les prestations de maternité

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

2.1.4.1. Les dépenses pour prestations en nature de maternité

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

Graphique 30: Évolution des dépenses pour prestations en nature de maternité [a)]
(en millions EUR)



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

En 2021, les dépenses pour prestations en nature de maternité se chiffrent à 6,9 millions EUR, ce qui représente une augmentation de 6,7% par rapport à 2020. Les dépenses pour soins médecine augmentent de 8,6% et celles des soins de sages-femmes de 6,2%, tandis que celles des produits diététiques restent constantes.

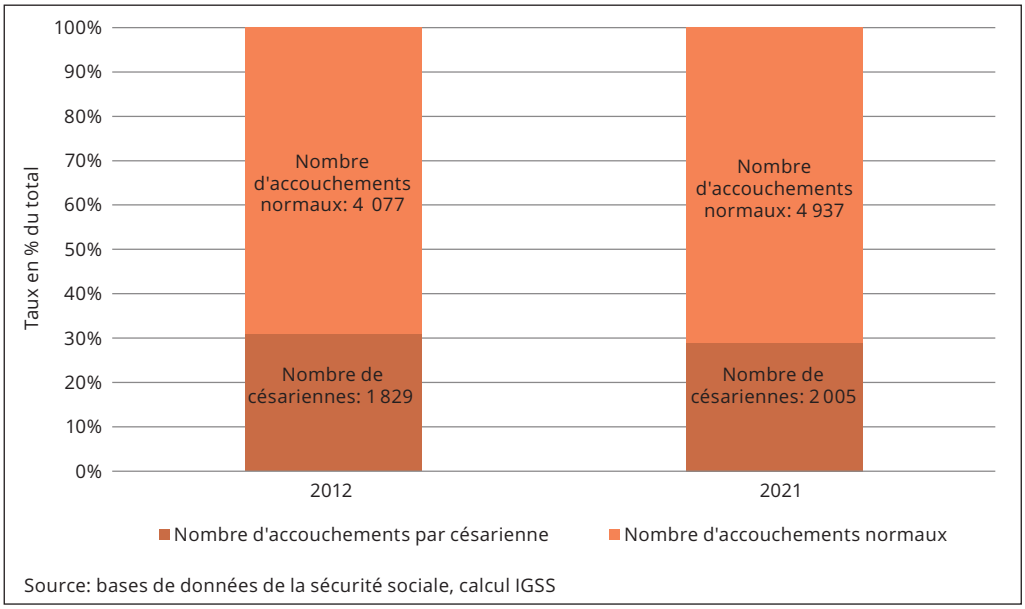
2.1.4.2. Les accouchements

En 2021, le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité est de 6 942. Comparé à 2012, ceci représente une augmentation de 17,5%. Toutefois, la population protégée résidente a également augmenté (+16,8% sur cette même période). Trois points sont mis en évidence :

- diminution des accouchements chez les femmes âgées de moins de 24 ans ;
- augmentation des accouchements chez les femmes âgées de 40 ans et plus ;
- légères diminutions des taux d'accouchements par césarienne par rapport à l'année précédente et par rapport à 2019 (-0,1% respectivement -0,4%).

Le taux des césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 28,9% en 2021 contre 31,0% en 2012.

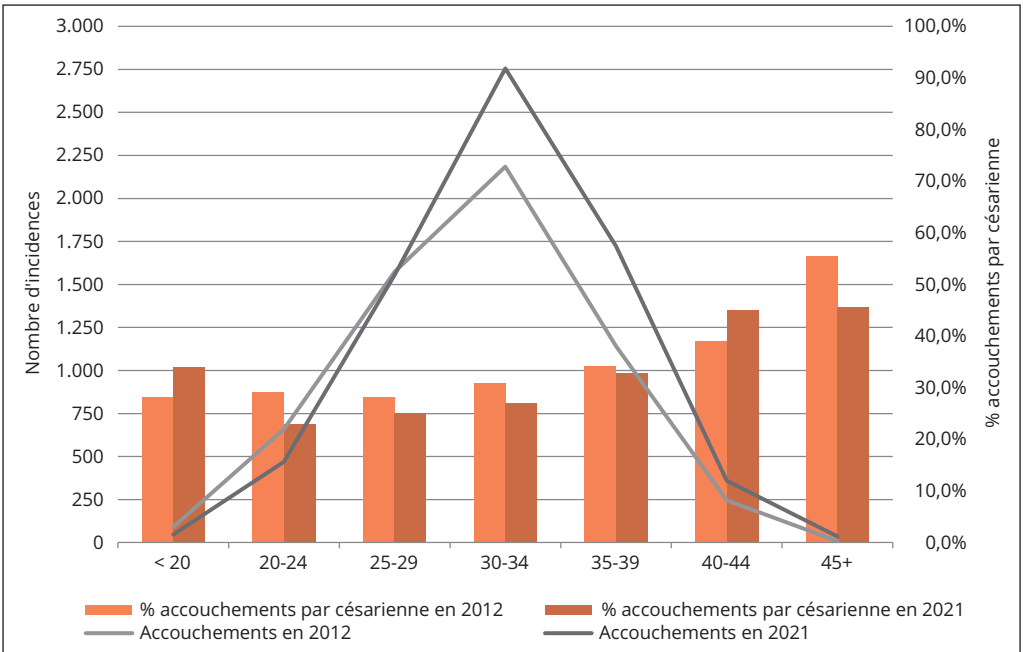
Graphique 31: Le nombre d'accouchements par césarienne et le nombre d'accouchements normaux en 2012 et 2021



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

Le graphique suivant indique, en fonction de l'âge de la femme, le nombre d'accouchements des femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité pour les années 2012 et 2021.

Graphique 32: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2012 et 2021



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

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

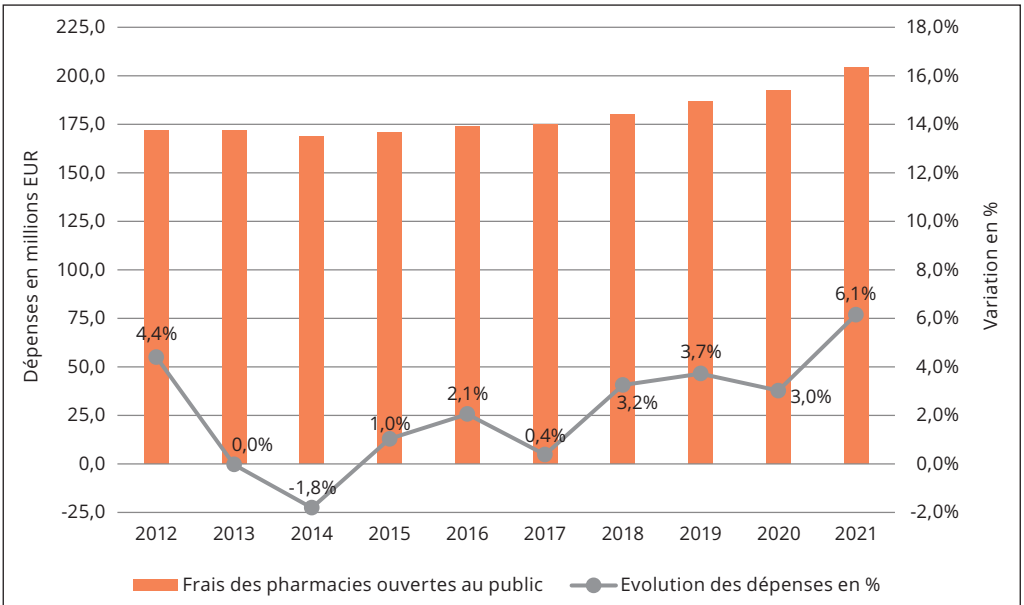
2.1.5. Les médicaments

Encadré méthodologique

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

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

Graphique 33: Évolution des dépenses relatives aux médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public [a] [b]



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

En 2021, les dépenses en remboursements de médicaments vendus par les pharmacies ouvertes au public s'élèvent à 204,6 millions EUR, soit une augmentation de 6,1% par rapport à 2020. Cette augmentation s'explique entre autres par l'inscription de nouveaux médicaments sur la liste positive allant de pair avec un accroissement des options thérapeutiques dans les domaines des traitements médicamenteux des cancers et des maladies auto-immunes. L'évolution de ces dépenses tient également compte de l'introduction de la blistérisation à partir du mois de mai 2020. Le coût engendré par cette préparation médicale individuelle (PMI) se chiffre en 2021 à 0,5 million EUR, contre 0,2 million EUR en 2020 (+101,6%).

Une analyse de ces dépenses selon la date de la prestation met aussi en évidence qu'en 2021 les dépenses pour médicaments à taux préférentiel augmentent au dépens des médicaments soumis au taux normal (80%). Le groupe ATC « Anti-infectieux », qui regroupe entre autres les médicaments pris dans le cas du traitement de la COVID-19, présentent l'évolution la plus importante parmi les groupes ATC aussi bien au niveau du nombre de patients qu'au niveau des dépenses.

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

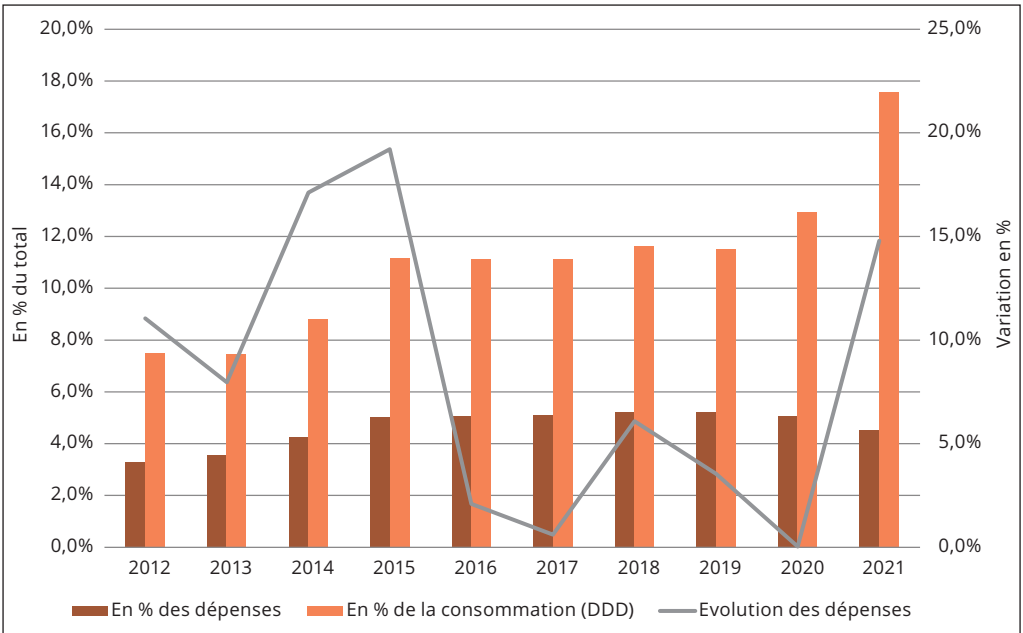
Tableau 16: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2021 [a]

Code ATC 1er niveau	Montant net total %	Variation des dépenses 2020/2021
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	19%	12%
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	18%	7%
Système nerveux central	13%	3%
Système cardio-vasculaire	12%	2%

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

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

Graphique 34: Part des médicaments génériques dans l'ensemble des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public



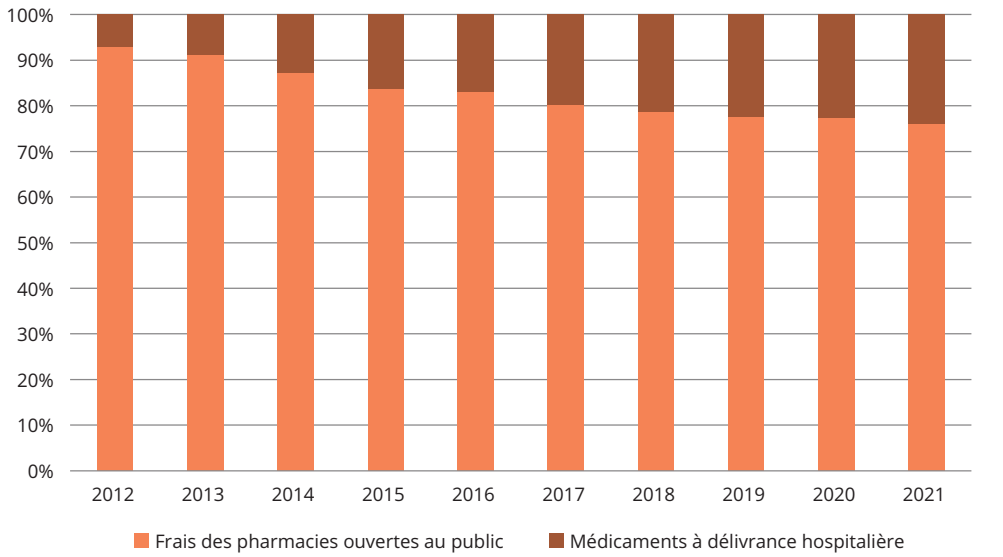
a. Données établies selon la date de la prestation.
Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2012, la part des dépenses relatives aux médicaments génériques se situe à 3,3% des dépenses totales des médicaments. Avec l'introduction en 2014 du droit de substitution, la prescription des médicaments génériques augmente. En effet les dépenses évoluent de 17,1% en 2014, respectivement de 19,2% en 2015 par rapport à 8,0% en 2013. Leur poids dans les dépenses totales des médicaments passe de 3,6% en 2013 à 5,0% en 2015. Depuis, leurs dépenses évoluent modérément jusqu'en 2020. En 2021, les dépenses relatives aux médicaments génériques représentent 4,5% des dépenses totales des médicaments, une baisse par rapport aux 5,1% en 2020.

Une analyse de l'impact de la substitution sur le nombre de " Daily Defined Doses " (DDD) consommées [13] entre 2013 et 2015 montre une augmentation 20,8% en 2014, respectivement de 29,0% en 2015 par rapport à 4,1% en 2013. Leur part passe de 7,7% en 2013 à 11,3% de l'ensemble des DDD consommés en 2015. En 2021, cette part s'élève à 17,6% contre 13,0% en 2020.

Les médicaments à délivrance hospitalière (médicaments délivrés par les pharmacies des hôpitaux à des patients en ambulatoire p.ex. dans le cadre de traitements anti-cancéreux) s'élèvent à 64,3 millions EUR en 2021.

Graphique 35: Évolution des dépenses totales relatives aux médicaments



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

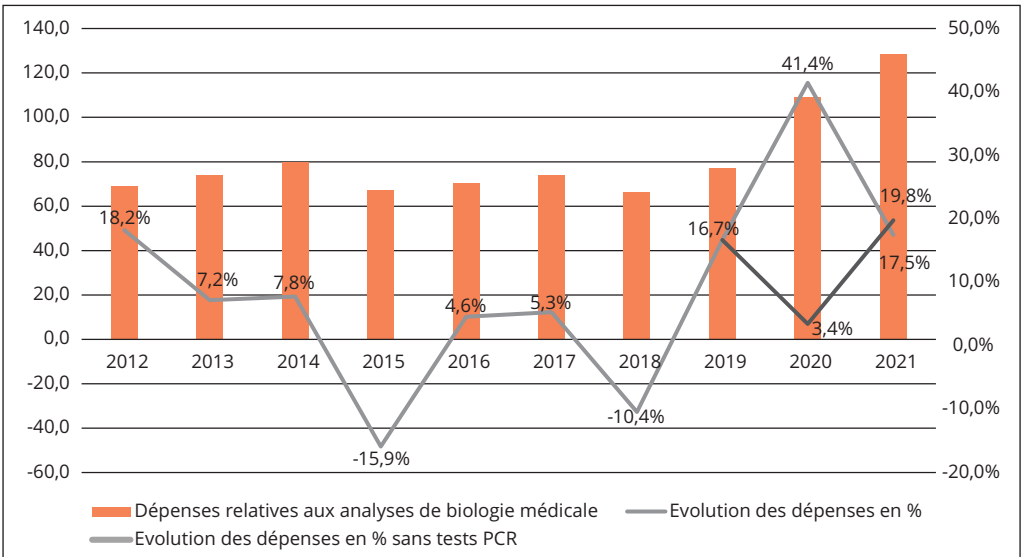
Les dépenses totales relatives aux médicaments affichent 268,9 millions EUR en 2021, dont 23,9% concernent les dépenses pour les médicaments à délivrance hospitalière contre 7,0% en 2012. Cette évolution s'explique par la prise en charge de nouveaux traitements médicamenteux coûteux comme par exemple contre l'hépatite C, l'immunothérapie, la chimiothérapie, etc.

2.1.6. Les analyses de biologie médicale

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

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

Graphique 36: Évolution des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale [a]



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

Après une croissance de 41,4% en 2020, les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale augmentent de 17,5% en 2021. Cette hausse est essentiellement due à l'activité-clé des laboratoires privés liée au dépistage de la COVID-19 [14]. Dans ce contexte, l'assurance maladie-maternité ne prend en charge que les analyses effectuées sur base d'une ordonnance médicale pour un diagnostic. Le coût lié à ces analyses s'élève à 32,7 millions EUR pour 2021 (29,4 millions EUR en 2020) [15]. De plus, l'évolution en 2021 s'explique aussi par l'adaptation de la lettre-clé à la variation de l'indice du coût de la vie de 2,5%.

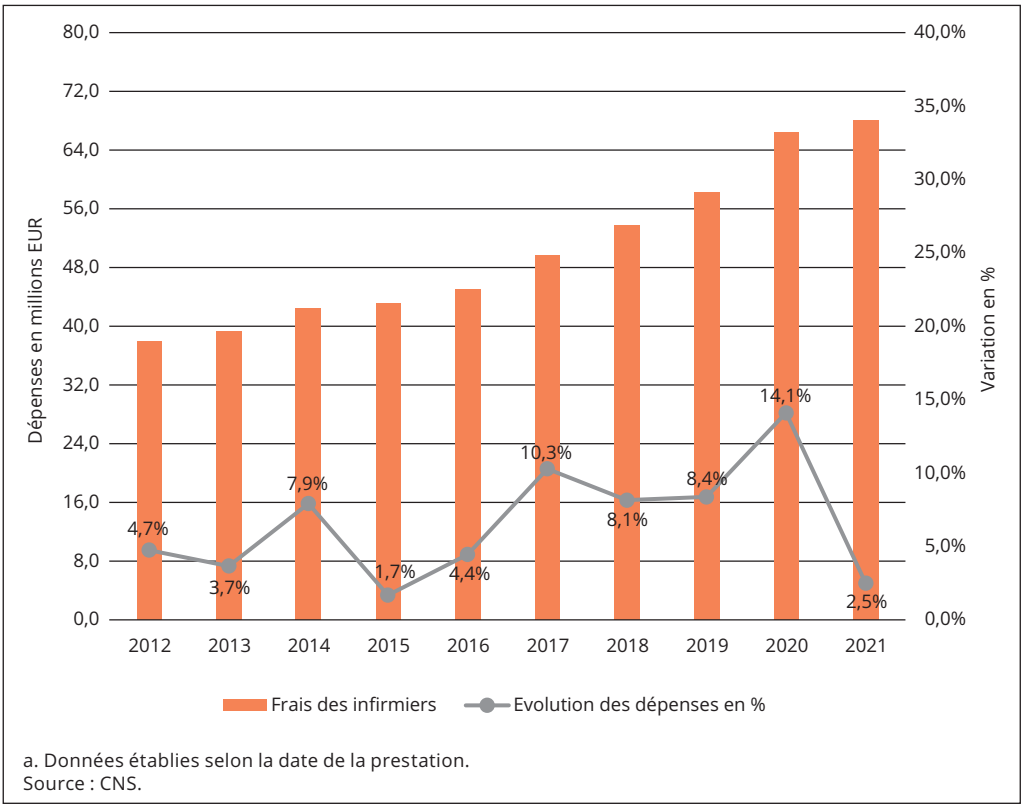
En faisant abstraction des dépenses liées à la réalisation des tests PCR et des frottis y associés, les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale auraient augmenté de 19,8% en 2021. Les facteurs qui expliquent cette croissance sont d'un côté la reprise de l'activité régulière, la hausse du nombre d'ordonnances par patient et la prescription d'actes à tarif plus élevé de l'autre côté.

2.1.7. Les soins infirmiers

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

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

Graphique 37: Évolution des dépenses pour soins infirmiers [a]



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

L'augmentation des dépenses pour soins infirmiers se situe à 2,5% en 2021. Cette évolution tient compte de la déduction de l'effet de l'augmentation temporaire de 1,75%, venant à échéance le 31 décembre 2020. En effet, en 2020 la valeur de la lettre-clé a été augmenté de manière ad hoc additionnelle et temporaire de 1,75% pour la période du 1er mai 2019 jusqu'au 31 décembre 2020 [16]. A ce facteur s'ajoute l'évolution de l'activité normale des infirmiers et de l'impact financier des forfaits horaires infirmiers destinés à la prise en charge des patients COVID-19 qui s'élève à 0,6 million EUR en 2021 (contre 3,2 millions EUR en 2020).

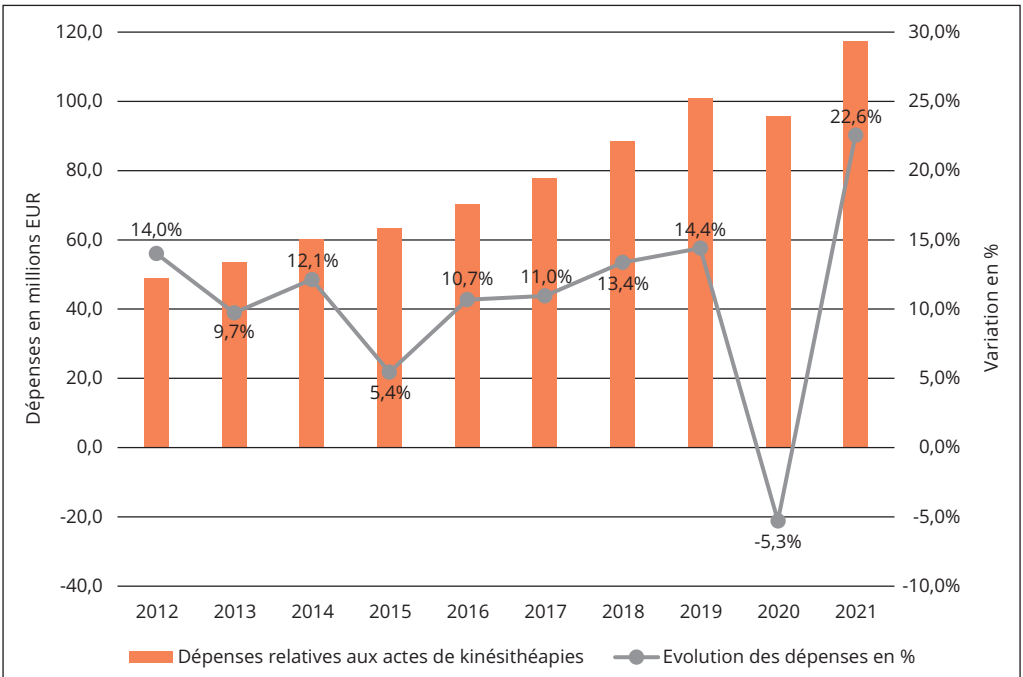
La hausse de l'activité « normale » se traduit par une augmentation du nombre de personnes dépendantes au sens de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance et bénéficiant en conséquence des forfaits journaliers d'actes infirmiers dans ce cadre.

2.1.8. Les soins de kinésithérapie

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

16. Art. 67 de la loi du 17 décembre 2021 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2022.

Graphique 38: Évolution des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie [a]



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

En 2021, les dépenses relatives aux actes de kinésithérapie affichent une croissance importante de 22,6%. Cette hausse est influencée par les résultats de la négociation tarifaire 2021/2022 de 2,82% mise en application le 1er novembre 2021 et par un effet de rattrapage pour la période du 1er novembre 2021 au 31 décembre 2022. S'y ajoutent la variation de l'EMS de 0,6% et la reprise de l'activité suite au recul de cette dernière lors du confinement en 2020. De plus, à côté de la hausse du nombre de patients (estimation de +11,5%), le coût net par patient, résultant d'un nombre de séances par prescription et d'un nombre de séances réalisées plus élevés par rapport au nombre prescrit, croît également de manière importante (estimation de +9,0%).

2.1.9. Les autres soins de santé

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

Tableau 17: Évolution des dépenses pour les autres soins de santé de 2012 à 2021 (en milliers EUR)

Type de prestation	2012	2016	2021	*Variation 2020/2021*	*Variation 2012/2021*
Dispositifs médicaux	37,5	45,3	60,1	*15,1%*	*60,3%*
Soins des sages-femmes	0,6	0,8	2,4	*8,5%*	*333,0%*
Soins de psychomotricité	1,2	1,2	2,0	*46,0%*	*67,7%*
Orthophonie	1,4	2,3	2,9	*23,9%*	*106,9%*
Soins de diététique			1,6	*70,2%*	
Soins palliatifs			13,3	*5,7%*	
Autres soins de santé	31,3	35,8	46,5	*17,8%*	*48,7%*
TOTAL	71,9	85,4	128,8	*15,9%*	*79,1%*

Source : CNS

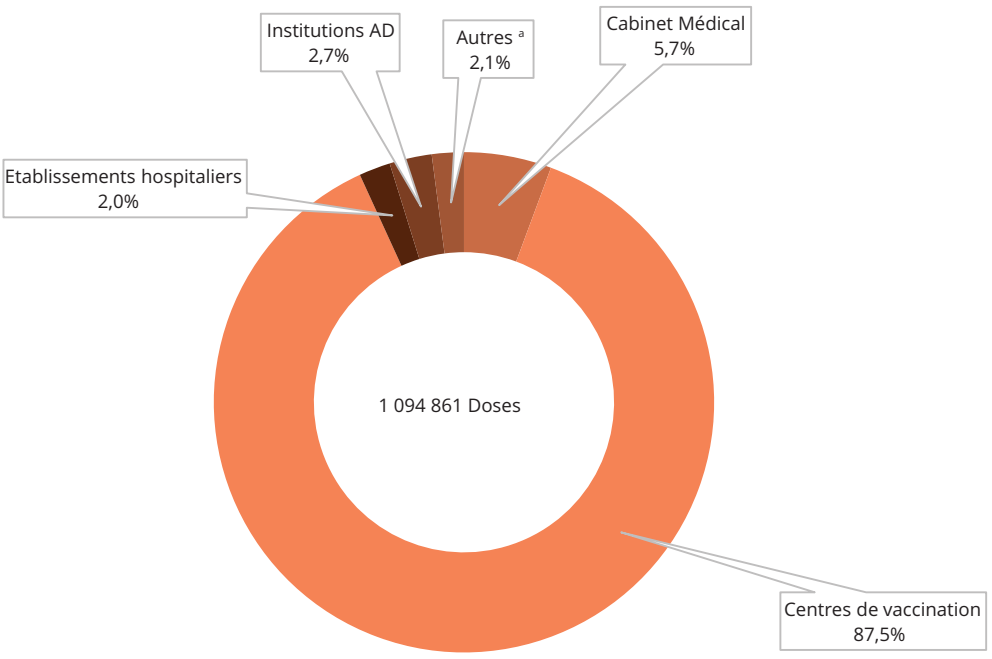
En 2021, les dépenses pour les autres soins de santé évoluent de 15,3%. Cette croissance est influencée par une augmentation importante des cures et des prestations des diététiciens, des orthophonistes et des psychomotriciens notamment due à une reprise progressive de l'activité suite au recul de cette dernière lors du confinement en 2020. Les dispositifs médicaux évoluent de 13,7% ce qui s'explique par une augmentation des dépenses pour aides visuelles, pour dispositifs médicaux de petite envergure [17] et pour produits d'alimentation médicale. S'y ajoute l'évolution de l'échelle mobile des salaires de 0,6% pour les psychomotriciens, les orthophonistes, les sages-femmes, les prestataires de soins palliatifs, les diététiciens et les rééducateurs en psychomotricité ainsi que la négociation tarifaire 2021/2022 de 2,82% de ces mêmes prestataires (sauf les prestataires de soins palliatifs). De même, la diminution de la valeur de la lettre-clé des prestataires de soins palliatifs d'un facteur de rattrapage appliqué sur la période allant du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2022 influence l'évolution des dépenses des autres soins de santé.

Dans le cadre de la prévention des maladies transmissibles, la vaccination est le meilleur moyen de lutter contre la propagation de ces maladies. Ainsi, dès décembre 2020, les premières vaccinations ont été effectuées auprès d'une population cible afin de lutter contre le corona virus.

Le graphique suivant présente le nombre total de doses de vaccination administrées en 2021 au Luxembourg [18] et la répartition de ces doses par lieu de prestation.

17. Exemples : divers pansements spéciaux, produits pour incontinence urinaire, glucomètres et accessoires, etc.
18. Le nombre de doses concerne toute personne, protégée ou non-protégée, résidente ou non-résidente, ayant reçu une dose de vaccination au Luxembourg.

Graphique 39: Répartition des doses de vaccination contre la COVID-19 par lieu de prestation en 2021



a. La catégorie « Autres » regroupe les doses de vaccination attribuées dans le cadre des vaccinations mobiles et communales ou dans le cadre d'actions sociales ainsi que celles prestées en pharmacie, aux centres commerciaux et aux écoles et lycées.
Source : Direction de la Santé, calcul IGSS

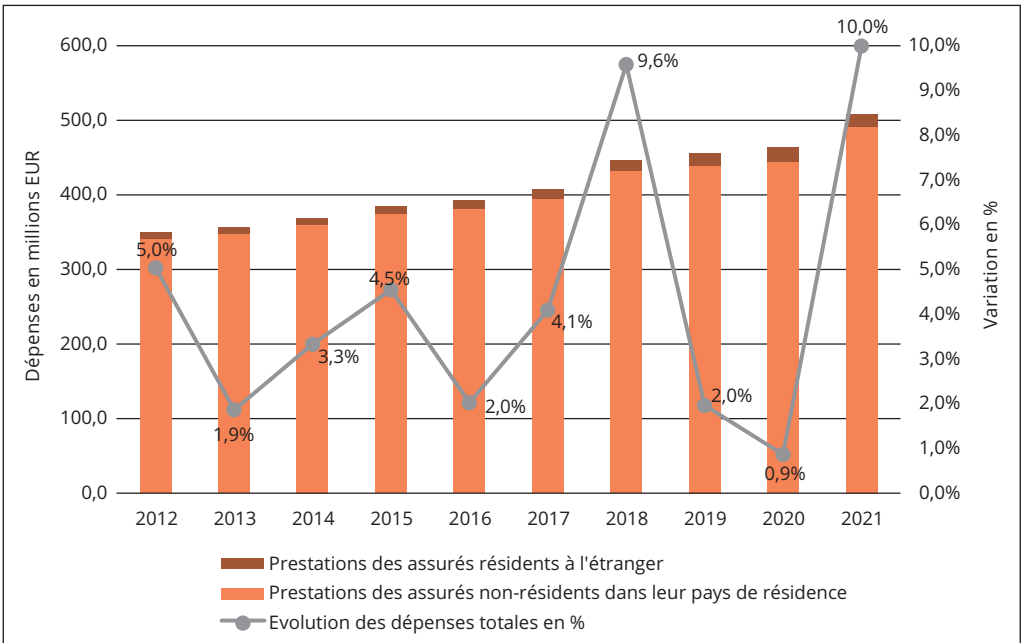
En 2021, 1 094 861 doses de vaccination contre la COVID-19 sont administrées au Luxembourg. La majorité des patients se sont rendus aux centres de vaccination pour se faire vacciner contre la COVID-19 (87,5% des doses). Le cabinet médical se situe en deuxième place avec 5,7% des doses [19].

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

Les prestations à l'étranger distinguent entre la prise en charge des soins de santé des assurés non-résidents dans leur pays de résidence, dites conventions internationales, (96,6% des dépenses totales en 2021) et les autres prestations, notamment planifiées ou non, des assurés résidents à l'étranger (3,3% des dépenses totales en 2021).

19. Une analyse détaillée sur l'état de vaccination contre la COVID-19 de la population résidente du Luxembourg, l'évolution des infections, ainsi que l'évolution des admissions dans les centres hospitaliers du pays sont présentés dans le cahier statistique « L'état de vaccination, la situation des infections et des hospitalisations des patients atteints de la COVID-19 » de l'IGSS.
https://igss.gouvernement.lu/fr/publications/apercus-et-cahiers/cahiers-statistiques/202202.html

Graphique 40: Évolution des dépenses pour prestations à l'étranger [a]



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

Les dépenses pour les prestations à l'étranger se chiffrent à 508,0 millions EUR en 2021. Leur taux de croissance de 10,0% par rapport à 2020 est notamment dû à une augmentation de 10,4% des dépenses relatives aux conventions internationales.

Tableau 18: Évolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger [a] entre 2019 et 2021

	2019		2020		2021			
	Nombre d'autorisations	En % du total	Nombre d'autorisations	En % du total	Nombre d'autorisations	En % du total	*Variation 2019/2020*	*Variation 2020/2021*
Accordé	11 823	82,3%	9 689	80,0%	9 530	82,0%	*-18,0%*	*-2,7%*
En instance	1 774	12,3%	1 360	11,2%	1 046	9,0%	*-23,3%*	*-9,0%*
Refusé	774	5,4%	1 061	8,8%	1 049	9,0%	*37,1%*	*62,7%*
TOTAL	**14 371**	**100,0%**	**12 110**	**100,0%**	**11 625**	**100,0%**	***-15,7%***	***0,0%***
	Nombre de patients		**Nombre de patients**		**Nombre de patients**			
Accordé	6 889		5 957		5 713		*-13,5%*	*-4,1%*
En instance	1 481		1 220		962		*-17,6%*	*-21,1%*
Refusé	700		953		948		*36,1%*	*-0,5%*
TOTAL	**8 522**		**7 466**		**7 035**		***-12,4%***	***-5,8%***

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

Source : CNS, calcul IGSS.

En 2021, 11 625 demandes d'autorisation dans le cadre du règlement CEE 883/2004 sont reçues par la CNS. Ces demandes sont introduites par 7 035 patients. La plupart des demandes concernent des traitements stationnaires et des consultations ou examens. Dans 82,0% des cas, la demande d'autorisation est accordée sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), 9,0% des demandes sont refusées et 9,0% des cas sont encore en instance.

Comparé à l'année précédente, le nombre total des demandes d'autorisation a diminué de 4,0 % : moins de demandes ont été reçues (-23,1%) et légèrement moins de demandes ont été accordées (-1,6%) et refusées -1,1%).

La très grande majorité (92,5%) des demandes de transferts est destinée aux trois pays limitrophes (Allemagne, Belgique, France). Plus de la moitié des autorisations est accordée pour l'Allemagne (51,0%) et 30,3% pour la Belgique. Cependant, les chiffres présentés ne donnent pas d'indication sur les traitements effectivement obtenus.

Tableau 19: Répartition du total des autorisations sollicitées par pays fournisseur en 2021 [a]

Pays fournisseur	Nombre d'autorisations				Nombre de patients				Répartition par pays des autorisations accordées	Répartition par pays du total des autorisations
	Accordé	En instance	Refusé	Total	Accordé	En instance	Refusé	Total		
Allemagne	4 856	540	436	5 832	2 867	498	386	3 510	51,0%	50,2%
Belgique	2 889	239	253	3 381	1 829	219	236	2 099	30,3%	29,1%
France	1 222	143	173	1 538	731	132	155	944	12,8%	13,2%
Suisse	127	15	13	155	70	10	13	86	1,3%	1,3%
Italie	47	15	33	95	35	15	32	76	0,5%	0,8%
Portugal	152	32	46	230	106	31	40	160	1,6%	2,0%
Pays-Bas	116	17	8	141	85	17	8	106	1,2%	1,2%
Autres pays	121	45	87	253	99	44	82	205	1,3%	2,2%
TOTAL	9 530	1 046	1 049	11 625	5 713	962	948	7 035	100,0%	100,0%

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

Source : CNS, calcul IGSS.

3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

3.1. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE

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

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

	2019	2020	2021
Prestations à charge de la CNS	**203,0**	**341,3**	**250,6**
Variation annuelle en %	*36,8%*	*68,1%*	*-26,6%*
dont Indemnités pécuniaires proprement dites	185,9	326,3	230,5
dont Indemnités pendant périodes d'essais	16,8	14,8	20,0
dont Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,3	0,2	0,2
Majoration du taux de cotisation pour prestations en espèces	**0,50%**	**0,50%**	**0,50%**
Prestations à charge de la Mutualité des Employeurs	**444,5**	**417,4**	**523,6**
Variation annuelle en %	*2,0%*	*-6,1%*	*25,4%*

Source : CNS, Mutualité des Employeurs.

L'année 2021 est caractérisée par une baisse importante des prestations en espèces à charge de la CNS et d'une augmentation des prestations en espèces à charge de la Mutualité des Employeurs. Les prestations en espèces à charge de la CNS s'établissent à 250,6 millions EUR en 2021 et sont ainsi de 26,6% plus faibles qu'en 2020. Cette évolution est surtout due à une baisse des indemnités pécuniaires de maladie proprement dites de 29,4%. Les prestations en espèces à charge de la Mutualité s'établissent, quant à elles, à 523,6 millions EUR en 2021, ce qui représente une augmentation de 25,4% par rapport à 2020.

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

Encadré méthodologique

1. Champ étudié

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

2. Source

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

3. Définitions

Taux d'absentéisme

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

Taux d'absentéisme de courte et de longue durée

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

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

Épisode de maladie

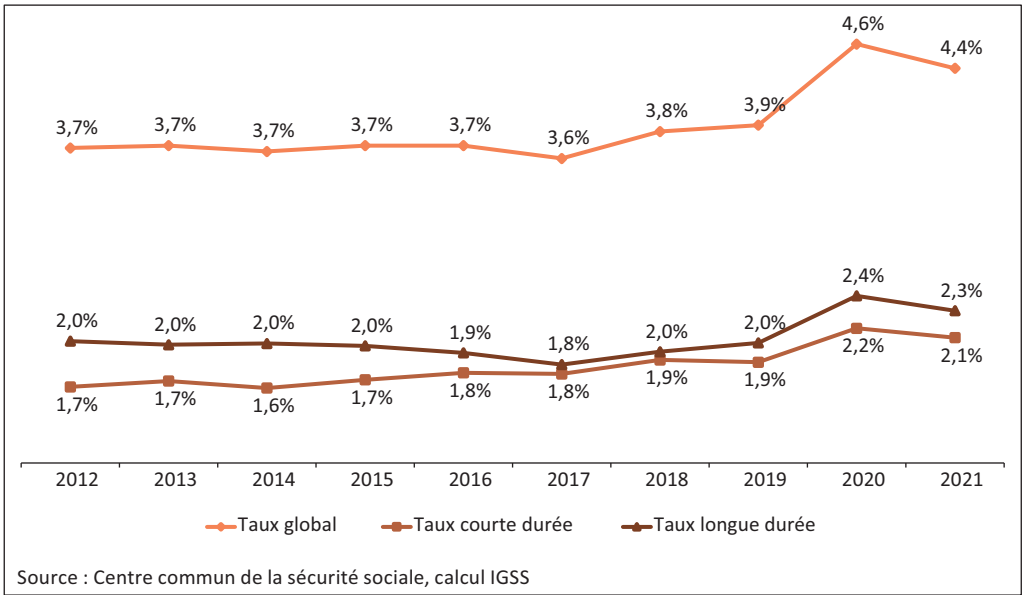
Un épisode de maladie est une période constituée de jours civils d'absence pour cause de maladie consécutifs et relevant d'une même raison médicale.

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

3.3. ÉVOLUTION RÉCENTE DU TAUX D'ABSENTÉISME MALADIE

Le graphique qui suit présente l'évolution du taux d'absentéisme maladie pour la période allant de 2012 à 2021.

Graphique 41: Évolution du taux d'absentéisme maladie depuis 2012



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

La crise sanitaire causée par la pandémie de la COVID-19 a provoqué une augmentation inédite du taux d'absentéisme maladie (nombre de jours d'absence rapporté au nombre de jours d'occupation) qui est passé de 3,9% en 2019 à 4,6% en 2020 (+17,8%) mais qui est descendu un peu en 2021 à 4,4% (-4,5%). Néanmoins, le taux d'absentéisme reste toujours plus élevé qu'en 2019. L'ampleur de cette diminution en 2021 se retrouve aussi bien dans l'évolution du taux de courte durée (absences de moins de 21 jours) que dans celle du taux de longue durée.

Derrière l'évolution de l'absentéisme maladie en 2020 et 2021 se cachent cependant une multitude de facteurs qui ont agi dans des sens différents et qui rendent, de ce fait, la lecture des données particulièrement complexe. Parmi les principaux facteurs figurent ceux qui relèvent directement de la maladie induite par le coronavirus (mesures de quarantaine et d'isolement, symptômes de la maladie, gestes barrières, incertitudes sur l'évolution de la pandémie etc.) ainsi que les mesures mises en œuvre par le Gouvernement en vue de contrer la propagation du virus (mesures de chômage partiel, congé pour raisons familiales (CPRF) et généralisation du télétravail).

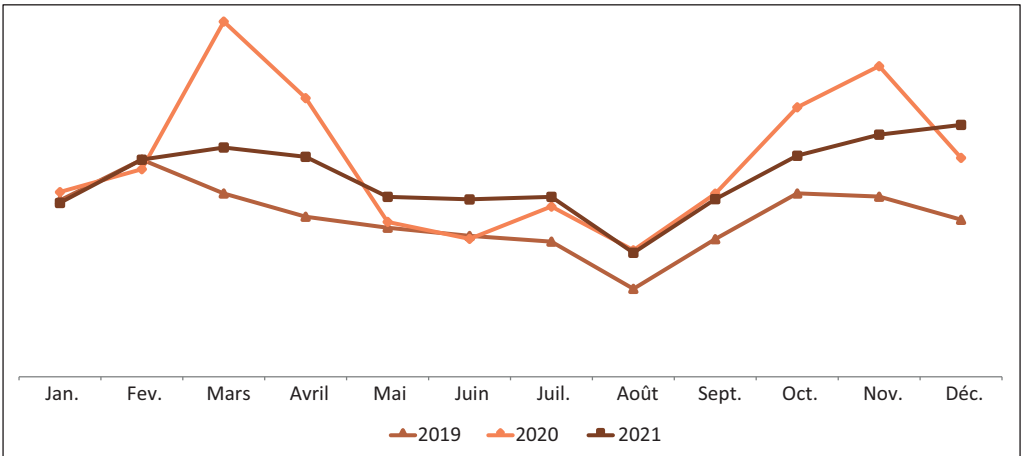
Tableau 21: Décomposition de la progression du taux d'absentéisme maladie entre 2019 et 2021

	2019	2020	2021	*Variation 2019/2020*	*Variation 2020/2021*
Durée moyenne des épisodes d'absence	7,6 jours	9,7 jours	9,0 jours	*28,9%*	*-7,9%*
Part des salariés absents au cours de l'année	55,8%	56,5%	55,7%	*1,2%*	*-1,4%*
Nombre moyen d'épisodes par salarié absent	2,9 jours	2,7 jours	2,8 jours	*-7,9%*	*3,8%*
Nombre moyen de jours d'occupation par salarié	318	324	321	*2,0%*	*-1,1%*
Taux d'absentéisme	3,9%	4,6%	4,4%	*17,8%*	*-4,5%*

Sources : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

De manière plus précise, le fait qu'en 2020 l'augmentation du taux d'absentéisme résulte quasi exclusivement d'une hausse de la durée moyenne des épisodes d'absence suggère que le rôle joué par les mesures de quarantaine et d'isolement, à travers les durées décrétées par les autorités de santé (jusqu'à 14 jours au début de la crise en 2020), a été majeur. Néanmoins une baisse de 7,9% peut être constatée en 2021 vue l'assouplissement des mesures sanitaires en relation avec la pandémie de la COVID-19.

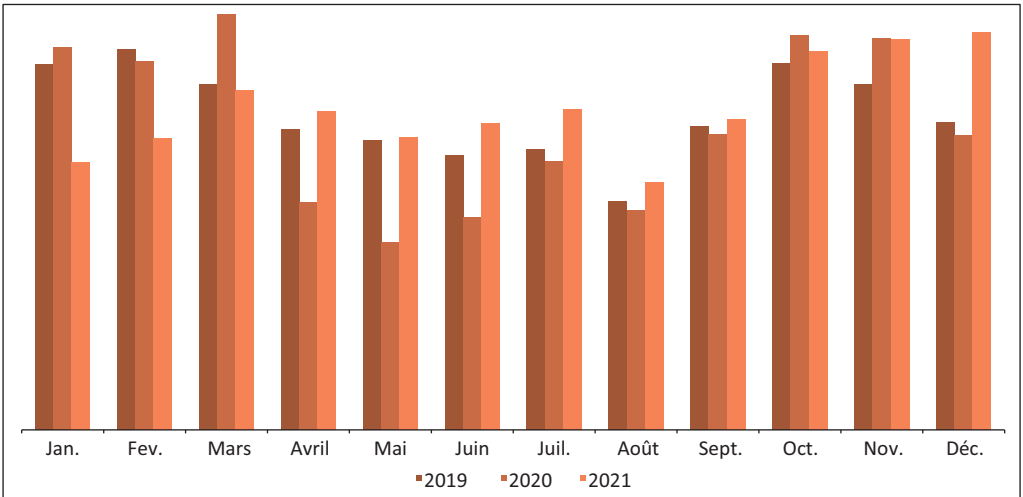
Graphique 42: Évolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie depuis 2019



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

L'impact des mesures de quarantaine et d'isolement en 2020 peut également s'apprécier à travers l'évolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie, caractérisée par deux sommets (6,3% en mars et 5,8% en novembre 2020) suggérant les pics épidémiologiques des deux premières vagues de l'épidémie. En 2021, les taux d'absentéisme maladie varient entre 3,5% (en août) et 5,0% (en décembre). De façon générale, le taux d'absentéisme en 2021 reste supérieur à celui de 2019.

Graphique 43: Évolution mensuelle du nombre de personnes absentes depuis 2019



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

Dès 2020, l'évolution mensuelle du nombre de personnes absentes fait ressortir les effets qu'ont les mesures mises en œuvre par le Gouvernement pour lutter contre la propagation du virus (chômage partiel, télétravail, CPRF) sur le nombre de personnes absentes. Ainsi, le nombre de personnes absentes au cours des trois premiers mois de l'année 2021 baisse (par rapport à 2019) suivi par une hausse pour avril jusqu'en septembre.

Encadré méthodologique

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

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

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

Épisode d'absence :

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

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

Taux d'absentéisme de courte durée :

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

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

Taux d'absentéisme de longue durée :

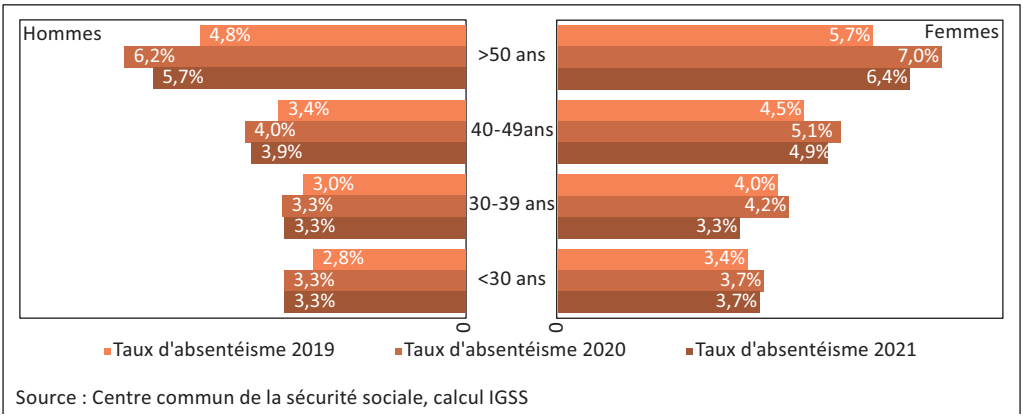
Auparavant, le taux d'absentéisme de longue durée correspondait au nombre de jours d'absence situés entre le 22ème et le dernier jour de chaque absence, rapporté au nombre de jours d'occupation.

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

3.3.1. Taux d'absentéisme maladie selon quelques caractéristiques individuelles

Les graphiques suivants illustrent l'évolution entre 2019 et 2021 du taux d'absentéisme maladie en fonction de l'âge, du sexe, du pays de résidence et du secteur d'activité des salariés privés ainsi que les raisons médicales qui sont à l'origine de ces absences au travail pour cause de maladie.

Graphique 44: Taux d'absentéisme maladie selon le groupe d'âge et le sexe en 2019, 2020 et 2021

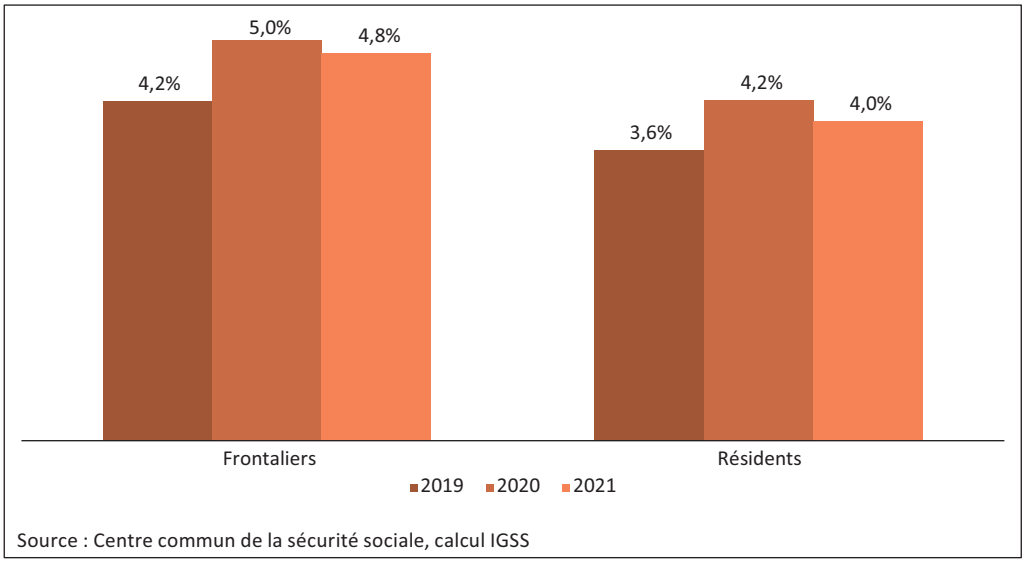


Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

L'âge est un facteur aggravant de l'absentéisme. En 2021, le taux d'absentéisme des plus de 50 ans est 1,8 fois plus élevé que celui des moins de 30 ans. Même si les taux d'absentéisme ont tous progressé entre 2019 et 2021 suite à la crise sanitaire de la COVID-19, les taux d'absentéisme des femmes et des hommes baissent respectivement stagnent dans chaque tranche d'âge entre 2020 et 2021. Entre 2020 et 2021 la baisse du taux d'absentéisme la plus importante peut être retenue pour les femmes âgées entre 30 et 39 avec -21,4% et une baisse pour les hommes (-8,6%) qui sont âgés de plus de 50 ans.

Le taux d'absentéisme des femmes (4,8%) est supérieur à celui des hommes (4,1%). Cet écart est souvent expliqué par certaines spécificités physiologiques des femmes ainsi que par leur implication plus forte dans les tâches familiales. Le taux d'absentéisme des femmes, qui est de 5,0% en 2020, affiche une baisse de 4,8%. Le taux d'absentéisme des hommes, qui est de 4,3% en 2020, affiche une baisse de 4,2%.

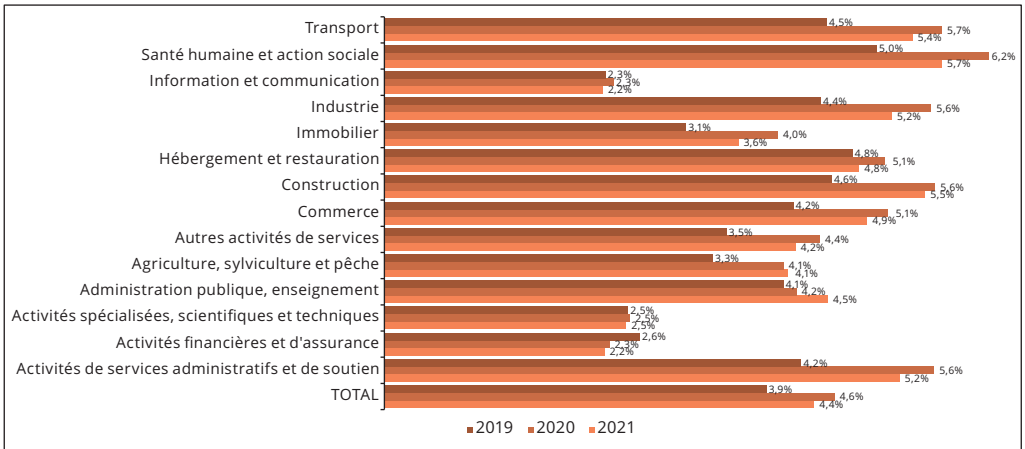
Graphique 45: Taux d'absentéisme maladie selon le pays de résidence des salariés privés en 2019, 2020 et 2021



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

En 2021, le taux d'absentéisme des frontaliers (4,8%) est supérieur à celui des résidents (4,0%). Le fait de résider au-delà des frontières est porteur d'un certain nombre de particularités qui peuvent expliquer cet écart. Parmi celles-ci, il y a lieu de mentionner les durées de trajet domicile-travail qui sont majorées et qui peuvent être vues comme une source de fatigue et de stress supplémentaire. Il y a également lieu de supposer l'existence de différences quant aux habitudes des prescripteurs (dans la durée de l'arrêt maladie notamment). Entre 2020 et 2021 le taux d'absentéisme diminue de -3,2% pour les frontaliers et de -5,9% pour les résidents.

Graphique 46: Taux d'absentéisme maladie selon le secteur d'activité [20] en 2019, 2020 et 2021



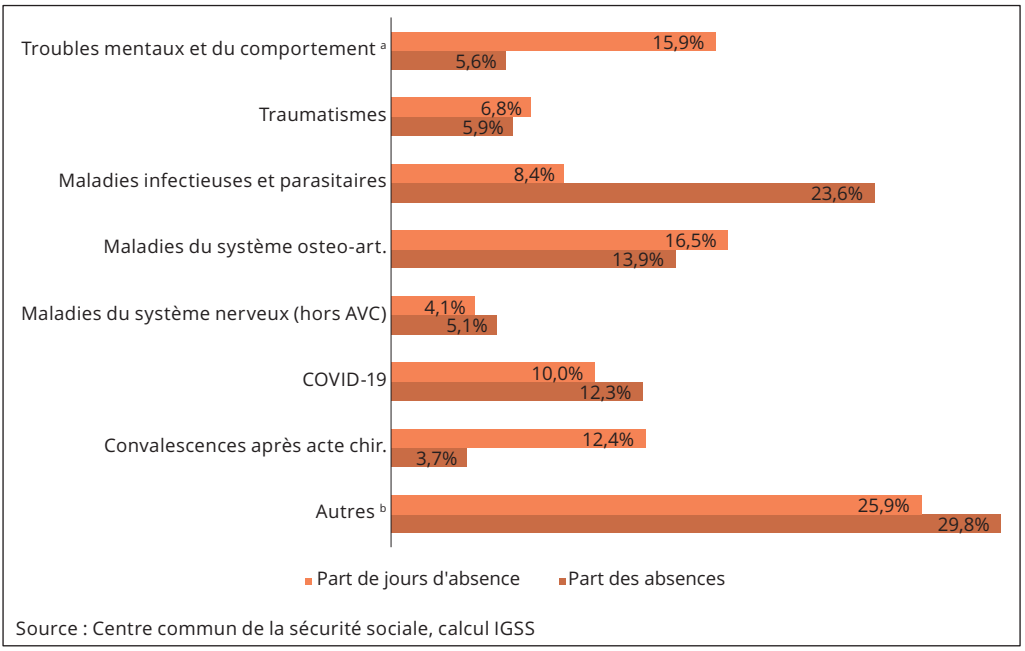
Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

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

De manière générale, le taux d'absentéisme varie fortement d'un secteur d'activité à l'autre. Cette hétérogénéité s'explique par les conditions de travail et par la structure de la main d'œuvre qui caractérisent chacun des secteurs d'activité.

Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale est le secteur ayant le taux d'absentéisme le plus élevé (5,0% en 2019, 6,2% en 2020 et 5,7% en 2021). Ce dernier est en baisse de -7,8% par rapport à 2020 mais reste supérieur à celui de 2019. Le secteur de l'immobilier connait la plus grande baisse de -10,0% entre 2020 et 2021 et le secteur de l'administration publique et de l'enseignement la plus grande hausse avec +7,6%.

Graphique 47: Répartition du nombre de jours et du nombre d'épisodes de maladie des salariés résidents en 2021, selon la raison médicale [21]

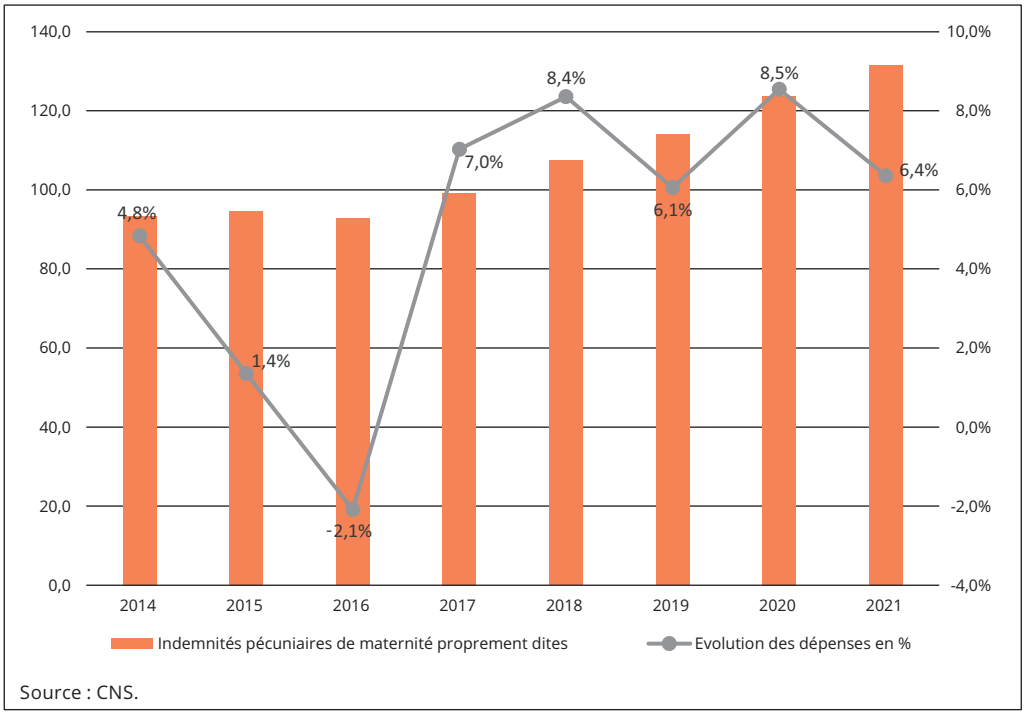


Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

En 2021, les absences liées aux maladies infectieuses et parasitaires concentrent la plus grande part des absences des salariés résidents (23,6%) suivi par les maladies du système ostéo-articulaire (13,9%). Ces dernières (16,5%) regroupent aussi la plus grande part des jours d'absence.

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

Graphique 48: Décomposition du taux d'absentéisme maladie des salariés résidents selon la raison médicale en 2019, 2020 et 2021



Source : CNS.

L'analyse de la décomposition du taux d'absentéisme des salariés résidents selon la raison médicale montre que les maladies du système ostéo-articulaire et la COVID-19 sont les principaux moteurs de la baisse du taux d'absentéisme observée en 2021.

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

3.4. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MATERNITÉ

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

Tableau 22: Évolution des prestations en espèces maternité de 2019 à 2021 [a]

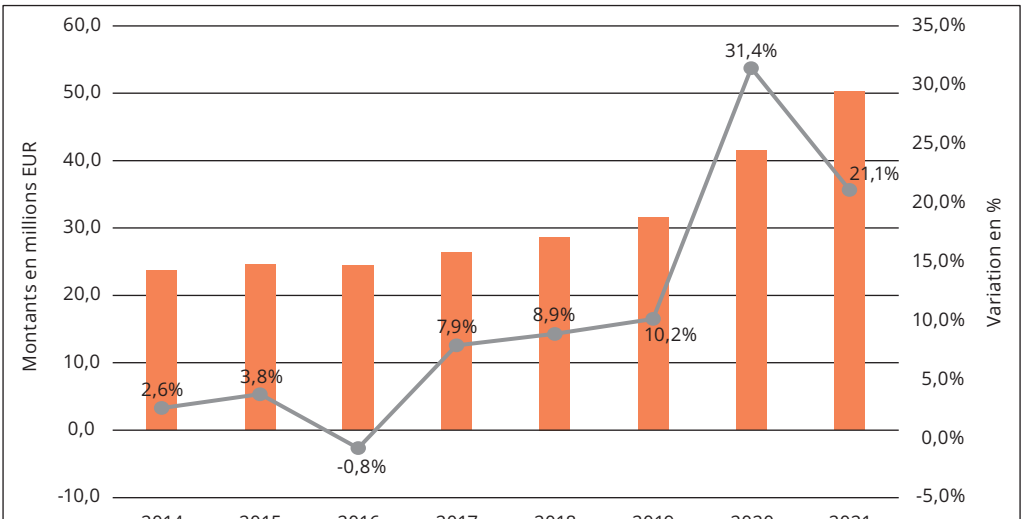
Type de prestation	2019	2020	2021
Indemnités pécuniaires proprement dites	114,0	123,7	131,6
Dispense de travail pour femmes enceintes et allaitantes	31,6	41,5	50,2
Congé pour raisons familiales [b]	18,2	259,9	67,1
TOTAL	**163,8**	**425,1**	**249,0**

a. Données établies selon la date de la prestation.
b. Y compris le coût relatif au congé pour soutien familial, une mesure COVID-19, introduite en 2020 et maintenue en 2021.
Source : CNS.

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

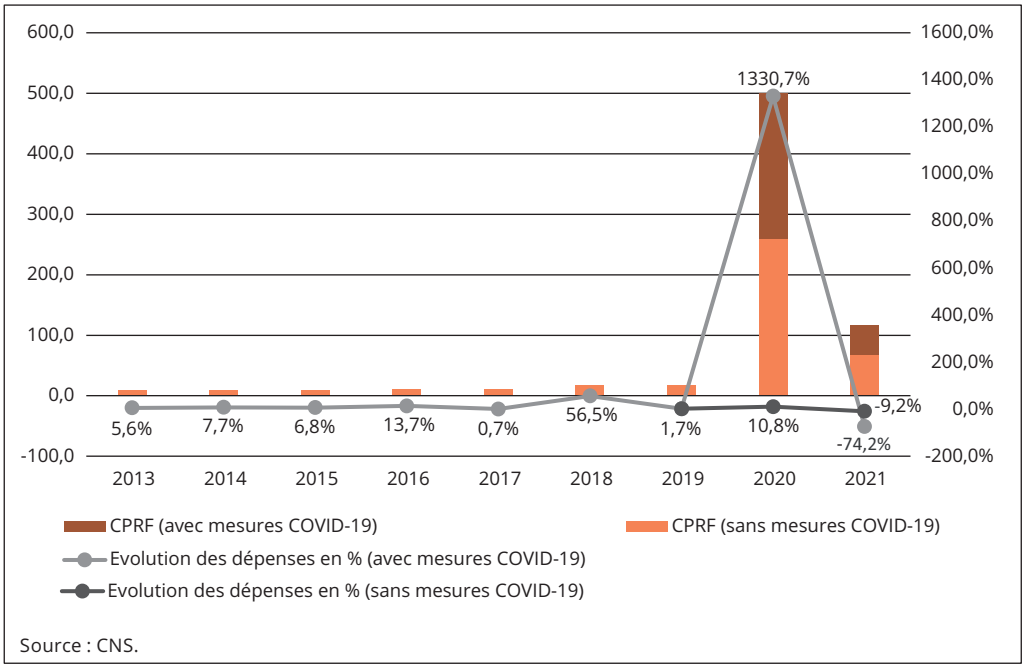
En 2021, les dépenses relatives aux prestations en espèces de maternité se situent à 249,0 millions EUR, ce qui correspond à une baisse de 41,4% par rapport à 2020. Ceci s'explique d'un côté par une augmentation importante de 21,1% des dépenses liées aux dispenses de femmes enceintes, progression qui s'explique par le renforcement des mesures de protection des femmes enceintes face à leur vulnérabilité à la COVID-19. De l'autre côté, le coût relatif au congé pour raisons familiales s'élève à 67,1 millions EUR, ce qui représente une baisse de de 74,2% par rapport à 2020. Ce montant s'explique par la prise en charge par la CNS des mesures dédiées COVID-19 du congé pour raisons familiales et du congé pour soutien familial.

Graphique 49: Évolution des indemnités pécuniaires de maternité proprement dites (en millions EUR)



Source : CNS.

Graphique 50: Évolution des indemnités pécuniaires de maternité pour la protection des femmes enceintes (dispenses) (en millions EUR)



Source : CNS.

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

3.5.1. Les bénéficiaires d'un congé de maternité

Le tableau suivant illustre l'évolution du nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge entre 2019 et 2021.

Tableau 23: Évolution du nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge entre 2019 et 2021

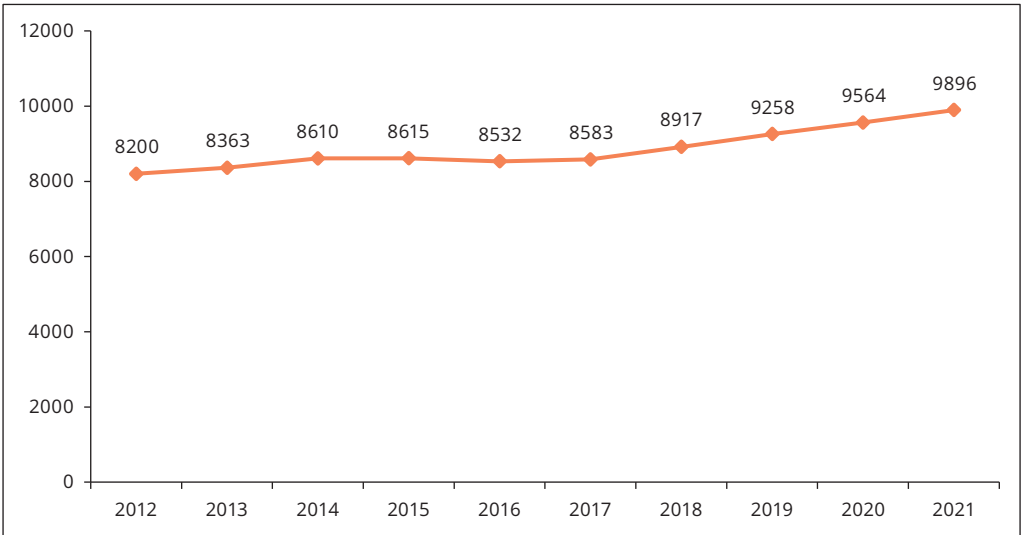
Groupe d'âge	2019		2020		2021	
	Nombre	En % tu total	Nombre	En % tu total	Nombre	En % tu total
<20 ans	4	0,1%	9	0,1%	5	0,1%
20-24	229	3,4%	373	3,9%	350	3,5%
25-29	1 428	21,4%	2 190	22,9%	2 217	22,4%
30-34	2 710	40,5%	3 949	41,3%	4 120	41,6%
35-39	1 823	27,3%	2 418	25,3%	2 568	25,9%
=> 40	493	7,4%	625	6,5%	636	6,4%
TOTAL	6 687	100,0%	9 564	100,0%	9 896	100,0%

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

En 2020, 9 564 femmes, soit 6,7% des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans, bénéficient d'un congé de maternité, ce qui représente une augmentation de 3,3% par rapport à 2019. En 2021, le nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité se situe à 9 896

femmes ce qui correspond à 6,8% des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans et représente une hausse de 3,5% par rapport à 2020.

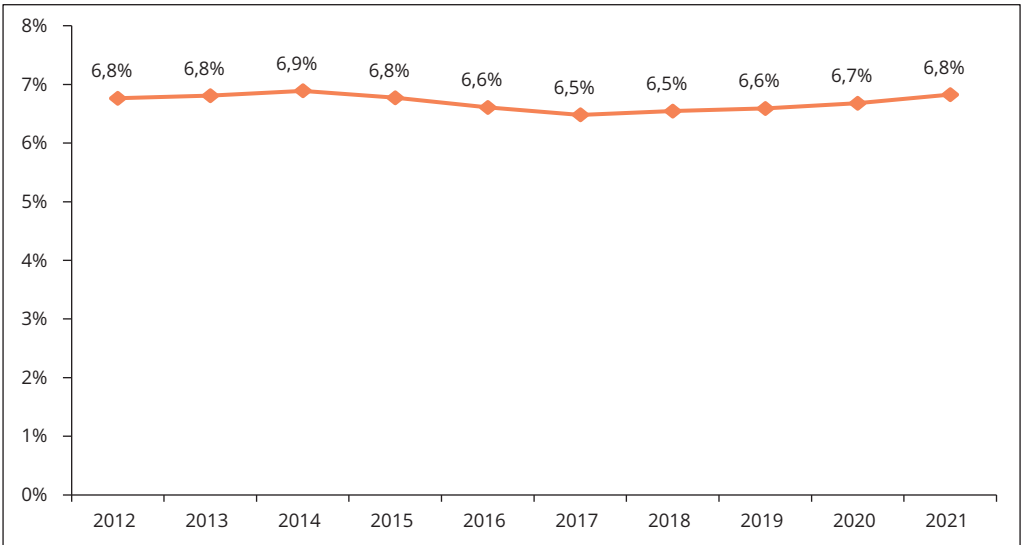
Graphique 51: Évolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité



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

Entre 2012 et 2021, le nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité passe de 8 200 à 9 896 ce qui constitue une augmentation annuelle moyenne de 2,1%.

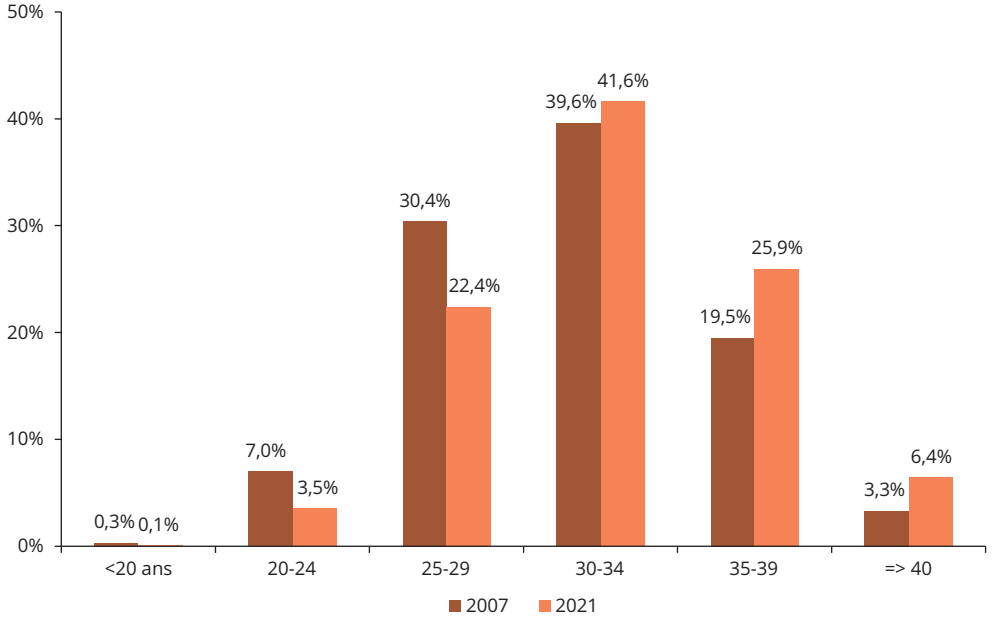
Graphique 52: Évolution de la proportion des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans ayant bénéficié d'un congé de maternité



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

Etant donné que le nombre de femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans progresse de 1,9% en 2020, la proportion de femmes actives ayant bénéficié d'un congé de maternité augmente de 1,4% pour passer de 6,6% à 6,7%. En 2021, le nombre de femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans augmente de 1,3% et la proportion de femmes actives ayant bénéficié d'un congé de maternité croît de 2,2% pour passer de 6,7% à 6,8%.

Graphique 53: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 2007 et 2021



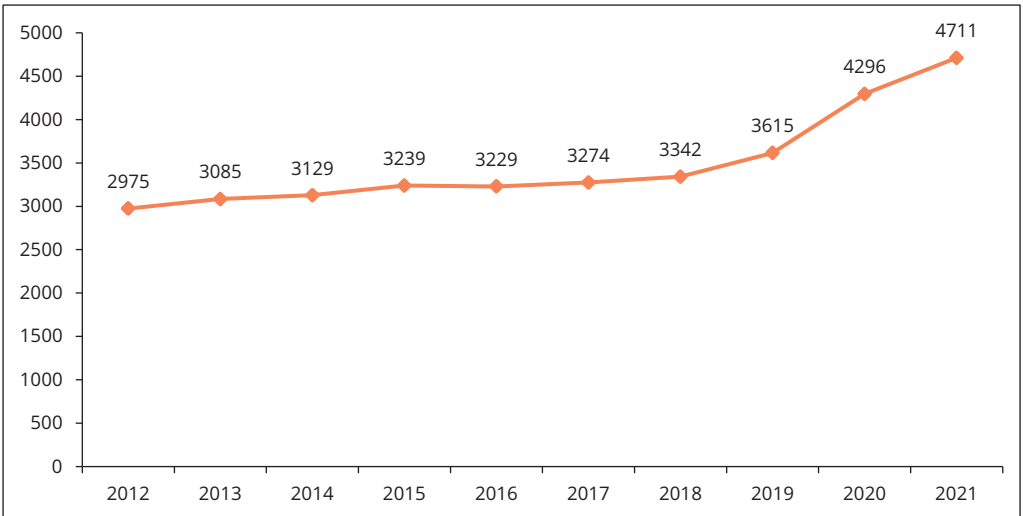
Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS.

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 2007 et 2021. En 2007, 60,0% des bénéficiaires avaient plus de 30 ans, en 2021 par contre ce taux atteint 74,0%.

3.5.2. Les dispenses de travail pour femmes enceintes

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

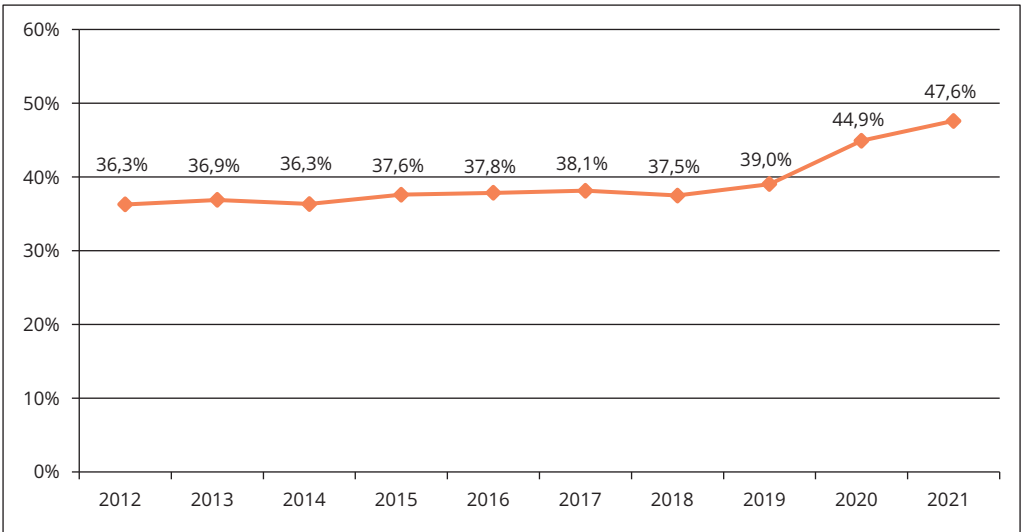
Graphique 54: Évolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail



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

En 2021, 4 711 femmes bénéficient d'une dispense de travail. Ce nombre est en augmentation de 9,7% par rapport à 2020 et en augmentation depuis 2012.

Graphique 55: Évolution de la part des femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail



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

Etant donné que le nombre de femmes enceintes augmente de 3,5% par rapport à 2020, la proportion de femmes enceintes bénéficiant d'une dispense de travail croît de 6,0% pour passer de 44,9% à 47,6%. Cette progression est à mettre au crédit du renforcement des mesures de protection des femmes enceintes face à leur vulnérabilité à la COVID-19.

Tableau 24: Répartition sectorielle des dispenses depuis 2019

Secteur	2019		2020		2021	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
Santé humaine et action sociale	1 115	39,7%	2 091	44,2%	2 091	44,4%
Commerce	467	16,6%	805	17,1%	805	17,1%
Hébergement et restauration	339	12,1%	485	10,7%	485	10,3%
Activités de services administratifs et de soutien	336	12,0%	484	9,8%	484	10,3%
Autres activités de service	179	6,4%	264	6,1%	264	5,6%
Administration publique, enseignement	166	5,9%	209	3,4%	209	4,4%
Industrie	82	2,9%	112	2,6%	112	2,4%
Transport	42	1,5%	73	1,4%	73	1,5%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	28	1,0%	64	1,5%	64	1,4%
Construction	20	0,7%	36	0,8%	36	0,8%
Activités financières et d'assurance	11	0,4%	32	1,3%	32	0,7%
Information et communication	9	0,3%	23	0,4%	23	0,5%
Immobilier	6	0,2%	14	0,3%	14	0,3%
Non-déterminés	4	0,1%	13	0,3%	13	0,3%
Agriculture, sylviculture et pêche	3	0,1%	6	0,2%	6	0,1%
TOTAL	**2 807**	**100,0%**	**4 711**	**100,0%**	**4 711**	**100,0%**

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

En 2020, quatre secteurs ont concentré à eux seuls plus de 80% des dispenses : le secteur de la santé humaine et de l'action sociale (44,2%), le secteur de l'hébergement et de la restauration (10,7%), le secteur des activités de services administratifs et de soutien (9,8%) et le secteur du commerce (17,1%). En 2021, quatre secteurs regroupent à eux seuls déjà 82,0% des dispenses : le secteur de la santé humaine et de l'action sociale (44,4%), le secteur du commerce (17,1%), le secteur de l'hébergement et de la restauration (10,3%) et le secteur des activités de services administratifs et de soutien (10,3%).

Tableau 25: Part des femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail depuis 2019 selon le secteur d'activité

Secteur d'activité	2019	2020	2021
Santé humaine et action sociale	77,9%	90,4%	94,4%
Hébergement et restauration	78,0%	72,2%	74,4%
Commerce	54,6%	60,9%	65,7%
Activités de services administratifs et de soutien	58,5%	56,1%	57,3%
Autres secteurs	15,2%	16,1%	17,1%
TOTAL	**39,4%**	**44,9%**	**47,6%**

Sources : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

Du fait de son exposition particulière à la COVID-19, le secteur de la santé humaine et de l'action sociale affiche un taux de dispense de 94,4% en 2021, contre 90,4% en 2020. Avant la crise sanitaire de la COVID-19, le taux était de 77,9%.

3.5.3. Le congé pour raisons familiales

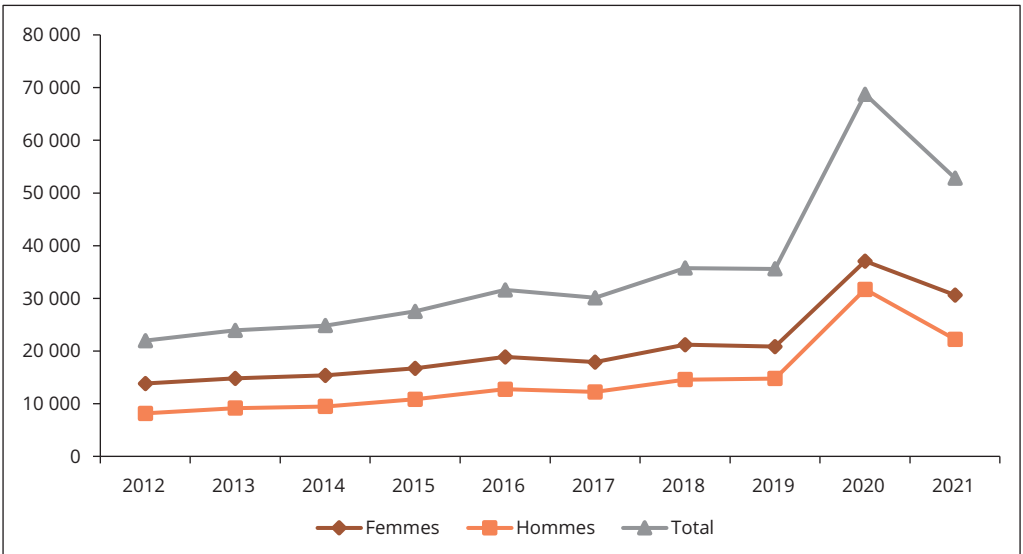
Un assuré actif ayant à charge un enfant âgé de moins de 18 ans et nécessitant en cas de maladie grave, d'accident ou d'autre raison impérieuse de santé la présence de l'un de ses parents peut prétendre à un congé pour raisons familiales. Le nombre de jours de congé est fixé en fonction de l'âge de l'enfant.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

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

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

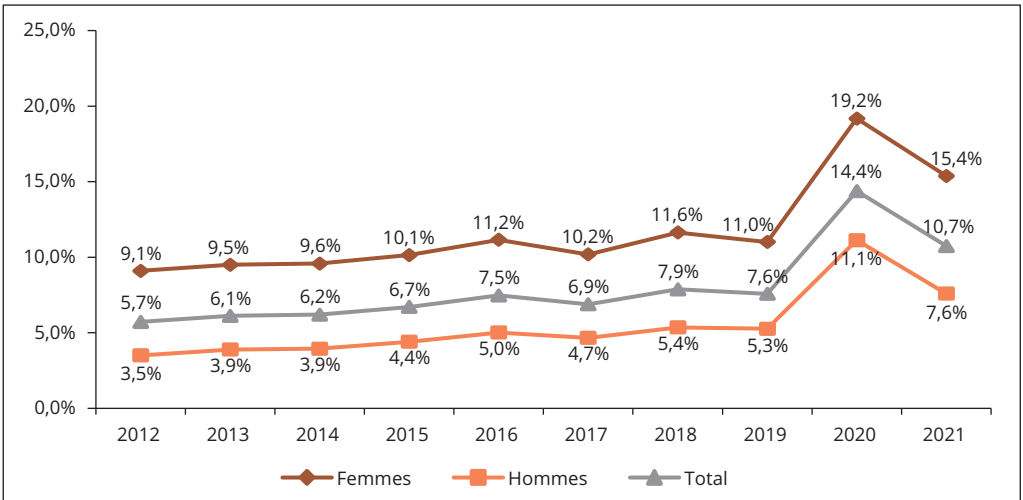
De plus, comme autre mesure COVID-19, le congé pour soutien familial a été introduit afin de soutenir les salariés, les travailleurs indépendants et les fonctionnaires qui ont été contraints d'arrêter de travailler pour s'occuper d'une personne majeure en situation de handicap ou d'une personne âgée faisant l'objet d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité.

Graphique 56: Évolution du nombre de bénéficiaires du congé pour raisons familiales selon le sexe



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

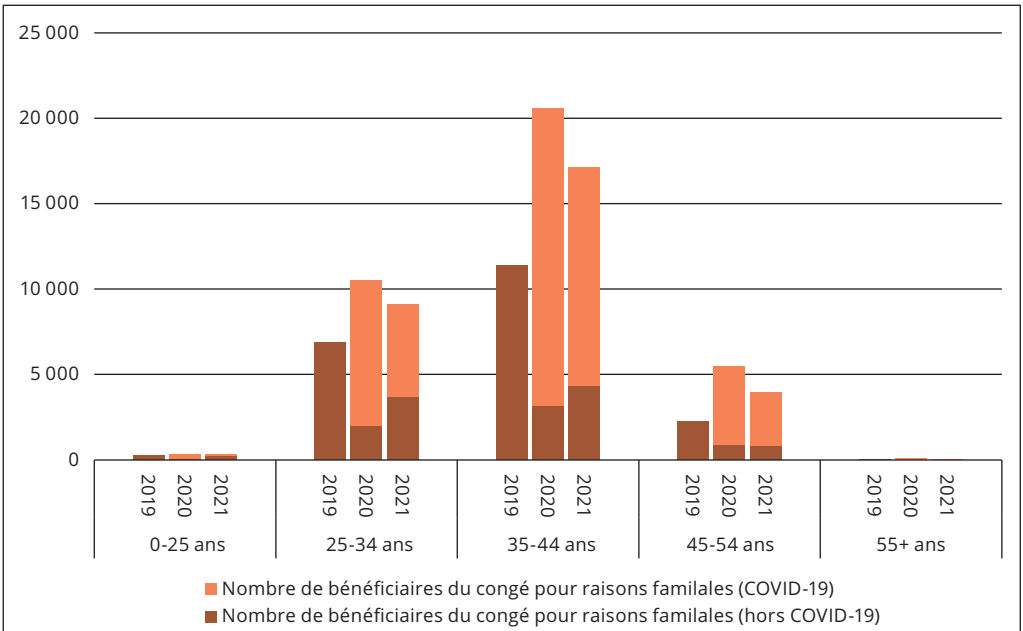
Graphique 57: Évolution de la part des salariés ayant bénéficié du congé pour raisons familiales selon le sexe



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

En 2021, 52 822 travailleurs, soit 10,7% des actifs, bénéficient d'un congé pour raisons familiales. Cette proportion diminue de 14,4% par rapport à 2020. En absolu comme en relatif, ce sont les femmes qui y recourent le plus fréquemment.

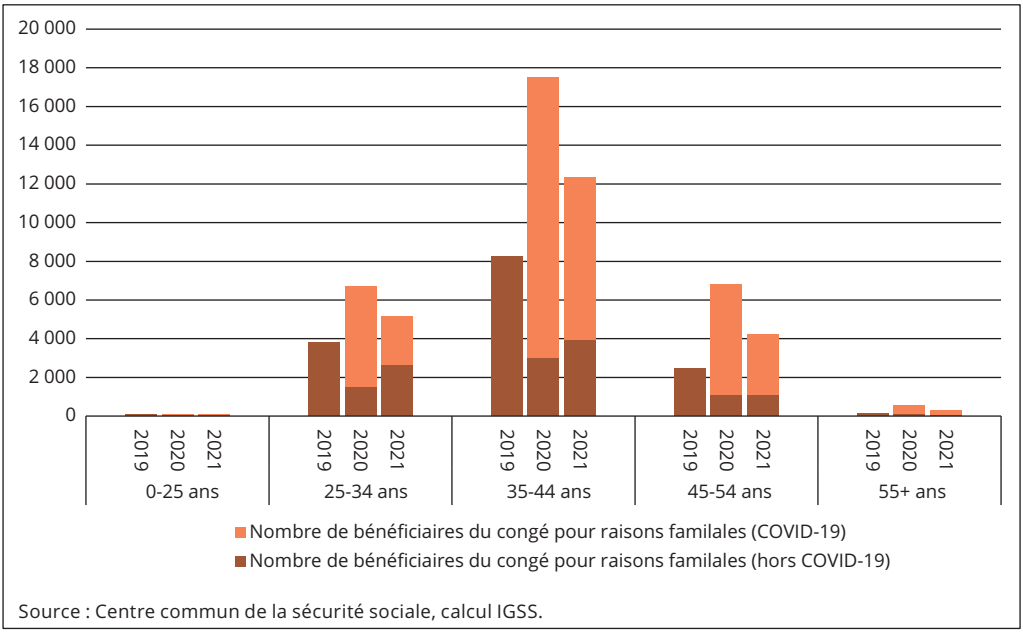
Graphique 58: Nombre de femmes ayant bénéficié du congé pour raisons familiales par groupe d'âge depuis 2019



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

Le graphique montre que la majorité des femmes ayant recours au congé pour raisons familiales est âgée entre 35 et 45. Dès 2020, la pandémie de la COVID-19 constitue la raison principale pour le congé pour raisons familiales. En effet, en 2020, 83,2% du congé pour raisons familiales est lié à la pandémie de la COVID-19 contre 70,3% en 2021.

Graphique 59: Nombre d'hommes ayant bénéficié du congé pour raisons familiales par groupe d'âge depuis 2019



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

De façon générale, la répartition de l'âge des hommes ayant recours au congé pour raisons familiales est similaire à celle des femmes. Dès 2020, la pandémie de la COVID-19 constitue la raison principale pour le congé pour raisons familiales, ainsi en 2020, 81,7% du congé pour raisons familiales des hommes peut s'expliquer par la pandémie de la COVID-19 contre 64,5% en 2021.

4. LA SITUATION FINANCIÈRE

Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, la Caisse nationale de santé applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent du montant annuel des dépenses (art. 28 du CSS).

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

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

Encadré méthodologique

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

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

4.1. SITUATION GLOBALE

Le tableau ci-après retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité à partir de 2017.

Tableau 26: Évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR) [a] [b]

Exercice	2017	2018	2019	2020	2021
N.i. du coût de la vie (moyenne annuelle)	794,54	802,82	814,40	834,76	839,98
Recettes					
Cotisations	1 677,6	1 774,1	1 886,8	1 994,4	2 111,0
Cotisations forfaitaires Etat	1 118,4	1 182,8	1 257,9	1 329,6	1 407,3
Autres contributions de l'État [c] [d]	20,2	20,3	20,3	406,4	20,3
Autres recettes	36,2	31,0	38,3	34,1	37,7
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**2 852,5**	**3 008,2**	**3 203,3**	**3 764,4**	**3 576,3**
Variation annuelle en %	*6,7%*	*5,5%*	*6,5%*	*17,5%*	*-5,0%*
Dépenses					
Frais d'administration	87,0	81,7	86,8	92,0	96,6
Prestations en espèces [e]	293,6	330,4	401,2	815,4	546,6
Prestations en nature	2 318,2	2 449,8	2 596,5	2 845,1	2 969,5
Autres dépenses	3,7	13,8	17,2	24,3	19,2
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**2 702,4**	**2 875,8**	**3 101,6**	**3 776,8**	**3 632,0**
Variation annuelle en %	*8,5%*	*6,4%*	*7,9%*	*21,8%*	*-3,8%*
Solde des opérations courantes	**150,0**	**132,5**	**101,7**	**-12,4**	**-55,7**
Réserve globale	737,2	869,7	971,3	958,9	903,2
Réserve minimale	270,2	287,6	310,2	377,7	363,2
Taux réserve globale / dépenses courantes	27,3%	30,2%	31,3%	25,4%	24,9%
Résultat de l'exercice	**128,9**	**115,2**	**79,1**	**-79,9**	**-41,2**
Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)	**466,9**	**582,1**	**661,2**	**581,2**	**540,0**
Taux de cotisation unique pour prestations en nature	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%
Majoration pour assurés couverts par une prestation en espèce	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
Taux d'équilibre de l'exercice	5,33%	5,37%	5,45%	5,74%	5,67%

a. Données établies selon la date comptable.

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

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

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

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

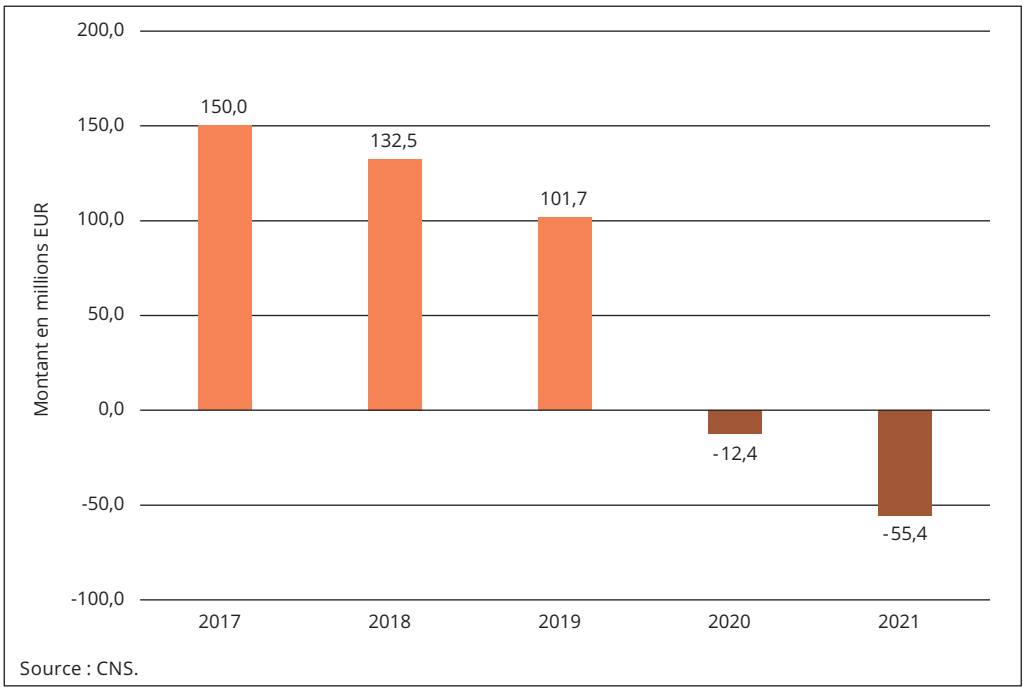
Source : CNS

Le solde des opérations courantes continue à diminuer sur toute la période allant de 2017 à 2021. Entre 2017 et 2019 il reste positif mais passe de 150,0 millions EUR en 2017 à 101,7 millions EUR en 2019 (-32,2%). Après opérations sur réserves, les résultats des exercices 2017 à 2019 sont positifs mais baissent de manière consécutive (de 178,9 millions EUR en 2017 à 79,1 millions EUR en 2019).

En 2020, le solde des opérations courantes devient négatif et se situe à -12,4 millions EUR. De même, le résultat de l'exercice, obtenu après opérations sur réserves, est négatif et s'élève à -79,9 millions EUR. Cette évolution se poursuit en 2021 qui se caractérise par un solde des opérations de -55,7 millions EUR.

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

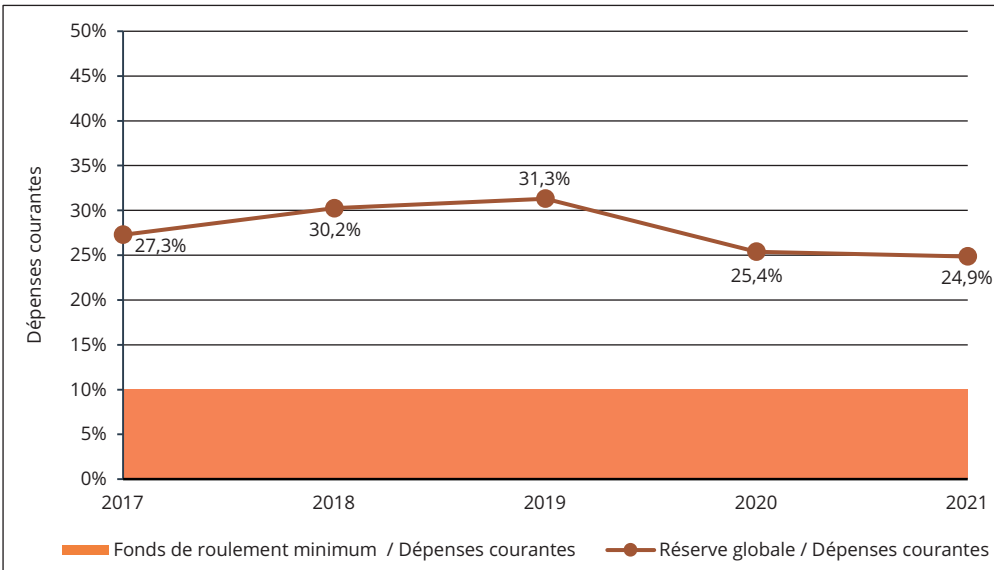
Graphique 60: Évolution du solde des opérations courantes de 2017 à 2021 (en millions EUR) [a] [b]



Source : CNS.

Le graphique suivant présente l'évolution de la réserve globale par rapport aux dépenses courantes sur la période de 2017 à 2021.

Graphique 61: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2017 à 2021



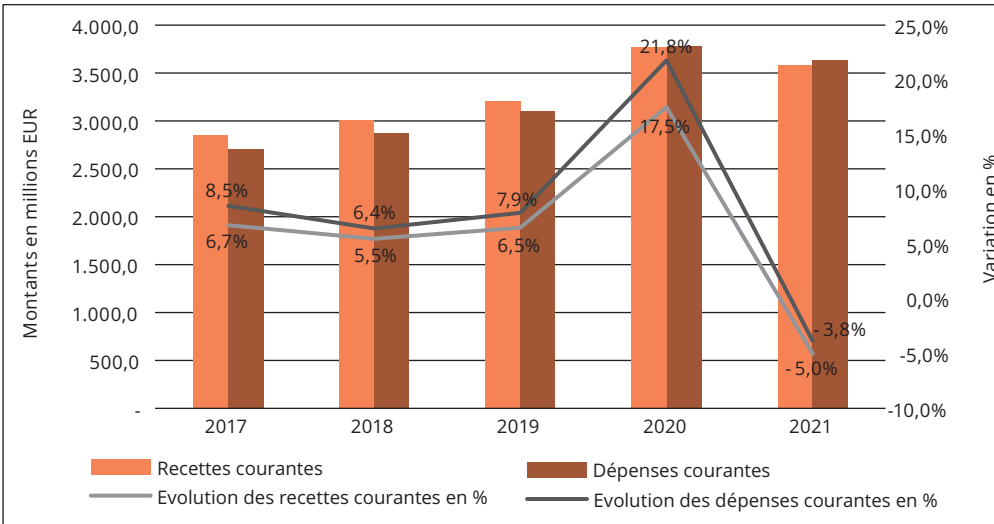
Source : CNS.

Pour l'année 2021, la réserve globale s'élève à 903,2 millions EUR et représente une baisse de 5,8% par rapport à 2020. Le rapport entre la réserve globale et les dépenses courantes s'élève en 2021 à 24,9% contre 25,4% en 2020.

4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES

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

Graphique 62: Évolution des recettes et dépenses courantes à partir de 2017



Source : CNS.

Les recettes courantes diminuent en 2021 de 5,0%, ce qui s'explique essentiellement par la participation de l'État au financement des mesures COVID-19 en matière de prestations en espèces, imputée entièrement sur l'exercice 2020. L'évolution des recettes est aussi marquée par une relance de l'économie luxembourgeoise en 2021 avec une croissance de l'emploi salarié plus importante que les années précédentes (+3,2% en 2021 par rapport à +1,8% en 2020) se traduisant ainsi par une hausse des cotisations payées par les assurés et employeurs de 5,8%.

L'évolution des dépenses courantes en 2021 se situe à -3,8% et s'explique surtout par une baisse considérable des dépenses pour prestations en espèces (-33,0%) comparée à 2020. En faisant abstraction des dépenses extraordinaires liées à la crise sanitaire, la croissance des prestations en espèces (maladie et maternité) s'élève à 11,3% pour 2021. Cette évolution tient compte de l'augmentation du nombre de bénéficiaires ainsi que de l'évolution de l'indemnité pécuniaire moyenne remboursée.

Les dépenses pour soins de santé de 2021 par contre continuent à augmenter (+4,4%). Des croissances notamment des dépenses pour soins hospitaliers, pour soins de médecine dentaire, pour médicaments, pour analyses de biologie médicale avec entre autres les tests COVID-19, pour dispositifs médicaux et pour autres professionnels de santé (kinésithérapeutes par exemple) sont à l'origine de cette croissance.

En ce qui concerne les prestations en espèces, l'assurance maladie-maternité continue à prendre en charge le congé pour raisons familiales dans le cadre de la pandémie de la COVID-19, les indemnités pécuniaires de maladie, le gel du compteur pour le calcul des 78 semaines d'incapacité de travail et le congé pour soutien familial.

Le tableau 27 illustre l'évolution des recettes courantes, influencée par la participation de l'État et les cotisations payées par les assurés et employeurs.

Tableau 27: Évolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité de 2017 à 2021 (en millions EUR) [a] [b]

Exercice	2017	2018	2019	2020	2021
Etat	1 141,2	1 205,6	1 280,7	1 738,6	1 430,2
Assurés et employeurs	1 675,1	1 771,6	1 884,3	1 991,8	2 108,4
Administrations	18,9	17,1	18,5	20,1	20,4
Autres sources de financement	17,3	13,9	19,7	14,0	17,3
TOTAL RECETTES COURANTES	**2 852,5**	**3 008,2**	**3 203,3**	**3 764,4**	**3 576,3**

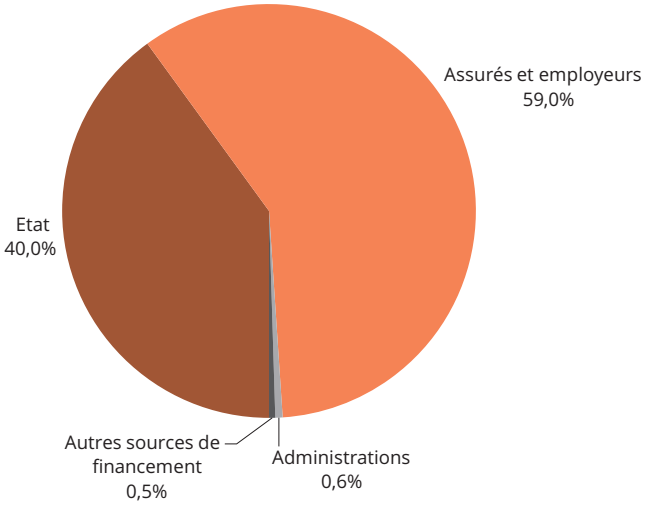
a. Données établies selon la date comptable.

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

Source : CNS.

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

Graphique 63: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2020 (en % du total)



a. Sans les prélèvements aux provisions.
Source : CNS.

La participation de l'État dans le financement de l'assurance maladie-maternité s'élève à 1 430,2 millions EUR en 2021, contre 1 738,6 millions EUR en 2020 (-17,7%). Les cotisations payées par les assurés et employeurs se chiffrent à 2 108,4 millions EUR, soit une augmentation de 5,9% par rapport à 2020.

Tableau 28: Évolution des dépenses pour soins de santé de 2017 à 2021 (en millions EUR) [ab]

Type de prestation	2017	2018	2019	2020	2021
Soins hospitaliers	917,4	975,4	1 047,4	1 141,6	1 171,2
Soins de médecine [c]	382,0	410,7	438,4	465,9	502,9
Soins de médecine dentaire [d]	83,0	85,3	91,3	94,8	102,7
Médicaments (extrahospitalier)	215,1	228,8	237,7	252,9	266,0
Dispositifs médicaux (extrahospitalier) [c]	47,1	50,0	51,3	52,2	61,2
Analyses de biologie médicale (extrahospitalier)	73,2	66,5	76,7	104,0	129,9
Soins des autres professions de santé [c]	131,1	153,6	163,4	169,0	195,8
Autres soins de santé [e]	42,5	46,5	47,0	52,1	58,8
Total des prestations au Luxembourg	**1 891,4**	**2 016,8**	**2 153,2**	**2 332,5**	**2 488,5**
Total des prestations à l'étranger	**426,7**	**433,0**	**438,9**	**508,7**	**481,3**
Total des soins de santé	**2 318,1**	**2 449,8**	**2 592,1**	**2 841,2**	**2 969,8**
Variation annuelle	*9,1%*	*5,7%*	*5,8%*	*9,6%*	*4,4%*

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

Source : CNS

Selon les données comptables, les dépenses totales pour prestations de soins de santé atteignent 2 969,8 millions EUR en 2021 contre 2 845,1 millions EUR en 2020, soit une augmentation de 4,4%. Le taux de 2021 résulte d'une croissance des prestations au Luxembourg de 6,5% et d'une baisse des prestations à l'étranger de 5,4%.

L'évolution des soins de santé au Luxembourg de 6,5% en 2021 s'explique surtout par l'impact de la crise sanitaire sur le budget de l'assurance maladie-maternité. Les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale évoluent de 24,9%, les dépenses pour les soins des autres professions de santé de 15,8%, les dépenses pour les dispositifs médicaux de 17,2%, les dépenses pour soins de médecine dentaire de 8,4% et pour soins de médecine de 8,0%.

En tenant compte des dotations et prélèvements aux provisions ainsi que des régularisations en fin d'exercice, la variation des dépenses relatives aux prestations à l'étranger en 2021 s'explique par une diminution des dépenses pour conventions internationales [22] de 4,2% et par une baisse de 31,1% des autres prestations étrangères [23].

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

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

Tableau 29: Évolution des dépenses pour prestations en espèces de 2017 à 2021 (en millions EUR) [a] [b]

Type de prestation	2017	2018	2019	2020	2021
Prestations en espèces de maladie	130,9	148,4	203,9	341,3	251,7
Prestations en espèces de maternité	137,0	153,7	163,6	421,9	251,8
Total des prestations en espèces	**268,0**	**302,1**	**367,5**	**763,2**	**503,4**
Variation annuelle	4,9%	12,7%	21,6%	107,7%	-34,0%

a. Données établies selon la date comptable.

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

Source : CNS

En 2021, les dépenses pour prestations en espèces diminuent de 34,0%. Cette évolution est due à une baisse de 26,3% des prestations en espèces de maladie et de 40,3% des prestations en espèces de maternité.

La diminution importante des prestations en espèces de maladie en 2021 s'explique entre autres par la diminution des indemnités pécuniaires de maladie proprement dites de 29,5% suite à la prise en charge extraordinaire par l'Etat en 2020 des indemnités pécuniaires de maladie qui sont normalement à charge de la Mutualité des employeurs de 120 millions EUR.

L'évolution de 2021 des dépenses pour prestations en espèces de maternité est impactée par le financement du congé pour raisons familiales établi dans le cadre de la pandémie de la COVID-19 et du congé pour soutien familial, deux mesures de lutte contre la COVID-19. S'y ajoute une augmentation des dépenses liées aux dispenses de travail des femmes enceintes qui est à mettre au crédit du renforcement des mesures de protection des femmes enceintes face à leur vulnérabilité à la COVID-19.

4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS

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

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

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

Le tableau qui suit retrace l'évolution financière de la Mutualité des Employeurs depuis 2017.

Tableau 30: Évolution des recettes et dépenses de la Mutualité des Employeurs entre 2017 et 2021 (en millions EUR)

Exercice	2017	2018	2019	2020	2021
RECETTES					
Cotisations	321,7	342,3	342,5	355,7	385,8
Participation de tiers (Etat)	70,0	98,9	104.0	61,1	150,3
Autres recettes	0,7	0,9	0,7	0,4	0,30
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**392,3**	**442,1**	**447,3**	**417,2**	**536,4**
Variation annuelle en %	*15,8%*	*12,7%*	*1,2%*	*-6,7%*	*28,6%*
DEPENSES					
Frais d'administration	1,4	1,5	1,5	1,6	1,7
Prestations en espèces	388,6	435,8	444,5	417,4	523,6
Autres dépenses	0,1	0,2	0,4	0,8	0,5
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**390,1**	**437,4**	**446,4**	**446,4**	**525,8**
Variation annuelle en %	*6,1%*	*12,1%*	*2,1%*	*-6,0%*	*25,3%*
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	**2,2**	**4,7**	**0,9**	**-2,7**	**10,6**
Réserve globale	39,0	43,7	44,6	42,0	52,6
Réserve minimale	39,0	43,7	44,6	42,0	52,6
Taux réserve globale / dépenses courantes	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%
Taux réserve minimum / prestations	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%
Excédent / découvert cumulé (après op. sur réserve)	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**
Taux de cotisation moyen	1,95%	1,95%	1,85%	1,85%	1,90%

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

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

Les ralentissements observés en 2019 au niveau des recettes (+1,2% en 2019 contre +12,7% en 2018) et au niveau des dépenses (+2,1% en 2019 contre +12,1% en 2018) sont les conséquences du transfert de charge de mutualité des employeurs vers la CNS ainsi que de la diminution du taux de cotisation moyen (de 1,95% à 1,85%) induits par la loi du 10 août

2018, modifiant le Code du travail et le Code de la sécurité sociale en matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée.

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

En 2021, les recettes courantes ont progressé de 28,6% sous l'effet de l'augmentation des recettes de cotisation (+8,5%), engendrée par la croissance de la masse cotisable (+5,6%) ainsi que par l'augmentation du taux de cotisation moyen (de 1,85% à 1,90%), et sous l'effet de l'augmentation la participation de l'État rendue nécessaire par la hausse des dépenses courantes (+25,2%). A noter que cette dernière s'explique par un niveau de dépenses moins élevé en 2020 suite aux mesures prises par le Gouvernement pour faire face à la pandémie liée à la COVID-19 (cf. paragraphe précédent). Concernant l'augmentation du taux de cotisation, il convient de rappeler que, pour les années 2021, 2022 et 2023, la loi budgétaire pour l'exercice 2021 a porté le taux de cotisation de 1,85% à 1,90% afin de décharger l'État du montant correspondant à la part du coût des incapacités de travail qui incombe usuellement aux employeurs (20%) mais qui était incluse dans la dotation accordée par l'État à la CNS à travers la loi du 15 décembre 2020 autorisant la participation de l'État au financement des mesures prises en charge par l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la crise sanitaire [24]. En effet, l'assurance maladie-maternité est intervenue dans ce contexte à hauteur de 100% et non au taux de 80% appliqué par la MDE, pour réduire la part à supporter par les employeurs et ce fait soutenir l'emploi. Aussi, le montant du transfert de charge de la MDE vers l'assurance maladie-maternité a résulté, à raison de 80%, d'une diminution de la participation de l'État dans le financement de la MDE et, à raison de 20%, d'une diminution des dépenses des employeurs.

24. Loi du 15 décembre 2020 autorisant la participation de l'État au financement des mesures prises en charge par l'assurance maladie-maternité dans le cadre de la crise sanitaire due à la pandémie Covid-19 et modifiant la loi modifiée du 20 décembre 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2020.

ASSURANCE DÉPENDANCE

INTRODUCTION

Le cercle des personnes protégées de l'assurance dépendance est identique à celui de l'assurance maladie-maternité. Au 31 décembre 2021, 15 701 personnes affiliées à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise sont prises en charge par l'assurance dépendance.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

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

Les actes essentiels de la vie comprennent :

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

LES BÉNÉFICIAIRES

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

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

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

ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

La Caisse nationale de santé

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

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

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

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

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

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

La Commission consultative

Composée de représentants du gouvernement, de représentants des bénéficiaires et des prestataires, des partenaires sociaux et de la CNS, la Commission consultative donne son avis sur les instruments d'évaluation et de mesure de la dépendance, ainsi que sur la liste

des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance. Elle émet en outre un avis dans le cadre de la fixation par règlement grand-ducal des normes concernant la qualification et la dotation du personnel et les coefficients d'encadrement du groupe.

L'Action concertée

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

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

dans le cadre d'une prise en charge stationnaire :

- les activités d'accompagnement en établissement - forfait hebdomadaire de 4 heures (AAE) ou forfait hebdomadaire majoré de 10 heures (AAE-M) ; [1]

dans le cadre d'un maintien à domicile :

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

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

L'AEC recense lors de l'évaluation/de la réévaluation les besoins du demandeur en aides et soins, ainsi que les capacités et disponibilités de son aidant individuel. Elle détermine ensuite dans une synthèse de prise en charge, les aides et soins dont le demandeur a besoin. Sur base des durées forfaitaires et des fréquences des actes essentiels de la vie retenus par application du référentiel des aides et soins, le demandeur éligible se voit attribuer un des quinze niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins prévus à l'article 350 paragraphe 3 alinéa 1 du CSS [2].

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

2. Lorsque le besoin en AEV du demandeur atteint le seuil de 3,5 heures par semaine.

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

Pour pouvoir opérer dans le cadre de l'assurance dépendance, les prestataires doivent exercer leur activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministère de tutelle, soit en vertu d'une autre disposition légale. Ils doivent également adhérer à la convention-cadre négociée entre la CNS et l'association représentative des prestataires (COPAS) ou s'engager avec la CNS par un contrat de prestations de service [3].

1.1. LA CONVENTION-CADRE

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

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

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

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

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

Pour le paiement des prestations, une valeur monétaire spécifique aux prestations de chaque catégorie de prestataire est appliquée. Ces valeurs monétaires sont négociées tous les deux ans entre l'association représentative des prestataires, la Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins (COPAS), et la CNS. Les prestations prises en charge par l'assurance dépendance sont exprimées en durées de prise en charge dans le CSS. Ces durées sont multipliées par la valeur monétaire correspondante, pondérée en fonction des coefficients de qualification du personnel et des coefficients d'encadrement du groupe, fixés par règlement grand-ducal [4].

1.1.1. Les réseaux d'aides et de soins

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

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

Au 31 décembre 2021, 24 prestataires ont conclu un contrat en tant que réseau d'aides et de soins. 14 réseaux prennent en charge l'ensemble de la population dépendante dans tout le pays et un réseau est spécialisé dans la prise en charge de personnes atteintes de troubles psycho-gériatriques. 9 réseaux s'adressent spécifiquement aux personnes handicapées [5]. Etant donné que le réseau d'aides et de soins doit fournir l'ensemble des prestations du maintien à domicile, il regroupe des centres semi-stationnaires ou s'assure de leur collaboration par un contrat de sous-traitance.

1.1.2. Les centres semi-stationnaires

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

Au 31 décembre 2021, 59 centres semi-stationnaires, sous l'égide de 23 prestataires différents ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS. 38 exercent leur activité sur base d'un agrément de centre psycho-gériatrique et 19 sont des centres de jour pour personnes handicapées [6].

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 2021, 52 établissements de ce type, dont 22 maisons de soins et 30 centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS.

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

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

Ils répondent de façon prépondérante, aux besoins des personnes handicapées au sens de la loi du 12 septembre 2003 ainsi que des personnes bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire pour personnes handicapées [7].

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

Au 31 décembre 2021, 44 structures disposent d'un contrat d'aides et de soins du type de l'établissement d'aides et de soins à séjour intermittent [8].

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

1.2. LE CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES

Les fournisseurs spécialisés en aides techniques et adaptations du logement concluent un contrat de prestation de service avec la CNS par lequel ils s'engagent à respecter le cahier de charges, les prix de location ainsi que les modalités relatives à l'entretien, à la réparation, au remplacement et à la reprise des aides techniques. En 2021, l'assurance dépendance s'adresse à 160 fournisseurs spécialisés.

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

1.3. LE PERSONNEL

La présente section porte sur le personnel prestant exclusivement des aides et soins aux personnes dépendantes, à savoir les réseaux d'aides et de soins [9], les centres semi-stationnaires, les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.

1.3.1. Les prestataires d'aides et de soins

Les chiffres des tableaux 1 et 2 portent sur le personnel employé dans le secteur des soins de longue durée. Les données de 2021 sont communiquées par les prestataires à la CNS en vue de l'établissement du rapport d'analyse prévisionnel de l'assurance dépendance par l'IGSS (art. 395bis du CSS).

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

	2019	En % du total	2020	En % du total	2021	En % du total
Réseaux d'aides et de soins	2 779,7	28,2%	2 889,4	28,6%	3 137,9	29,7%
Centres semi-stationnaires	445,8	4,5%	426,0	4,2%	443,8	4,2%
Établissements d'aides et de soins à séjour continu	5 520,7	56,0%	5 632,7	55,7%	5 796,7	54,8%
Établissements d'aides et de soins à séjour intermittent	1 118,9	11,3%	1 157,3	11,5%	1 193,2	11,3%
TOTAL	**9 865,1**	**100,0%**	**10 105,4**	**100,0%**	**10 571,5**	**100,0%**

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

Les effectifs employés et communiqués à la CNS par le secteur des soins de longue durée représente en 2021 un total de 10 571,1 ETP. Parmi ce total, 54,8% sont occupés dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu (maisons de soins et centres intégrés). Suivent les réseaux d'aides et de soins et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et finalement les centres semi-stationnaires qui occupent 4,2% de l'effectif total considéré.

En 2021, les effectifs augmentent de 4,6% contre 2,6% en 2020. Les effectifs des réseaux d'aides et de soins évoluent le plus et présentent une croissance de 8,6%. Suivent les centres semi-stationnaires dont les effectifs évoluent de 4,2%, puis les établissements d'aides et de

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

soins à séjour intermittent qui affichent une hausse de 3,1% de leurs effectifs et finalement les établissements d'aides et de soins à séjour continue avec une évolution de 2,9%.

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

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

Type de prestataire	2019	2020	2021
Réseaux d'aides et de soins	**2 779,7**	**2 889,4**	**3 137,9**
Personnel d'assistance et de soins	2 555,1	2 658,1	2 882,7
Personnel socio-éducatif	22,2	21,9	25,7
Personnel administratif	159,0	156,5	168,5
Personnel technique et logistique	43,4	53,0	61,0
Centres semi-stationnaires	**445,8**	**426,0**	**443,8**
Personnel d'assistance et de soins	269,9	243,4	251,0
Personnel socio-éducatif	106,0	105,8	113,7
Personnel administratif	23,0	24,6	25,7
Personnel technique et logistique	47,0	52,2	53,4
Établissements d'aides et de soins à séjour continu	**5 520,7**	**5 632,7**	**5 796,7**
Personnel d'assistance et de soins	3 811,1	3 946,2	4 054,6
Personnel socio-éducatif	222,9	250,5	300,9
Personnel administratif	306,5	313,8	319,7
Personnel technique et logistique	1 180,2	1 122,2	1 121,5
Établissements d'aides et de soins à séjour intermittent	**1 118,9**	**1 157,3**	**1 193,2**
Personnel d'assistance et de soins	469,9	509,3	559,2
Personnel socio-éducatif	453,2	444,5	450,6
Personnel administratif	71,6	70,6	62,2
Personnel technique et logistique	124,3	133,0	121,2
TOTAL	**9 865,1**	**10 105,4**	**10 571,5**
Variation en %	*2,2%*	*2,4%*	*4,6%*
Nombre d'ETP prestant des soins	**7 105,9**	**7 356,9**	**7 747,4**
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	**72,0%**	**72,8%**	**73,3%**

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

Sur la période de 2019 à 2021, la proportion du nombre d'ETP qui preste des soins par rapport au total des ETP (personnel de soins, personnel médical et personnel paramédical) augmente pour se situer à 73,3% en 2021 contre 72,0% en 2019.

Pour les quatre types de prestataire, le personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif représente la plus grande proportion des ETP par année. Néanmoins, ce pourcentage varie par type de prestataire. En 2021, ce type de personnel représente 92,7% des effectifs des réseaux d'aides et de soins, 84,6% des effectifs des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, 82,2% des effectifs des centres semi-stationnaires et finalement 75,1% des effectifs des établissements d'aides et de soins à séjour continu. Ces derniers occupent

une plus grande part de personnel technique et logistique que les 3 autres types de prestataires.

Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, qui assurent la prise en charge de personnes handicapées et nécessitent par conséquent un personnel issu de disciplines différentes, affichent un pourcentage du personnel socio-éducatif qui dépasse celui des professionnels chargés spécifiquement des soins (37,7% comparé à 0,8% dans les RAS ou 5,2% dans les ESC en 2021).

2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Encadré méthodologique

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

Par ailleurs, les chiffres à la date du 31 décembre 2021 sont provisoires dans la mesure où des décisions rétroactives peuvent encore intervenir pour des demandes reçues avant le 31 décembre. Un certain recul est nécessaire pour établir des données définitives, possible à partir du moment où toutes les décisions se rapportant aux demandes formulées dans le courant de l'année auront été signifiées.

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

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

2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Les caractéristiques de la population des personnes dépendantes au 31 décembre 2021 sont illustrés dans les tableaux et graphiques qui suivent.

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

Année	Nombre total	Variation en %	Nombre de bénéficiaires affiliés à l'AMM luxembourgeoise	Variation en %	Nombre de bénéficiaires résidents affiliés à l'AMM luxembourgeoise	En % du total affilié
2012	12 999	4,9%	12 753	4,9%	12 358	96,9%
2013	13 378	2,9%	13 130	3,0%	12 727	96,9%
2014	13 492	0,9%	13 267	1,0%	12 848	96,8%
2015	13 569	0,6%	13 330	0,5%	12 897	96,8%
2016	13 780	1,6%	13 541	1,6%	13 098	96,7%
2017	13 914	1,0%	13 663	0,9%	13 190	96,5%
2018 [d]	14 538	4,5%	14 238	4,2%	13 701	96,2%
2019	15 139	4,1%	14 837	4,2%	14 228	95,9%
2020	15 483	2,3%	15 157	2,2%	14 472	95,5%
2021	16 062	3,7%	15 701	3,6%	14 954	95,2%

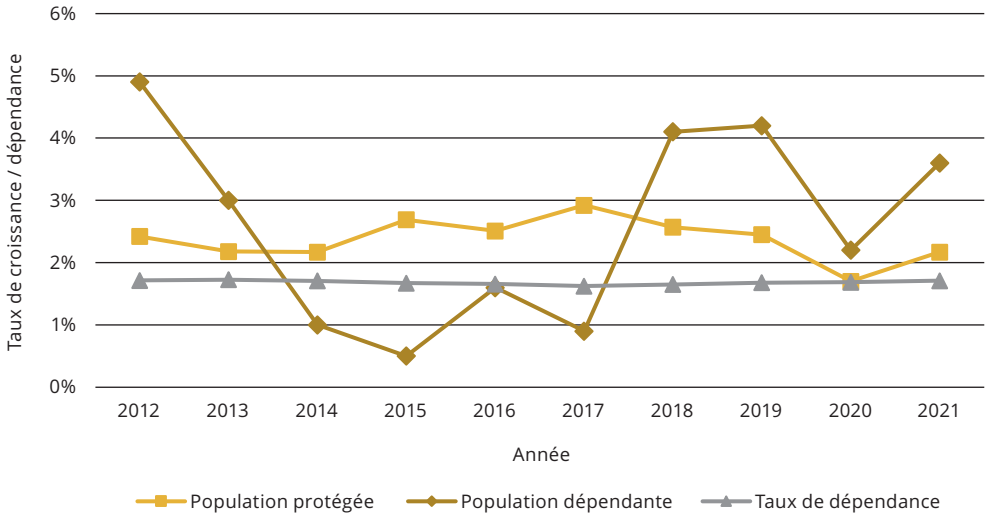
a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2021.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Rupture de série : entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1er janvier 2018.

En 2018, le nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise augmente de 4,2% contre 0,9% en 2017. Cette évolution s'explique notamment par le report des évaluations à réaliser par l'AEC de fin 2017 à début 2018 afin de tenir compte des nouvelles dispositions introduites dans le cadre de la réforme. Ce nombre évolue de 4,1% en 2019, de 2,3% en 2020 et de 3,7% en 2021.

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

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

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



a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2021.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le graphique 1 met en parallèle le taux de croissance de la population protégée et celui de la population dépendante. Alors que le taux de croissance de la population dépendante se situe au-dessus du taux de croissance de la population protégée sur la période de 2012 à 2013, la situation s'inverse à partir de 2014. La population protégée connaît jusqu'en 2017 une plus forte croissance que la population dépendante. Depuis 2018, le taux de croissance de la population dépendante dépasse à nouveau celui de la population protégée.

En 2021, le taux de dépendance s'élève à 1,7% et reste ainsi stable par rapport à 2020. Toutefois, il faut noter que le nombre de personnes bénéficiant de prestations et résidant à l'étranger est très faible alors que la population protégée non-résidente est importante. Le rapport de la population dépendante résidente à la population protégée résidente est beaucoup plus élevé que le rapport global (résidents et non-résidents). Au 31 décembre 2021, 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 2021 à 13,1%.

Parmi les 15 701 bénéficiaires affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise au 31 décembre 2021, 13,8% bénéficient d'une synthèse basée sur une conversion de leur plan de prise en charge établi lors d'une évaluation faite antérieur au 1er janvier 2018. 2,9% des bénéficiaires ont droit à une prise en charge forfaitaire lié à leur pathologie (dispositions particulières), 2,2% à une synthèse « soins palliatifs » et 0,2% à une synthèse « décès » (personnes décédées avant qu'une évaluation ait pu avoir lieu). Les 80,9% bénéficiaires restant bénéficient d'une synthèse établie selon les nouvelles dispositions prévues par la réforme de l'assurance dépendance à partir du 1er janvier 2018.

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

Année	Domicile	En % du total	Variation en %	ESI	En % du total	Variation en %	ESC	En % du total	Variation en %	Total	Variation en %
2019	9 440	63,6%	5,6%	644	4,3%	0,2%	4 753	32,0%	2,1%	14 837	4,2%
2020	9 935	65,5%	5,2%	640	4,2%	-0,6%	4 582	30,2%	-3,6%	15 157	2,2%
2021[c]	10 294	65,6%	3,6%	667	4,2%	4,2%	4 740	30,2%	3,4%	15 701	3,6%

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2021.

Le maintien à domicile avant l'hébergement en institution est un des principes directeurs recherché par le législateur lors de l'introduction de l'assurance dépendance. En 2021, la part des bénéficiaires vivant à domicile se situe à 65,6%, ce qui signifie que presque deux bénéficiaires sur trois reçoivent des prestations à domicile.

Le nombre de bénéficiaires vivant à domicile augmente en 2021 de 3,6% par rapport à 2020, celui des bénéficiaires résidant dans un ESI affiche une hausse de 4,2% et celui des bénéficiaires séjournant dans un ESC augmente de 3,4%. En 2020, des baisses étaient observées en ESI et en ESC et qui peuvent être mises en relation avec la pandémie COVID-19. En effet, les personnes dépendantes séjournant à domicile ont préféré retarder leur transfert dans un ESC et les conditions d'admission dans les établissements étaient plus strictes (p.ex. isolation des personnes nouvellement admises, etc.).

Parmi les 667 bénéficiaires résidant dans un ESI en 2021, 140 personnes [10] alternent leur séjour entre établissement et domicile.

L'année 2020 est marquée par la pandémie COVID-19 et les personnes dépendantes comptent parmi les personnes les plus vulnérables. Au cours de l'année 2020, 2 238 personnes résidentes, affiliées à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise et disposant d'une synthèse de prise en charge en vigueur sont testées au moins une fois positives au virus via le test PCR. Il s'agit de 12,9% de la population dépendante résidente et affiliée à l'AMM luxembourgeoise [11]. Cette proportion se situe à 9,5% en 2021. Parmi ces personnes, 41,1% sont prises en charge dans un ESC, 4,6% dans un ESI et 54,3% par un réseau d'aides et de soins.

Parmi les 13 701 personnes dépendantes résidentes et affiliées à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise au 31 décembre 2018, 14,5% sont mortes en 2019. 15,4% des personnes dépendantes résidentes et affiliées à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise au 31 décembre 2019 sont décédées au courant de l'année 2020, dont 13,5% sans lien avec la COVID-19 et 1,9% avec un lien avec la COVID-19. 15,0% des personnes dépendantes résidentes et affiliées à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise au 31 décembre 2020 sont décédées au courant de l'année 2021, dont 13,7% sans lien avec la COVID-19 et 1,3% avec un lien avec la COVID-19.

10. Résultat provisoire pour 2021, comme il se base sur la facturation des prestations réalisées par les ESI et réseaux d'aides et de soins à la CNS. Il s'agit du nombre des bénéficiaires ESI avec une facturation à domicile entre le 01.12.2021 et le 31.01.2022.
11. Toute personne ayant bénéficié d'une synthèse de prise en charge est considérée, même si elle est décédée au courant de l'année.

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

Année	Domicile		ESI		ESC		Total		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
2019	3 983	5 457	348	296	1 281	3 472	5 612	9 225	14 837
2020	4 209	5 726	353	287	1 220	3 362	5 782	9 375	15 157
2021[c]	4 396	5 898	366	301	1 282	3 458	6 044	9 657	15 701

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2021.

En 2021, 61,5% des bénéficiaires affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise sont des femmes et 38,5% sont des hommes. Avec 72,7%, la grande majorité des hommes réside à domicile, tandis que chez les femmes ce même taux n'est que de 61,1%. Alors que les hommes ne représentent que 38,5% de l'ensemble des bénéficiaires des prestations de l'assurance dépendance, ils affichent un taux de 42,7% parmi les personnes vivant à domicile. Dans les ESI, les hommes représentent 54,9% des bénéficiaires et dans les ESC seulement 27,0%.

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

Groupe d'âge	2019				2020				2021 [c]			
	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total
0-19	1 119	58	<10	1 177	1 183	47	<10	1 231	1 285	52	<10	1 340
20-39	522	173	<10	704	584	169	<10	760	587	176	<10	769
40-59	1 008	241	68	1 317	1 031	237	74	1 342	1 100	231	81	1 412
60-69	1 098	129	222	1 449	1 166	139	244	1 549	1 192	152	258	1 602
70-79	1 850	37	634	2 521	1 924	34	611	2 569	1 966	43	657	2 666
80-89	2 910	<10	2 280	5 196	2 992	14	2 128	5 134	3 037	12	2 172	5 221
>=90	933	<10	1 540	2 230	1 055	<10	1 517	2 572	1 127	<10	1 563	2 691
TOTAL	**9 440**	**644**	**4 753**	**14 837**	**9 935**	**640**	**4 582**	**15 157**	**10 294**	**666**	**4 740**	**15 701**

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2021.

Les personnes âgées de moins de 60 ans et séjournant dans un ESC sont peu nombreuses. En ce qui concerne les personnes âgées de plus de 60 ans, 24,6% des septuagénaires, 41,6% des octogénaires et 58,1% des nonagénaires sont pris en charge dans un ESC en 2021.

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

	2019				2020				2021[c]			
	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total
Age moyen	66,0	45,4	84,8	71,2	65,8	45,8	84,9	71,1	65,7	47,3	84,5	71,1
Age médian	76	49	86	80	76	49	87	80	76	51	86	80

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2021.

Entre 2019 et 2021, il y a peu de variation au niveau des groupes d'âge à domicile et en ESC. En ESI par contre, l'âge moyen augmente de 1,3 ans. La différence d'âge moyen entre les bénéficiaires vivant à domicile et dans un ESC s'élève à 19,4 ans en 2021.

2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES

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

Les articles 3 à 6 du règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance prévoient l'octroi de prestations forfaitaires pour les personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication, les personnes atteintes de spina bifida, d'aphasie et les personnes présentant une laryngectomie [12].

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

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

Type	2018			2019			2020 [e]		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Forfait surdité ou capacité auditive réduite	91	82	173	90	86	176	92	86	178
Forfait cécité ou acuité visuelle réduite	123	151	274	117	140	257	119	142	261
Forfait Spina Bifida symptomatique	19	18	37	19	19	38	19	19	38
Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave	<10	<10	<10	<10	<10	<10	11	<10	18
Forfait laryngectomie	<10	<10	<10	<10	<10	<10	17	<10	23
Total	**244**	**253**	**497**	**237**	**247**	**484**	**258**	**260**	**518**

a. Art 305 point 3 du CSS.
b. Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
c. Nombre annuel.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
e. Données provisoires pour 2021.

En 2021, 518 personnes bénéficient de prestations forfaitaires. Ce groupe représente 5,2% de l'ensemble des bénéficiaires vivant à domicile. Les personnes atteintes de cécité respectivement d'acuité visuelle réduite représentent 50,4% des cas et les personnes sourdes 34,4%.

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

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

Type	2019	2020	2021 [e]
Forfait surdité ou capacité auditive réduite	53,1	51,9	51,8
Forfait cécité ou acuité visuelle réduite	63,4	62,4	61,1
Forfait Spina Bifida symptomatique	33,6	35,3	36,7
Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave	67,6	62,8	65,4
Forfait laryngectomie	65,5	65,9	67,4
Ensemble des bénéficiaires de prestations forfaitaires	57,7	56,5	56,4

a. Art 350 point 9 du CSS.
b. Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
c. Nombre annuel - âge au 31 décembre.
d. Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
e. Données provisoires pour 2021.

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

2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DES FORFAITS SOINS PALLIATIFS ET DÉCÈS

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

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

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

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

Type de forfait	2019	2020	2021[c]
Forfait Décès	**337**	**274**	**255**
Hommes	187	147	157
Femmes	150	127	98
dont décédés au courant de l'année	288	237	217
Forfait Soins palliatifs	**1 145**	**1 260**	**1 329**
Hommes	509	572	629
Femmes	636	688	700
dont décédés au courant de l'année	*815*	*853*	*905*

a. Nombre annuel.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2021.

En 2021, 255 personnes (61,6% hommes et 38,4% femmes) ont introduit une demande pour obtenir des prestations de l'assurance dépendance, mais elles sont décédées avant que l'AEC n'ait pu faire une évaluation de leur état de santé.

1 329 personnes ont droit au forfait Soins palliatifs en 2021, dont 52,7% sont des femmes.

Une personne peut être comptée dans les 2 types de forfaits, ceci par exemple lorsqu'elle introduit sa demande pour bénéficier des prestations de l'assurance dépendance et que par la suite elle obtient l'accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier de soins palliatifs. Tel est le cas pour 68 personnes en 2021.

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

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

Type de forfait	2019	2020	2021[c]
Forfait Décès	79,5	80,7	79,9
Hommes	78,9	79,6	78,7
Femmes	80,3	82,0	81,8
Forfait Soins palliatifs	78,4	78,9	78,6
Hommes	77,3	76,9	77,6
Femmes	79,4	80,5	79,5

a. Nombre annuel - âge au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2021.

Au niveau de l'âge moyen, les femmes bénéficiant du forfait Décès ont en moyenne 3,1 ans de plus que les hommes en 2021.

2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE

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

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

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

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

Encadré méthodologique

Les données reprises ici font référence au diagnostic retenu comme la cause principale en relation avec la dépendance.

Les données sont présentées sous deux formes de classification. Dans le premier tableau, les diagnostics sont regroupés selon les chapitres de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM10) établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce tableau permet d'offrir une vision relativement détaillée des différentes causes de la dépendance et permet ultérieurement des comparaisons internationales.

Les autres tableaux font appel à une classification conçue par les médecins de l'AEC. Elle permet de mettre davantage en évidence les diagnostics pertinents pour le domaine de la dépendance.

Les tableaux présentés portent sur les bénéficiaires d'aides et de soins de l'assurance dépendance en vie au 31 décembre 2021 (y compris les bénéficiaires de prestations forfaitaires). Ces tableaux ne reprennent pas les personnes qui bénéficient seulement d'aides techniques ou d'adaptations du logement.

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

Les bénéficiaires d'une synthèse « décès » figurent parmi les bénéficiaires avec une cause non codée, comme ces personnes sont décédées avant qu'une évaluation n'ait pu avoir lieu.

Les bénéficiaires séjournant au courant du mois qui précède, respectivement qui suit le 31 décembre au moins une fois dans un ESI sont comptés en tant que résidant ESI.

2.4.1. Les causes de la dépendance selon la classification CIM 10

Le tableau 12 affiche les causes de dépendance selon la classification CIM 10.

Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2021 [a] [b] [c] (en % du total)

Chapitre de la classification CIM 10	Hommes	Femmes	Total
Chapitre I. - Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0,5%	0,4%	0,4%
Chapitre II. - Tumeurs	2,6%	2,2%	2,4%
Chapitre III. - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0,1%	0,1%	0,1%
Chapitre IV - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,7%	2,0%	1,9%
Chapitre V. - Troubles mentaux et du comportement	30,7%	27,3%	28,6%
Chapitre VI. - Maladies du système nerveux	21,0%	15,9%	17,8%
Chapitre VII. - Maladies de l'œil et de ses annexes	2,9%	3,2%	3,1%
Chapitre VIII. - Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1,4%	1,1%	1,2%
Chapitre IX. - Maladies de l'appareil circulatoire	9,5%	7,7%	8,4%
Chapitre X. - Maladies de l'appareil respiratoire	1,7%	2,0%	1,9%
Chapitre XI. - Maladies de l'appareil digestif	0,5%	0,3%	0,4%
Chapitre XII. - Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,1%	0,1%	0,1%
Chapitre XIII. - Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	7,6%	19,3%	14,8%
Chapitre XIV. - Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,6%	0,3%	0,4%
Chapitre XV. - Grossesse, accouchement et puerpéralité	0,0%	0,0%	0,0%
Chapitre XVI. - Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,3%	0,1%	0,2%
Chapitre XVII. - Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	5,0%	2,5%	3,5%
Chapitre XVIII. - Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	4,0%	5,4%	4,9%
Chapitre XIX. - Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	4,3%	5,2%	4,9%
Chapitre XX. - Causes externes de morbidité et de mortalité	0,2%	0,2%	0,2%
Chapitre XXI. - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	1,8%	1,9%	1,8%
Soins palliatifs	2,5%	2,0%	2,2%
Cause non codée [d]	0,9%	0,8%	0,8%
TOTAL	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

a. Situation au 31 décembre 2021.
b. Données provisoires.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Y compris 27 personnes bénéficiant d'un forfait Décès au 31 décembre.

2.4.2. Les causes de la dépendance selon la classification établie par l'AEC

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

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

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

Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2021 [a b c] (en % du total)

Classification AEC	0-19	20-39	40-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
Groupe 1. - Démences et troubles des fonctions cognitives	0,2%	0,0%	1,3%	6,8%	19,0%	30,9%	34,1%	20,2%
Groupe 2. - Troubles psychiatriques	40,1%	16,9%	10,8%	13,7%	8,9%	4,9%	3,3%	10,3%
Groupe 3. - Maladies du système cardio-vasculaire	0,2%	0,4%	2,1%	5,1%	7,8%	7,4%	7,9%	5,9%
Groupe 4. - Maladies du système nerveux	18,1%	30,6%	35,1%	32,1%	23,3%	14,3%	9,0%	19,7%
Groupe 5. - Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	34,7%	36,2%	13,2%	6,8%	2,2%	0,5%	0,1%	7,2%
Groupe 6. - Maladies du système ostéo-articulaire	0,9%	3,4%	12,1%	13,9%	20,1%	27,4%	33,2%	21,0%
Groupe 7. - Troubles sensoriels	1,8%	7,7%	12,0%	4,0%	3,2%	3,0%	3,9%	4,2%
Groupe 8. - Tumeurs malignes	0,8%	1,2%	3,0%	3,7%	3,3%	2,3%	1,3%	2,3%
Groupe 9. - Autres	2,8%	2,6%	6,6%	8,4%	8,7%	6,2%	4,7%	6,2%
Soins palliatifs	0,0%	0,4%	2,8%	4,0%	2,9%	2,2%	1,8%	2,2%
Cause non codée [d]	0,4%	0,8%	1,0%	1,6%	0,7%	0,9%	0,7%	0,8%
Nombre de bénéficiaires	**1 340**	**769**	**1 412**	**1 602**	**2 666**	**5 221**	**2 691**	**15 701**

a. Situation au 31 décembre 2021.
b. Données provisoires.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Y compris 33 personnes bénéficiant d'un forfait Décès au 31 décembre.

En se référant à la classification du tableau 13, les maladies du système ostéo-articulaire (21,0%), les démences et troubles des fonctions cognitives (20,2%) ainsi que les maladies du système nerveux (19,7%) sont les trois premières causes principales de la dépendance de la population dépendante. Ces trois groupes représentent 60,9% de la population dépendante au 31 décembre 2021.

En fonction de l'âge du bénéficiaire, les troubles psychiatriques et les malformations congénitales et retards du développement moteur et mental constituent les premières causes de dépendance chez les jeunes de moins de 40 ans. Les maladies du système nerveux deviennent ensuite la cause principale jusqu'à l'âge de 80 ans. A partir de 80 ans, les démences et troubles des fonctions cognitives sont la cause principale de dépendance. Jusqu'à l'âge de 69 ans, les démences et troubles des fonctions cognitives sont peu répandues. Les maladies du système ostéo-articulaires viennent en deuxième position pour les personnes au-dessus de 70 ans.

Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2021 [a] [b] [c] (en % du total)

Classification AEC	Hommes				Femmes			
	Domicile	ESI	SEC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total
Groupe 1. - Démences et troubles des fonctions cognitives	10,4%	0,0%	36,9%	15,4%	13,4%	0,3%	41,9%	23,2%
Groupe 2. - Troubles psychiatriques	14,9%	19,1%	13,0%	14,8%	7,4%	13,6%	7,1%	7,5%
Groupe 3. - Maladies du système cardio-vasculaire	6,1%	0,5%	5,4%	5,6%	7,0%	0,0%	4,9%	6,0%
Groupe 4. - Maladies du système nerveux	25,6%	32,8%	22,1%	25,3%	17,4%	31,6%	13,0%	16,3%
Groupe 5. - Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	10,2%	44,0%	1,3%	10,4%	5,7%	49,2%	0,5%	5,2%
Groupe 6. - Maladies du système ostéo-articulaire	13,6%	0,8%	12,4%	12,5%	29,8%	2,3%	22,2%	26,2%
Groupe 7. - Troubles sensoriels	5,5%	0,5%	1,6%	4,4%	5,1%	0,7%	2,7%	4,1%
Groupe 8. - Tumeurs malignes	3,0%	0,0%	1,6%	2,5%	3,0%	0,0%	1,0%	2,1%
Groupe 9. - Autres	6,6%	1,9%	3,4%	5,7%	7,9%	2,3%	4,4%	6,5%
Soins palliatifs	2,9%	0,0%	1,9%	2,5%	2,4%	0,0%	1,6%	2,0%
Cause non codée [d]	1,1%	0,3%	0,4%	0,9%	1,0%	0,0%	0,6%	0,8%
Nombre de bénéficiaires	**4 396**	**366**	**1 282**	**6 044**	**5 898**	**301**	**3 458**	**9 657**

a. Situation au 31 décembre 2021.
b. Données provisoires pour 2021.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Y compris 33 personnes bénéficiant d'un forfait Décès au 31 décembre.

La cause de dépendance la plus répandue chez les hommes en 2021 est le groupe des maladies du système nerveux (25,3%) alors que les maladies du système ostéo-articulaire sont la première cause de dépendance chez les femmes (26,2%).

Dans les ESI, les personnes présentent essentiellement des malformations congénitales et des retards du développement moteur ou mental, des maladies du système nerveux et des troubles psychiatriques.40,5% des bénéficiaires résidant dans ESC souffrent de démences et de troubles des fonctions cognitives. A domicile, la cause de dépendance principale (hommes et femmes confondus) est le groupe des maladies du système ostéo-articulaire (22,8% - prédominance chez les femmes), suivi de près des maladies du système nerveux (20,9% - prédominance chez les hommes).

3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La première partie de cette section porte sur les prestations telles qu'elles sont notifiées dans la synthèse de prise en charge établie par l'AEC.

La deuxième partie de cette section analyse les prestations auxquelles les personnes protégées peuvent prétendre, sans nécessairement bénéficier d'une synthèse de prise en charge, à savoir les aides techniques et les adaptations de logement.

La troisième partie est consacrée aux prestations facturées, c'est-à-dire aux dépenses de l'assurance dépendance pour la couverture de ces prestations [13].

3.1. LES PRESTATIONS REQUISES RETENUES DANS LES SYNTHÈSES DE PRISE EN CHARGE

Encadré méthodologique

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

Le besoin en aides et soins pour actes essentiels de la vie est exprimé en temps requis. Il s'agit de la durée totale [a] pour les actes AEV retenus dans la synthèse de prise en charge des personnes dépendantes. La durée totale est utilisée pour déterminer le niveau de besoins hebdomadaires en aides et soins, appelé « niveau de dépendance » dans la suite de l'analyse.

Les bénéficiaires séjournant au courant du mois qui précède, respectivement qui suit le 31 décembre au moins une fois dans un ESI sont comptés en tant que résidant ESI.

a. La durée des différents actes, ainsi que les conditions d'octroi sont définies dans le référentiel des aides et soins de l'assurance dépendance.

3.1.1. Les prestations pour les actes essentiels de la vie

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

Lors de l'évaluation, les aides et soins et leur fréquence sont déterminés d'après un relevé-type qui prévoit une durée forfaitaire pour les différentes prestations du référentiel d'aides et de soins. Sur base de la détermination des aides et de soins dans les domaines des actes essentiels de la vie, le demandeur se voit attribuer un des quinze niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins suivants :

- Niveau 1 de 210 à 350 minutes.
- Niveau 2 de 351 à 490 minutes.
- Niveau 3 de 491 à 630 minutes.

13. La période analysée se limite néanmoins aux factures introduites et remboursées par la CNS jusqu'au 31 décembre 2019.

- Niveau 4 de 631 à 770 minutes.
- Niveau 5 de 771 à 910 minutes.
- Niveau 6 de 911 à 1 050 minutes.
- Niveau 7 de 1 051 à 1 190 minutes.
- Niveau 8 de 1 191 à 1 330 minutes.
- Niveau 9 de 1 331 à 1 470 minutes.
- Niveau 10 de 1 471 à 1 610 minutes.
- Niveau 11 de 1 611 à 1 750 minutes.
- Niveau 12 de 1 751 à 1 890 minutes.
- Niveau 13 de 1 891 à 2 030 minutes.
- Niveau 14 de 2 031 à 2 170 minutes.
- Niveau 15 supérieur ou égal à 2 171 minutes.

De plus, la loi prévoit que si, suite à une hospitalisation en milieu aigu de sept jours consécutifs au moins, la personne dépendante présente un besoin momentané d'assistance dépassant les aides et soins pour les actes essentiels de la vie prévus dans sa synthèse de prise en charge, alors son requis pour prestations en nature est majoré de 45 minutes par semaine pendant huit semaines sans pouvoir dépasser la prise en charge du forfait 15. Les prestations délivrées dans ce contexte ne peuvent évidemment pas être analysées au titre de prestations requises.

Une première analyse de l'évolution du temps requis pour les actes essentiels de la vie étudie la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance.

Tableau 16: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance [a] [b]

Niveau de dépendance	2019	En % du total	2020	En % du total	2021 [c]	En % du total
Niveau 1	4 534	30,6%	4 525	29,9%	4 540	28,9%
Niveau 2	2 114	14,2%	2 231	14,7%	2 336	14,9%
Niveau 3	1 548	10,4%	1 652	10,9%	1 742	11,1%
Niveau 4	1 166	7,9%	1 263	8,3%	1 399	8,9%
Niveau 5	1 014	6,8%	1 058	7,0%	1 099	7,0%
Niveau 6	870	5,9%	887	5,9%	961	6,1%
Niveau 7	677	4,6%	642	4,2%	628	4,0%
Niveau 8	566	3,8%	520	3,4%	534	3,4%
Niveau 9	470	3,2%	425	2,8%	468	3,0%
Niveau 10	382	2,6%	383	2,5%	388	2,5%
Niveau 11	283	1,9%	268	1,8%	270	1,7%
Niveau 12	161	1,1%	161	1,1%	164	1,0%
Niveau 13	181	1,2%	197	1,3%	200	1,3%
Niveau 14	107	0,7%	122	0,8%	132	0,8%
Niveau 15	11	0,1%	13	0,1%	<10	0,0%
Prestation forfaitaire	462	3,1%	457	3,0%	454	2,9%
Soins palliatifs	249	1,7%	326	2,2%	347	2,2%
Décès	42	0,3%	27	0,2%	33	0,2%
TOTAL	**14 837**	**100,0%**	**15 157**	**100,0%**	**15 701**	**100,0%**

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2021.

Au cours des trois dernières années, la répartition est restée relativement stable. 54,9% des bénéficiaires se trouvent dans un des 3 premiers niveaux de dépendance en 2021 contre 55,2% en 2019.

La répartition par niveau de dépendance en fonction du lieu de séjour diffère fortement en fonction du lieu de séjour.

Tableau 17: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance et par lieu de séjour en 2021 (en % du total) [a] [b] [c]

Niveau de dépendance	Domicile (%)	ESI (%)	ESC (%)	TOTAL (%)	Nombre de bénéficiaires
Niveau 1	39,2%	10,8%	9,0%	28,9%	4 540
Niveau 2	18,3%	13,3%	7,6%	14,9%	2 336
Niveau 3	11,7%	10,9%	9,7%	11,1%	1 742
Niveau 4	7,9%	9,1%	11,1%	8,9%	1 399
Niveau 5	4,8%	8,1%	11,5%	7,0%	1 099
Niveau 6	3,6%	7,6%	11,4%	6,1%	961
Niveau 7	2,0%	6,6%	8,1%	4,0%	628
Niveau 8	1,5%	8,1%	6,8%	3,4%	534
Niveau 9	1,3%	6,3%	6,2%	3,0%	468
Niveau 10	0,9%	7,2%	5,1%	2,5%	388
Niveau 11	0,7%	5,2%	3,5%	1,7%	270
Niveau 12	0,3%	2,8%	2,5%	1,0%	164
Niveau 13	0,4%	2,2%	3,0%	1,3%	200
Niveau 14	0,2%	1,3%	2,2%	0,8%	132
Niveau 15	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	<10
Prestation forfaitaire	4,3%	0,1%	0,2%	2,9%	454
Soins palliatifs	2,6%	0,0%	1,7%	2,2%	347
Décès	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	33
TOTAL	**10 294**	**667**	**4 740**	**15 701**	**15 701**

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2021.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2021, 39,2% des bénéficiaires vivant à domicile sont classés dans le niveau de dépendance 1, 18,3% dans le niveau 2 et 11,7% dans le niveau de dépendance 3 (69,3% pour les 3 niveaux). Ainsi, plus de 2 tiers des bénéficiaires à domicile se retrouvent dans un des 3 premiers niveaux. Dans les niveaux 10 à 15, se retrouvent uniquement 2,5% des bénéficiaires vivant à domicile.

Dans les ESC, 26,3% des bénéficiaires se retrouvent dans un des 3 premiers niveaux de dépendance. Le niveau de dépendance le plus représenté est le niveau 5 avec 11,5%, suivi de près par le niveau 6 (11,4%) et le niveau 4 (11,1%). Le pourcentage des bénéficiaires dans les niveaux plus élevés diminue progressivement, mais il est largement supérieur à celui du domicile avec 16,4% dans les niveaux 10 à 15.

Un tiers des bénéficiaires vivant dans un ESI a un niveau de dépendance inférieur ou égal à 3. Le pourcentage des personnes ayant un niveau de dépendance supérieur ou égal à 10 s'élève à 18,9% et est largement supérieur à celui des pensionnaires d'un ESC.

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

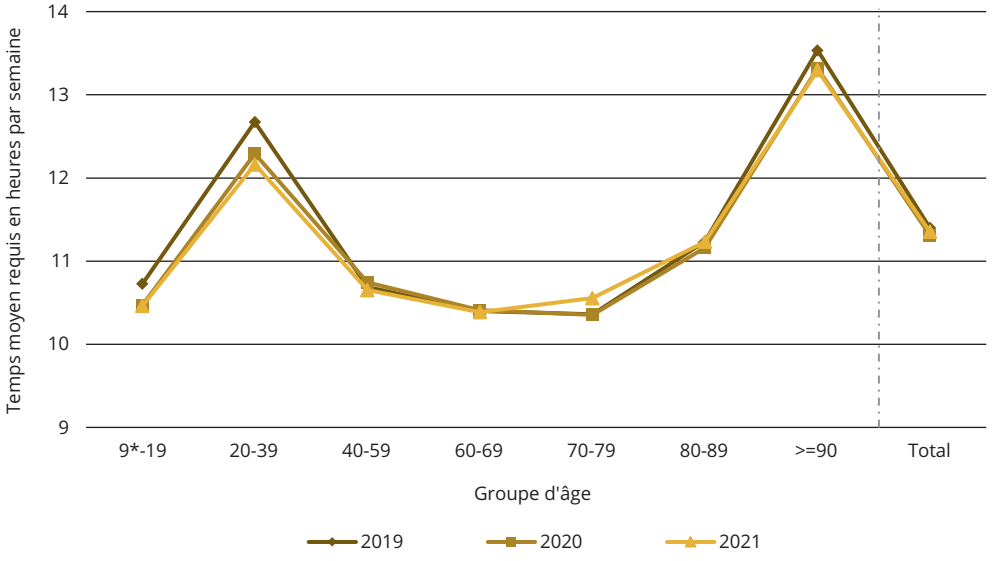
Année	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
2019	684	11,4	13 666
2020	679	11,3	13 927
2021 [d]	681	11,4	14 396

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires de plus de 9 ans avec un niveau de dépendance 1-15.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Données provisoires pour 2021.

La moyenne du temps requis pour les actes essentiels de la vie s'élève à 11,4 heures en 2021. L'écart entre le temps moyen requis pour les femmes et les hommes s'élève à 17,7 minutes en 2021.

La différence entre le temps moyen requis calculé pour les personnes vivant à domicile et celui des personnes séjournant dans un ESC est de 7,6 heures en 2021. Le temps moyen requis pour les AEV s'élève dans le cadre d'une prise en charge à domicile à 8,6 heures contre 16,2 heures dans un ESC et 15,7 heures dans un ESI.

Graphique 2: Évolution du temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge [a b c d]



a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2021.
d. Les enfants âgés de moins de 9 ans sont exclus.
Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Pour la population dépendante âgée entre 40 et 79 ans, le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie reste assez stable entre 10 et 11 heures. A partir de 80 ans, le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie augmente avec l'âge du bénéficiaire.

3.1.2. Les activités d'appui à l'indépendance, les activités de maintien à domicile et les activités d'accompagnement en établissement

Pour les quatre tableaux qui suivent, l'analyse ne prend pas en compte les forfaits Décès, Soins palliatifs et Dispositions particulières, car il s'agit de synthèses forfaitaires. De plus, l'AEC n'effectue pas d'évaluation des besoins du demandeur dans le cadre de la prise en charge des personnes ayant droit aux soins palliatifs et celles décédées avant l'évaluation.

Un bénéficiaire vivant à domicile peut avoir droit à des activités d'appui à l'indépendance et à des activités de maintien à domicile. Les activités de maintien à domicile regroupent les gardes de nuit, les gardes en groupe (standards ou majorées), les gardes individuelles (standards ou majorées) et les activités d'assistance à l'entretien du ménage.

Les gardes individuelles ne sont pas cumulables avec les gardes en groupes, par conséquent la synthèse de prise en charge d'une personne dépendante ne peut contenir qu'un seul des actes AMD-GG, AMD-GG-M, AMD-GI, AMD-GI-M. Néanmoins une personne peut convertir une partie de sa garde individuelle accordée en garde en groupe, respectivement sa garde en groupe en garde individuelle. Le terme « AMD-Garde » représente les gardes individuelles et les gardes en groupe (standards et majorées).

Les personnes vivant dans un ESC ou un ESI bénéficient toutes de l'activité d'accompagnement en établissement (standard ou majorée) et peuvent se voir accorder des activités d'appui à l'indépendance.

Tableau 19: Répartition des personnes vivant à domicile selon leur synthèse de prise en charge en 2021 (en %) [a b c d]

Niveau de dépendance	AAI	AMD-GDN	AMD-GG	AMD-GG-M	AMD-GI	AMD-GI-M	AMD-Garde	Nombre de bénéficiaires
Niveau 1	58,6%	1,2%	49,1%	0,2%	5,3%	0,3%	55,0%	4 040
Niveau 2	69,7%	4,2%	50,0%	1,2%	14,6%	1,5%	67,3%	1 886
Niveau 3	72,7%	7,5%	53,5%	1,7%	17,4%	2,8%	75,4%	1 207
Niveau 4	79,0%	9,7%	59,6%	2,8%	16,6%	2,1%	81,1%	811
Niveau 5	76,9%	11,8%	61,2%	3,8%	14,5%	2,4%	81,9%	498
Niveau 6	74,3%	13,6%	54,5%	4,6%	20,1%	3,0%	82,1%	369
Niveau 7	72,3%	19,8%	55,9%	7,4%	19,8%	8,4%	91,6%	202
Niveau 8	64,2%	23,9%	52,8%	8,8%	23,9%	4,4%	89,9%	156
Niveau 9	63,2%	30,8%	49,6%	8,3%	24,1%	8,3%	90,2%	133
Niveau 10	49,0%	32,3%	43,8%	6,3%	30,2%	6,3%	86,5%	96
Niveau 11	57,1%	40,0%	40,0%	5,7%	31,4%	15,7%	92,9%	70
Niveau 12	50,0%	53,8%	38,5%	11,5%	23,1%	23,1%	96,2%	26
Niveau 13	53,7%	51,2%	26,8%	12,2%	17,1%	39,0%	95,1%	41
Niveau 14	44,4%	33,3%	33,3%	27,8%	22,2%	16,7%	100,0%	18
Niveau 15	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	<10
TOTAL	**66,1%**	**6,5%**	**51,5%**	**1,8%**	**12,1%**	**2,0%**	**67,5%**	**9 558**

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2021.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Dans le cadre du maintien à domicile, le pourcentage des 9 558 personnes qui se voit attribuer des activités d'appui à l'indépendance s'élève à 66,1% en 2021.

Uniquement 6,5% des bénéficiaires vivant à domicile ont droit à une garde de nuit. Cependant, pour pouvoir profiter de ces gardes, la personne dépendante nécessite la présence d'une tierce personne 24 heures sur 24. Ces gardes sont donc attribuées surtout à des personnes avec des niveaux de dépendance plus élevés.

Par contre, 67,5% des personnes dépendantes vivant à domicile ont droit à des activités de garde (pendant la journée), que ce soit sous forme individuelle ou en groupe (standard ou majorée).

Il convient également d'ajouter que toutes les personnes dépendantes résidant à domicile ont droit aux activités d'assistance à l'entretien du ménage à hauteur de 3 heures par semaine.

Tableau 20: Répartition des personnes vivant dans un ESC selon leur synthèse de prise en charge en 2021 (en %) [a b c d]

Niveau de dépendance	AAI	AAE	AAE-M	Nombre de bénéficiaires
Niveau 1	83,4%	97,9%	2,1%	428
Niveau 2	93,6%	98,3%	1,7%	361
Niveau 3	96,8%	93,1%	6,9%	462
Niveau 4	96,6%	92,2%	7,8%	527
Niveau 5	93,2%	87,2%	12,8%	547
Niveau 6	93,9%	80,4%	19,6%	541
Niveau 7	91,4%	73,6%	26,4%	382
Niveau 8	87,9%	72,3%	27,7%	321
Niveau 9	84,6%	66,9%	33,1%	293
Niveau 10	73,8%	62,7%	37,3%	244
Niveau 11	65,5%	63,0%	37,0%	165
Niveau 12	65,5%	54,6%	45,4%	119
Niveau 13	50,0%	54,2%	45,8%	144
Niveau 14	52,4%	41,9%	58,1%	105
Niveau 15	50,0%	0,0%	100,0%	<10
TOTAL	**87,1%**	**80,9%**	**19,1%**	**4 643**

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2021.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Dans un ESC, 19,1% des 4 643 personnes dépendantes bénéficient du forfait majoré pour l'activité d'accompagnement. L'attribution de cet acte augmente avec le niveau de dépendance. La majorité des résidents, à savoir les 80,9% restant, a droit au forfait normal de l'activité d'accompagnement.

Les activités d'appui à l'indépendance sont attribuées à 87,1% des bénéficiaires dans un ESC. Les bénéficiaires présentant un niveau de dépendance allant de 2 à 8 ont droit à des activités d'appui à l'indépendance dans plus de 87% des cas.

Le tableau qui suit montre la répartition des synthèses de prise en charge en vigueur au 31 décembre des pensionnaires d'un ESI.

Tableau 21: Répartition des personnes résidant dans un ESI selon leur synthèse de prise en charge en 2021 (en %) [a b c d]

Niveau de dépendance	AAI	AAE	AAE-M	Nombre de bénéficiaires
Niveau 1	61,1%	94,4%	5,6%	72
Niveau 2	85,4%	88,8%	11,2%	89
Niveau 3	82,2%	86,3%	13,7%	73
Niveau 4	91,8%	82,0%	18,0%	61
Niveau 5	94,4%	72,2%	27,8%	54
Niveau 6	90,2%	82,4%	17,6%	51
Niveau 7	88,6%	68,2%	31,8%	44
Niveau 8	85,2%	66,7%	33,3%	54
Niveau 9	88,1%	54,8%	45,2%	42
Niveau 10	87,5%	66,7%	33,3%	48
Niveau 11	91,4%	65,7%	34,3%	35
Niveau 12	94,7%	89,5%	10,5%	19
Niveau 13	86,7%	46,7%	53,3%	15
Niveau 14	55,6%	55,6%	44,4%	<10
Niveau 15	100,0%	0,0%	100,0%	<10
TOTAL	**81,5%**	**77,8%**	**22,2%**	**666**

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2021.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Parmi les résidents d'un ESI, 4 bénéficiaires sur 5 ont droit à des activités d'appui à l'indépendance. Presque un quart des bénéficiaires a droit au forfait majoré des activités d'accompagnement en établissement AAE-M.

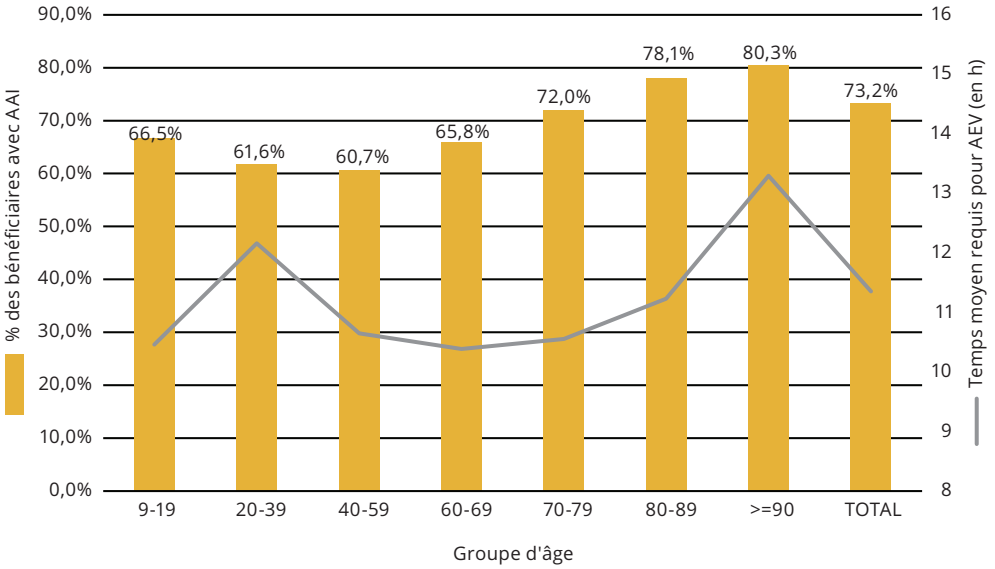
Tableau 22: Répartition des bénéficiaires d'AAI par cause de dépendance principale et lieu de séjour en 2021 (en %) [a b c d]

Classification AEC	Domicile	ESI	ESC	TOTAL
Groupe 1. - Démences et troubles des fonctions cognitives	85,2%	100,0%	82,2%	83,3%
Groupe 2. - Troubles psychiatriques	76,8%	87,4%	91,8%	81,3%
Groupe 3. - Maladies du système cardio-vasculaire	60,2%	100,0%	91,7%	68,5%
Groupe 4. - Maladies du système nerveux	64,7%	90,2%	90,1%	72,5%
Groupe 5. - Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	62,3%	80,8%	90,9%	68,4%
Groupe 6. - Maladies du système ostéo-articulaire	60,4%	70,0%	92,0%	69,4%
Groupe 7. - Troubles sensoriels	60,5%	25,0%	86,7%	69,2%
Groupe 8. - Tumeurs malignes	59,3%	-	88,7%	63,8%
Groupe 9. - Autres	58,9%	100,0%	87,8%	65,4%
Cause non codée	22,5%	0,0%	52,6%	28,0%
TOTAL	**66,1%**	**84,8%**	**87,1%**	**73,5%**

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2021.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'octroi des AAI varie fortement en fonction de la cause de dépendance. Ainsi 83,3% des bénéficiaires souffrant de démence ou de troubles des fonctions cognitives obtiennent des AAI, alors que ce pourcentage ne s'élève qu'à 63,8% pour les bénéficiaires ayant une tumeur maligne.

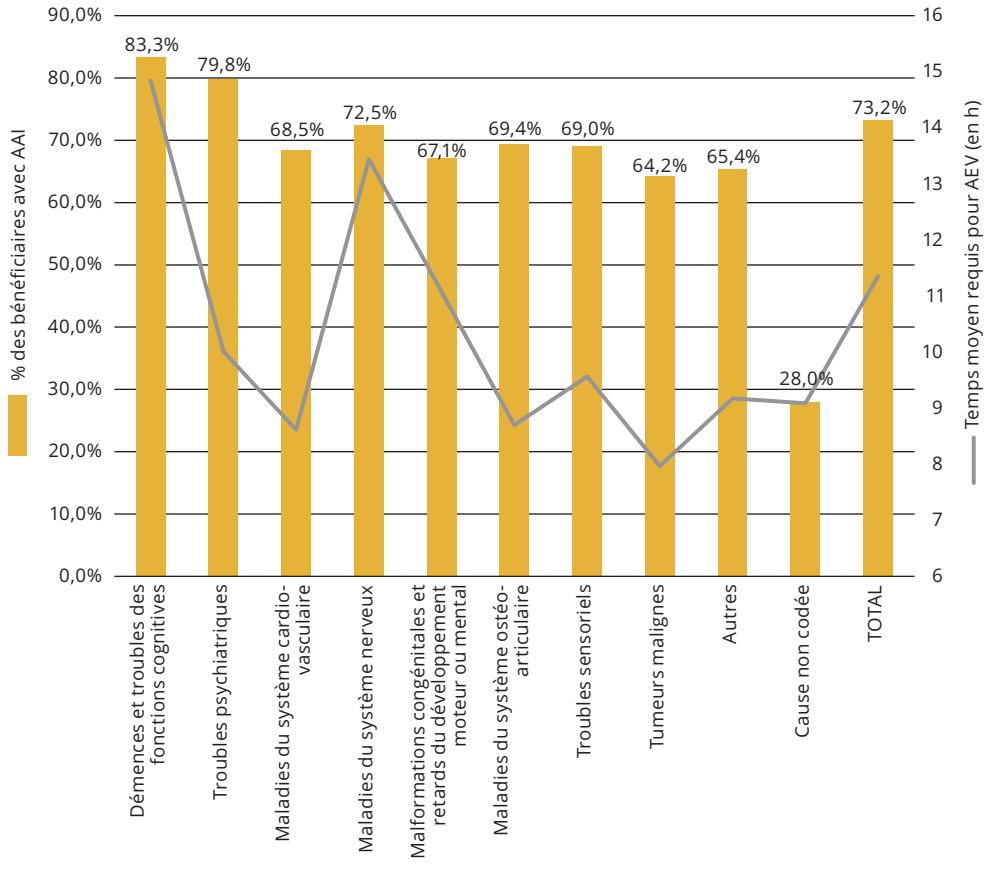
Graphique 3: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour les AEV (en heures) par groupe d'âge en 2021 [a b c d]



a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2021.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En comparant le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge avec le pourcentage des personnes ayant droit à des AAI, une ressemblance peut être constatée. Ceci laisse donc conclure que l'octroi des AAI est en relation avec le niveau de dépendance, et que l'octroi augmente avec l'âge à partir de 40 ans.

Graphique 4: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour AEV (en heures) par cause de dépendance principale en 2021 [a b c d]



a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2021.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En faisant la même analyse par cause de dépendance principale, le besoin en aides et soins en AEV et la cause de la dépendance ont une influence sur l'attribution des AAI. En effet, alors que le besoin pour les AEV est quasi-identique en moyenne pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques et les personnes atteintes de troubles sensoriels, 79,8% des personnes atteintes de troubles psychiatriques ont droit à des AAI contre seulement 69,0% des personnes atteintes de troubles sensoriels.

3.1.3. Formation liée aux aides techniques et formation à l'aidant

Deux formations peuvent être accordées aux personnes lors de l'établissement de la synthèse de prise en charge dans le cadre du maintien à domicile.

La formation liée aux aides techniques a pour but de conseiller et rendre compétent la personne dépendante ou son aidant pour l'utilisation des aides techniques mises à disposition à la personne dépendante à domicile. Elle est accordée sous forme d'un forfait annuel correspondant à 2 heures.

Le but de la formation à l'aidant est de conseiller et rendre compétent l'aidant pour l'exécution des aides à fournir à la personne dépendante dans le cadre des actes essentiels de la vie en lui transmettant les techniques et le savoir nécessaire. Elle est accordée sous forme d'un forfait annuel correspondant à 6 heures.

Tableau 23: Les bénéficiaires vivant à domicile ayant droit à une formation en fonction de l'origine du plan en 2021 [a b c d]

Formation	Nombre de bénéficiaires
Formation liée aux aides techniques	35
Formation à l'aidant	208
TOTAL	235
En % des bénéficiaires à domicile	2,6%

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2021.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Au 31 décembre 2021, 235 personnes dépendantes résidentes sont titulaires d'une synthèse de prise en charge à domicile comportant au moins une formation, ce qui représente 2,6% des bénéficiaires résidents exclusivement à domicile (les bénéficiaires alternant entre domicile et établissement d'aides et de soins à séjour intermittent ne sont pas compris).

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

Conformément à l'art. 354 du CSS, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les activités d'assistance à l'entretien du ménage peuvent être remplacées par des prestations en espèces si la personne est à domicile [14].

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance en 2018, l'AEC évalue les capacités et disponibilités de l'aidant pour fournir au moins une fois par semaine les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie. L'AEC retient les aides et soins pour les actes essentiels de la vie ou les activités d'assistance à l'entretien du ménage qui sont intégralement ou partiellement fournis par l'aidant et elle établit dans la synthèse de prise en charge la répartition de l'exécution des prestations requises entre cet aidant et les prestataires.

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

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

- uniquement des prestations en nature ;
- uniquement des prestations en espèces [15] ;
- une combinaison de prestations en nature et de prestations en espèces.

14. 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.
15. Dans ce cas de figure, la synthèse de prise en charge ne prévoit aucune intervention par un prestataire, et par conséquent elle ne peut pas contenir des AAI ou des activités de garde.

Tableau 24: Évolution de la répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage [a b c]

Année	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
2019	2 167	25,7%	1 183	14,0%	5 089	60,3%	8 439	100,0%
2020	2 500	28,2%	1 111	12,5%	5 250	59,2%	8 861	100,0%
2021 [d]	2 746	29,9%	991	10,8%	5 441	59,3%	9 178	100,0%

a. Situation au 31 décembre.
b. Bénéficiaires résidents uniquement à domicile (sans alternance avec ESI) sans dispositions particulières.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Données provisoires pour 2021.

La part des personnes dépendantes ayant recours à des prestations combinées et des prestations en espèces continue à diminuer en 2021 en faveur des prestations en nature. Ce recul peut s'expliquer par le fait que depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance en 2018, l'AEC évalue les capacités et disponibilités de l'aidant. Le type de partage le plus retenu reste cependant celui des prestations combinées (59,3%), suivi des prestations en nature (29,9%) et des prestations en espèces (10,8%).

Parmi les 5 441 bénéficiaires de prestations combinées en 2021, 3 748 personnes font recours à des prestataires pour obtenir des AEV et/ou des AMD-M. Les 1 693 bénéficiaires restant obtiennent des AAI et des activités de garde de la part des prestataires, les AEV et AMD-M sont cependant entièrement fournis par leur aidant.

Tableau 25: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par groupe d'âge en 2021 [a b c d]

Groupe d'âge	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
0-19	4	0,1%	54	5,4%	841	15,5%	899	9,8%
20-39	21	0,8%	115	11,6%	310	5,7%	446	4,9%
40-59	232	8,4%	213	21,5%	397	7,3%	842	9,2%
60-69	357	13,0%	180	18,2%	518	9,5%	1 055	11,5%
70-79	630	22,9%	192	19,4%	1 051	19,3%	1 873	20,4%
80-89	1 108	40,3%	186	18,8%	1 668	30,7%	2 962	32,3%
>=90	394	14,3%	51	5,1%	656	12,1%	1 101	12,0%
TOTAL	**2 746**	**100,0%**	**991**	**100,0%**	**5 441**	**100,0%**	**9 178**	**100,0%**

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires.
c. Bénéficiaires résidents uniquement à domicile (sans alternance avec ESI) sans dispositions particulières.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les prestations combinées sont le type de partage préféré pour tous les groupes d'âge.

Tableau 26: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par sexe en 2021 [a b c d]

Sexe	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
Hommes	927	33,8%	468	47,2%	2 390	43,9%	3 785	41,2%
Femmes	1 819	66,2%	523	52,8%	3 051	56,1%	5 393	58,8%
TOTAL	**2 746**	**100,0%**	**991**	**100,0%**	**5 441**	**100,0%**	**9 178**	**100,0%**

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires.
c. Bénéficiaires résidents uniquement à domicile (sans alternance avec ESI) sans dispositions particulières.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Une analyse du type de partage en fonction du sexe met en évidence qu'aussi bien les hommes que les femmes bénéficient majoritairement de prestations combinées.

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1er janvier 2018, les aidants sont évalués par l'AEC afin de contrôler leur disponibilité et leur capacité de fournir les aides et soins requis. Le tableau 27 reprend les informations sur les aidants évalués depuis l'entrée en vigueur de la réforme. Il s'agit des aidants de personnes dépendantes résidentes au Luxembourg qui disposent d'une synthèse de prise en charge avec intervention d'un aidant basée sur le nouveau référentiel des aides et soins de l'assurance dépendance.

Tableau 27: Répartition des aidants évalués depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance par groupe d'âge et sexe en 2021 [a b c d]

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	En % du total
0-39	116	674	790	13,4%
40-59	610	2 105	2 715	45,9%
60-69	332	879	1 211	20,5%
70-79	266	482	748	12,7%
80+	244	203	447	7,5%
Total	**1 568**	**4 343**	**5 911**	**100%**

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2021.
c. Bénéficiaires résidant à domicile et en ESI sans dispositions particulières.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Parmi les 6 432 bénéficiaires de prestations en espèces ou de prestations combinées qui résident uniquement à domicile, 5 855 [16] disposent d'une synthèse de prise en charge établie à partir du 1er janvier 2018. Un quart des aidants évalués sont des hommes et environ 80% des aidants ont moins de 70 ans. Alors que les femmes sont majoritaires jusqu'à 79 ans, la situation s'inverse à partir de 80 ans ou le nombre des aidants masculins dépasse légèrement celui des aidants féminins.

A noter que pour ces 5 911 aidants, 26,4% bénéficient de la prise en charge des cotisations pour l'assurance pension par l'assurance dépendance.

16. Parmi les aidants évalués, 56 s'occupent de personnes dépendantes alternant entre ESI et domicile.

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

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

La loi prévoit que la cotisation à l'assurance pension de cette personne puisse être prise en charge par l'assurance dépendance. Le tableau 28 présente la répartition par sexe et groupe d'âge des aidants pour qui cette cotisation est prise en charge. Il est question ici du nombre « net », ce qui revient à dire que si un aidant a été pris en charge plusieurs fois successivement, il n'est comptabilisé qu'une seule fois.

Tableau 28: Répartition des aidants dont la cotisation assurance pension est prise en charge par l'assurance dépendance entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2021 par groupe d'âge et sexe [a]

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	En % du total
< 30 ans	32	305	337	7,4%
30-34	36	431	467	10,3%
35-39	65	578	643	14,2%
40-44	80	610	690	15,2%
45-49	101	632	733	16,1%
50-54	117	738	855	18,8%
55-59	71	541	612	13,5%
> 60 ans	21	184	205	4,5%
Total	**523**	**4 019**	**4 542**	**100%**

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

Les chiffres de ce tableau montrent la proportion écrasante de femmes concernées par cette prise en charge, mais aussi l'importante proportion des quadragénaires et quinquagénaires qui représentent 63,6% des aidants concernés.

3.2. LES AIDES TECHNIQUES ET LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT

Les aides techniques tout comme les adaptations du logement peuvent être octroyées à une personne sans que celle-ci atteigne le seuil de 3,5 heures pour les actes essentiels de la vie. Toutefois, leur octroi est toujours subordonné à un avis de l'AEC.

3.2.1. Les aides techniques

La personne a droit à la prise en charge des aides techniques qui lui permettront de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie. La liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance en fonction du lieu de séjour a été déterminée par le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006.

Encadré méthodologique

Les aides techniques mises à disposition par la voie d'acquisition sont pour la plupart supposées être utilisées par la personne jusqu'à la fin de vie de l'aide technique, jusqu'au moment où la personne rapporte l'aide technique au Service Moyens Accessoires (SMA) parce qu'elle ne compte plus l'utiliser ou jusqu'à la mort de la personne. Dans les deux derniers cas le titre sera clôturé et l'aide technique ne sera plus renseignée comme en service auprès de la personne. Dans le premier cas, il n'est pas garanti que dans le cas d'un renouvellement l'ancien titre sera toujours clôturé. Ainsi une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2020 par voie d'acquisition sera comptée sur plusieurs années tandis qu'une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2020 par voie de location ne peut pas se trouver chez une personne au 31.12.2020 (p.ex. en réparation chez SMA) mais le sera de nouveau au 31.12.2021.

Le tableau 29 reprend le Top Ten des aides techniques mises à disposition par la voie d'acquisition qui satisfont aux critères précités ainsi que toutes les aides techniques mises à disposition par la voie de location.

Tableau 29: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO [a b c]

Code ISO	Libellé_ISO	2020			2021		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0912	Aides pour l'hygiène	22 919	273	23 192	24 591	360	24 951
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher	7 606	3 991	11 597	7 478	4 331	11 809
1818	Dispositifs de soutien	10 401	132	10 533	10 919	215	11 134
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)	14	10 135	10 149	14	10 330	10 344
1221	Fauteuils roulants	388	8 167	8 555	475	8 353	8 828
1830	Dispositifs de changement de niveau	6 065	699	6 764	6 527	720	7 247
0333	Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels antiescarres)	1 432	5 279	6 711	1 533	5 386	6 919
0906	Aides de protection portées sur le corps	3 757	0	3 757	3 789	0	3 789
1212	Adaptations pour voitures automobiles	3 146	0	3 146	3 455	0	3 455
1812	Lits	248	3 111	3 359	262	3 108	3 370

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2021.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les aides les plus sollicités en 2021 sont les aides pour l'hygiène suivi des aides pour se laver, baigner et se doucher.

Tableau 30: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale [a b c]

Code ISO	Libellé_ISO	2020			2021		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0300	Aides pour les traitements et l'entraînement	1 767	5 387	7 154	1 883	5 496	7 379
0900	Aides pour les soins personnels et la protection	36 335	4 264	40 599	38 029	4 691	42 720
1200	Aides pour la mobilité personnelle	7 008	21 480	28 488	7 611	21 934	29 545
1500	Aides pour les activités domestiques	2 770	0	2 770	2 974	0	2 974
1800	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles	18 238	4 615	22 853	19 279	4 790	24 069
2100	Aides pour la communication, l'information et la signalisation	5 545	184	5 729	5 678	459	6 137
2400	Aides pour manipuler les produits et les biens	2 834	16	2 850	2 962	23	2 985
TOTAL		**74 497**	**35 946**	**110 443**	**78 416**	**37 393**	**115 809**
Variation en %		*5,4%*	*3,8%*	*4,9%*	*5,3%*	*4,0%*	*4,9%*

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2021.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Au 31 décembre 2021, 115 809 aides techniques sont mises à disposition par l'assurance dépendance, 67,7% sous forme d'acquisition et 32,3 % sous forme de location. Le nombre total d'aides techniques mises à disposition augmente de 4,9% par rapport à 2020.

Les aides techniques mises le plus fréquemment à disposition sont les aides pour les soins personnels et la protection, parmi lesquelles les aides pour l'hygiène occupent la première place. En second lieu viennent les aides pour la mobilité personnelle. Parmi les aides pour le traitement et l'entraînement, le matériel destiné à prévenir les escarres représente le plus gros poste de dépense. Pour rappel, les troubles du système ostéo-articulaire représentent la première cause de dépendance.

3.2.2. Les adaptations du logement

En cas de maintien à domicile, des adaptations du logement peuvent être prises en charge dans le cadre de l'assurance dépendance, dans la mesure où elles permettent, à l'instar des aides techniques, de maintenir et d'accroître l'autonomie de vie de la personne dépendante.

Depuis le 1er janvier 2007, les personnes peuvent bénéficier des adaptations du logement sans nécessairement présenter le besoin minimum d'aides et de soins pour les actes essentiels de la vie (Art. 349 du CSS).

Le tableau 31 présente l'évolution du nombre de titulaires d'une ou plusieurs décisions positives depuis 2019 par la CNS. Il ne s'agit dès lors pas du nombre de demandes, ni du nombre de réalisations pour adaptations du logement présentées ou en cours de traitement durant l'année référencée.

Tableau 31: Évolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement [a] [b]

Année	Nombre	Variation en %
2019	168	2,4%
2020	166	-1,2%
2021 [c]	148	-10,8%

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

3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES

Encadré méthodologique

Les statistiques sur les prestations dispensées et remboursées par la CNS sont basées sur la date de la prestation sans tenir compte de leur liquidation par l'assurance dépendance. Cette méthode s'avère beaucoup plus adéquate pour mesurer l'évolution réelle des prestations dans le temps, qu'une analyse des données comptables. Les fichiers établis sur base de la date des prestations sont des fichiers ouverts. Ils sont alimentés en continu, avec l'inconvénient que l'analyse de ces fichiers en évolution nécessite un certain recul dans le temps pour obtenir des résultats cohérents, raison pour laquelle les extractions concernant l'année 2021 sont provisoires. Les données comptables en revanche, figées dès la clôture de l'exercice, permettent certes des analyses cohérentes mais peu conformes à la réalité (en raison notamment des données portant sur les provisions).

Les statistiques publiées dans le présent chapitre se rapportent :

- aux prestataires exerçant au Luxembourg ;
- aux bénéficiaires résidant au Luxembourg et affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise ;
- aux bénéficiaires résidant en dehors du Luxembourg et affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise ;
- aux prestations fournies dans le cadre de l'assurance dépendance.

Avec l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1er janvier 2018, les données de facturation de l'année 2018 constituent une rupture de série.

Avant 2018, le montant des aides et soins opposables à la CNS par les prestataires de l'assurance dépendance était déterminé en multipliant la durée hebdomadaire des aides et soins apportés aux personnes dépendantes, et pondérée en tenant compte de la qualification requise du professionnel qui les prodigue, par les valeurs monétaires négociées chaque année par la CNS et la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins (COPAS).

Depuis 2018, un forfait [17] est payé pour les actes essentiels de la vie (y compris les majorations pour fluctuations imprévisibles), les forfaits pour soins palliatifs, les activités

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

d'assistance à l'entretien du ménage, les activités d'accompagnement en établissement et le forfait pour décès avant évaluation.

Les prestations, qui continuent à répondre à la logique de facturation à l'acte, sont les activités d'appui à l'indépendance, les gardes individuelles et en groupe (y compris les gardes individuelles en déplacement à l'extérieur), les gardes de nuit, les formations à l'aidant et les formations liées aux aides techniques. Le montant de ces prestations est déterminé en multipliant la durée hebdomadaire des aides et soins portés aux personnes dépendantes, et pondérée en tenant compte de la qualification du professionnel et des coefficients d'encadrement du groupe, par les valeurs monétaires négociées tous les deux ans par la CNS et la COPAS.

La loi du 29 août 2017 prévoit la négociation biennale d'une valeur monétaire spécifique pour quatre types de prestataires : les réseaux d'aides et de soins, les centres semi-stationnaires, les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.

La présente section est consacrée à l'étude approfondie de l'ensemble des prestations de soins de l'assurance dépendance facturées et remboursées par la CNS.

3.3.1. Aperçu global sur les prestations facturées

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

Tableau 32: Évolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2012 (en millions EUR)[a] [b]

Année	Montant	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2012	496,9	9,1%	490,9	98,8%
2013	531,2	6,9%	525,7	99,0%
2014	559,9	5,4%	553,6	98,9%
2015	564,4	0,8%	558,0	98,9%
2016	576,2	2,1%	570,0	98,9%
2017	597,2	3,6%	591,5	99,1%
2018	619,0	3,7%	606,0	97,9%
2019	672,2	8,6%	659,0	98,0%
2020	704,9	4,9%	698,2	99,1%
2021	769,5	9,2%	761,8	99,0%

a. La loi du 23 décembre 2016 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2017 prévoit dans l'article 44 que l'État verse une subvention unique maximale de 30 millions EUR afin de compenser les découverts inévitables et imprévisibles au titre des exercices de prestation 2015 à 2017 des prestataires dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la Cellule d'évaluation et d'orientation (changement du nom en AEC suite à la réforme) dans le cadre du paquet d'avenir. Dans le cadre de la loi du 26 avril 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2019, cette subvention a été augmenté d'un montant maximal de 8 millions EUR. La subvention se répartit comme suit : 9,5 millions EUR en 2015, 12,3 millions EUR en 2016 et 15,9 millions EUR en 2017.

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

En 2020, les dépenses évoluent de 4,9% contre 8,6% en 2019. Cette hausse s'explique entre autres par une plus faible croissance des dépenses liée aux aides et soins prestés soit en établissement soit à domicile. Le nombre des personnes vivant à domicile ainsi que le montant moyen par personne augmente en 2020. En ce qui concerne le nombre de bénéficiaires vivant dans un établissement d'aides et de soins, ce dernier diminue et le montant moyen par pensionnaire augmente. Cette hausse est entre autres due par l'évolution de l'échelle mobile des salaires de 2,5% en 2020.

En 2021, la hausse des dépenses de l'assurance dépendance se situe à 9,2% contre 4,9% en 2020. Le nombre de bénéficiaires résidant en ESC a atteint fin 2021 de nouveau le niveau de 2019. En 2020, le nombre de bénéficiaires en ESC a reculé de 3,6% lié à la pandémie COVID-19 (les personnes ont hésité de s'installer en ESC (mise en quarantaine lors de l'emménagement, augmentation du risque d'infection à la COVID-19, ...)). De plus, les 4 valeurs monétaires pour les ESC, ESI, RAS et CSS ont augmenté entre 5,0% et 12,5% à l'indice 100, augmentation imputable notamment aux changements des conventions collectives de travail (SAS, FHL) et aux mesures et matériel d'hygiène supplémentaires dans le cadre de la pandémie COVID-19.

En 2021, 99,0% 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 (747 au 31 décembre 2021). Pour ces raisons, les données qui suivent porteront exclusivement sur le coût engendré par la prise en charge des personnes dépendantes résidant au Luxembourg.

Tableau 33: Évolution des dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance par groupe d'âge et lieu de séjour du bénéficiaire [a] [b] [c] (en millions EUR)

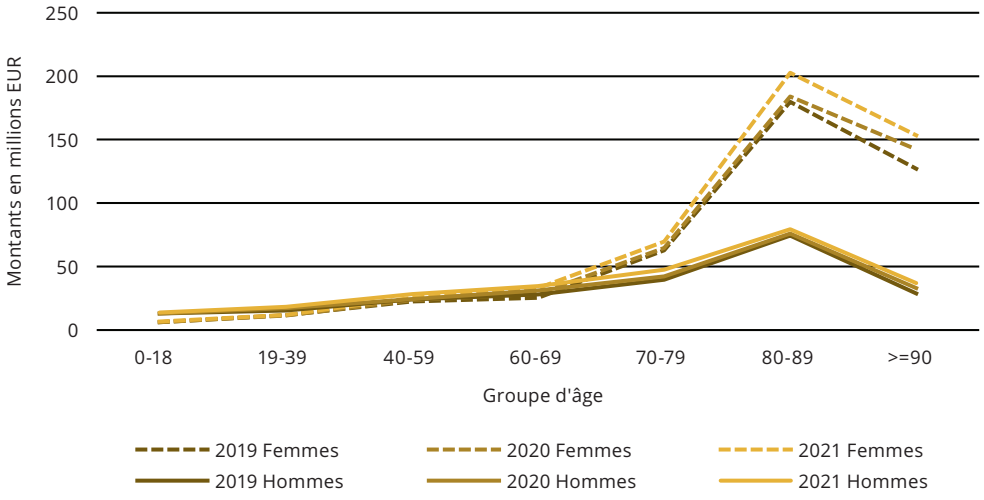
Groupe d'âge	2019			2020			2021		
	Domicile	ESI	ESC	Domicile	ESI	ESC	Domicile	ESI	ESC
0-20	17,2	2,1	0,0	17,4	1,9	0,0	18,6	2,1	0,0
20-39	14,1	12,3	0,6	15,1	13,2	0,5	15,3	14,6	0,6
40-59	22,3	19,2	5,0	22,0	20,0	5,9	25,5	21,5	6,6
60-69	27,3	10,5	15,8	30,0	11,6	18,2	33,3	13,2	21,0
70-79	54,1	3,2	45,2	56,6	3,1	47,1	60,9	3,8	52,5
80-89	97,1	0,5	156,7	103,2	1,0	155,6	111,6	1,1	169,1
>=90	39,6	0,0	116,2	45,5	0,0	130,1	51,9	0,2	138,3
TOTAL	**271,6**	**47,8**	**339,6**	**289,9**	**50,9**	**357,5**	**317,1**	**56,5**	**388,2**
Variation en %	7,6%	11,8%	9,3%	6,7%	6,5%	5,3%	9,4%	11,1%	8,6%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Calcul de l'âge au 31 décembre.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'étude sur le coût des prestations de l'assurance dépendance délivrées au Luxembourg met en évidence une nouvelle croissance des dépenses pour le maintien à domicile tout comme pour le milieu stationnaire (ESI et ESC). En effet, la variation annuelle des dépenses pour prestations à domicile s'élève en 2021 à 9,4% et en milieu stationnaire à 11,1%, en ESI et à 8,6% en ESC.

En ventilant les dépenses selon l'âge du bénéficiaire, le coût le plus élevé se rapporte aux personnes âgées de plus de 70 ans. En 2020, elles représentent 77,7% de l'ensemble des dépenses, 93,1% des dépenses pour les bénéficiaires vivant dans un ESC et 70,8% du coût relatif au maintien à domicile. Les dépenses pour les personnes séjournant dans un ESI par contre ne représentent que 7,3% du coût total ce qui s'explique notamment par le fait que sa population est en moyenne beaucoup plus jeune.

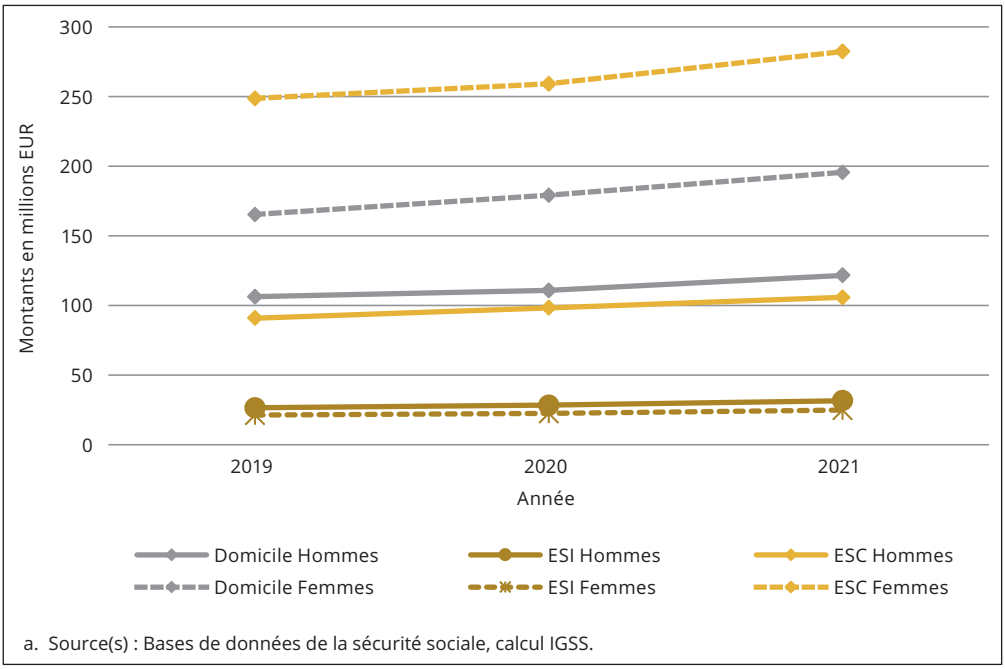
Graphique 5: Évolution du coût des prestations par groupe d'âge et sexe du bénéficiaire [a]



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

Le coût des prestations pour les femmes dépendantes est en moyenne 1,9 fois plus élevé que celui des hommes. Il est même en moyenne 2,6 fois plus élevé pour les femmes âgées de 80 à 89 ans que pour les hommes du même groupe d'âge. Cette forte différence s'explique, entre autres, par une population féminine plus importante qui, de plus, a une moyenne d'âge plus élevée et un degré de dépendance plus important, car ce dernier augmente en fonction de l'âge.

Graphique 6: Évolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire [a]



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

L'analyse du coût par lieu de séjour et par sexe pour l'année 2021 conduit aux constats suivants :

- pour les femmes, le coût total des prestations en maintien à domicile est inférieur à celui des prestations en établissement ;
- pour les hommes, le coût total des prestations en maintien à domicile se situe que légèrement au-dessus de celui des prestations en établissement d'aides et de soins à séjour continu ;
- les dépenses totales pour le maintien à domicile chez les femmes sont supérieures à celles des hommes ;
- les dépenses totales engagées pour les soins prestés dans les ESC aux femmes dépendantes sont supérieures à celles des hommes dépendants ;
- les dépenses en ESI pour des soins prestés aux hommes sont légèrement supérieurs à ceux prestés aux femmes.

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

La répartition des dépenses entre les différents types de prestataire est montrée dans le tableau suivant.

Tableau 34: Évolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions EUR) [a] [b]

	2019	2020	2021
Etablissement d'aides et de soins à séjour continu	339,6	357,5	388,4
Etablissement d'aides et de soins à séjour intermittent	47,8	50,9	56,6
Réseau d'aides et de soins	160,1	175,8	195,9
Centre semi-stationnaire	25,4	21,5	22,6
Fournisseur d'aides techniques y compris SMA	12,2	12,8	14,0
Fournisseur dans le cadre des adaptations du logement	2,9	2,9	2,6
International [c]	0,0	0,0	0,0
Pas de prestataire [d]	84,3	83,5	89,3
TOTAL	**672,2**	**704,9**	**769,5**
Variation en %	*8,6%*	*4,9%*	*9,2%*

a. Statistiques établies selon la date prestation.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Caisses de maladie étrangères.
d. Les bénéficiaires des dispositions particulières, des prestations en espèces (y compris les prestations en espèces transférées à l'étranger) ou des produits nécessaires aux aides et soins.

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

3.3.3. Les dépenses pour les différents types de prestation

Cette sous-section a pour but de donner un aperçu de l'évolution, à partir de 2019, des dépenses pour les différents types de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance.

Tableau 35: Évolution du coût des prestations en nature par type de prestation et lieu de séjour au Luxembourg [a] [b] (en millions EUR)

Type de prestation	2019	2020	2021	Variation en %	
				2019/2020	2020/2021
MAINTIEN A DOMICILE	**271,6**	**289,9**	**317,1**	**6,7%**	**9,4%**
Prestation en nature	194,0	210,1	234,8	8,3%	11,7%
Prestations en espèces	58,2	59,6	61,0	2,3%	2,4%
Produits nécessaires aux aides et soins	4,4	4,6	4,8	6,7%	2,9%
Aides techniques	12,2	12,7	14,0	4,4%	10,1%
Adaptations de logement	2,9	2,9	2,6	0,2%	-9,9%
ETABLISSEMENT	**387,4**	**408,4**	**444,7**	**5,4%**	**8,9%**
Prestation en nature - ESC	339,6	357,5	388,2	5,3%	8,6%
Prestation en nature - ESI	47,8	50,9	56,5	6,5%	11,1%
TOTAL	**659,0**	**698,2**	**761,8**	**6,0%**	**9,1%**

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le tableau 35 met en évidence une croissance des dépenses pour prestations en nature en 2021 de 9,1% par rapport à 2020. Pour le maintien à domicile, elle s'élève à 9,4% contre 9,1% pour l'établissement (ESC et ESI).

3.3.3.1. Les dépenses pour les prestations en nature

Cette sous-section est consacrée aux dépenses pour les prestations en nature qui se rapportent principalement aux actes essentiels de la vie, aux activités de maintien à domicile (gardes, gardes de nuits, formations et activités d'assistance à l'entretien du ménage), aux activités d'appui à l'indépendance et aux activités d'accompagnement en établissement.

Tableau 36: Évolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature [a b c] (en millions EUR)

Type de prestation	2019	2020	2021	Variation en %	
				2019/2020	2020/2021
AEV	355,6	380,2	416,5	6,9%	9,5%
AMD-M	18,0	20,9	23,0	16,2%	9,7%
AAI	86,6	92,7	105,6	7,1%	13,8%
AAE	79,2	83,3	90,8	5,1%	9,0%
AMD-G	41,6	41,0	43,2	-1,5%	5,4%
AMD-GN	0,4	0,3	0,5	-14,9%	53,6%
AMD-Formation [d]	0,0	0,0	0,0	49,5%	15,6%
TOTAL	**581,4**	**618,5**	**679,5**	**6,4%**	**9,9%**

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Ne tient pas compte du mécanisme de compensation mis en place pour compenser les découverts dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la CEO dans le cadre du paquet.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. < 50 000 EUR.

En 2021, les dépenses pour les actes essentiels de la vie s'élèvent à 416,5 millions EUR, soit 61,3% de l'ensemble des dépenses pour les prestations en nature. Elles sont suivies par les activités d'appui à l'indépendance, qui représentent 105,6 millions EUR, soit 15,5% de l'ensemble des dépenses. Les activités de maintien à domicile ainsi que les activités d'accompagnement en établissement représentent 23,2% des dépenses.

Tableau 37: Répartition des dépenses pour certains types de prestations en nature par groupe d'âge du bénéficiaire en 2021 [a b] (en millions EUR)

Groupe d'âge	AEV	AMD-M	AAI	AAE	AMD-G	AMD-GN	Formation [c]	En % du total
0-19	0,8%	1,2%	2,7%	0,6%	6,7%	3,7%	4,6%	1,5%
20-39	3,0%	1,5%	5,2%	3,6%	4,5%	1,7%	6,9%	3,5%
40-59	6,2%	8,0%	6,7%	6,7%	6,9%	5,4%	12,8%	6,4%
60-69	7,6%	10,7%	7,1%	6,9%	8,5%	13,8%	17,0%	7,6%
70-79	15,4%	22,9%	13,7%	12,6%	19,1%	16,2%	5,5%	15,3%
80-89	40,6%	40,7%	39,4%	40,4%	38,8%	43,9%	49,5%	40,2%
>= 90	26,5%	14,9%	25,3%	29,3%	15,5%	15,3%	3,7%	25,5%
TOTAL	**355,3**	**18,0**	**86,4**	**79,2**	**41,2**	**0,3**	**0,0**	**580,5**

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. < 50 000 EUR

La part la plus importante des dépenses concerne les personnes âgées de plus de 70 ans. Ce sont à la fois les groupes aux effectifs les plus élevés et les groupes présentant les besoins en aides et soins les plus importants.

En 2021, les dépenses pour ces groupes d'âge représentent 82,0% du total des dépenses pour les actes essentiels de la vie, 77,7% pour les activités d'assistance à l'entretien du ménage, 76,7% pour les activités d'appui à l'indépendance, 81,1% pour les activités d'accompagnement en établissement et 73,0% pour les gardes réalisées dans le cadre des activités de maintien à domicile.

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

Conformément à l'art. 354 du CSS, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les activités d'assistance à l'entretien du ménage prises en charge par l'assurance dépendance peuvent être remplacées par des prestations en espèces, tel que décrit précédemment sous le point 3.1.4.

Les prestations en espèces sont destinées à permettre à la personne dépendante de se procurer les aides et soins nécessaires auprès d'une personne de son choix, indépendante d'un réseau d'aides et de soins.

Tableau 38: Évolution des dépenses pour prestations à domicile par type de partage [a] [b] [c] (en millions EUR)

Type de partage	2019	2020	2021	Variation en %	
				2019/2020	2020/2021
Prestations en nature uniquement	80,3	98,8	113,6	23,0%	15,1%
Prestations en espèces uniquement	33,6	35,3	36,9	5,4%	4,5%
Prestations combinées dont	138,4	135,6	145,2	-2,1%	7,1%
Prestations en nature	113,8	111,4	121,2	-2,1%	8,8%
Prestations en espèces	24,7	24,2	24,1	-1,8%	-0,7%
TOTAL dont	**252,2**	**269,7**	**295,8**	**6,9%**	**9,7%**
Prestations en nature	194,0	210,1	234,8	8,3%	11,7%
Prestations en espèces	58,2	59,6	61,0	2,3%	2,4%

a. Sont considérées les prestations en nature pour aides et soins.
b. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Au 1er janvier 2018, la réforme de l'assurance dépendance est entrée en vigueur et la facturation des actes essentiels de la vie et des activités d'assistance à l'entretien du ménage suit une logique de forfait et non plus une logique de facturation à l'acte.

3.3.3.3. Les dépenses pour les autres prestations de l'assurance dépendance

Les autres prestations de l'assurance dépendance couvrent les dépenses pour les prestations forfaitaires en raison de certaines maladies et les dépenses pour les aides techniques et les adaptations de logement.

Tableau 39: Évolution des dépenses pour les prestations forfaitaires de l'assurance dépendance [a] [b] (en milliers EUR)

Type	2019	2020	2021	Variation en %	
				2019/2020	2020/2021
Forfait surdité ou capacité auditive réduite	1 138,9	1 190,5	1 048,1	4,5%	-12,0%
Forfait cécité ou acuité visuelle réduite	1 957,5	1 934,9	1 916,4	-1,2%	-1,0%
Forfait spina Bifida symptomatique	271,9	284,1	269,9	4,5%	-5,0%
Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave	35,3	34,0	93,7	-3,8%	175,7%
Forfait laryngectomie	54,2	65,6	144,1	21,0%	119,8%
TOTAL	**3 457,8**	**3 509,0**	**3 472,2**	**1,5%**	**-1,0%**

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2021, les dépenses baissent légèrement de 1,0% par rapport à 2020.

Tableau 40: Évolution des dépenses pour les aides techniques [a] [b] (en millions EUR)

Mise à disposition	2019	2020	2021	Variation en %	
				2019/2020	2020/2021
Location	6,7	7,2	8,3	7,5%	14,6%
Acquisition	5,5	5,5	5,8	1,4%	4,0%
TOTAL	**12,2**	**12,8**	**14,0**	**4,8%**	**10,0%**

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'assurance dépendance prend en charge le tarif de location des aides techniques ou, à défaut, leur acquisition. Les modifications suite à la réforme de l'assurance dépendance consistaient essentiellement en une mise à jour de la liste des aides techniques arrêtées par règlement grand-ducal ainsi qu'une revue, pour certaines, des modalités de prise en charge. Ainsi, un plus grand nombre d'aides techniques est disponible sous le mode de la location au détriment du nombre d'aides techniques disponible par acquisition ce qui engendre une augmentation des dépenses pour les aides techniques (location et acquisition) de 4,8% en 2020 et de 10,0% en 2021.

Les dépenses relatives aux adaptations se chiffrent en 2021 à 2,6 millions EUR, ce qui représente une diminution de 9,9% par rapport à 2020 dont le montant se situe à 2,9 millions EUR.

4. LA SITUATION FINANCIÈRE

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

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

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

Encadré méthodologique

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

4.1. SITUATION GLOBALE

L'exercice 2021 de l'assurance dépendance se caractérise par une hausse de 8,5% des recettes courantes et une hausse de 11,1% des dépenses courantes. Le solde des opérations courantes affiche un excédent de 18,9 millions EUR.

Tableau 41: Évolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance [a] [b]
(en millions EUR)

EXERCICE	2017	2018	2019	2020	2021
RECETTES COURANTES					
Contribution dépendance	402,2	428,7	457,9	477,6	510,9
Contribution forfaitaire Etat	250,9	263,8	272,5	301,1	334,8
Contribution Etat : mécanisme de compensation	10,7	8,2	7,7		
Redevance AD du secteur de l'énergie	1,9	1,9	1,9	1,9	1,7
Autres recettes	0,9	1,1	0,7	0,9	0,2
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**666,5**	**703,8**	**740,8**	**781,5**	**847,7**
Variation annuelle en %	*10,1%*	*5,6%*	*5,3%*	*5,5%*	*8,5%*

Tableau 41: Évolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance [a] [b] (en millions EUR) (Suite)

EXERCICE	2017	2018	2019	2020	2021
DEPENSES COURANTES					
Frais d'administration	17,6	15,8	17,1	18,5	18,9
Prestations en espèces	5,1	4,9	4,8	4,7	4,5
Prestations en nature	600,8	635,8	658,4	713,9	796,4
dont :					
Prestations à domicile	242,8	289,0	224,8	291,3	321,7
Prestations en milieu stationnaire	347,1	334,0	419,3	407,0	459,4
Prestations à l'étranger	10,9	12,7	14,3	15,5	15,3
Actions expérimentales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transferts de cotisations	7,0	7,4	5,8	7,8	8,4
Autres dépenses	0,2	0,3	0,5	1,0	0,5
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**630,7**	**664,1**	**686,6**	**745,9**	**828,8**
Variation annuelle en %	*12,9%*	*5,3%*	*3,4%*	*8,6%*	*11,1%*
SOLDE OPERATIONS COURANTES	**35,9**	**39,6**	**54,2**	**35,5**	**18,9**
Dotation / prélèvement fonds de roulement	7,3	3,6	2,3	6,7	8,3
Excédent / découvert de l'exercice	28,6	36,0	51,9	28,8	10,6
RÉSERVE	**221,4**	**261,0**	**315,2**	**350,8**	**369,7**
Variation annuelle en %	*19,3%*	*17,9%*	*20,8%*	*11,3%*	*5,4%*

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

4.2. LES RECETTES COURANTES

Le financement de l'assurance dépendance repose essentiellement sur deux sources : la contribution dépendance et la contribution forfaitaire de l'État.

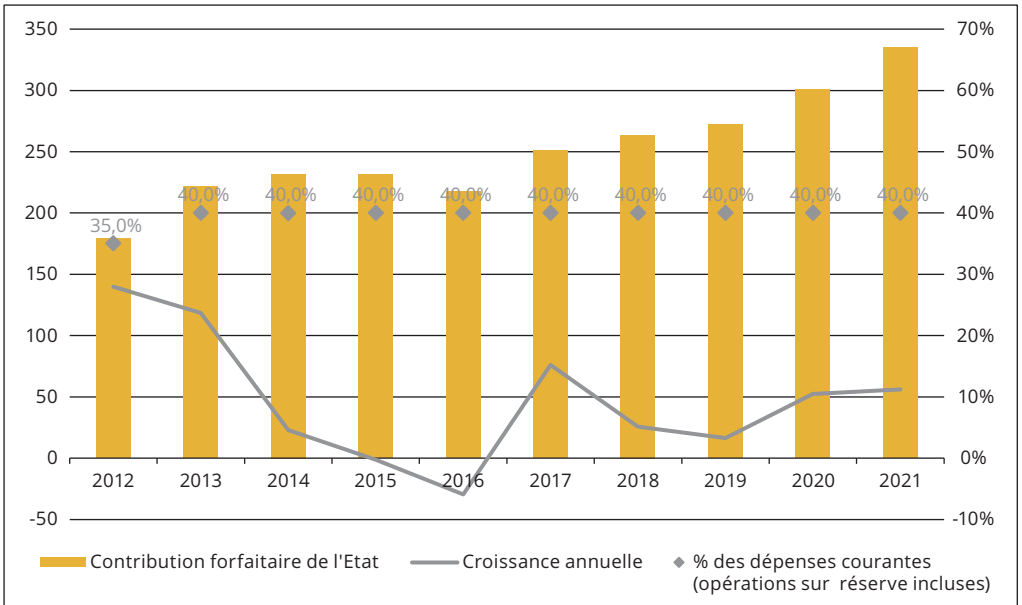
Tableau 42: Évolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance [a] [b]

Exercice	Assurés actifs et autres	Assurés pensionnés	Contribution sur le patrimoine	Montant total de la contribution dépendance	Taux de contribution
2017	321,3	55,0	25,8	402,2	1,40%
2018	343,1	57,2	28,4	428,7	1,40%
2019	362,7	62,0	33,3	457,9	1,40%
2020	382,9	64,6	30,1	477,6	1,40%
2021	405,8	68,6	36,6	510,9	1,40%

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

La contribution dépendance a rapporté 510,9 millions EUR en 2021 dont 79,4% issus des assurés actifs et autres, 13,4% des assurés pensionnées et 7,1% de contribution sur le patrimoine.

Graphique 7: Évolution de la participation de l'État aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR) [a] [b]



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

Le produit de la contribution spéciale s'élève pour 2021 à 1,7 million EUR.

4.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les dépenses courantes affichent une croissance de 11,1% en 2021.

Les frais d'administration s'élèvent à 18,9 millions EUR et représentent 2,3% des dépenses courantes en 2021.

Les prestations en espèces correspondent aux anciennes allocations pour personnes gravement handicapées qui continuent à être payées aux ayants-droit tant que des prestations en nature de l'assurance dépendance ne leurs sont pas accordées. Le volume des prestations en espèces continue à baisser, et s'élève à 4,5 millions EUR en 2021 (0,5% des dépenses courantes).

Les prestations en nature [18] représentent 96,1% des dépenses courantes. Le montant des prestations en nature atteint 796,4 millions EUR en 2021. Avec 57,7% des prestations en nature, soit 459,4 millions EUR, les dépenses en milieu stationnaire occupent la première place devant les prestations à domicile avec 321,7 millions EUR.

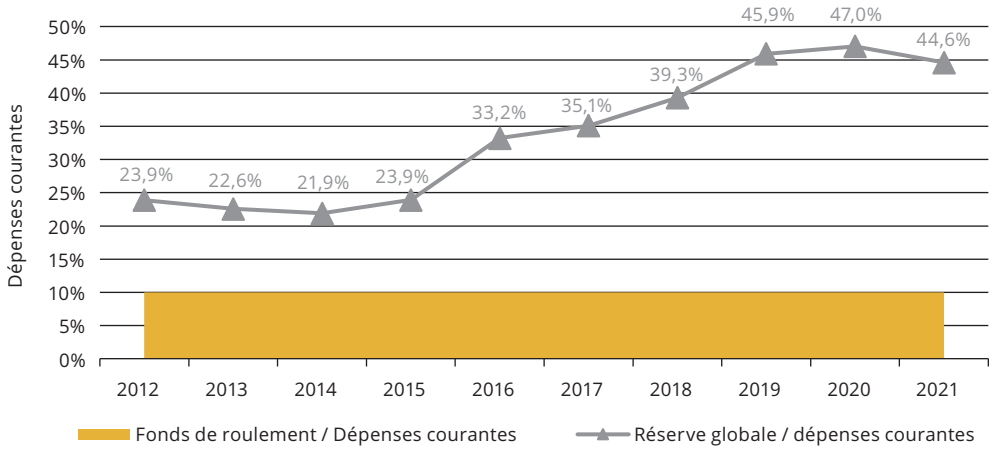
18. Aides en soins à domicile et en milieu stationnaire, prestations en espèces subsidiaires, forfaits pour produits d'aides et soins, des aides techniques et adaptations du logement.

4.4. LA RÉSERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La loi prévoit que la réserve de l'assurance dépendance ne doit pas être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses courantes (y compris opérations sur réserve).

Le solde des opérations courantes de 2021 de 18,9 millions EUR fait croître la réserve globale de l'assurance dépendance de 5,4%. Le rapport entre la réserve globale et les dépenses courantes diminue pour la première fois depuis 2014 et passe de 47,0% en 2020 à 44,6% en 2021.

Graphique 8: Évolution de la réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes [a b]



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

ASSURANCE PENSION

INTRODUCTION

En 2021 la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) a payé 200 974 pensions par mois en moyenne, soit un plus de 3,4% par rapport à 2020. Le nombre moyen d'assurés cotisants s'élève à 473 508 (+2,6%), ce qui correspond à 42,4 pensions pour 100 cotisants (*coefficient de charge*).

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION

L'assurance pension protège les assurés contre les trois risques vieillesse, invalidité et survie. Elle est obligatoire pour chaque personne exerçant au Grand-Duché une activité professionnelle ou justifiant des périodes assimilées.

Les pensions sont versées mensuellement. Il y a lieu de distinguer entre les pensions personnelles destinées à l'assuré et les pensions de survie versées, le cas échéant, à certains membres de famille de l'assuré décédé.

RÉGIMES D'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG

Le régime général d'assurance pension couvre le secteur privé et concerne près de 90% de la population exerçant une activité professionnelle au Luxembourg.

A côté du régime général, il existe les régimes spéciaux (statutaires) pour les assurés du secteur public (fonctionnaires et employés de l'État, fonctionnaires et employés communaux, agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois). Depuis 1999, les régimes spéciaux et le régime général sont quasiment identiques, notamment en ce qui concerne les conditions d'attribution et le calcul des pensions. Un régime spécial transitoire est applicable aux agents publics en service avant 1999.

Enfin, des régimes de pensions spécifiques à certains organismes internationaux gèrent les pensions des fonctionnaires qui y ont travaillé.

Le présent chapitre se limite aux données du régime général d'assurance pension.

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE PENSION

Pensions personnelles

Le droit à une pension de vieillesse dépend de l'âge et de la durée du stage (périodes en assurance pension) accompli par l'assuré.

Il existe *les périodes d'assurance obligatoire*, c.-à-d. les périodes cotisées (activité professionnelle rémunérée, revenu de remplacement, baby-years, etc.) et les périodes complémentaires, c.-à-d. les périodes non cotisées mais prises en compte pour le stage (éducation enfants, études, etc.).

Sur base *volontaire*, l'assurance continuée et l'assurance facultative permettent à l'assuré d'éviter des trous de carrière en cas d'arrêt ou de réduction de l'activité professionnelle. Sous certaines conditions, il est aussi possible d'effectuer un achat rétroactif de *périodes effectives*.

Les périodes d'assurance obligatoire et les périodes volontaires, c.-à-d. l'ensemble des périodes cotisées, constituent les périodes effectives.

A 65 ans, âge de retraite légal, un assuré a droit à une pension de vieillesse à condition d'avoir accompli un stage d'au moins 120 mois (10 ans) de périodes effectives dans l'assurance pension.

Une pension de vieillesse anticipée peut être accordée dès l'âge de 60 ans si l'assuré peut se prévaloir d'un stage cumulé de 480 mois (40 ans) dont au moins 120 mois (10 ans) de périodes effectives.

Une pension de vieillesse anticipée peut être accordée dès l'âge de 57 ans si l'assuré peut se prévaloir d'un stage de 480 mois (40 ans) de périodes obligatoires.

A droit à une pension d'invalidité, l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure, a perdu sa capacité de travail.

Pensions de survie

Sous certaines conditions, le conjoint ou partenaire survivant d'un assuré a droit à une pension pour conjoint survivant jusqu'au moment d'un éventuel nouveau mariage ou de son propre décès. Un survivant divorcé peut, le cas échéant, aussi bénéficier d'une pension de survie.

Les enfants légitimes d'un défunt assuré reçoivent une pension d'orphelin jusqu'à l'accomplissement de leur 18ème anniversaire, délai pouvant être reporté jusqu'à l'âge de 27 ans en cas d'études ou de formation.

Il est à préciser qu'une personne ne peut être bénéficiaire que d'une seule pension personnelle, mais cette dernière peut être cumulée à une ou plusieurs pensions de survie.

Autres prestations prises en charge par la caisse de pension

Outre les pensions proprement dites, la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) prend en charge des *allocations trimestrielles* [1] (assimilées aux pensions), rembourse quelques indemnités de préretraite et participe, à parts égales avec le Fonds pour l'emploi, au financement de l'*indemnité d'attente professionnelle* [2]. En cas de carrières mixtes (régime

1. Ancienne prestation destinée à des bénéficiaires à faible revenus (supprimée graduellement).
2. Loi du 23 juillet 2015 sur le reclassement professionnel interne et externe.

général et régimes statutaires), elle peut être amenée à participer partiellement dans des pensions dites mixtes.

Pour les personnes bénéficiaires d'une indemnité préretraite versée par le Fonds pour l'emploi, et qui auraient droit à une pension de vieillesse anticipée du régime général, la CNAP rembourse au Fonds pour l'emploi le montant de la pension auquel le bénéficiaire aurait droit.

L'indemnité professionnelle d'attente, instaurée en 2016, est une prestation accordée à des salariés en processus de reclassement, qui, au terme de la durée légale de chômage (prolongée), n'ont pas pu être reclassés. Elle est gérée par l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) et financée à parts égales par le Fonds pour l'emploi et le régime général d'assurance pension. A noter qu'elle remplace l'ancienne *indemnité d'attente*, qui, si les conditions d'attribution restent remplies, continue à être versée aux anciens bénéficiaires. L'indemnité d'attente est financée par le régime général d'assurance pension.

ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION

Pour le régime général d'assurance pension, un seul organisme de gestion, la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP), couvre tous les assurés [3], indépendamment de leur statut socio-professionnel. La CNAP calcule et paie les prestations.

La perception des cotisations est effectuée par le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

Le Fonds de compensation (FDC) a pour mission de gérer le patrimoine de l'assurance pension, c.-à-d. la réserve de compensation composée par la réserve légale et les éventuels surplus réalisés par le régime général.

FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION

Le régime général d'assurance pension luxembourgeois est un système dit de répartition des charges par période de couverture de 10 ans, avec constitution obligatoire d'une réserve à hauteur de 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

Les charges du régime sont couvertes par des cotisations et des revenus du patrimoine. Pour la période de couverture 2013-2022, le taux de cotisation global est fixé à 24%, partagé à parts égales (8% chacun) entre les assurés, les employeurs et l'État. L'assiette de cotisation est composée des revenus professionnels des assurés. Elle est comprise entre le salaire social minimum (SSM) et la limite supérieure fixée à 5 fois le SSM.

3. Exception : les agents sous statut 'privé' de la Banque Centrale du Luxembourg.

1. LES PRESTATIONS

Encadré méthodologique

En ce qui concerne les prestations (nombre, nature, montant) et les caractéristiques des bénéficiaires (sexe, âge, résidence), les chiffres de cette partie proviennent des données de liquidations mensuelles fournies par la CNAP.

Les données sur les assurés cotisants sont issues des données d'affiliation fournies par le CCSS.

Les effectifs moyens représentent la moyenne des 12 effectifs mensuels. Les effectifs et montants pour décembre représentent les pensions de décembre versées en novembre de l'année en question.

1.1. LES PRESTATIONS PAYÉES

Au mois de décembre 2021, le régime général d'assurance pension compte 204 300 pensions en cours de paiement, soit une augmentation de 3,5% par rapport au décembre de l'année précédente (197 414). Les pensionnaires masculins représentent 51,5% des bénéficiaires.

A noter que ce chiffre comprend 1 722 avances, c.-à-d. des montants versés à des ayants droits pour lesquels le montant définitif de la pension n'a pas encore été fixé pour les premiers mois de retraite, ainsi que 99 allocations trimestrielles.

Outre ces pensions, la CNAP a versé 2 207 indemnités d'attente et remboursé 581 indemnités de préretraite au Fonds pour l'emploi.

Tableau 1: Évolution des prestations en cours de paiement [a]

Nombre	2017	2018	2019	2020	2021
Pensions	**178.138**	**183.838**	**190.495**	**197.414**	**204.300**
dont					
Pensions	176.745	182.291	188.843	195.898	202.479
Avances	1.216	1.392	1.515	1.397	1.722
Allocations trimestrielles	177	155	137	119	99
Variation en %	*2,9%*	*3,2%*	*3,6%*	*3,6%*	*3,5%*
Indemnités préretraites	**490**	**500**	**487**	**492**	**581**
Variation en %	*-4,3%*	*2,0%*	*-2,6%*	*1,0%*	*18,1%*
Indemnité d'attente	**4.046**	**3.468**	**3.009**	**2.663**	**2.207**
Variation en %	*-11,2%*	*-14,3%*	*-13,2%*	*-11,5%*	*-17,1%*
TOTAL	**182.674**	**187.806**	**193.991**	**197.414**	**207.088**
Variation en %	*2,6%*	*2,8%*	*3,3%*	*1,8%*	*4,9%*

a. Prestations liquidées pour décembre de chaque année.

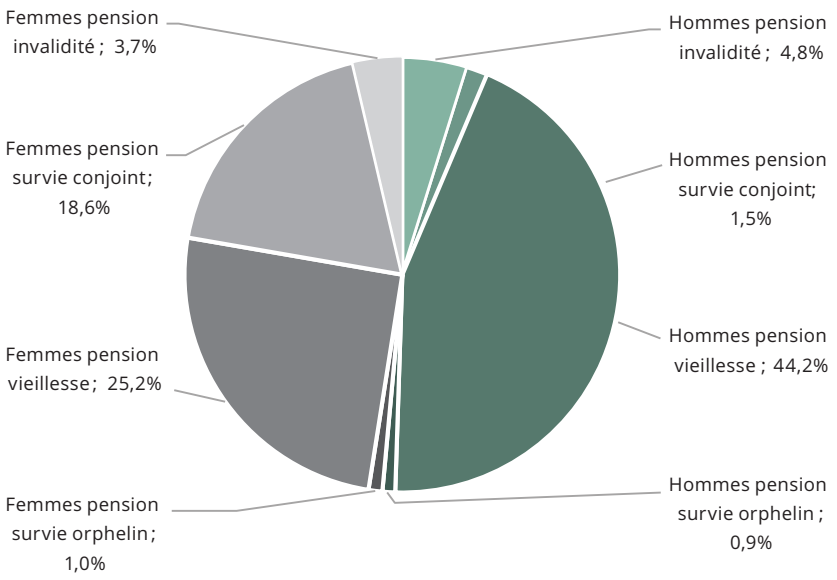
1.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS

Plus que trois quarts des 204 300 pensions du régime général versées en décembre 2021 sont des pensions personnelles. Parmi ces pensions se trouvent 141 768 pensions de vieillesse (y compris les pensions de vieillesse anticipée) et 17 352 pensions d'invalidité.

La loi prévoit que toutes les pensions d'invalidité soient reconduites en pensions de vieillesse à partir du 65ème anniversaire du bénéficiaire. Outre les 17 352 pensions d'invalidité, il y a ainsi 24 962 pensions d'invalidité reconduites.

Presque deux pensions personnelles sur trois sont attribuées à des hommes. Par contre, la situation est complètement différente pour les 41 163 pensions de survie-conjoint, avec 92,4% de femmes bénéficiaires. Pour les 4 017 pensions de survie-orphelins, les deux sexes sont quasiment équilibrés.

Graphique 1: Répartition des pensions par type de pension et par sexe du bénéficiaire en 2021 [a]



a. Pensions payées pour décembre 2020, y inclus avances et allocations trimestrielles.

1.3. LES PENSIONS MIGRATOIRES ET LES PENSIONS TRANSFÉRÉES

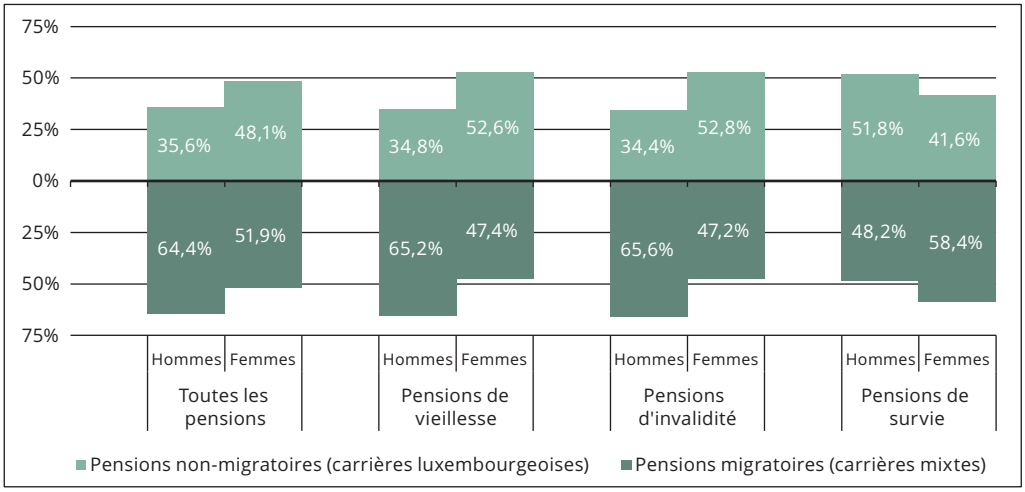
Avec une population composée à 47,2% [4] de résidents de nationalité étrangère, et un marché de travail comptant 210 milliers de frontaliers [5], il n'est pas étonnant que cet aspect international se manifeste aussi au niveau du régime général d'assurance pension.

il n'est pas étonnant que cet aspect international se manifeste aussi au niveau du régime général d'assurance pension. Ces gens, éventuellement aussi bénéficiaires des pensions venant d'autres pays, reçoivent des pensions dites *migratoires.*

4. Données 2021 - STATEC Le Luxembourg en chiffres 2022.
5. Frontaliers non-résidents 2021 - STATEC Le Luxembourg en chiffres 2022.

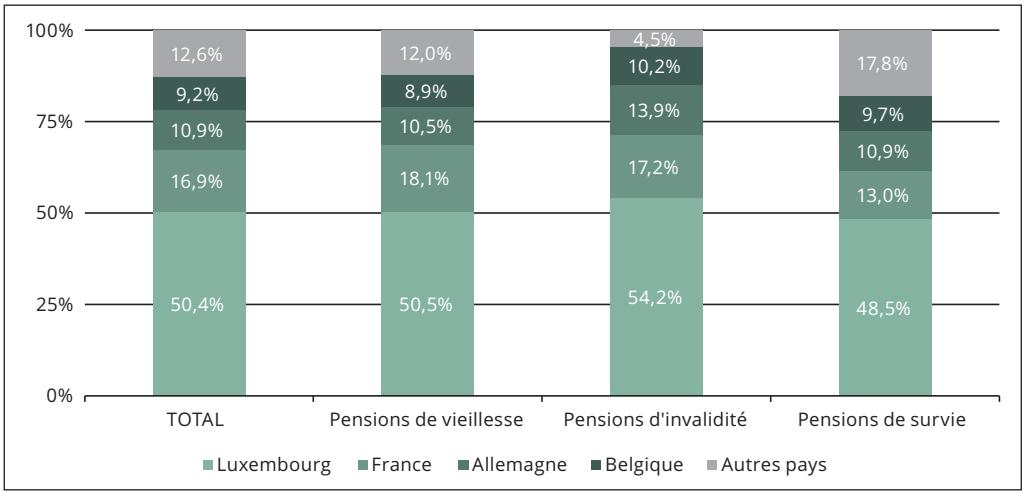
Pour les hommes bénéficiaires d'une pension du régime général, 35,6% ont eu des carrières exclusivement luxembourgeoises (non-migratoires). Le taux est de 48,1% chez les femmes.

Graphique 2: Part des pensions migratoires par type de pension en 2021



Le caractère international se montre aussi par le fait que 50,3% des pensions versées en décembre 2021 sont destinées à des bénéficiaires non-résidents. En 1995, ce taux représentait moins qu'un quart de l'ensemble des pensions pour dépasser le tiers dès 2000. Au total en décembre 2021, 98 640 pensions sont versées dans des pays de l'Union européenne et 2 729 à des bénéficiaires dans quelques 80 pays du reste du monde.

Graphique 3: Répartition des pensions par pays de destination en 2021



Les trois pays limitrophes représentent les premiers pays destinataires avec, en premier lieu la France avec 34 581 pensions, suivie par l'Allemagne avec 22 247 pensions et ensuite la Belgique avec 18 720 de pensions. Le nombre de pensions versées au Portugal s'élève à 9 065.

1.4. LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS

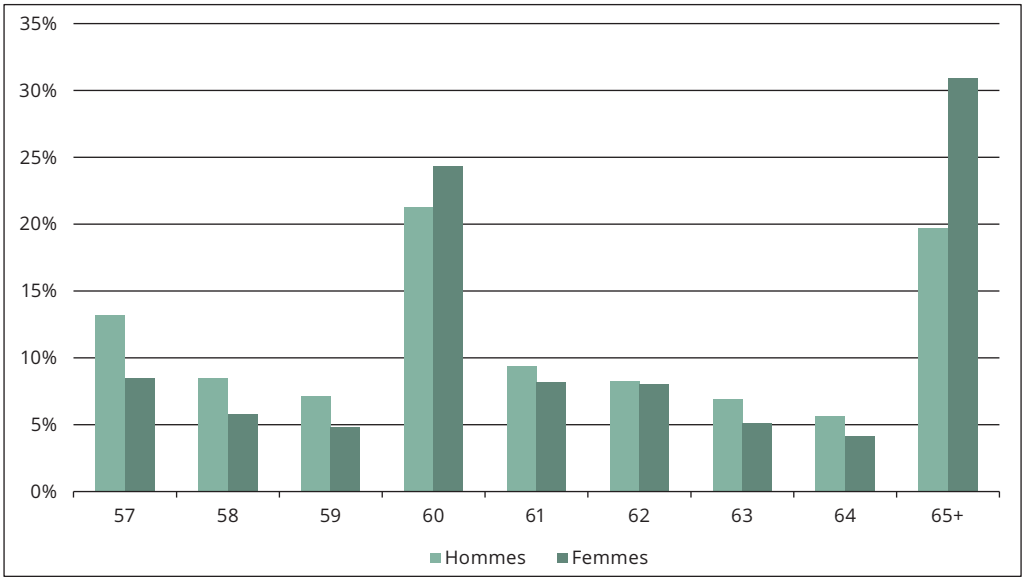
11 080 bénéficiaires d'une pension de décembre 2021 ont reçu leur première pension durant l'année, dont 7 681 pensions de vieillesse, 1 244 pensions d'invalidité et 1 908 pensions de survie-conjoint. Le taux des pensions migratoires parmi les nouvelles pensions est de 60,4%.

Pour les bénéficiaires de nouvelles pensions de vieillesse, 25,0% ont moins de 60 ans [6] et 50,9% sont âgés entre 60 et 64 ans.

Parmi les 1 856 bénéficiaires d'une pension de vieillesse à 65 ans ou plus, les bénéficiaires d'une pension non-migratoire affichent en moyenne 25,5 années de périodes d'assurance obligatoire au Luxembourg. Les bénéficiaires d'une pension migratoire par contre présentent 12,6 années de périodes d'assurance obligatoires au Luxembourg. Très peu de personnes ont demandé leur pension de vieillesse avec plus que 65 ans.

L'âge moyen des nouveaux retraités est de 61,3 ans. Pour les pensions d'invalidité il s'élève à 54,4 ans et pour les pensions de survie-conjoint à 70,1 ans.

Graphique 4: Répartition par âge du bénéficiaire des pensions de vieillesse attribuées en 2021



1.5. LE MONTANT MOYEN DES PENSIONS

Le montant d'une pension de vieillesse dépend essentiellement de la durée de stage d'assurance accompli et de la base d'assiette totale accumulée durant le stage.

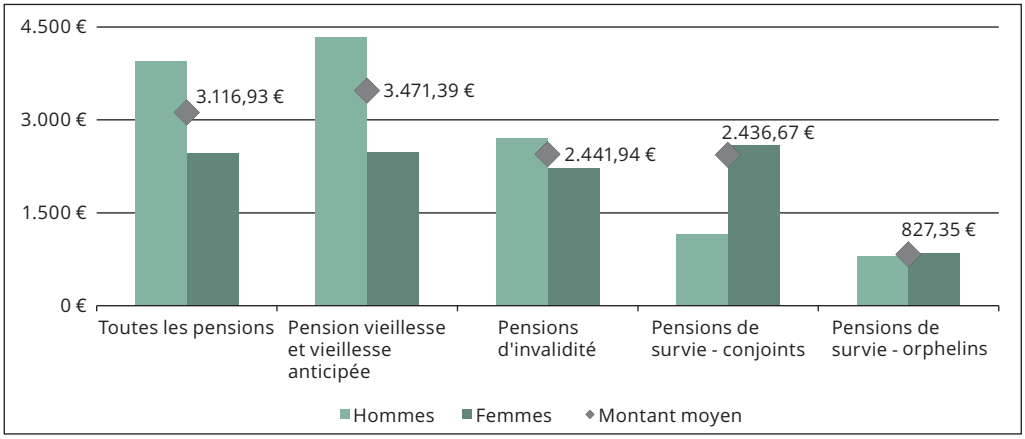
Le montant moyen de toutes les pensions versées pour décembre 2021 s'élève à 2 092,0 EUR et à 2 308,8 EUR pour les pensions de vieillesse. Il convient de rappeler la présence de 58,3% de pensions migratoires, c'est-à-dire des cas où les bénéficiaires ont, à côté de l'assurance pension au Luxembourg, aussi contribué dans des régimes de pension étrangers.

Le montant moyen des pensions basées sur une carrière d'assurance exclusivement luxembourgeoise (pensions non-migratoires) s'élève à 3 116,9 EUR, tandis que celui des

6. Il s'agit de l'âge en fin d'année et donc pas forcément de l'âge au moment d'attribution.

pensions migratoires n'atteint que 1 359 EUR. Les bénéficiaires de ces dernières sont, le cas échéant, aussi éligibles à des pensions (partielles) provenant d'autres pays.

Graphique 5: Montant moyen des pensions non migratoires par type de pension en 2021 (en EUR)



1.6. LES ASSURÉS COTISANTS

Le nombre moyen des assurés cotisants du régime général d'assurance pension progresse de 2,6% pour atteindre 473 508 personnes en 2021. Il se compose de 59,2% d'hommes et de 53,8% d'assurés résidents. En moyenne, 435 430 assurés sont salariés (ou bénéficiaires d'un revenu de remplacement cotisable), 21 417 cotisent sur base d'une activité indépendante et 4 651 sur base volontaire.

L'âge moyen des assurés obligatoires s'élève à 40,8 ans pour les hommes et à 39,9 ans pour les femmes. Les assurés volontaires ont une moyenne d'âge de 49,9 chez les hommes et 51,5 chez les femmes.

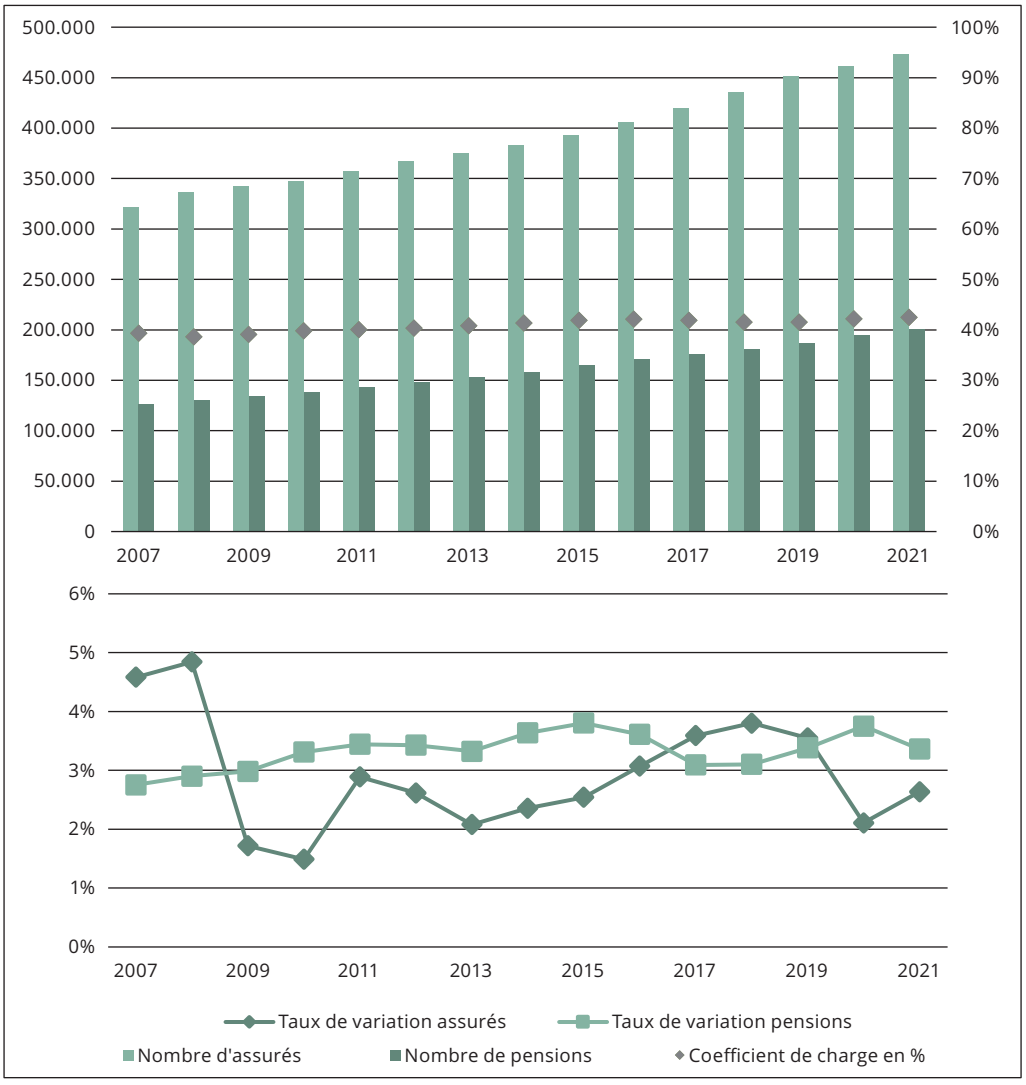
Tableau 2: Évolution des assurés cotisants

Nombre	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
Assurés cotisant	**420.162**	**436.318**	**451.824**	**461.345**	**473.508**
Variation en %	*3,6%*	*3,8%*	*3,6%*	*2,1%*	*2,6%*
dont					
Assurance obligatoire	416.455	432.306	447.562	456.848	468.857
Assurance volontaire	3.707	4.012	4.263	4.498	4.651
dont					
Résidents Luxembourg	231.404	238.850	245.340	250.253	254.589
Résidents France	95.951	101.497	107.296	109.595	114.461
Résidents Belgique	46.449	48.025	49.488	50.300	51.722
Résidents Allemagne	46.357	47.946	49.701	51.197	52.737

En 2021, la croissance du nombre de pensions dépasse celle du nombre d'assurés cotisants (+3,5% contre 2,6%). Le coefficient de charge [7] passe à 42,4 (42,1 en 2020).

7. Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.

Graphique 6: Évolution du nombre moyen d'assurés et de pensions



2. LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION

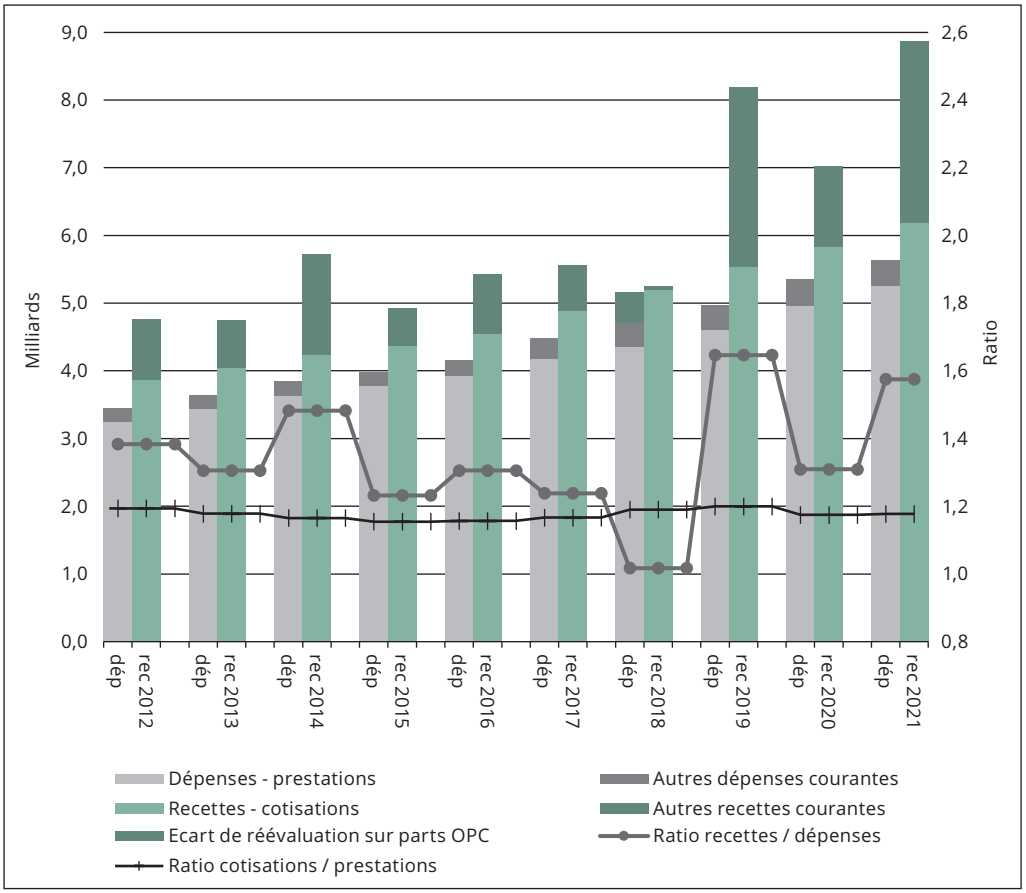
En 2021 les recettes courantes du régime général d'assurance pension dépassent les dépenses courantes de 3 238 millions EUR.

Tableau 3: Évolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension (en millions EUR)

Exercice	2017	2018	2019	2020	2021
RECETTES					
Cotisations des assurés et des employeurs	**3.254**	**3.460**	**3.687**	**3.889**	**4.123**
Variation annuelle en %	*4,2%*	*6,3%*	*6,6%*	*5,5%*	*6,0%*
Cotisations à charge des pouvoirs publics	1.626	1.729	1.843	1.944	2.061
Participation de tiers	0	0	0	0	0
Transferts provenant d'autres organismes	7	5	6	4	4
Revenus sur immobilisation	37	42	44	44	45
Produits divers de tiers	9	7	6	3	3
Produits financiers	628	2	2.599	1.131	2.629
Autres recettes	0	0	0	1	0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**5.561**	**5.245**	**8.187**	**7.015**	**8.865**
Variation annuelle en %	*2,5%*	*-5,7%*	*56,1%*	*-14,3%*	*26,4%*
DEPENSES					
Frais d'administration	46	47	49	52	54
Prestations en espèces	4.183	4.359	4.611	4.967	5.252
Variation annuelle en %	*6,4%*	*4,2%*	*5,8%*	*7,7%*	*5,8%*
Transfert de cotisations à d'autres organismes	243	276	279	302	286
Décharges et restitutions à d'autres organismes	7	8	11	14	10
Frais de gestion du patrimoine	3	3	2	2	1
Charges financières	0	442	0	2	3
Dotations aux provisions et aux amortissements	8	20	20	20	20
Autres dépenses	0	0	0	0	0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**4.490**	**5.155**	**4.972**	**5.358**	**5.627**
Variation annuelle en %	*8,1%*	*14,8%*	*-3,5%*	*7,8%*	*5,0%*
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	**1.071**	**90**	**3.215**	**1.657**	**3.238**
Réserve minimale	6.275	6.539	6.917	7.450	7.878
Excédent/découvert cumulé (après op. sur réserve)	12.606	12.431	15.268	16.391	19.201
RESERVE GLOBALE	18.880	18.970	22.184	23.841	27.079
Variation annuelle en %	*6,0%*	*0,5%*	*16,9%*	*7,5%*	*13,6%*

Source : Compte d'exploitation et bilan consolidé du régime général d'assurance pension.

Graphique 7: Évolution des recettes et des dépenses courantes du régime général d'assurance pension



Note: L'écart de réévaluation sur parts OPC représente la variation en valeur des actifs de l'organisme de placement collectif (OPC) : « Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS » détenu par le FDC.

2.1. LES RECETTES

Les recettes en cotisations ont connu une croissance de 6,0% en 2021 (+5,5% en 2020) pour atteindre 6 184 millions EUR.

Au total, les recettes courantes du régime général s'élèvent à 8 865 millions EUR, dont 2 674 millions EUR de recettes sur réserve réalisés par le FDC. Ces dernières se composent essentiellement de l'écart de réévaluation sur parts OPC en hauteur de 2 628 millions EUR qui représente la variation en valeur des actifs investis dans l'organisme de placement collectif (OPC) : " Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS " détenu par le FDC. L'écart de réévaluation sur parts OPC 2021 se décompose de 393,2 millions EUR de revenus dits réalisés (dividendes et intérêts perçus diminués des frais de gestion) et d'une plus-value sur investissements de 2 234,8 millions EUR.

Outre l'écart de réévaluation sur parts OPC, il y a lieu de mentionner 44,9 millions EUR de revenus sur immobilisations (loyers perçus) et 0,7 millions EUR de revenus sur prêts accordés réalisés par le FDC.

2.2. LES DÉPENSES

Le niveau des prestations atteint 5 252 millions EUR en 2021, soit une progression de 5,8% par rapport à 2020.

Les pensions proprement dites (pensions personnelles et pensions de survie) représentent 5 150,2 millions EUR, soit 98% des dépenses en prestations. Le coût des indemnités d'attente s'élève à 56,9 millions EUR. Le reste des dépenses en prestations est composé de remboursements au Fonds pour l'emploi relatifs aux indemnités professionnelles d'attente et les préretraites ainsi que des remboursements de cotisations et quelques autres versements en capital.

Tableau 4: Évolution des principales dépenses en prestations (en millions EUR)

Dépenses en prestations	2017	2018	2019	2020	2021
Pensions	4.063,0	4.250,8	4.506,6	4.864,3	5.150,2
Variation annuelle en %	*6,7%*	*4,6%*	*6,0%*	*7,9%*	*5,9%*
Indemnités d'attente	93,5	80,4	72,4	67,2	56,9
Variation annuelle en %	*-4,4%*	*-14,0%*	*-10,0%*	*-7,2%*	*-15,2%*
Indemnités professionnelle d'attente	0,0	1,7	5,0	8,1	12,7
Variation annuelle en %			*191,1%*	*61,6%*	*57,0%*
Indemnités de préretraite	21,4	21,2	21,7	21,8	25,9
Variation annuelle en %	*-2,4%*	*-0,7%*	*2,0%*	*0,7%*	*19,0%*

2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE

Les recettes en cotisations dépassent les dépenses en prestations de 932 millions EUR, soit un surplus de 15,1%.

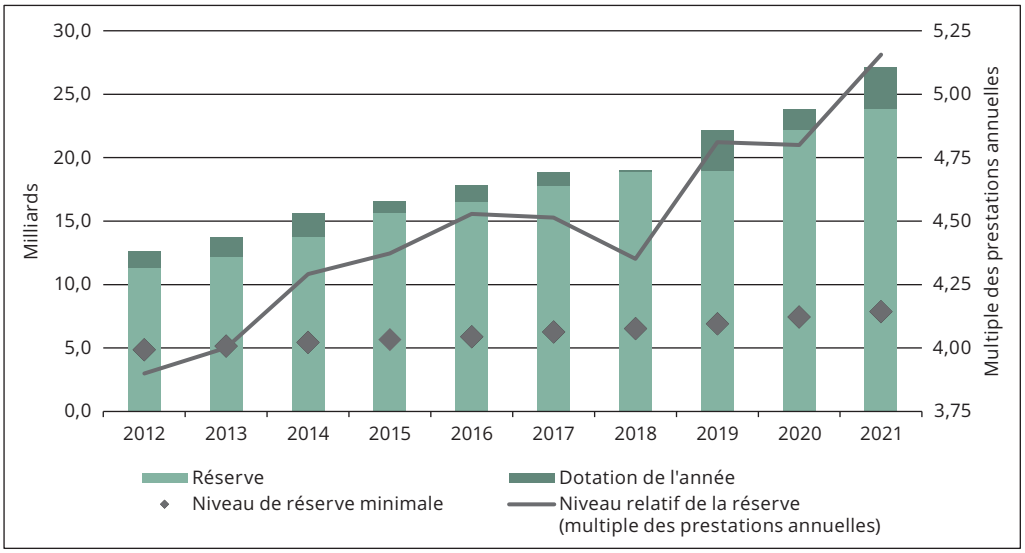
Hors FDC, l'excédent courant de la CNAP s'élève à 587,1 millions EUR pour 2021. Après dotation au fonds de roulement minimal [8], la CNAP a ainsi pu transférer 516,1 millions EUR au FDC.

L'excédent consolidé du régime général (CNAP et FDC) atteint 3 238 millions EUR et permet de porter la réserve à 27 079 millions EUR, dont 993 millions EUR de fonds de roulement (CNAP) et 26 086 millions EUR de réserve de compensation (FDC). Au 31 décembre 2021, la réserve représente 5,16 fois le montant des prestations annuelles et dépasse largement le seuil minimum requis de 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

Au 31 décembre 2021, les actifs du FDC sont essentiellement composés de 498 millions EUR d'immobilisations, dont 435 millions EUR d'immobilisations corporelles (terrains, immeubles, installations et mobilier) et de 24 618 millions EUR de valeurs mobilières, placées en grandes parties dans l'OPC : Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS.

8. La loi prévoit un niveau correspondant à 20% des prestations de l'année précédente.

Graphique 8: Évolution de la réserve du régime général d'assurance pension



Le fait que le taux de cotisation global de 24% dépasse régulièrement la prime de répartition pure permet au régime de dégager d'importants excédents financiers et de consolider une réserve substantielle atteignant plus que le triple du montant légalement requis.

Tableau 5: Évolution de la situation du régime général de pension

Année	Coefficient de charge [a]	Prime de répartition pure [b]	Niveau relatif de la réserve [c]
2017	41,9	22,09%	4,51
2018	41,5	21,80%	4,35
2019	41,5	21,58%	4,81
2020	42,1	22,05%	4,80
2021	42,4	21,75%	5,16

a. Coefficient de charge = nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.
b. Prime de répartition pure = rapport dépenses courantes / masse cotisable.
c. Niveau relatif réserve = réserve exprimée comme multiple des prestations annuelles.

ASSURANCE ACCIDENT

INTRODUCTION

L'assurance accident appartient aux plus anciens régimes de protection sociale. Introduite par le législateur en 1902, l'assurance accident couvre d'abord les accidents du travail proprement dits. En 1928 et 1933, y sont ajoutés respectivement les maladies professionnelles et les accidents de trajet.

Sont assurés obligatoirement contre les accidents du travail, les accidents de trajet et contre les maladies professionnelles l'ensemble des salariés, y compris les fonctionnaires et les employés de l'État, des communes et des établissements publics, les personnes y assimilées, ainsi que les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle artisanale, commerciale ou libérale.

L'assurance accident gère pour le compte de l'État les régimes spéciaux. Ces derniers incluent en particulier les écoliers, élèves et étudiants, et ceci dans le cadre de leurs activités scolaires et périscolaires.

En 2021, la population protégée par l'assurance accident se chiffre en moyenne à 497 733 personnes. Ce nombre est principalement constitué de la population active et des chômeurs, à l'exclusion de certaines catégories liées à des activités extraprofessionnelles, qui sont marginales et plus difficiles à estimer. La situation actuelle de la population protégée est présentée en détail au chapitre sur la protection sociale du présent ouvrage.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT

L'assurance accident a pour objectif principal d'indemniser les assurés victimes d'un accident du travail ainsi que les victimes d'un accident de trajet et de certaines maladies dites professionnelles.

La loi définit l'accident du travail comme celui qui est survenu à un assuré par le fait du travail ou à l'occasion de son travail. Il est caractérisé par l'action soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion de l'organisme humain.

La loi qualifie d'accident de trajet celui survenu sur le trajet de l'aller et du retour entre le lieu de travail et soit la résidence, soit le lieu où l'assuré prend habituellement ses repas.

Une maladie professionnelle est une maladie qui a sa cause déterminante dans une activité professionnelle assurée. Il incombe au médecin de faire la déclaration d'une maladie

professionnelle. Ensuite, l'employeur doit fournir tous les renseignements nécessaires concernant l'exposition professionnelle à des risques.

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT

L'assuré a droit à la réparation du préjudice résultant d'une lésion ou d'une maladie survenue à la suite d'un accident du travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle. La réparation consiste dans l'octroi de prestations en nature et de prestations en espèces.

Prestations en espèces pendant les 78 premières semaines

En cas d'incapacité de travail totale temporaire suite à un accident ou à une maladie professionnelle, le salarié a droit au maintien intégral de son salaire (Lohnfortzahlung) jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77ème jour d'incapacité de travail, pendant une période de référence de 18 mois de calendrier successifs. La Mutualité des employeurs rembourse à l'employeur, pour compte de l'assurance accident, 80 % de la rémunération.

Si à l'issue de cette première période l'assuré continue à être atteint d'incapacité de travail totale, il a droit au paiement d'une indemnité pécuniaire par la Caisse nationale de santé pour compte de l'assurance accident. Cette indemnité pécuniaire est versée pendant un maximum de 78 semaines sur une période de référence de 104 semaines [1]. Le montant de l'indemnité correspond au salaire cotisable de la victime au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Les rentes

Pour les accidents survenus et les maladies professionnelles déclarées à partir du 1er janvier 2011, les rentes accident y relatives indemnisent la perte totale ou partielle du revenu professionnel. Elles sont soumises aux retenues pour l'impôt sur le revenu et elles donnent lieu à l'affiliation aux assurances maladie-maternité et pension. De plus, elles sont adaptées automatiquement à l'évolution du coût de la vie et ajustées tous les deux ans à l'évolution du niveau de vie. L'octroi d'une pension de vieillesse anticipée ou l'accomplissement d'un âge de 65 ans impliquent la cessation du paiement des rentes.

Les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Si, après la consolidation, l'assuré est atteint, par suite d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle, d'une incapacité de travail totale ou partielle permanente, il a droit à l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux. Selon ces préjudices, les indemnités sont forfaitaires ou calculées sur base d'un barème d'évaluation médicale.

Les prestations des survivants

Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie. Les rentes de survie ne sont pas déterminées en faisant abstraction de l'octroi de la pension de survie au titre de l'assurance pension, mais elles sont au contraire conçues comme complément à cette pension.

1. Loi du 10 août 2018 modifiant 1. le Code du travail ; et 2. le Code de la sécurité sociale en matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée.

Les bénéficiaires d'une rente de survie octroyée suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ayant causé le décès de l'assuré ont en outre chacun droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire.

Les prestations pour soins de santé

L'assurance accident accorde une multitude de prestations en nature prévues en matière d'assurance maladie-maternité. Les soins de santé liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle sont intégralement pris en charge par l'assurance accident sans que l'assuré ait à avancer les frais des prestations.

Les prestations de l'assurance dépendance

L'assuré qui, à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle, a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition, de la mobilité, de l'élimination ou de l'habillement, a droit aux prestations en nature et en espèces prévues en matière d'assurance dépendance.

Indemnisation des dégâts matériels

Si, lors d'un accident du travail et en cas de lésion corporelle, l'assuré a subi un dommage matériel, il a droit à une indemnisation des dégâts matériels accessoires. En outre, même en l'absence de lésions corporelles, l'assuré sera indemnisé des dégâts causés au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu ou aux prothèses sur la voirie publique sous certaines conditions et dans certaines limites.

ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT

La gestion de l'assurance accident incombe à l'Association d'assurance accident (AAA), qui est un établissement public chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

L'AAA est placée sous la tutelle du Ministère de la Sécurité sociale et sous la surveillance de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Elle est gérée par un conseil d'administration composé d'un président, de 8 délégués des employeurs et de 8 délégués des employés.

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT

Pour faire face aux charges globales du régime général, l'Association d'assurance accident applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve. Celle-ci ne peut être inférieure au montant des dépenses courantes de l'avant-dernier exercice.

Les charges du régime général sont essentiellement financées par des cotisations. Celles-ci sont à payer par les employeurs et les assurés non-salariés. Le taux de cotisation pour l'exercice à venir est fixé chaque année par le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident.

Le financement des régimes spéciaux incombe à l'État, qui rembourse à l'AAA les prestations payées pour les personnes assurées dans le cadre des régimes spéciaux.

1. PRINCIPALES DONNÉES STATISTIQUES

Les informations contenues dans cette section proviennent soit des données comptables, soit des données statistiques de l'Association d'assurance accident.

Encadré méthodologique

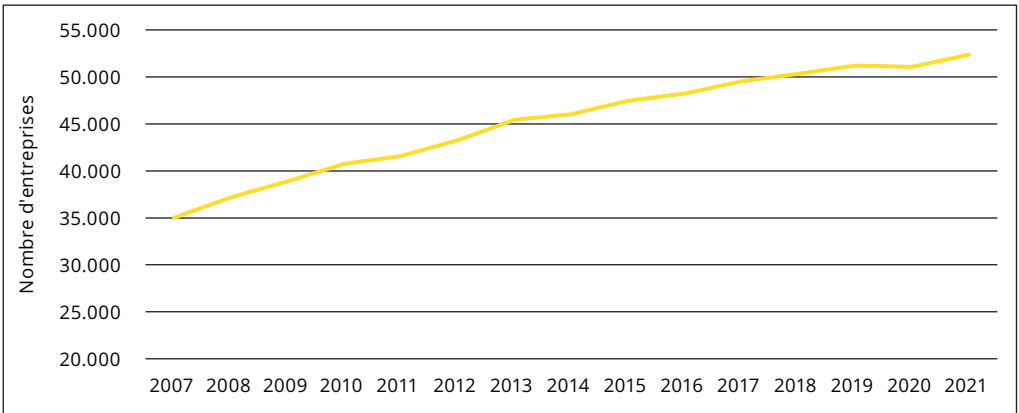
Pour la détermination des statistiques sont pris en compte :

- le nombre d'affiliés à l'assurance accident qui correspond à celui retenu au 31 décembre de l'exercice concerné ;
- le nombre de prestations qui correspond aux prestations liquidées au 31 décembre de l'exercice concerné ;
- le nombre d'accidents déclarés qui comprend tous les accidents déclarés relevant de l'exercice concerné ;
- le nombre d'accidents reconnus qui comprend tous les accidents relevant de l'exercice concerné reconnus comme accident du travail avant le 2 septembre de l'année suivante.

1.1. LES EMPLOYEURS

Le graphique suivant illustre l'évolution du nombre des employeurs affiliés à l'assurance accident depuis 2007.

Graphique 1: Évolution du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)



Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2020, le nombre d'employeurs affiliées à l'assurance accident diminue pour la première fois depuis 1985 suite aux répercussions de la pandémie liée à la COVID-19, il s'accroît de nouveau en 2021. En 2021, ce chiffre se situe à 52 381 unités, ce qui correspond à une croissance de 2,5% par rapport à 2020. Le taux de croissance annuel moyen s'élève à 3,2% sur la période de 2007 à 2021.

Tableau 1: Évolution récente du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)

	2017	2018	2019	2020	2021
Employeurs	**49.521**	**50.353**	**51.219**	**51.076**	**52.381**
dont ménages	19.548	20.126	20.579	20.837	21.028
dont employeurs hors ménages	29.973	30.227	30.640	30.239	31.353
Travailleurs-unité	**406.129**	**423.213**	**435.681**	**453.434**	**469.166**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

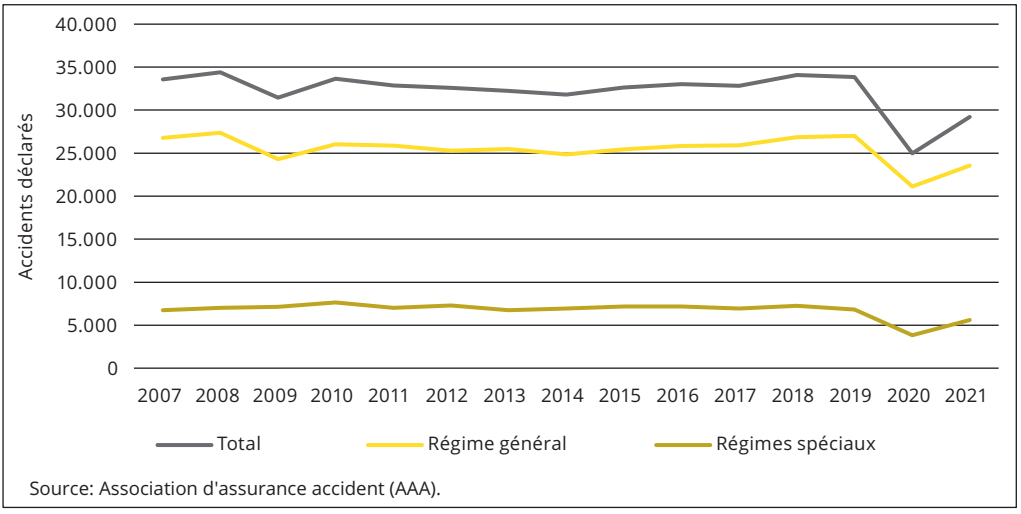
Avec une augmentation de 3,6% par rapport à 2020, l'évolution du nombre des employeurs serait plus prononcée si l'analyse se limitait aux employeurs hors ménages. Bien que la croissance du nombre des ménages soit moins forte que celle observée au cours des années précédentes, elle reste positive avec une augmentation de 0,9% par rapport à 2020. Entre 2017 et 2021, le nombre des employeurs hors ménages croît de 1,1% en moyenne annuelle, celui des ménages de 1,8%.

Afin de calculer un taux de fréquence des accidents, la notion de travailleurs-unité s'avère indispensable. Un travailleur-unité correspond au total des heures de travail déclarées divisé par le temps de travail moyen annuel. Le nombre de travailleurs-unités se situe en 2021 à 469 166 et montre une progression de 3,5% par rapport à 2020.

1.2. LES ACCIDENTS

En 2021, le nombre d'accidents déclarés à l'assurance accident s'élève à 29 200, dont 23 568 (80,7%) relèvent du régime général et 5 632 (19,3%) des régimes spéciaux.

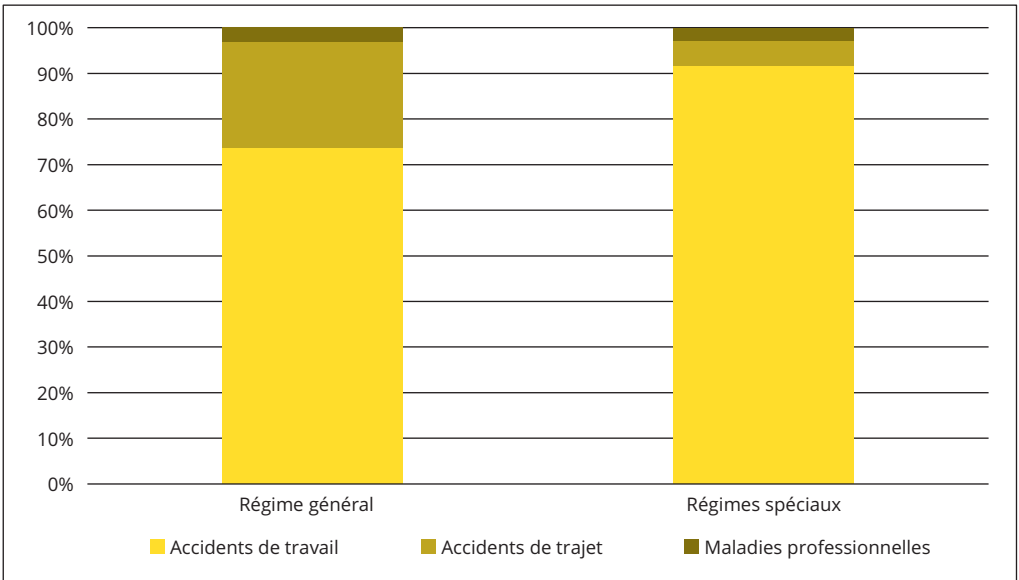
Graphique 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés par régime



Source: Association d'assurance accident (AAA).

L'évolution du nombre d'accidents au cours des 15 dernières années souligne la situation extraordinaire qui se présente depuis 2020 en pandémie. Après une chute du nombre d'accidents déclarés de 26,2% face à 2019, qui témoigne de l'application des mesures de confinement, celui-ci commence à se récupérer en 2021 avec une hausse de 16,9% par rapport à 2020. Néanmoins, les niveaux de pré-pandémie ne sont pas encore atteints.

Graphique 3: Nombre d'accidents déclarés du régime général et des régimes spéciaux par type d'accident en 2021



Source: Association d'assurance accident (AAA).

Dans l'ensemble des cas déclarés au régime général en 2021, 73,7% concernent des accidents du travail proprement dits, 23,2% des accidents de trajet et 3,1% des maladies professionnelles. Dans le cadre des régimes spéciaux, les accidents du travail proprement dits représentent 91,7% des accidents déclarés, les accidents de trajet 5,5% et les maladies professionnelles 2,8%. Cette distribution différente s'explique par le fait que les régimes spéciaux incluent les écoliers, élèves et étudiants.

Toute personne assurée devenue victime d'un accident du travail ou de trajet, respectivement d'une maladie professionnelle, est tenue d'informer sans retard son employeur. Celui-ci doit déclarer l'accident du travail à l'assurance accident en fournissant toutes les indications demandées sur un formulaire prescrit. Le refus de considérer comme accident du travail ou de trajet, ou comme maladie professionnelle un accident déclaré se fait par une décision de l'Association d'assurance accident.

Tableau 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général par type d'accident

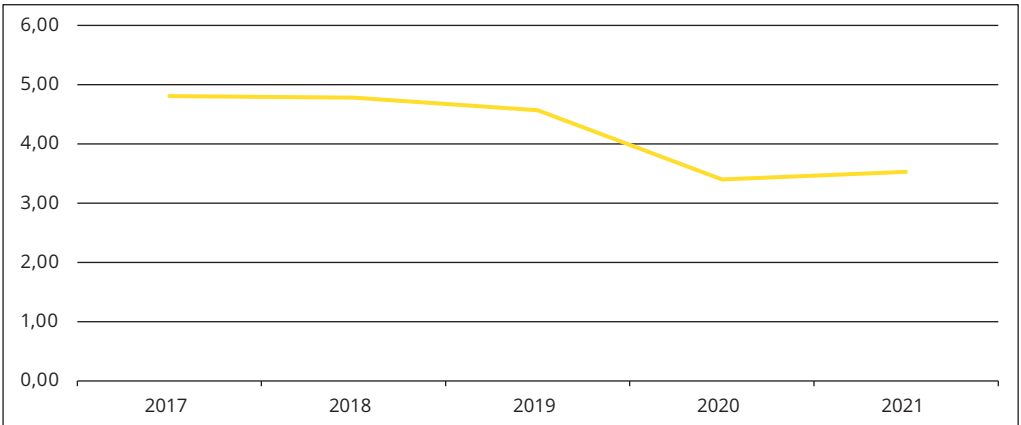
Année	Accidents (tous)			Accidents du travail proprement dits			Accidents de trajet			Maladies professionnelles		
	Déclarés	**Reconnus**	Taux	Déclarés	**Reconnus**	Taux	Déclarés	**Reconnus**	Taux	Déclarés	**Reconnus**	Taux
2017	25.901	**19.517**	75,4%	18.756	15.780	84,1%	6.753	**3.638**	53,9%	392	**99**	25,3%
2018	26.837	**20.241**	75,4%	19.514	16.417	84,1%	6.892	**3.724**	54,0%	431	**100**	23,2%
2019	27.002	**19.918**	73,8%	19.515	16.142	82,7%	6.872	**3.649**	53,1%	615	**127**	20,7%
2020	21.121	**15.415**	73,0%	15.492	12.656	81,7%	4.742	**2.446**	51,6%	887	**313**	35,3%
2021	23.568	**16.540**	70,2%	17.373	13.712	78,9%	5.459	**2.589**	47,4%	736	**239**	32,5%

En 2021, le nombre d'accidents reconnus par l'assurance accident s'élève à 21 352, soit 73,1% des accidents déclarés. Le taux des accidents reconnus est nettement plus bas pour le régime général que pour les régimes spéciaux. En effet, le régime général compte 16 540 accidents reconnus, ce qui donne un taux de 70,2%, tandis que 4 812 accidents ont été reconnus pour les régimes spéciaux, équivalant à une proportion de 85,4%.

Le taux des accidents reconnus varie fortement en fonction du type d'accident déclaré. Ainsi, au régime général, 78,9% des accidents du travail proprement dits sont reconnus, alors que seulement 47,4% des accidents de trajet et 32,5% des maladies professionnelles déclarés sont reconnus par l'assurance accident.

De plus, le taux d'accidents reconnus par l'assurance accident diminue au cours des 5 dernières années quel que soit le type d'accident.

Graphique 4: Évolution du taux de fréquence des accidents



Source: Association d'assurance accident (AAA).

Le taux de fréquence des accidents est obtenu en calculant le quotient du nombre d'accidents reconnus par le nombre de travailleurs-unité, multiplié par 100. Bien qu'il soit en déclin continu, il connaît une baisse importante en 2020, qui s'explique notamment par la pandémie liée à la COVID-19 et l'application des mesures de confinement y relatives. En 2021, ce taux augmente légèrement. Alors qu'il se situe encore à 4,81 en 2017, sa valeur n'affiche plus que 4,57 en 2019 avant de diminuer à 3,40 en 2020. En 2021, il s'accroît légèrement pour afficher 3,53.

1.3. LES PRESTATIONS

Etant donné que les prestations accordées sous l'ancienne législation continuent à exister, mais poursuivront leur réduction rapide dans les années à venir, l'accent est mis, dans cette sous-section, sur les prestations actuellement prises en charge par l'assurance accident.

1.3.1. Les prestations introduites en 2010

La présente sous-section résume les principales statistiques des prestations de l'assurance accident telles qu'elles ont été introduites ou modifiées par la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident.

1.3.1.1. Les prestations en espèces prises en charge pendant les 78 premières semaines

Les prestations en espèces prises en charge pendant les 78 premières semaines sont accordées en vue de maintenir le salaire intégral et d'autres avantages résultant du contrat de travail de l'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Tableau 3: Évolution du nombre de prestations en espèces pendant les 78 premières semaines

Catégorie	2019	2020	2021
Indemnités du type Lohnfortzahlung	10.317	6.351	10.878
Indemnités pécuniaires liquidées par la CNS	2.416	3.658	2.203

Source: Association d'assurance accident (AAA).

Le nombre total des prestations du type Lohnfortzahlung, après avoir diminué suite à l'effet de la pandémie, retourne à des effectifs proches des valeurs pré-pandémiques. En effet, ce nombre s'élève à 10 878 unités en 2021, ce qui correspond à une augmentation de 71,3% par rapport à 2020. Le nombre d'indemnités pécuniaires par contre décroit pour la première fois depuis la réforme des prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité de 2018. Il s'élève à 2 203 et affiche ainsi une diminution de 39,8% par rapport à 2020.

1.3.1.2. Les rentes

Les rentes comprennent les rentes complètes, payées en cas d'incapacité de travail totale, les rentes professionnelles d'attente, accordées lors d'un reclassement professionnel, les rentes partielles, garanties sous certaines conditions en cas de perte de revenu, et les rentes de survie.

Tableau 4: Évolution du nombre des rentes

Catégorie	2019	2020	2021
Rentes complètes	580	504	497
Rentes partielles	9	16	16
Rentes professionnelles d'attente	469	485	486
Rentes de survie	212	225	231
TOTAL	**1.270**	**1.230**	**1.230**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2021, le nombre total de rentes accordées s'élève à 1 230 unités, ce qui correspond exactement au nombre de rentes de 2020. Le nombre de rentes complètes, qui se situe à 497 unités en 2021, face à 504 en 2020, baisse légèrement, alors que le nombre de rentes d'attente reste stable. Le nombre de rentes partielles se situe à 16 unités, et celui des rentes de survie à 231 unités.

1.3.1.3. Les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Le tableau qui suit présente l'évolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux entre 2019 et 2021.

Tableau 5: Évolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Catégorie	2019	2020	2021
Indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément (capital)	1.048	865	734
Indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément (mensuel)	421	495	564
Indemnités forfaitaires pour douleurs physiques endurées	1.074	896	772
Indemnités forfaitaires pour préjudice esthétique	642	535	494
Indemnités forfaitaires pour dommage moral (survivants)	31	25	20
TOTAL	**3.216**	**2.816**	**2.584**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2021, 2 584 indemnisations sont accordées pour des préjudices extrapatrimoniaux, ce qui correspond à une forte baisse de 8,2% par rapport à 2020, où 2 816 indemnisations sont enregistrées. Comme dans le cas de la plupart des prestations, les répercussions de la pandémie sont à l'origine du développement observé.

Avec 1 298 unités, presque la moitié des indemnités sont versées pour des préjudices physiologiques et d'agrément en 2021. Parmi ces indemnités, 734 unités représentent des indemnités versées en capital, tandis que 564 concernent des paiements mensuels. Alors que les paiements mensuels augmentent de 13,9% en 2021, les versements en capital diminuent de 15,1% par rapport à 2020, où 865 indemnisations sont versées.

Les indemnités forfaitaires pour douleurs physiques endurées représentent la deuxième catégorie pour laquelle une forte réduction du nombre de cas est enregistrée. Leur nombre passe de 896 en 2020 à 772 en 2021, ce qui correspond à une baisse de 13,8%. De même, les indemnités pour préjudice esthétique et les indemnités forfaitaires pour dommage moral des survivants diminuent. Leur nombre s'élève à 494 respectivement 20 unités en 2021.

1.3.1.4. Prestations pour soins de santé

Le tableau qui suit présente l'évolution des prestations pour soins de santé entre 2019 et 2021.

Tableau 6: Évolution des prestations pour soins de santé

Catégorie	2019	2020	2021
Prestations pour soins de santé	35.142	29.711	28.137

Source: Association d'assurance accident (AAA).

Les prestations pour soins de santé liquidées par la Caisse nationale de santé se rapportent à un total de 28 137 accidents en 2021, ce qui correspond à une baisse de 5,3% par rapport à 2020. De nouveau, la tendance régressive s'explique par l'effet de la pandémie.

1.3.1.5. Indemnisation des dégâts matériels

Les statistiques présentées ci-dessous distinguent entre les dégâts aux véhicules automoteurs et les dégâts matériels accessoires, ces derniers incluant les prothèses.

Tableau 7: Évolution du nombre des dégâts matériels

Catégorie	2019	2020	2021
Dégât aux véhicules automoteurs	432	313	285
Dégât accessoire	113	73	64
TOTAL	**545**	**386**	**349**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

Alors que 386 indemnités sont payées en 2020, un total de 349 indemnités est mis en compte pour 2021, ce qui équivaut à une baisse de 9,6%. Cette évolution s'explique une fois de plus par la pandémie liée à la COVID-19 et l'application des mesures de confinement, respectivement par la mise en œuvre du télétravail. En outre, la hausse continue des contrats d'assurance « dommages matériels » (Casco) y contribue, étant donné que le droit à l'indemnisation par l'assurance accident n'existe pas si le préjudice est indemnisable à ce type de contrat d'assurance conclu avec une compagnie d'assurance privée.

1.3.2. Les rentes accordées avant la réforme de l'assurance accident

Le tableau qui suit illustre l'évolution du nombre de rentes accordées avant la réforme et le nombre de rachats de vente entre 2019 et 2021.

Tableau 8: Évolution des rentes avant la réforme et rachats de rentes

Catégorie	2019	2020	2021
Rentes	**11.550**	**11.227**	**10.869**
Rentes viagères	10.846	10.555	10.227
Rentes transitoires pour blessés	24	20	16
Rentes pour survivants	680	652	626
Rachats de rentes	**46**	**36**	**38**
TOTAL	**11.596**	**11.263**	**10.907**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

Le nombre total des rentes accordées avant la réforme s'élève en 2021 à 10 869 unités, ce qui représente une diminution de 3,2% par rapport aux 11 227 unités en 2020.

Le nombre des rachats de rentes ainsi que les rentes transitoires de l'ancien régime connaissent une réduction rapide suite aux rachats d'office des rentes inférieures à 10% et des consolidations des anciens cas sous l'ancienne législation.

2. LA SITUATION FINANCIÈRE

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

Sur la période 2017 à 2021, le solde des opérations courantes de l'assurance accident est en moyenne légèrement positif, avec un excédent de 8,7 millions EUR par an.

Les dépenses courantes représentent 0,3% du PIB en 2021, et leur proportion est en régression constante. Par ailleurs, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes entre 2017 et 2021 est de -2,3% (au nombre indice 100) ce qui témoigne d'une progression plus lente des dépenses de l'assurance accident par rapport à celle des dépenses des autres branches de la sécurité sociale.

Tableau 9: Évolution des recettes et des dépenses courantes de l'assurance accident (en millions EUR)

	2017	2018	2019	2020	2021
RECETTES					
Cotisations	219,6	210,1	200,2	191,8	207,1
Participations de tiers	6,2	6,2	6,5	5,5	6,3
Transferts de cotisations	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
Produits divers provenant de tiers	10,4	11,4	10,0	10,0	7,8
Produits financiers	0,4	0,5	0,6	0,5	0,5
Autres recettes	0,2	0,0	1,9	0,1	0,0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**236,9**	**228,2**	**219,2**	**208,0**	**221,9**
Variation annuelle en %	*7,2%*	*-3,7%*	*-3,9%*	*-5,1%*	*6,7%*
DEPENSES					
Frais d'administration	13,4	14,4	14,6	15,9	16,0
Prestations en espèces	162,5	159,9	165,7	163,9	164,4
Prestations en nature	38,3	36,8	37,3	39,3	38,9
Transferts de cotisations à d'autres organismes	2,8	3,2	3,6	4,1	4,0
Autres dépenses	0,8	3,1	0,9	1,5	0,3
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**217,8**	**217,3**	**222,2**	**224,7**	**223,5**
Variation annuelle en %	*2,8%*	*-0,2%*	*2,3%*	*1,1%*	*-0,5%*
Solde des opérations courantes	**19,1**	**10,9**	**-2,9**	**-2,9**	**-1,6**

Source : Compte de résultat et bilan de l'Association d'assurance accident.

L'exercice de 2017 fait ressortir une variation positive des recettes et dépenses. En dépit d'un taux de cotisation inchangé par rapport à 2016, la hausse des recettes, avec un pourcentage de 7,2% face à 2016, est presqu'entièrement due à la progression des cotisations. Les dépenses augmentent de 2,9%.

En 2018, les recettes diminuent de 3,7% par rapport à 2017. Cette baisse est entièrement due à la réduction du taux de cotisation global de 1,0% à 0,9%, qui entraîne une révision à la baisse du total des cotisations. Les dépenses diminuent légèrement de 0,2% par rapport à 2017.

Une autre révision à la baisse du taux de cotisation global à hauteur de 0,1 points de pourcentage en 2019 aboutit à une diminution des recettes de 3,9% par rapport à 2018. En même temps, les dépenses augmentent de 2,9%. Cette dernière évolution est notamment due à un accroissement des dépenses pour prestations en espèces. Il en résulte un solde des opérations courantes négatif, pour la première fois depuis 2014.

Une troisième révision consécutive du taux de cotisation, cette fois-ci de 0,8% à 0,75%, aboutit à une baisse continue des recettes en cotisations. Les recettes courantes diminuent de 5,1% par rapport à 2019. En même temps, c'est notamment la hausse des prestations en nature et des frais d'administration qui fait augmenter légèrement les dépenses courantes. Celles-ci progressent de 1,1% par rapport à 2019. Le solde des opérations courantes pour l'exercice 2020 est ainsi de nouveau négatif.

Finalement, une hausse des cotisations est enregistrée pour 2021, le taux de cotisation demeurant à 0,75%. Celle-ci est à l'origine de la croissance des recettes courantes de 6,7% par rapport à l'exercice précédent. Les dépenses diminuent légèrement de 0,5%. Le solde des opérations courantes est négatif pour la troisième année consécutive et affiche un déficit de 1,6 millions EUR.

2.2. LES RECETTES COURANTES

La loi du 17 décembre 2010 a introduit un taux de cotisation unique dans l'assurance accident qui est fixé annuellement par le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident. Il s'élève à 0,75% en 2021 et reste ainsi inchangé par rapport à l'année précédente.

Tableau 10: Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2019 (en millions EUR)

Recettes	Montants	En % du total
Cotisations	207,1	93,3%
Participation de l'Etat	6,3	2,8%
Produits financiers et recettes diverses	8,5	3,8%
TOTAL	**221,9**	**100,0%**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2021, les recettes courantes de l'assurance accident se composent de 93,3% de cotisations et de 2,8% de la prise en charge par l'Etat des dépenses dans le cadre des régimes spéciaux. Les 3,8% résiduels incombent entre autres aux produits financiers.

Les recettes en cotisations augmentent de 8,0% par rapport à 2020 et se situent actuellement à 207,1 millions EUR.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

L'évolution des dépenses courantes de l'assurance accident est illustrée dans le tableau suivant.

Tableau 11: Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2019 (en millions EUR)

Dépenses	Montants	En % du total
Frais d'administration	14,4	6,6%
Prestations en espèces	159,9	73,6%
Prestations en nature	36,8	16,9%
Dépenses diverses	6,3	2,9%
TOTAL	**217,3**	**100,0%**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2021, les dépenses courantes de l'assurance accident se composent de 90,9% de prestations, de 7,2% de frais d'administration et de 1,9% de dépenses diverses.

2.3.1. Les prestations du régime général

L'évolution des dépenses du régime général est illustrée dans le tableau suivant.

Tableau 12: Évolution du montant des prestations du régime général (en millions EUR)

	2017	2018	2019	2020	2021
Prestations en espèces	**160,5**	**157,8**	**163,7**	**161,6**	**162,1**
Indemnités pécuniaires	*27,7*	*29,5*	*32,2*	*30,9*	*31,6*
Rentes	*109,5*	*110,3*	*110,9*	*112,2*	*111,9*
Rachats de rentes	*3,1*	*2,6*	*1,5*	*1,2*	*1,3*
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	*20,1*	*15,5*	*19,1*	*17,4*	*17,3*
Prestations en nature	**34,4**	**33,1**	**33,2**	**36,6**	**35,3**
TOTAL DES PRESTATIONS	**194,9**	**190,9**	**196,9**	**198,2**	**197,4**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

La progression des montants des prestations du régime général s'explique notamment par la variation de l'échelle mobile des salaires, la croissance de la masse salariale et le réajustement des rentes. A partir de 2011, les montants des nouvelles prestations de l'assurance accident ont subi un accroissement rapide, comparés aux montants concernés par l'ancienne législation qui baissent.

2.3.2. Les prestations des régimes spéciaux

L'évolution des dépenses des régimes spéciaux est illustrée dans le tableau suivant.

Tableau 13: Évolution du montant des prestations des régimes spéciaux (en millions EUR)

	2017	2018	2019	2020	2021
Prestations en espèces	**2,0**	**2,1**	**2,0**	**2,3**	**2,2**
Indemnités pécuniaires	*0,1*	*0,1*	*0,1*	*0,1*	*0,2*
Rentes	*1,6*	*1,6*	*1,6*	*1,7*	*1,7*
Rachats de rentes	*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,1*	*0,0*
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	*0,3*	*0,3*	*0,3*	*0,3*	*0,3*
Prestations en nature	**3,9**	**3,7**	**4,1**	**2,7**	**3,6**
TOTAL DES PRESTATIONS	**5,9**	**5,7**	**6,1**	**4,9**	**5,8**

Source: Association d'assurance accident (AAA).

Les prestations des régimes spéciaux affichent un montant total de 5,8 millions EUR en 2021. Alors que les prestations en espèces n'évoluent guère, les prestations en nature connaissent une augmentation importante qui s'explique notamment par la fermeture des écoles et des structures d'accueil d'enfants en 2020 et le retour vers la normalité en classe en 2021.

PRESTATIONS FAMILIALES

INTRODUCTION

Les prestations familiales ont vu le jour pendant la première guerre mondiale sous la forme d'un sursalaire alloué par certains employeurs du secteur de la sidérurgie aux travailleurs ayant des enfants à charge. La première base légale qui a créé les allocations familiales en faveur de tous les salariés date de 1947. Depuis, le champ des prestations familiales s'est fortement élargi et leurs objectifs se sont diversifiés, soit pour s'adapter aux changements sociétaux, notamment l'accès de plus en plus de femmes au marché du travail et l'évolution des structures familiales, soit pour accompagner, voire infléchir certains comportements. A côté de l'objectif de redistribution des familles sans enfants vers les familles avec enfants en place depuis la naissance des prestations familiales, des objectifs de santé publique, de conciliation vie familiale/vie professionnelle et de libre choix sont venus s'ajouter. Les objectifs affichés des dernières réformes en 2016 visent, quant à eux, à favoriser l'égalité des chances, à harmoniser la vie familiale et la vie professionnelle, à individualiser les droits de l'enfant, à rendre cohérent les différentes prestations familiales et à promouvoir les prestations en nature par rapport aux prestations en espèce. La réintroduction de l'indexation du montant des allocations familiales de base et de celui des majorations d'âge à partir du mois d'octobre 2021 marque le dernier développement en matière de prestations familiales. Cette indexation n'était plus en application depuis l'année 2006.

OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES

L'allocation pour l'avenir des enfants a pour objet de soutenir l'avenir des enfants et ceci indépendamment de l'évolution de la structure du ménage auquel l'enfant appartient.

L'allocation de rentrée scolaire a pour objectif de compenser les frais spécifiques en relation avec la rentrée des classes.

L'allocation spéciale supplémentaire a pour objectif de compenser partiellement les charges supplémentaires imposées au ménage dues à la présence d'enfants handicapés.

Les prestations de naissance poursuivent un objectif de santé publique. Elles visent à réduire les risques d'accidents de la grossesse et de mortalité infantile.

Le congé parental permet aux parents d'interrompre ou de réduire leur activité professionnelle pour se consacrer à l'éducation de leur enfant. La durée du congé parental varie selon le modèle choisi, les bénéficiaires du congé parental perçoivent un revenu de remplacement et ils ont la garantie de retrouver le même emploi ou un emploi similaire à l'issue du congé.

LES PRESTATIONS POUR LES FAMILLES ET LES ENFANTS

Il existe deux types de prestations pour les familles et les enfants : les prestations en espèces et les prestations en nature. Les prestations en espèces actuelles sont les suivantes :

- l'allocation pour l'avenir des enfants, composée de l'allocation familiale de base et des majorations d'âge ;
- l'allocation de rentrée scolaire ;
- l'allocation spéciale supplémentaire en faveur des enfants handicapés ;
- les prestations de naissance, comprenant l'allocation prénatale, l'allocation de naissance proprement dite et l'allocation postnatale ;
- l'indemnité de congé parental ;
- l'allocation d'éducation (abolie au 1er juin 2015).

Les chèques-service accueil constituent des prestations familiales en nature et ont été introduits en 2009 en vue de réaliser à long terme la gratuité des services de garde d'enfants.

ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES

La Caisse pour l'avenir des enfants (CAE), créée en 2016, a pour mission de s'occuper de la gestion et du paiement des prestations familiales en espèces. Le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse (MENJE), de concert avec les communes pour les résidents et avec la CAE pour les non-résidents, s'occupe des prestations familiales en nature. La suite de ce chapitre analysera presqu'exclusivement les prestations familiales en espèces gérées par la CAE. Néanmoins, pour la première fois, quelques ordres de grandeur relatifs aux chèques-service accueil sont proposés.

FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES

Les réformes des prestations familiales de 2016 ont profondément modifié le système de financement des prestations familiales en espèces et de l'indemnité du congé parental à partir du 1er janvier 2017. Pour le paiement des prestations familiales en espèces et du congé parental, la CAE applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve. Pour faire face aux charges globales, la CAE dispose d'une part d'une dotation étatique annuelle couvrant l'excédent des dépenses sur les recettes et d'autre part, des cotisations d'un nombre limité d'employeurs (l'État, les communes, les institutions de sécurité sociale, les syndicats de communes et les chambres professionnelles). Ces cotisations représentent 1,7% des traitements, salaires ou rémunérations des personnes occupées par ces employeurs. Ces cotisations ne représentent cependant qu'une partie infime des recettes. Les cotisations dues pour les salariés du secteur privé, ainsi que celles dues pour les non-salariés, et prises en charge par l'État depuis les années 90, sont abolies. De même, la participation du Fonds pour l'emploi dans l'indemnité de congé parental est abrogée.

Les chèques-service accueil sont financés par le budget de l'État.

1. LES PRESTATIONS

Le nombre de bénéficiaires des prestations familiales en espèces, donc le nombre d'enfants et le nombre de naissances, est déterminant pour leur coût financier. L'indicateur conjoncturel de fécondité et le taux de natalité permettent de prévoir l'évolution du nombre d'enfants résidents. En 2021, l'indicateur conjoncturel de fécondité atteint 1,38 contre 1,37 en 2020, et le taux de natalité est de 10,5 contre 10,2 en 2020 (Source : STATEC, 2021). L'évolution du nombre d'enfants non-résidents peut être estimée à partir de la variation du nombre de travailleurs frontaliers, qui augmente de 4,2% entre décembre 2020 et décembre 2021 (Source : IGSS).

Les enfants sont bénéficiaires de l'allocation familiale de base, des majorations d'âge, de l'allocation spéciale supplémentaire, et de l'allocation de rentrée scolaire. Les (futures) mères sont les bénéficiaires des prestations de naissance (regroupant allocation prénatale, allocation de naissance et allocation postnatale). Finalement, les parents peuvent bénéficier d'une indemnité de congé parental ou de l'allocation d'éducation (jusqu'au 1er juin 2015), sous certaines conditions.

Encadré méthodologique

Deux sources alimentent le chapitre sur les prestations familiales : les comptes annuels publiés par la CAE et, pour le point concernant l'allocation familiale de base, les bases de données de la CAE stockées auprès du Centre commun de la sécurité sociale. Ces bases de données contiennent les informations liées aux paiements courants et aux paiements uniques en matière de prestations familiales et notamment en matière d'allocations familiales. Pour ces dernières, ces paiements concernent l'ensemble des enfants bénéficiaires résidents et non-résidents à partir de novembre 2017 alors que jusqu'octobre 2016 inclus, une partie seulement des enfants bénéficiaires non-résidents est renseignée. En effet, dès lors que les enfants non-résidents, en grande majorité des enfants de travailleurs frontaliers, bénéficient de prestations familiales dans leur pays de résidence, le Luxembourg verse des prestations différentielles, c'est-à-dire la différence entre le montant de l'ensemble des prestations familiales auxquelles un enfant non-résident à droit au Luxembourg et le montant de l'ensemble des prestations familiales auxquelles il a droit dans son pays de résidence. Le mode de gestion des paiements différentiels étant différent des paiements courants et des paiements uniques, ils n'apparaissent pas dans l'ancienne base de données de la CAE (avant novembre 2017). Dans la nouvelle base de données de la CAE (à partir de novembre 2017), les paiements différentiels sont renseignés en tant que paiements uniques. Pour éviter une rupture de séries, ils ne sont donc pas repris dans les statistiques sur le nombre de bénéficiaires de ce chapitre qui ne se composent que des bénéficiaires des paiements courants. Les statistiques produites à partir des bases de données sous-estiment donc le nombre de bénéficiaires d'allocations familiales. Cette situation vaut également pour les nombres de bénéficiaires des majorations d'âge, de l'allocation spéciale supplémentaire, de l'allocation de rentrée scolaire et de l'allocation d'éducation publiés dans les comptes annuels de la CAE et repris dans ce chapitre.

Malgré ces considérations, il importe de noter que 87 061 enfants (48 892 familles) ont bénéficié de prestations familiales différentielles en 2021 pour 82 159 enfants (47 982 familles) en 2020, 84 405 enfants (47 086 familles) en 2019 et 82 159 enfants (45 608 familles) en 2018.

1.1. L'ALLOCATION POUR L'AVENIR DES ENFANTS

L'allocation pour l'avenir des enfants se compose de l'allocation familiale de base et des majorations d'âge.

1.1.1. L'allocation familiale de base

L'allocation familiale de base est allouée à tous les enfants résidents, ainsi qu'aux enfants des travailleurs frontaliers non-résidents jusqu'à l'âge de 18 ans accomplis et elle est maintenue jusqu'à l'âge de 25 ans accomplis pour ceux qui poursuivent des études dans l'enseignement secondaire ou qui sont en apprentissage.

Graphique 1: Évolution du nombre d'enfants bénéficiaires par groupe d'âge et du nombre de familles attributaires [a]



a. Situation au 31 décembre (paiements courants), données démographiques.
Source : IGSS

Sur une fenêtre de 10 ans (2012 à 2021), deux périodes se distinguent franchement en matière de nombre de bénéficiaires d'allocations familiales (graphique 1).

Entre 2012 et 2015, le nombre total de bénéficiaires croit pour diminuer en 2016 suite aux modifications des conditions d'éligibilité aux allocations familiales pour les non-résidents. Dès 2017, le nombre total de bénéficiaires repart de nouveau à la hausse pour régresser très légèrement en 2020 avant un rebond en 2021. En décembre 2021, la CAE a versé des allocations familiales (paiements courants) à 196 921 enfants issus de 117 985 familles, ce qui équivaut à une hausse du nombre des enfants de 1 611 unités (0,8%) et à un accroissement du nombre des familles de 1 212 unités (1,0%) par rapport à 2020. La réforme de 2016 a écarté la notion de groupe familial, c'est-à-dire le nombre d'enfants ouvrant droit aux allocations familiales au sein d'une même famille, qui prévalait jusque-là pour déterminer le montant des allocations familiales. Mais les données permettent de le reconstituer. Entre 2012 et 2021, la taille moyenne des groupes familiaux est passée de 1,73 à 1,67.

De 2012 à 2021, le pourcentage d'enfants non-résidents, bénéficiaires de paiements courants, est resté assez constant (37%-38% de tous les enfants bénéficiaires). En termes de nombre, les fluctuations annuelles pour les non-résidents sont les mêmes que pour l'ensemble des enfants bénéficiaires.

1.1.2. Les majorations d'âge

Chaque enfant bénéficiaire de l'allocation familiale de base a droit à une majoration d'âge dès qu'il atteint l'âge d'entrée dans le cycle 2 de l'école fondamentale (début de l'ancienne école primaire), soit 6 ans. Le montant de la majoration d'âge augmente quand l'enfant atteint l'âge d'entrée dans l'enseignement secondaire, soit 12 ans. Le but de cette prestation, introduite progressivement en 1976 et 1977, est d'adapter les allocations familiales versées aux familles aux dépenses croissantes avec l'âge des enfants. Depuis octobre 2021, les montants des majorations d'âge sont réindexés. A cette date, ils sont de 20,53 EUR/mois dès que l'enfant atteint 6 ans et de 51,25 EUR/mois dès que l'enfant atteint 12 ans. En décembre 2021, 140 209 enfants ont bénéficié d'une majoration d'âge, dont 78 277 (55,8%) âgés de 12 ans et plus.

1.2. L'ALLOCATION SPÉCIALE SUPPLÉMENTAIRE

L'allocation spéciale supplémentaire (ASS) a été introduite en 1985 afin de pallier les dépenses supplémentaires occasionnées aux familles ayant un enfant handicapé à charge. Chaque enfant, bénéficiaire de l'allocation pour l'avenir des enfants et atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou diminution permanente d'au moins 50% de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge, a droit à l'ASS. L'entrée en vigueur le 1er juin 2004 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées a eu pour effet de supprimer l'ASS aux bénéficiaires non-résidents percevant une prestation ou un revenu étranger en rapport avec leur handicap et donc de réduire subitement le nombre de bénéficiaires d'une ASS. A partir de 2006, le nombre d'ASS retrouve son rythme de progression normal. En 2016, la réforme des prestations familiales réévalue le montant de l'allocation spéciale supplémentaire qui passe à 200 EUR/mois, contre 185,60 EUR/mois jusque-là. En 2021, le nombre de bénéficiaires de cette allocation s'établit à 2 113 enfants, contre 2 316 enfants en 2020 (-8,8%).

1.3. L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE

L'allocation de rentrée scolaire existe depuis 1986. Elle est liquidée ensemble avec l'allocation pour l'avenir des enfants au mois d'août aux enfants âgés de plus de 6 ans qui suivent un régime scolaire primaire ou secondaire. Le montant de cette allocation est différencié suivant l'âge : 115 EUR/an pour les enfants de plus de 6 ans et 235 EUR/an pour ceux âgés de plus de 12 ans. Le nombre des allocations de rentrée scolaire, payées au mois d'août, s'établit pour 2021 à 129 075 unités, soit une augmentation de 0,4% par rapport à 2020.

1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE

Les prestations de naissance font partie des prestations familiales parmi les plus anciennes. Elles apparaissent dans la première base légale qui régit les prestations familiales en 1947. Actuellement, elles sont divisées en 3 tranches, et leur versement est soumis à des conditions d'examens médicaux de la mère et de l'enfant. L'évolution du nombre des bénéficiaires d'allocations de naissance a toujours suivi le mouvement des naissances, mais en raison des conditions d'attribution non remplies relatives aux visites médicales, le nombre des

naissances au Luxembourg dépasse légèrement le nombre des allocations des résidents. En 2021, la CAE a liquidé 7 655 allocations prénatales, 7 707 allocations de naissance proprement dites et 7 366 allocations postnatales. Au total, 22 728 prestations de naissance, dont 21,8% à des non-résidents, ont été versées en 2021, ce qui constitue une augmentation de 1,8% par rapport à 2020.

1.5. L'INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL

Le congé parental, accordé depuis le 1er mars 1999, est modifié profondément en décembre 2016. Le congé parental est, sous certaines conditions, accordé à toute personne occupée légalement et de façon continue sur un lieu de travail situé sur le territoire du Luxembourg et qui s'adonne à l'éducation d'un enfant âgé de 6 ans au plus au début du congé parental. Le droit à un congé parental existe pour chacun des deux parents et ne peut être cumulé dans le chef d'un des parents. L'un des parents doit prendre son congé successivement au congé de maternité ou d'accueil. Cette condition ne s'applique pas au parent qui vit seul avec son ou ses enfants. L'autre parent peut prendre son congé en même temps que son conjoint ou partenaire ou plus tard, mais le congé parental doit toujours débuter avant les 6 ans accomplis de l'enfant. En cas d'enfant adopté, le délai est porté à 12 ans. Il existe différents modèles de congé parental : congé à plein temps pendant 4 ou 6 mois, congé à mi-temps pendant 8 ou 12 mois, congé fractionné de 4 mois dans une période de 20 mois ou congé fractionné d'un jour par semaine pendant 20 mois au maximum. Le congé fractionné n'est possible que pour les parents travaillant à plein temps. L'indemnité de congé parental est un revenu de remplacement calculé sur base des revenus précédant le début du congé parental.

Le nombre de bénéficiaires de l'indemnité de congé parental est en augmentation depuis sa création en 1999, avec une accélération sans précédent depuis la réforme du 1er décembre 2016. En décembre 2021, cette prestation compte 11 636 bénéficiaires, une augmentation de 6,9% par rapport aux 10 886 bénéficiaires de décembre 2020. La réforme du congé parental en décembre 2016, caractérisée par davantage de flexibilité et un revenu de remplacement plus avantageux que l'indemnité forfaitaire en vigueur jusque-là, porte ses fruits dès la première année de son lancement. Ce sont notamment les pères qui montrent un intérêt pour le nouveau congé parental: ils représentent 53,2% des bénéficiaires en décembre 2021, contre 25% seulement en décembre 2016. Par rapport à la situation avant-réforme, ils ne se portent plus quasi exclusivement sur le congé parental à mi-temps, mais optent maintenant autant pour le congé parental à plein temps que pour celui à mi-temps. En décembre 2021, le nouveau congé fractionné reste le congé favori des pères, représentant 47,8% des congés parentaux pris par des hommes. Contrairement aux pères, les mères plébiscitent largement le congé parental à temps plein (67,0%).

Le tableau 1 ci-dessous regroupe le nombre de bénéficiaires des différentes prestations de la CAE pour 2017 à 2021.

Tableau 1: Évolution du nombre de bénéficiaires des prestations familiales en espèces [a]

Prestations	2017	2018	2019	2020	2021	Variation 2020/21
Allocation pour l'avenir des enfants (paiements courants)	190.197	193.106	195.621	195.310	196.921	0,8%
Majorations d'âge (paiements courants)	135.775	137.917	139.637	139.151	140.209	0,8%
Allocation spéciale supplémentaire (paiements courants)	2.561	2.648	2.570	2.316	2.113	-8,8%
Allocation de rentrée scolaire [b]	124.211	126.607	126.764	128.499	129.075	0,4%
Prestations de naissance (total sur l'année)	20.761	21.295	21.744	22.328	22.728	1,8%
Indemnité de congé parental	8.251	9.596	10.387	10.886	11.636	6,9%
Allocation d'éducation (abrogée en 2015)	1.353	385	1	1	-	-
Allocations différentielles (nombre d'enfants par année)	*n.d.*	*82.159*	*84.405*	*85.876*	*87.097*	*1,4%*

a. Situation au 31 décembre - uniquement paiements courants.
b. Situation au 31 août pour l'allocation de rentrée scolaire.
Source : IGSS.

1.6. LE CHÈQUE-SERVICE ACCUEIL

Le chèque-service accueil (CSA) a été introduit le 1er mars 2009. Le CSA est une participation de l'État aux frais de garde et d'accueil des enfants, qui s'adresse à tous les enfants entre 0 et 12 ans qui résident au Luxembourg et qui sont accueillis dans une structure agréée prestataire CSA. Depuis septembre 2016, les enfants dont au moins un parent est travailleur frontalier peuvent également bénéficier du CSA s'ils sont accueillis dans une structure agréée prestataire CSA. Le montant de la participation de l'État varie en fonction du revenu des parents et en fonction du rang de l'enfant.

Au 31 décembre 2021, 54 578 enfants bénéficient du CSA dont 2 920 enfants frontaliers [1]. La progression du nombre d'enfants bénéficiaires du CSA s'établit à 6,2% par rapport à l'année précédente et par rapport à 2009, année de lancement du CSA, le nombre d'enfants bénéficiaires du CSA a plus que doublé. Le MENJE estime que 59% des enfants résidents de 0 à 12 ans bénéficient du CSA fin 2021 pour un taux qui se situait à seulement 34% fin 2009.

Le budget du Service de l'éducation et de l'accueil du MENJE qui est composé à hauteur de 98,4% du CSA, s'établit à 577,3 millions EUR en 2021, soit 8,1% de plus qu'en 2020. En 2009, ce budget atteignait seulement 86,8 millions EUR. Cette hausse spectaculaire du budget depuis le lancement du CSA résulte à la fois de la hausse du nombre de bénéficiaires du CSA et des différentes réformes du CSA qui sont intervenues depuis son lancement.

1. Les chiffres relatifs au CSA sont extraits du rapport d'activité 2021 du MENJE.

2. LA SITUATION FINANCIÈRE

La situation financière de la CAE dépend largement du nombre de bénéficiaires des prestations familiales. Compte tenu du fait que les cotisations n'incombent qu'à certains employeurs (l'État, les institutions de sécurité sociale, les communes, les syndicats intercommunaux et les chambres professionnelles) et que l'excédent des dépenses sur les recettes est couvert par une dotation de l'État, la situation financière de la CAE est assez peu impactée par la situation économique du pays et donc la fluctuation du nombre de cotisants.

En 2017, les recettes et dépenses augmentent de 5,5%. Cette augmentation tient principalement à la réforme du congé parental de décembre 2016. En 2018, 2019, 2020 et 2021 les recettes et les dépenses continuent à augmenter mais plus modérément : 4,0%, respectivement 2,1%, 1,2% et 0,5% avec un effet de la réforme du congé parental qui diminue avec le temps.

La suite de ce chapitre analyse en détail l'évolution du coût des différentes prestations, l'évolution des recettes et des dépenses, ainsi que les transferts à l'étranger.

Tableau 2: Évolution des recettes et dépenses courantes de la CAE (en millions EUR)

Exercice	2017	2018	2019	2020	2021
RECETTES					
Cotisations	59,6	60,9	64,4	69,0	72,8
Participation de l'Etat	1 133,9	1 179,9	1 202,9	1.213,8	1.215,2
Autres recettes	0,0	0,0	0,0	0,3	1,2
TOTAL DES RECETTES COURANTES	**1 193,5**	**1 240,9**	**1 267,3**	**1.283,0**	**1.289,2**
Participation Etat-déficit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL DES RECETTES	**1 193,5**	**1 240,9**	**1 267,3**	**1.283,0**	**1.289,2**
Variation annuelle en %	*5,5%*	*4,0%*	*2,1%*	*1,2%*	*0,5%*
DEPENSES					
Frais d'administration	**18,8**	**19,1**	**19,6**	**20,4**	**20,8**
Prestations	**1 160,0**	**1 219,1**	**1 245,7**	**1.259,6**	**1.267,7**
dont:					
Allocations familiales[a]	932,8	946,8	953,5	944,7	939,1
Boni pour enfant	4,2	0,9	0,5	0,4	0,2
Allocation d'éducation	15,2	6,6	0,9	0,1	0,0
Indemnité de congé parental	166,3	221,3	246,9	270,3	283,5
Allocation de rentrée scolaire	29,4	31,1	31,4	31,2	31,7
Prestations de naissance	12,0	12,4	12,6	13,0	13,2
Allocations de maternité	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres dépenses[b]	**14,7**	**2,7**	**2,0**	**3,0**	**0,7**
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	**1 193,5**	**1 240,9**	**1 267,3**	**1.283,0**	**1.289,2**
Variation annuelle en %	*5,5%*	*4,0%*	*2,1%*	*1,2%*	*0,5%*
SOLDE	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

a. Comprennent l'allocation familiale de base, les majorations d'âge et l'allocation spéciale supplémentaire ; à partir de 2016: allocation pour l'avenir des enfants.

b. Décharges, restitutions et extournes de cotisations et frais de gestion du patrimoine.

Source : CAE, Décompte.

Les dépenses pour les prestations d'allocations familiales (allocations familiales de base, majorations d'âge, allocations spéciales supplémentaires et boni pour enfant) ont régressé en 2021 de 5,8 millions EUR pour atteindre 939,3 millions EUR , contre 945,0 millions EUR en 2020. Cette régression s'explique en grande partie par le recul des montants payés au titre des prestations différentielles. En 2021, l'Allemagne a majoré le montant de son allocation familiale (Kindergeld) de 15 euros par mois et par enfant suite à une majoration de 10 euros par mois et par enfant en 2020 alors que le montant des prestations d'allocations familiales luxembourgeoises pour 2021 est resté au même niveau qu'en 2019 et 2020 [2]. Par conséquent, les prestations différentielles versées en 2021 [3] par le Luxembourg aux familles dont la législation allemande est prioritaire en matière de prestations familiales sont inférieures à celles versées en 2019 et 2020 puisque l'écart du montant des prestations familiales entre les deux pays s'est resserré. La Belgique et la France ont également augmenté leurs prestations d'allocations familiales entre 2020 et 2021 mais plus modérément que l'Allemagne. Avec une dépense de 855,5 millions EUR en 2021, les allocations familiales de base présentent 91,1% du total des dépenses pour les allocations familiales. Les majorations d'âge représentent 8,2% du total, avec une dépense de 77,4 millions EUR et les allocations spéciales supplémentaires 0,7% du total avec une dépense de 6,3 millions EUR en 2021.

Les dépenses au titre de l'allocation de rentrée scolaire sont passées de 31,2 millions EUR en 2020 à 31,7 millions EUR en 2021, soit une hausse de 1,5%.

Le montant total des prestations de naissance passe de 13,0 millions EUR en 2020 à 13,2 millions EUR en 2021, soit une hausse de 1,8%.

Les dépenses relatives à l'indemnité de congé parental affichent une augmentation de 4,9% en 2021, passant ainsi de 270,3 millions EUR en 2020 à 283,5 millions EUR en 2021. Cette hausse résulte de la hausse du montant du salaire social minimum au nombre 100 de l'indice des prix au 1er janvier 2021 de 2,8%, de l'introduction d'une tranche indiciaire en octobre 2021 qui a entraîné une hausse de la valeur annuelle moyenne de l'indice de 0,6% entre 2020 et 2021 et de la hausse du nombre de congés parentaux (+6,9% entre décembre 2020 et décembre 2021).

En 2015, l'allocation d'éducation et les allocations de maternité ont été abolies, mais les droits à ces allocations ouverts avant leur abolition continuent à courir en 2021 et ce, jusqu'à leur extinction. Si plus de droits aux allocations de maternité courent encore en 2021, ce n'est pas le cas pour l'allocation d'éducation. Les dépenses pour l'allocation d'éducation s'élèvent à 0,03 million EUR en 2021, contre 0,08 million EUR en 2020.

2.1. LES RECETTES COURANTES

Les recettes courantes se composent surtout des cotisations de certains employeurs (l'État, les institutions de la sécurité sociale, les communes, les syndicats de communes et les chambres professionnelles), ainsi que de la dotation annuelle de l'État pour couvrir l'excédent des dépenses sur les recettes. En 2021, les recettes en cotisations représentent 5,6% des recettes et la dotation de l'État s'élève à 94,4% d'entre elles.

2. La réindexation des allocations familiales à partir d'octobre 2021 ne produit pas encore d'effets sur le montant des prestations versées en 2021 car le montant résultant de cette réindexation pour les trois derniers mois de 2021 est versé rétroactivement en 2022.
3. Les prestations différentielles sont généralement versées deux fois par an. En janvier de l'année t, ce sont les prestations différentielles correspondant aux mois de juillet à décembre de t-1 qui sont versées et en juillet de l'année t, ce sont les prestations différentielles correspondant aux mois de janvier à juin de l'année t qui sont versées. Les effets d'une réforme des allocations familiales dans un des pays voisins sur les prestations différentielles versées par le Luxembourg peuvent ainsi être décalés de 6 mois.

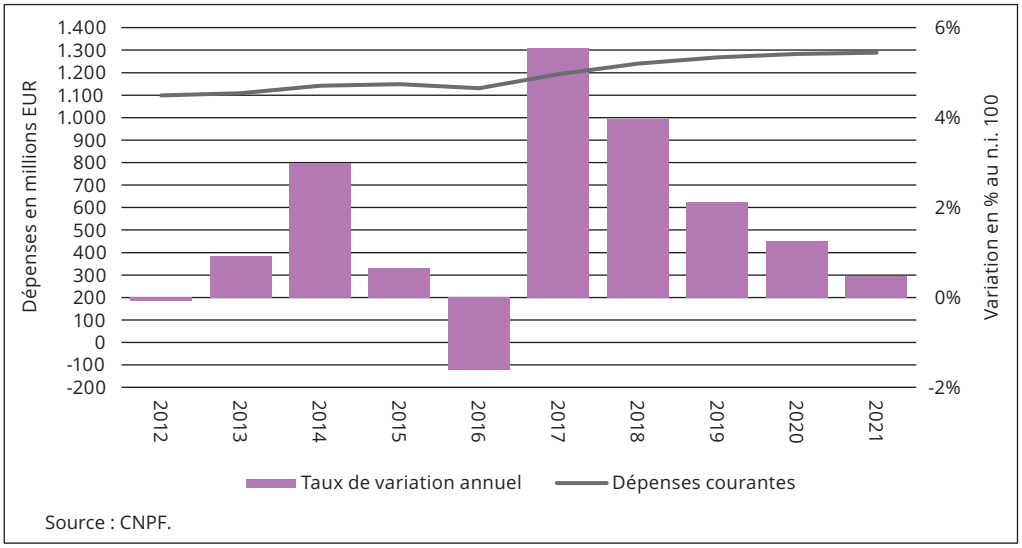
La dotation annuelle de l'État est de 1 215,2 millions EUR en 2021 pour 1 213,8 millions EUR en 2020, soit une hausse de 0,1%.

2.2. LES DÉPENSES COURANTES

L'analyse de l'évolution des dépenses montre que pour les années qui ont vu l'application de modifications législatives, les taux de variation des dépenses exprimés au nombre indice 100 de l'échelle mobile des salaires ont été plus forts.

L'évolution des dépenses courantes dépend exclusivement de l'évolution des prestations qui représentent 98,3% des dépenses courantes en 2021 et varie en fonction de l'évolution du niveau de ces prestations et du nombre de bénéficiaires.

Graphique 2: Évolution des dépenses courantes



Source : CNPF.

La période 2012-2016 est marquée par une relative stabilité des dépenses courantes. Entre 2017 et 2021, les dépenses augmentent suite à la réforme du congé parental de décembre 2016: les dépenses liées aux indemnités du congé parental de 2017 sont près du double de celles de 2016, elles augmentent de 33% en 2018, de 11,5% en 2019, de 9,5% en 2020 et de 4,9% en 2021.

En 2021, les dépenses courantes s'élèvent à 1 289,2 millions EUR, contre 1 283,0 millions EUR en 2020. Les prestations représentent presque la totalité des dépenses totales de la CAE (98,3% en 2021). Ainsi, en 2021, le montant total des prestations payées par la CAE atteint 1 267,7 millions EUR contre 1 259,6 millions EUR pour l'année précédente (+0,6%).

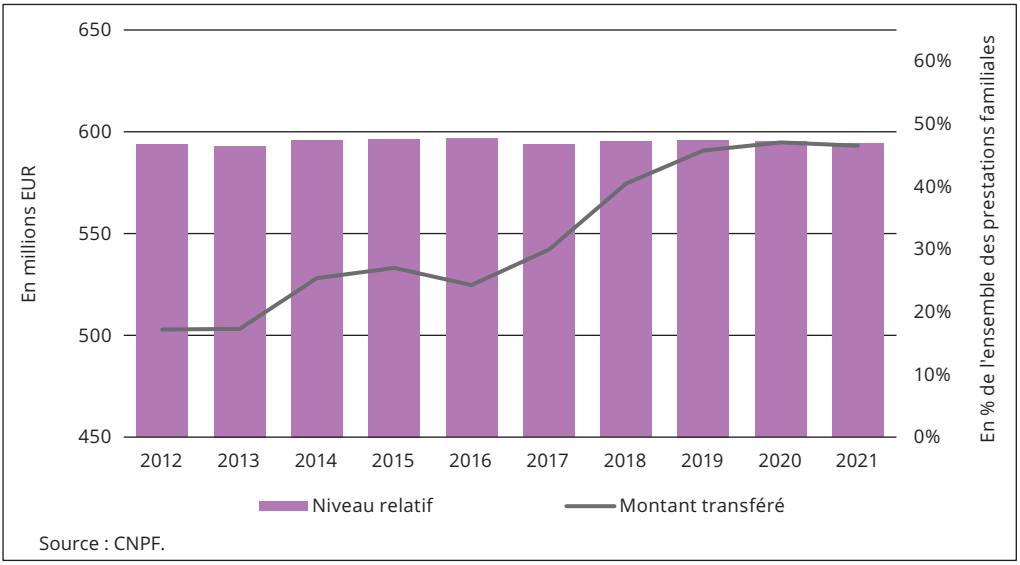
Les frais d'administration ne représentent que 1,7% du total des dépenses en 2021 et affichent 20,8 millions EUR, par rapport à 20,4 millions EUR en 2020. Les frais de personnel représentent 65,3% du montant total des frais d'administration.

2.3. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER

Toutes les prestations familiales sont exportables à l'étranger sous certaines conditions. Le montant total des prestations transférées à l'étranger (allocation pour l'avenir des enfants, allocation d'éducation, indemnité de congé parental, allocation de rentrée scolaire,

allocation de naissance) se chiffre en 2021 à 593,1 millions EUR (contre 594,8 millions EUR en 2020), représentant 46,8% des prestations.

Graphique 3: Évolution des prestations familiales transférées à l'étranger



Source : CNPF.

Les transferts à l'étranger dépendent à la fois de la conjoncture économique et, pour les bénéficiaires d'allocations différentielles, de l'écart entre le montant des prestations familiales versé dans le pays de résidence et celui versé par le Luxembourg. Les périodes de forte croissance des transferts à l'étranger correspondent en effet aux périodes avec un embauchage important de main-d'œuvre étrangère (frontalière ou non), qui a droit, pour elle ou sa famille, à certaines prestations familiales indépendamment du lieu de résidence. Entre 2012 et 2013, les transferts à l'étranger stagnent avant de repartir à la hausse en 2014 et 2015. En 2016, les effets de la réforme des allocations familiales d'août 2016 deviennent visibles avec un léger recul des transferts à l'étranger. Entre 2017 et 2021, les effets de la réforme du congé parental de décembre 2016 se manifestent également chez les bénéficiaires non-résidents. Par contre, ces effets sont atténués en 2020 et 2021 par un recul du montant des allocations différentielles.

Tableau 3: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger en 2021 [a] (montants en millions EUR)

Prestation	Nombre de bénéficiaires à l'étranger		Montants payés à l'étranger	
Allocation pour l'avenir des enfants	76.628	36,9%	448,7	47,8%
Allocation de rentrée scolaire [b]	48.882	37,9%	15,7	49,5%
Indemnité de congé parental	5.348	46,0%	125,7	44,3%
Prestations de naissance (total)	4.961	21,8%	2,9	21,8%

a. Situation au 31 décembre 2021 et paiements courants pour le nombre de bénéficiaires.

b. Situation au 31 août.

Source : CAE.

En 2021, les allocations pour l'avenir des enfants (allocations familiales de base, majorations d'âge, et allocations spéciales supplémentaires) transférées à l'étranger ont atteint 448,7

millions EUR, soit 47,8% du montant total de ces allocations familiales. Ce montant est en recul de 6,7 millions EUR par rapport à 2020.

Suite à la réforme du congé parental en décembre 2016, le montant de l'indemnité du congé parental transféré à l'étranger et le nombre de bénéficiaires de cette indemnité doublent entre 2016 et 2017. Entre 2017 et 2018, le montant augmente de 25,6 millions et passe à 94,2 millions EUR pour atteindre 106,7 millions EUR en 2019, 120,8 millions EUR en 2020 et 125,7 millions EUR en 2021, soit 44,3% du montant total des indemnités de congé parental de 2021.

Les prestations de naissance connaissent, par contre, beaucoup moins de succès à l'étranger (21,8% des bénéficiaires et des montants en 2021). L'obligation pour la mère et l'enfant de se soumettre à une série stricte d'examens médicaux pour avoir droit à cette prestation explique en partie cette situation. Le suivi médical des grossesses étant propre à chaque pays, les mères dont la grossesse est suivie médicalement à l'étranger peuvent difficilement satisfaire aux critères requis par la loi sur les allocations de naissance pour ouvrir droit aux prestations de naissance luxembourgeoises.

INCLUSION SOCIALE

INTRODUCTION

Selon la Commission européenne, l'inclusion sociale est un processus qui garantit que les personnes en risque de pauvreté et d'exclusion sociale obtiennent les possibilités et les ressources nécessaires pour participer pleinement à la vie économique, sociale et culturelle et qu'elles jouissent d'un niveau de vie et de bien-être considéré comme normal pour la société dans laquelle elles vivent. L'inclusion sociale leur garantit une meilleure participation aux processus de prise de décision qui affectent leur vie et un meilleur accès à leurs droits fondamentaux.[1]

Au Luxembourg, l'inclusion sociale est un des principaux risques ou besoins couverts par la protection sociale et relève de la solidarité nationale. La solidarité nationale s'exprime par la prise en charge de risques ou besoins sans contrepartie de cotisations (logique d'assistance).

En principe, l'inclusion sociale est un volet de la protection sociale réservé aux personnes résidentes au Grand-Duché de Luxembourg. En 2021, environ 126 500 personnes sont en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale [2]. Pour toutes les prestations (sauf le forfait d'éducation), la situation économique des personnes est prise en compte pour déterminer le droit à la prestation.

OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE

L'inclusion sociale vise à aider à couvrir les besoins individuels des personnes défavorisées afin de leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Au Luxembourg, chaque ménage a le droit d'appeler à la solidarité au cas où ses revenus tombent en-dessous d'un seuil garanti, abstraction faite de toute cause qui est à la base de l'insuffisance des ressources.

L'inclusion sociale assure aux personnes dans le besoin et à leur famille l'accès aux biens et aux services adaptés à leur situation particulière, afin de les aider à acquérir ou à préserver leur autonomie et à s'adapter au milieu social environnant. Ces secours sont apportés par les collectivités publiques aux personnes dont les ressources sont insuffisantes.

1. Source : Rapport conjoint sur l'inclusion sociale 2004, p. 11. (http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/final_joint_inclusion_report_2003_fr.pdf).
2. STATEC, Analyses 5-2022: Rapport « Travail et Cohésion sociale ».

LES PRESTATIONS DE L'INCLUSION SOCIALE

A l'heure actuelle, les prestations de la solidarité nationale suivantes sont fournies par le Fonds national de solidarité (FNS) :

- le revenu d'inclusion sociale (REVIS) qui remplace le revenu minimum garanti (RMG) depuis le 1er janvier 2019;
- le forfait d'éducation (« Mammerent ») ;
- le revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) ;
- l'allocation de vie chère ;
- le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique ;
- l'avance de pensions alimentaires.

L'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (APGH) est remplacée par les prestations de l'assurance dépendance à partir du 1er janvier 1999. Les allocations compensatoires sont abrogées par la loi du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti. Ces deux prestations continuent cependant à être payées aux bénéficiaires présents lors de l'abrogation, tant que le droit persiste.

A côté de ces prestations, il existe des prestations ciblées, qui peuvent être de nature palliative, curative ou préventive, pour intervenir à titre subsidiaire et compléter les prestations du FNS. Le bénéficiaire est tenu d'épuiser les prestations de la solidarité nationale avant de solliciter ces prestations ciblées.

ORGANISATION DE L'INCLUSION SOCIALE

Le Fonds national de solidarité (FNS) est créé en 1960 afin de coordonner les prestations de l'inclusion sociale et de combler les dernières lacunes laissées par le système de sécurité sociale qui était en train de se mettre en place.

L'Office national d'inclusion sociale (ONIS), qui remplace le Service national d'action sociale (SNAS) depuis le 1er janvier 2019, et l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) ont pour mission d'aider à réintégrer les bénéficiaires du revenu d'inclusion sociale sur le marché du travail.

Les prestations ciblées, en nature ou en espèces, sont prestées par les 30 offices sociaux, et réglées par la loi du 18 décembre 2009, qui remplace depuis janvier 2010 la loi du 28 mai 1897 sur les domiciles de secours. Depuis le 1er janvier 2019, date d'entrée en vigueur de la loi sur le revenu d'inclusion sociale, les offices sociaux hébergent également les agents régionaux d'inclusion sociale (ARIS).

La suite de ce chapitre analyse exclusivement les prestations fournies par le FNS et l'ONIS.

FINANCEMENT DE L'INCLUSION SOCIALE

Le financement du FNS prévu à sa création est appliqué jusqu'aujourd'hui. Il se compose essentiellement d'une dotation de l'État et d'une part dans le produit de la Loterie Nationale. De plus, dès le début, les prestations étaient restituables.

1. LES PRESTATIONS

Les prestations dont la gestion et le paiement sont à la charge du FNS sont des prestations d'assistance sociale.

Encadré méthodologique

Les statistiques présentées dans ce chapitre se basent sur des données issues du FNS et stockées auprès du Centre commun de la sécurité sociale. L'extraction des données est faite par l'IGSS.

Le tableau sur les comptes financiers provient du décompte annuel du FNS.

1.1. LE REVENU D'INCLUSION SOCIALE

Le revenu d'inclusion sociale (REVIS), entré en vigueur le 1er janvier 2019, a été créé par la loi du 28 juillet 2018. Cette loi abroge la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (RMG) qui, elle-même, avait abrogé la loi du 26 juillet 1986, première loi portant création du droit à un revenu minimum garanti.

Le REVIS prévoit soit une allocation d'inclusion (anciennement allocation complémentaire), soit une allocation d'activation (anciennement indemnité d'insertion), soit une combinaison des deux allocations, le tout dans les limites fixées en fonction du revenu et de la composition de la communauté domestique.

Encadré méthodologique

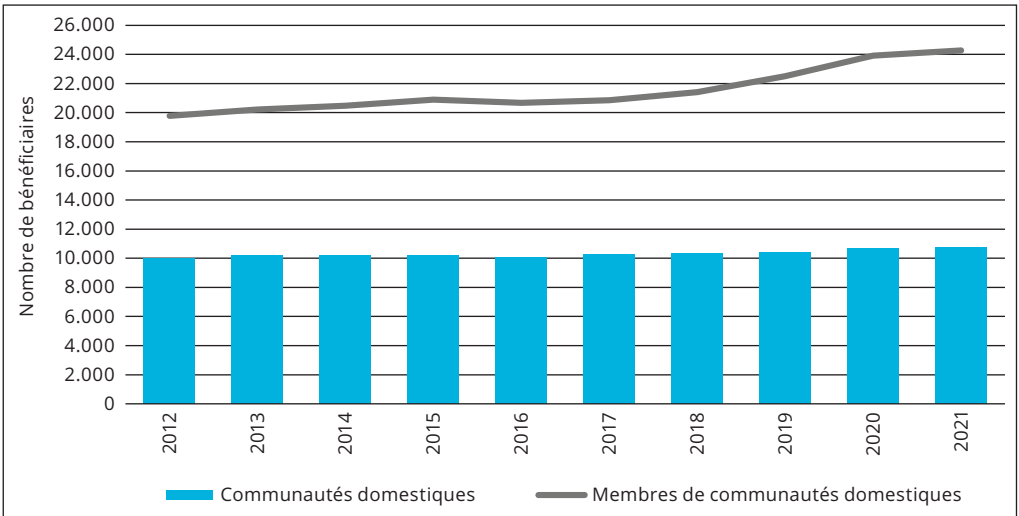
Les données statistiques qui suivent tiennent compte des communautés domestiques qui touchent :

- soit une allocation d'inclusion destinée à parfaire les seuils du REVIS ;
- soit une allocation d'inclusion combinée à une allocation d'activation, sans pour autant pouvoir dépasser les limites fixées par la loi ;
- soit une allocation d'activation seule.

Le nombre de communautés domestiques provient du rapport d'activité du FNS, le nombre de membres du rapport d'activité du Ministère de la Famille et de l'Intégration (MiFa) (partie consacrée à l'ONIS); ce dernier étant le seul organisme à connaître la composition des communautés domestiques touchant uniquement une allocation d'activation.

Sur la période 2012-2021, l'évolution du nombre de communautés domestiques est relativement stable.

Graphique 1: Évolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille [a]



a. Situation au 31 décembre.
Sources : Fonds national de solidarité (FNS), Service national de l'action sociale (SNAS) / Office national de l'inclusion sociale (ONIS) .

Au 31 décembre 2021, le FNS compte 10 729 communautés domestiques bénéficiant du REVIS (+0,6% par rapport à 2020) composées de 24 275 membres (+1,5% par rapport à 2020). Fin 2021, 10 167 communautés domestiques bénéficient d'une allocation d'inclusion et 1 457 bénéficient d'une allocation d'activation pour une activité d'insertion professionnelle. Ces chiffres étaient de 10 138 et 1 433 un an plus tôt. A noter qu'une communauté domestique peut bénéficier en même temps d'une allocation d'inclusion et d'une allocation d'activation.

1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION

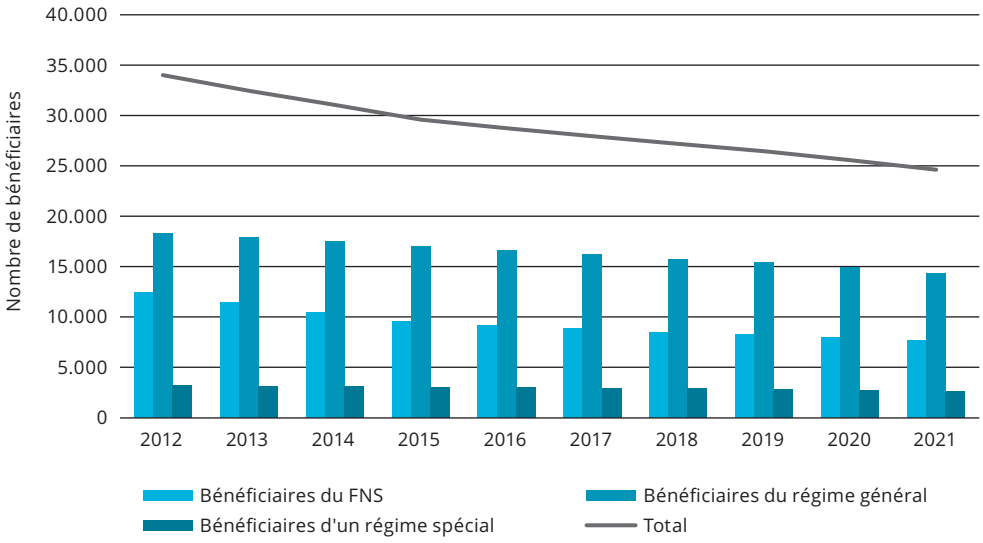
La loi du 28 juin 2002 crée un forfait d'éducation (« Mammerent ») qui est accordé au parent qui s'est consacré à l'éducation d'un enfant à condition que sa pension ou celle de son conjoint ne comporte pas, pour l'enfant en question, la mise en compte de baby-years. Depuis 2011, le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 65 ans (60 ans auparavant) ou au moment de l'octroi d'une pension personnelle.

Pour les bénéficiaires de pension, le montant du forfait d'éducation s'élève à 124,4 EUR par mois et par enfant en moyenne en 2021, contre 122,05 EUR par mois et par enfant en 2020. Ce montant est adapté à l'indice du coût de la vie et ajusté au niveau de vie à l'instar des pensions. Il est soumis aux mêmes charges sociales et fiscales que les pensions. Ce forfait d'éducation est avancé par les caisses de pension pour le compte du FNS.

Le forfait d'éducation pour les ayants droit qui ne touchent pas de pension est liquidé directement par le FNS. Le montant est figé à 86,54 EUR par mois et par enfant par la loi du 27 juin 2006.

Les différents forfaits d'éducation sont intégralement à charge de l'État. La loi du 19 décembre 2008 élargit le cercle des bénéficiaires aux personnes relevant d'un instrument bi- ou multilatéral, en enlevant la condition de domiciliation et de résidence.

Graphique 2: Évolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension [a]



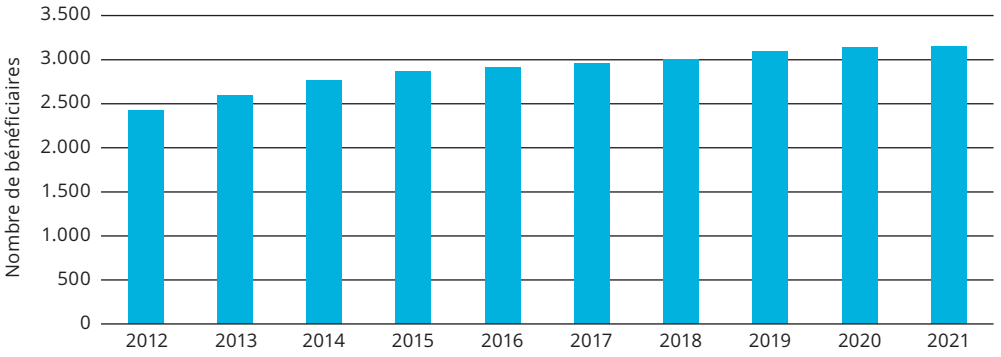
a. Situation au 31 décembre.
Source : Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

En décembre 2021, le FNS enregistre 7 631 paiements mensuels, les régimes spéciaux renseignent 2 651 liquidations, et la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) enregistre 14 355 bénéficiaires. Au total, 24 637 bénéficiaires sont dénombrés en décembre 2021, contre 25 583 bénéficiaires en décembre 2020. La régression observée depuis 2012 résulte du rehaussement de l'âge d'ouverture du droit au forfait d'éducation à 65 ans en janvier 2011 contre 60 ans jusque-là et de l'arrivée progressive à l'âge de la retraite de générations de parents qui peuvent mettre en compte des baby-years ou qui ne se sont pas arrêtés de travailler lorsque leurs enfants avaient moins de quatre ans. En moyenne deux enfants par demande ouvrent droit au forfait.

1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES

La loi du 12 septembre 2003, entrée en vigueur au 1er juin 2004, introduit un revenu en faveur des personnes gravement handicapées qui présentent une diminution de la capacité de travail d'au moins 30%, et qui sont hors d'état d'exercer un emploi salarié sur le marché de travail ordinaire ou dans un atelier protégé. Les personnes reconnues travailleurs handicapés perçoivent soit un salaire pour travailleurs handicapés, soit un revenu pour personnes gravement handicapées.

Graphique 3: Évolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées [a]



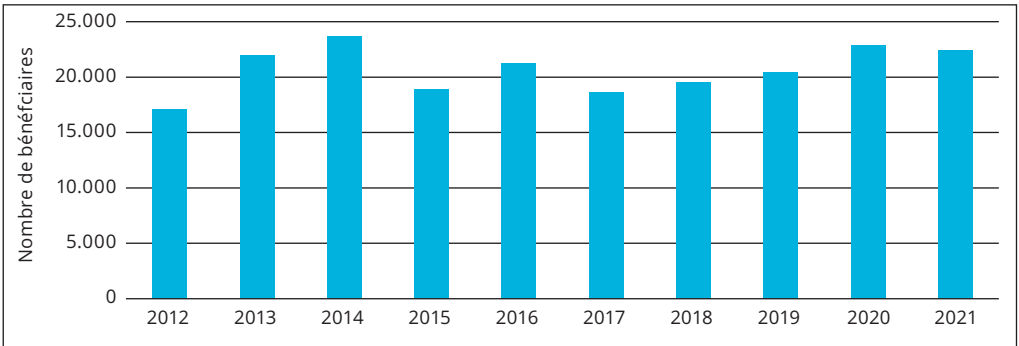
a. Situation au 31 décembre.
Source : Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

Cette dernière prestation est à charge du FNS. Le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2021 est de 3 148, contre 3 139 pour l'année 2020, soit une augmentation de 0,3%. A noter que le nombre de bénéficiaires a progressé de 30% entre 2012 et 2021.

1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE

Le règlement du Gouvernement en Conseil du 19 décembre 2008 introduit, à partir de l'année 2009, une allocation de vie chère en lieu et place de l'allocation de chauffage (créée en 1983) en faveur des ménages à revenu modeste. Les montants de cette nouvelle allocation de vie chère sont deux fois plus élevés que les montants de l'allocation de chauffage. Entre 2014 et 2015, un retard dans le traitement des nouvelles demandes explique la baisse apparente en 2015. Depuis 2015, une nouvelle date limite (30.9.) pour introduire les demandes de l'allocation de vie chère a été fixée pour limiter les retards de traitement. Face à la crise liée à la COVID-19, le Gouvernement a décidé de doubler ponctuellement les montants de l'allocation de vie chère en 2020 par rapport à ceux de l'année précédente. En 2021, les montants de cette allocation ne sont pas revenus au niveau de ceux de 2019 mais, dans une volonté de soutenir davantage les ménages modestes, ils ont été augmentés de 10% par rapport aux montants de 2019.

Graphique 4: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère [a]



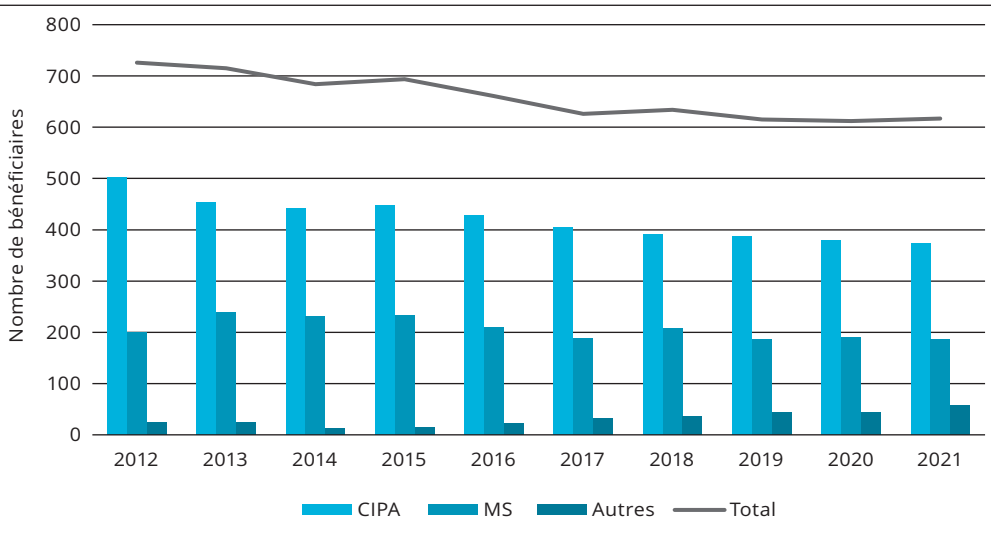
a. Situation au 31 décembre.
Source : Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

En 2021, 22 393 ménages bénéficient de l'allocation de vie chère, contre 22 899 en 2020, soit une baisse de 2,2%.

1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE

Le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique institue une aide au profit des personnes incapables de couvrir par leurs ressources personnelles les dépenses afférentes à ces prestations. Le montant de ce complément est fixé en fonction de la qualité des prestations fournies et des ressources personnelles des usagers. De 1999 à 2004, les institutions couvertes par la loi pour l'accueil gérontologique se limitent aux centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) et aux maisons de soins (MS). Depuis 2004, le FNS est autorisé à participer également aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit, dont notamment certains logements encadrés.

Graphique 5: Évolution du nombre de bénéficiaires du complément accueil gérontologique par lieu de séjour [a]



a. Situation au 31 décembre.
Note : Autres = établissements médico-sociaux assurant un accueil de jour et de nuit.
Source : IGSS.

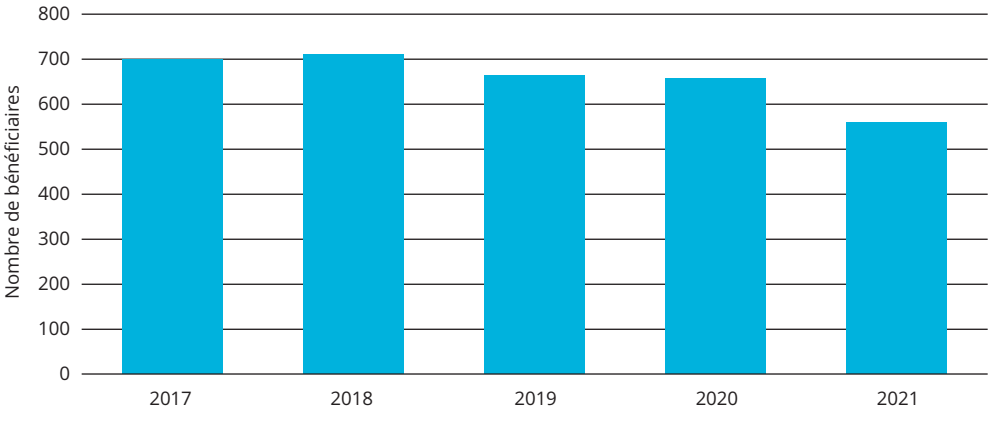
Depuis 2012, les proportions des bénéficiaires résidant dans une maison de soins (MS), dans un centre intégré pour personnes âgées (CIPA) ou dans un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit (Autres) sont restés relativement stables. En 2021, 60,5% des bénéficiaires résident dans un CIPA, 30,3% résident dans une maison de soins, et 9,2% dans un autre établissement. Au 31 décembre 2021, 617 compléments sont versés, contre 612 en 2020.

1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES

La loi du 26 juillet 1980 et le règlement grand-ducal du 2 décembre 1983 règlent l'avance et le recouvrement par le FNS de pensions alimentaires dues à un conjoint, un ascendant ou un descendant.

Tout ayant droit d'une pension alimentaire fixée par décision judiciaire exécutoire au Grand-Duché de Luxembourg non payée par son débiteur, peut faire une demande auprès du FNS pour toucher une avance sur la pension alimentaire. La condition est que le bénéficiaire se trouve dans une situation économique difficile et ait personnellement épuisé toutes les possibilités légales pour obtenir son droit.

Graphique 6: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire [a]



a. Situation au 31 décembre.
Source : Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

Au 31 décembre 2021, 560 personnes sont bénéficiaires, contre 657 personnes en 2020.

1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES

Depuis l'abrogation des allocations compensatoires en 1986, le nombre de bénéficiaires est passé de 7 020 au 31 décembre 1986 à 124 au 31 décembre 2021. Plus aucun bénéficiaire n'est à charge du FNS, tous relèvent de la CNAP.

L'allocation pour personnes gravement handicapées (APGH) est abolie en 1999 mais continue à être versée aux bénéficiaires de cette allocation en 1999. Le nombre de bénéficiaires de l'APGH est passé de 2 713 personnes au 31 décembre 1999 à 501 personnes au 31 décembre 2021.

2. LA SITUATION FINANCIÈRE

En 1960, le FNS est créé afin de combler les dernières lacunes laissées par le système de sécurité sociale qui est en train de se mettre en place, notamment par le paiement d'une pension de solidarité, basée sur les ressources. Le financement y prévu est appliqué jusqu'aujourd'hui. Il se compose essentiellement d'une dotation de l'État, d'une partie du produit de la Loterie Nationale et des recettes issues de la restitution de certaines prestations.

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

L'État verse au FNS des dotations destinées à couvrir les besoins résultant des obligations définies par les différentes lois relatives aux prestations à liquider. Le reste des prestations est couvert par des recettes provenant d'établissements d'utilité publique (Loterie Nationale et Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte), ainsi que par des remboursements et restitutions effectués par des bénéficiaires de ces prestations. Les frais d'administration sont remboursés au FNS par l'État.

Tableau 1: Évolution des recettes et des dépenses globales du FNS (en millions EUR)

Exercice	2017	2018	2019	2020	2021
Recettes					
Dotations de l'État	298,1	300,6	313,1	359,7	329,7
Participation d'autres organismes [a]	3,6	7,1	7,7	7,3	7,4
Participation de l'État aux frais d'administration	8,6	9,0	9,3	10,4	10,9
Restitutions et pensions alimentaires recouvrées	17,8	18,1	20,8	21,2	25,3
Autres recettes	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
TOTAL DES RECETTES	**328,4**	**335,1**	**351,2**	**398,6**	**373,5**
Variation annuelle en %	*1,6%*	*2,0%*	*4,8%*	*13,5%*	
Dépenses					
Frais d'administration	8,6	9,0	9,3	10,4	10,9
Prestations	319,1	325,6	340,8	387,6	360,7
dont:					
Revenu minimum garanti (RMG) / Revenu d'inclusion sociale (REVIS) [b]	175,1	179,7	192,2	195,3	204,9
Forfait d'éducation (« Mammerent »)	56,1	54,6	53,1	51,5	49,6
Revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH)	45,3	46,5	49,2	50,7	52,5
Allocation de vie chère (AVC)	32,2	34,5	36,3	79,9	43,5
Accueil gérontologique	7,8	8,0	7,9	8,0	8,2
Pensions alimentaires	2,4	2,2	2,0	2,0	1,9
Allocations compensatoires	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Autres dépenses	0,6	0,5	1,0	0,7	1,9
TOTAL DES DEPENSES	**328,4**	**335,1**	**351,2**	**398,6**	**373,5**
Variation annuelle en %	*1,6%*	*2,0%*	*4,8%*	*13,5%*	*-6,3%*
Solde des opérations courantes	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

a. Loterie nationale et Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte
b. Revenu d'inclusion sociale (REVIS) à partir de 2019.

Les dépenses se composent principalement des prestations qui sont au nombre de sept et qui représentent plus de 97% des dépenses totales.

Le coût total des prestations REVIS [3], charges sociales comprises, atteint un montant de 204,9 millions EUR en 2021, soit une augmentation de 4,9% par rapport à 2020. Parmi les prestations REVIS, les allocations d'inclusion affichent un montant de 171,1 millions EUR, et les allocations d'activation un montant de 33,8 millions EUR.

Les dépenses totales relatives au forfait d'éducation pour l'exercice 2021 s'élèvent à 49,6 millions EUR, contre 51,5 millions EUR en 2020. Cette régression de 3,6% s'explique par une diminution du nombre de bénéficiaires. Les prestations liquidées directement par le FNS se chiffrent à 17,4 millions EUR. Les régimes spéciaux de pension se sont acquittés de 5,7 millions EUR et le régime général d'assurance pension a alloué 26,5 millions EUR.

Pour 2021, les dépenses annuelles du revenu pour personnes gravement handicapées se chiffrent à 52,5 millions EUR, contre 50,7 millions EUR pour 2020 (cotisations sociales comprises). L'augmentation de 3,6% des dépenses s'explique par la hausse du montant du RPGH à l'indice 100 de 2,8% au 1er janvier 2021 et par l'indexation de ce revenu en octobre 2021 (+2,5%).

Les dépenses annuelles pour l'exercice 2021 relative à l'allocation de vie chère s'élèvent à 43,5 millions EUR, contre 79,9 millions EUR en 2020, année marquée par le doublement des montants de cette prestation pour faire face à la crise liée à la COVID-19.

Les dépenses relatives au complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique varient avec l'évolution du nombre de bénéficiaires et avec celle du montant moyen payé. En 2021, le montant des dépenses augmente de 2,4% pour un nombre de bénéficiaires quasiment constant par rapport à 2020.

Le coût annuel des pensions alimentaires est influencé par le nombre de demandes acceptées, par le niveau du montant alloué et par le montant du recouvrement de pensions avancées. Les niveaux des montants des pensions alimentaires avancées par le FNS sont influencés d'une part par le nombre des personnes faisant partie d'un ménage, et d'autre part par le fait que le législateur n'a pas fixé de plafonds, de sorte que le FNS doit s'acquitter du montant fixé par décision judiciaire. Ainsi, la fourchette des montants avancés est assez large. En 2021, ce coût atteint 1,9 millions EUR, montant à peine plus bas que celui de 2020.

Le montant des dépenses des allocations compensatoires continue à diminuer (0,11 million EUR en 2021 contre 0,13 million EUR en 2020).

Le financement de l'allocation pour personnes gravement handicapées (APGH) est repris par l'assurance dépendance depuis son introduction en 1999. Selon le décompte de l'assurance dépendance de 2021, les dépenses pour l'allocation pour personnes gravement handicapées s'élèvent à 4,5 millions EUR, contre 4,7 millions EUR en 2019, soit une baisse de 4,4%.

3. Les prestations REVIS comprennent l'allocation d'inclusion, l'allocation d'activation, les cotisations d'assurance pension selon l'art.6(3) de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale et les prestations de participation aux frais de personnel en cas d'engagement d'un bénéficiaire de l'allocation d'activation moyennant contrat de travail selon l'art.51 de la loi précitée.

2.2. LES RECETTES COURANTES

Les recettes courantes s'élèvent à 373,5 millions EUR en 2021, soit une baisse de 6,3% par rapport à 2020. Les dotations de l'État aux différentes prestations, qui composent la très grande part des recettes, s'élèvent à 329,7 millions EUR en 2021 contre 359,7 millions EUR en 2020. Les frais d'administration du FNS affichent 10,9 millions EUR en 2021. Depuis 2013, la quote-part du FNS dans les recettes de l'Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte a été relevée à un tiers, contre un quart auparavant. En 2021, ces recettes se situent à 7,4 millions EUR. Les restitutions de prestations qui se composent de restitutions de prestations indûment touchées ou de restitutions de prestations dûment touchées de la part de bénéficiaires revenus à meilleure fortune affichent 25,5 millions EUR en 2021.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les prestations constituent la presque totalité des dépenses courantes, les frais d'administration ne représentant que 2,9% du total. En 2021, le montant total des prestations payées par le FNS atteint 360,7 millions EUR, contre 387,6 millions EUR pour l'année précédente, année du doublement des montants de l'allocation de vie chère. Le total des dépenses courantes atteint 373,5 millions EUR, contre 398,6 millions EUR en 2020, soit un recul de 6,3%.

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Protection sociale

Tableau 1: Panorama de la protection sociale 12
Tableau 2: Évolution des recettes et dépenses totales de protection sociale (en millions EUR) 24
Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2021 (moyenne annuelle) 28
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2021 (moyenne annuelle) 29
Tableau 5: Évolution du nombre de personnes protégées entre 2017 et 2021 (moyenne annuelle) 30
Tableau 6: Évolution annuelle de la population protégée entre 2017 et 2021 (moyenne annuelle) 30

Assurance maladie-maternité

Tableau 1: Évolution du nombre de médecins conventionnés au Luxembourg 38
Tableau 2: Évolution du nombre de médecins conventionnés à activité significative par spécialité médicale 40
Tableau 3: Évolution du nombre des médecins hospitaliers de 2018 à 2022 41
Tableau 4: Évolution du nombre des professionnels de santé autorisés à exercer par qualification 44
Tableau 5: Évolution du nombre de salariés du secteur hospitalier par sexe et pays de résidence 45
Tableau 6: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2022 47
Tableau 7: 48
Tableau 8: Évolution des dépenses pour soins de santé (en millions EUR) 50
Tableau 9: Évolution de la distribution des soins de santé consommés 53
Tableau 10: Évolution des contacts médicaux de 2017 à 2021 56
Tableau 11: Évolution du volume des honoraires des médecins depuis 2012 (en millions EUR) 60
Tableau 12: Relevé de certaines unités d'œuvre fournies aux patients COVID-19 dans les établissements hospitaliers 65
Tableau 13: Le type d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus en 2021 73
Tableau 14: Évolution du Top 10 du nombre d'admissions en hôpital de jour par diagnostic principal 74
Tableau 15: Évolution du Top 10 du nombre d'admissions en hospitalisation avec nuitée par diagnostic principal 75
Tableau 16: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2021 81
Tableau 17: Évolution des dépenses pour les autres soins de santé de 2012 à 2021 (en milliers EUR) 86
Tableau 18: Évolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger entre 2019 et 2021 88
Tableau 19: Répartition du total des autorisations sollicitées par pays fournisseur en 2021 89
Tableau 20: Évolution des prestations en espèces de maladie (en millions EUR) 90
Tableau 21: Décomposition de la progression du taux d'absentéisme maladie entre 2019 et 2021 92
Tableau 22: Évolution des prestations en espèces maternité de 2019 à 2021 99
Tableau 23: Évolution du nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge entre 2019 et 2021 100
Tableau 24: Part des femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail depuis 2019 selon le secteur d'activité 104
Tableau 25: Répartition sectorielle des dispenses depuis 2019 104
Tableau 26: Évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR) 109
Tableau 27: Évolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité de 2017 à 2021 (en millions EUR) 112
Tableau 28: Évolution des dépenses pour soins de santé de 2017 à 2021 (en millions EUR) 114
Tableau 29: Évolution des dépenses pour prestations en espèces de 2017 à 2021 (en millions EUR) 115
Tableau 30: Évolution des recettes et dépenses de la Mutualité des Employeurs entre 2017 et 2021 (en millions EUR) 116

Assurance dépendance

Tableau 1: Évolution des effectifs du personnel 125
Tableau 2: Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée par qualification 126
Tableau 3: Évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance 128
Tableau 4: Évolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour 130
Tableau 5: Évolution du nombre de bénéficiaires par groupe d'âge et lieu de séjour 131
Tableau 6: Évolution de l'âge moyen et de l'âge médian des bénéficiaires de l'assurance dépendance 131
Tableau 7: Évolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour 131
Tableau 8: Évaluation de la répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et par type d'affection 132
Tableau 9: Évolution du nombre de bénéficiaires d'un forfait Décès ou d'un forfait Soins palliatifs 133
Tableau 10: Évolution de l'âge moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type d'affection 133
Tableau 11: Évolution de l'âge moyen des bénéficiaires d'un forfait Décès ou Soins palliatifs 134
Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2021 (en % du total) 136
Tableau 13: Classification des causes de la dépendance selon la AEC 137
Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2021 (en % du total) 137
Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2021 (en % du total) 138
Tableau 16: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance 140
Tableau 17: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance et par lieu de séjour en 2021 (en % du total) 141
Tableau 18: Évolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV) 142
Tableau 19: Répartition des personnes vivant à domicile selon leur synthèse de prise en charge en 2021 (en %) 143
Tableau 20: Répartition des personnes vivant dans un ESC selon leur synthèse de prise en charge en 2021 (en %) 144
Tableau 21: Répartition des personnes résidant dans un ESI selon leur synthèse de prise en charge en 2021 (en %) 145
Tableau 22: Répartition des bénéficiaires d'AAI par cause de dépendance principale et lieu de séjour en 2021 (en %) 145
Tableau 23: Les bénéficiaires vivant à domicile ayant droit à une formation en fonction de l'origine du plan en 2021 148
Tableau 24: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par groupe d'âge en 2021 149
Tableau 25: Évolution de la répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage 149
Tableau 26: Répartition des aidants évalués depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance par groupe d'âge et sexe en 2021 150
Tableau 27: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par sexe en 2021 150
Tableau 28: Répartition des aidants dont la cotisation assurance pension est prise en charge par l'assurance dépendance entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2021 par groupe d'âge et sexe 151
Tableau 29: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO 152
Tableau 30: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale 153
Tableau 31: Évolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement 154
Tableau 32: Évolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2012 (en millions EUR) 155
Tableau 33: Évolution des dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance par groupe d'âge et lieu de séjour du bénéficiaire (en millions EUR) 156
Tableau 34: Évolution du coût des prestations en nature par type de prestation et lieu de séjour au Luxembourg (en millions EUR) 159

Tableau 35: Évolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions EUR) 159
Tableau 36: Évolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature (en millions EUR) 160
Tableau 37: Répartition des dépenses pour certains types de prestations en nature par groupe d'âge du bénéficiaire en 2021 (en millions EUR) 160
Tableau 38: Évolution des dépenses pour prestations à domicile par type de partage (en millions EUR) 161
Tableau 39: Évolution des dépenses pour les aides techniques (en millions EUR) 162
Tableau 40: Évolution des dépenses pour les prestations forfaitaires de l'assurance dépendance (en milliers EUR) 162
Tableau 41: Évolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance (en millions EUR) 163
Tableau 42: Évolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance 164

Assurance pension

Tableau 1: Évolution des prestations en cours de paiement 170
Tableau 2: Évolution des assurés cotisants 174
Tableau 3: Évolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension (en millions EUR) 176
Tableau 4: Évolution des principales dépenses en prestations (en millions EUR) 178
Tableau 5: Évolution de la situation du régime général de pension 179

Assurance accident

Tableau 1: Évolution récente du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général) 185
Tableau 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général par type d'accident 187
Tableau 3: Évolution du nombre de prestations en espèces pendant les 78 premières semaines 188
Tableau 4: Évolution du nombre des rentes 188
Tableau 5: Évolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux 189
Tableau 6: Évolution des prestations pour soins de santé 189
Tableau 7: Évolution du nombre des dégâts matériels 190
Tableau 8: Évolution des rentes avant la réforme et rachats de rentes 190
Tableau 9: Évolution des recettes et des dépenses courantes de l'assurance accident (en millions EUR) 191
Tableau 10: Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2019 (en millions EUR) 192
Tableau 11: Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2019 (en millions EUR) 193
Tableau 12: Évolution du montant des prestations du régime général (en millions EUR) 193
Tableau 13: Évolution du montant des prestations des régimes spéciaux (en millions EUR) 194

Prestations familiales

Tableau 1: Évolution du nombre de bénéficiaires des prestations familiales en espèces 201
Tableau 2: Évolution des recettes et dépenses courantes de la CAE (en millions EUR) 202
Tableau 3: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger en 2021 (montants en millions EUR) 205

Inclusion sociale

Tableau 1: Évolution des recettes et des dépenses globales du FNS (en millions EUR) 215

SOMMAIRE DES GRAPHIQUES

Protection sociale

Graphique 1: Évolution des recettes courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %) 16
Graphique 2: Évolution du financement de la protection sociale (en % des recettes courantes) 17
Graphique 3: Évolution de la participation de l'État au financement de la protection sociale (en % du budget des dépenses courantes de l'État) 18
Graphique 4: Répartition de la participation de l'État au financement des régimes de protection sociale (en % des recettes courantes - valeurs moyennes sur la période 2017-2021) 18
Graphique 5: Évolution des dépenses courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %) 20
Graphique 6: Évolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes) 21
Graphique 7: Évolution des prestations de protection sociale par fonction (en % du PIB) 21
Graphique 8: Évolution des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale (en % du PIB) 23
Graphique 9: Répartition de la population protégée par âge en 2021 (moyenne annuelle) 29
Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2017-20201 31

Assurance maladie-maternité

Graphique 1: Évolution des médecins conventionnés à activité significative 39
Graphique 2: Évolution de la pyramide des âges des médecins conventionnés à activité significative par sexe et spécialité médicale 39
Graphique 3: Évolution de la pyramide des âges des médecins hospitaliers par sexe 42
Graphique 4: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers masculins en 2013 et 2022 42
Graphique 5: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers féminins en 2013 et 2022 43
Graphique 6: Évolution des dépenses pour soins de santé 49
Graphique 7: Répartition des dépenses pour soins de santé au Luxembourg en 2021 (en % du total) 52
Graphique 8: 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 2021 (en % du total) 54
Graphique 9: Répartition du nombre de patients et du remboursement moyen par groupe d'âge et sexe en 2021 54
Graphique 10: Répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2021 56
Graphique 11: Répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et type de contact en 2021 57
Graphique 12: Évolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2019 à 2021 58
Graphique 13: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2021 (en milliers EUR) 60
Graphique 14: Évolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2017 et 2021 (par ordre décroissant pour 2021) 61
Graphique 15: Évolution des dépenses pour soins de médecine 62
Graphique 16: Évolution des dépenses pour soins de médecine dentaire 63
Graphique 17: Évolution des dépenses pour soins hospitaliers 64
Graphique 18: Évolution des frais fixes et des frais variables 65
Graphique 19: Évolution des journées d'hospitalisation par type d'hospitalisation 66
Graphique 20: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2021 (en %) 67
Graphique 21: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2021 (en %) 68
Graphique 22: Évolution du nombre d'admissions par type d'hospitalisation 69
Graphique 23: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2021 70
Graphique 24: Répartition des admissions liées à la COVID-19 par sexe, groupe d'âge et type de soins en 2021 71

Graphique 25: Répartition des hospitalisations liées à la COVID-19 par hôpital et type de soins en 2021 71
Graphique 26: Répartition des hospitalisations liées à la COVID-19 par groupe d'âge et état de vaccination en 2021 72
Graphique 27: Nombre d'hospitalisations de jour par groupe d'âge et sexe en 2021 (hôpitaux aigus) 74
Graphique 28: Durée moyenne de séjour par groupe d'âge et sexe en 2021 (hôpitaux aigus) 76
Graphique 29: Durée moyenne de séjour des hospitalisations liées à la COVID-19 par groupe d'âge et sexe en 2021 76
Graphique 30: Évolution des dépenses pour prestations en nature de maternité (en millions EUR) 77
Graphique 31: Le nombre d'accouchements par césarienne et le nombre d'accouchements normaux en 2012 et 2021 78
Graphique 32: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2012 et 2021 79
Graphique 33: Évolution des dépenses relatives aux médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public 80
Graphique 34: Part des médicaments génériques dans l'ensemble des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public 81
Graphique 35: Évolution des dépenses totales relatives aux médicaments 82
Graphique 36: Évolution des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale 83
Graphique 37: Évolution des dépenses pour soins infirmiers 84
Graphique 38: Évolution des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie 85
Graphique 39: Répartition des doses de vaccination contre la COVID-19 par lieu de prestation en 2021 87
Graphique 40: Évolution des dépenses pour prestations à l'étranger 88
Graphique 41: Évolution du taux d'absentéisme maladie depuis 2012 92
Graphique 42: Évolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie depuis 2019 93
Graphique 43: Évolution mensuelle du nombre de personnes absentes depuis 2019 93
Graphique 44: Taux d'absentéisme maladie selon le groupe d'âge et le sexe en 2019, 2020 et 2021 95
Graphique 45: Taux d'absentéisme maladie selon le pays de résidence des salariés privés en 2019, 2020 et 2021 96
Graphique 46: Taux d'absentéisme maladie selon le secteur d'activité en 2019, 2020 et 2021 96
Graphique 47: Répartition du nombre de jours et du nombre d'épisodes de maladie des salariés résidents en 2021, selon la raison médicale 97
Graphique 48: Décomposition du taux d'absentéisme maladie des salariés résidents selon la raison médicale en 2019, 2020 et 2021 98
Graphique 49: Évolution des indemnités pécuniaires de maternité proprement dites (en millions EUR) 99
Graphique 50: Évolution des indemnités pécuniaires de maternité pour la protection des femmes enceintes (dispenses) (en millions EUR) 100
Graphique 51: Évolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité 101
Graphique 52: Évolution de la proportion des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans ayant bénéficié d'un congé de maternité 101
Graphique 53: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 2007 et 2021 102
Graphique 54: Évolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail 103
Graphique 55: Évolution de la part des femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail 103
Graphique 56: Évolution du nombre de bénéficiaires du congé pour raisons familiales selon le sexe 105
Graphique 57: Évolution de la part des salariés ayant bénéficié du congé pour raisons familiales selon le sexe 106
Graphique 58: Nombre de femmes ayant bénéficié du congé pour raisons familiales par groupe d'âge depuis 2019 106
Graphique 59: Nombre d'hommes ayant bénéficié du congé pour raisons familiales par groupe d'âge depuis 2019 107

Graphique 60: Évolution du solde des opérations courantes de 2017 à 2021 (en millions EUR) 110
Graphique 61: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2017 à 2021 111
Graphique 62: Évolution des recettes et dépenses courantes à partir de 2017 111
Graphique 63: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2020 (en % du total) 113

Assurance dépendance

Graphique 1: Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance 129
Graphique 2: Évolution du temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge 142
Graphique 3: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour les AEV (en heures) par groupe d'âge en 2021 146
Graphique 4: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour AEV (en heures) par cause de dépendance principale en 2021 147
Graphique 5: Évolution du coût des prestations par groupe d'âge et sexe du bénéficiaire 157
Graphique 6: Évolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire 158
Graphique 7: Évolution de la participation de l'État aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR) 165
Graphique 8: Évolution de la réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes 166

Assurance pension

Graphique 1: Répartition des pensions par type de pension et par sexe du bénéficiaire en 2021 171
Graphique 2: Part des pensions migratoires par type de pension en 2021 172
Graphique 3: Répartition des pensions par pays de destination en 2021 172
Graphique 4: Répartition par âge du bénéficiaire des pensions de vieillesse attribuées en 2021 173
Graphique 5: Montant moyen des pensions non migratoires par type de pension en 2021 (en EUR) 174
Graphique 6: Évolution du nombre moyen d'assurés et de pensions 175
Graphique 7: Évolution des recettes et des dépenses courantes du régime général d'assurance pension 177
Graphique 8: Évolution de la réserve du régime général d'assurance pension 179

Assurance accident

Graphique 1: Évolution du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général) 184
Graphique 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés par régime 185
Graphique 3: Nombre d'accidents déclarés du régime général et des régimes spéciaux par type d'accident en 2021 186
Graphique 4: Évolution du taux de fréquence des accidents 187

Prestations familiales

Graphique 1: Évolution du nombre d'enfants bénéficiaires par groupe d'âge et du nombre de familles attributaires 198
Graphique 2: Évolution des dépenses courantes 204
Graphique 3: Évolution des prestations familiales transférées à l'étranger 205

Inclusion sociale

Graphique 1: Évolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille 210
Graphique 2: Évolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension 211
Graphique 3: Évolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées 212
Graphique 4: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère 212
Graphique 5: Évolution du nombre de bénéficiaires du complément accueil gérontologique par lieu de séjour 213
Graphique 6: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire 214

GLOSSAIRE

Accident de trajet (AA)	Accident survenu sur le parcours normal et direct emprunté par le salarié pour se rendre de son domicile habituel à son lieu de travail et en revenir.
Accident de travail (AA)	Accident survenu par le fait du travail ou à l'occasion du travail. La prise en charge d'un accident de travail présuppose qu'une personne assurée subisse, à l'occasion d'une activité assurée, un accident qui entraîne une lésion corporelle et/ou des dégâts au véhicule.
Accueil gérontologique ou Complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique (IS)	Ce complément est versé par le FNS sous certaines conditions aux personnes admises en institution (centre intégré pour personnes âgées, maison de soins ou autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit) ou séjournant à l'hôpital, mais dont les ressources personnelles ne leur permettent pas de couvrir les frais d'hôtellerie (prix d'accueil) et les besoins personnels.
Actes essentiels de la vie (AD)	La perte d'autonomie se caractérise par des difficultés, voire une incapacité, à réaliser seul certains actes essentiels de la vie : se lever, s'habiller, se coucher, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son domicile.
Activités d'accompagnement en établissement (AD)	Les activités d'accompagnement en établissement d'aides et de soins consistent en un encadrement durant la journée d'une personne dépendante. Ces activités ont pour objectif de garantir la sécurité de la personne dépendante qui ne peut pas rester seule de façon prolongée ou d'éviter un isolement social. Elles aident à structurer le déroulement de la journée de la personne dépendante et permettent une participation à des activités occupationnelles ou sociales. Les activités d'accompagnement en établissement sont prestées en collectivité.
Activités d'appui à l'indépendance (AD)	Les activités d'appui à l'indépendance consistent à apprendre à la personne dépendante les capacités requises pour réaliser des actes essentiels de la vie, soit : • en prévenant une diminution des capacités motrices, cognitives et psychiques ; • en entretenant les capacités motrices, cognitives et psychiques ; • en améliorant les capacités motrices, cognitives et psychiques.

Activités de maintien à domicile - Assistance à l'entretien du ménage (AD)	Il s'agit d'un forfait de 3 heures par semaine payé directement au réseau d'aides et de soins. Ce forfait finance les tâches visant à garantir la propreté des lieux de vie de la personne dépendante (salle de bains, toilettes, cuisine, chambre à coucher, salon, salle à manger) et/ou à veiller à son approvisionnement de base, c'est-à-dire : • nettoyer et ranger les pièces de vie ; • faire la vaisselle et nettoyer l'équipement de la cuisine ; • s'assurer de la comestibilité des aliments ; • acheter les denrées alimentaires et les produits de première nécessité pour la personne ; • changer la literie ; • laver et repasser le linge.
Activités de maintien à domicile - Gardes en groupe (AD)	La garde en groupe vise à garantir l'intégrité physique et psychique d'une personne dépendante présentant un besoin d'encadrement prolongé. En outre, elle peut viser le répit planifié de l'aidant. Cette garde consiste en un encadrement en-dehors du lieu de vie, durant la journée d'une personne dépendante et ne pouvant rester seule de façon prolongée. La garde en groupe comprend le cas échéant des activités occupationnelles lorsque l'état général de la personne le permet.
Activités de maintien à domicile - Gardes individuelles (AD)	La garde individuelle vise à garantir l'intégrité physique et psychique d'une personne dépendante présentant un besoin constant de surveillance et d'encadrement. En outre, elle vise le répit planifié de l'aidant. Cette garde individuelle consiste en une surveillance et un encadrement à domicile pendant une courte période durant la journée d'une personne dépendante en l'absence de son aidant. La garde individuelle comprend le cas échéant des activités occupationnelles lorsque l'état général de la personne le permet
Activité d'insertion professionnelle (du SNAS) (IS)	Les activités d'insertion professionnelle prennent la forme: a) de préparation et de recherche assistées, pendant une durée qui ne peut excéder trois mois, d'une activité professionnelle rémunérée ou d'une des activités visées sous b) et c) ci-dessous; b) d'affectation temporaire à des travaux d'utilité collective auprès de l'État, des communes, des établissements publics, des établissements d'utilité publique ou de tout autre organisme, institution ou groupement de personnes poursuivant un but non lucratif ; c) d'affectation temporaire à un stage en entreprise.

Age médian	L'âge « x » qui divise une population en deux groupes d'effectifs égaux, l'un composé uniquement des individus d'âge supérieur ou égal à « x », l'autre des individus d'âge inférieur ou égal à « x ».
Age moyen	Il correspond à la somme des âges des personnes analysées divisée par leur nombre.
Aidant (AD)	Tierce personne qui assure, d'après un plan de prise en charge, des aides et soins à une personne dépendante à son domicile sans appartenir à un réseau d'aides et soins.
Aide à domicile (AD)	Toute activité consistant à accomplir pour au moins trois personnes, principalement au domicile des usagers, des prestations entre autres d'entretien, d'assistance au niveau des tâches domestiques, de garde, de guidance et d'orientation socio-familiales, éducatives et/ou gérontologiques, d'accompagnement au niveau des démarches administratives et sociales, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, le soutien à domicile et le conseil pris en charge par l'assurance dépendance.
Aide sociale (IS)	L'aide sociale assure aux personnes dans le besoin et à leur famille l'accès aux biens et aux services adaptés à leur situation particulière, afin de les aider à acquérir ou à préserver leur autonomie. Toute personne séjournant légalement au Grand-Duché de Luxembourg a en principe droit à l'aide sociale afin de pouvoir mener une vie conforme à la dignité.
Allocation compensatoire (IS)	L'allocation compensatoire a été créée en 1975 et abrogée en 1986. Elle est versée par le FNS en faveur de certaines catégories de bénéficiaires de rentes et de pensions. Depuis 1986, elle continue à être versée aux bénéficiaires tant qu'ils ont droit à une pension ou à une rente et pour autant qu'ils ne touchent pas le revenu minimum garanti.
Allocation complémentaire (cadre du RMG) (IS)	L'allocation complémentaire est destinée aux communautés domestiques résidentes qui disposent de revenus mensuels inférieurs aux plafonds du RMG sous certaines conditions.
Allocation d'activation (cadre du REVIS) (IS)	L'allocation d'activation qui remplace l'indemnité d'insertion (cadre du RMG) depuis le 1er janvier 2019 est destinée à soutenir une personne participant à une mesure d'activation.
Allocation d'éducation (PF)	L'allocation d'éducation a été introduite en 1988 et abolie au 1er juin 2015. Elle a pour but de donner aux parents la possibilité d'être plus disponibles pour l'éducation des enfants en bas âge. Depuis 2015, elle continue à être versée aux bénéficiaires tant que le droit persiste.

Allocation de rentrée scolaire (PF)	L'allocation de rentrée scolaire est accordée en faveur des enfants âgés de six ans et plus qui sont admis à l'enseignement fondamental ou à l'enseignement secondaire. Elle est destinée à alléger les dépenses extraordinaires auxquelles donne lieu la rentrée des classes. Le montant de l'allocation change selon l'âge de l'enfant. Elle est versée d'office en faveur des enfants bénéficiaires d'allocations familiales pour le mois d'août de la même année.
Allocation de vie chère (anc. : allocation de chauffage) (IS)	Le Fonds national de solidarité (FNS) accorde, sur demande et sous certaines conditions, une allocation spécifique (anciennement appelée allocation de chauffage), en faveur des ménages à revenu modeste. Cette allocation est destinée à satisfaire les besoins de ces ménages face à une situation économique difficile, et notamment à une augmentation du coût des biens destinés à la consommation.
Allocation d'inclusion (cadre du REVIS) (IS)	L'allocation d'inclusion qui remplace l'allocation complémentaire (cadre du RMG) depuis le 1er janvier 2019 est destinée à parfaire la différence entre les seuils du REVIS et la somme des ressources dont la communauté domestique dispose.
Allocation pour l'avenir des enfants (allocation familiale) (PF)	L'allocation pour l'avenir des enfants est un droit personnel de l'enfant résident Les allocations familiales sont dues en principe à partir du mois de naissance jusqu'à l'âge de dix-huit ans accomplis de l'enfant qui réside sur le territoire du Luxembourg ou dont les parents ont un emploi sur le territoire du Luxembourg. Les enfants non-résidents d'un parent travaillant au Luxembourg peuvent avoir droit à une allocation différentielle.
Allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (APGH) (IS)	L'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées a été créée en 1979 et abrogée en 1999 lors de l'introduction de l'assurance dépendance. Elle est versée par le FNS à la personne dont une ou plusieurs fonctions physiques ou mentales sont diminuées d'une façon telle qu'elle ne peut subsister sans l'assistance ou les soins constants d'une tierce personne. Depuis 1999, elle continue à être versée aux bénéficiaires qui ne bénéficient pas des prestations de l'assurance dépendance.
Allocation spéciale supplémentaire (PF)	L'allocation spéciale supplémentaire est due jusqu'à l'âge de 18 ans pour les enfants bénéficiaires de l'allocation pour l'avenir des enfants et atteints d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou diminution permanente d'au moins 50% de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge.
Anatomical Therapeutic Chemical classification (ATC) (AM)	L'ATC est un système de classification des médicaments établi par l'OMS. Les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et/ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

Assistance sociale (PS)	L'assistance sociale repose uniquement sur les besoins individuels. Elle est l'expression de la solidarité nationale et non une contrepartie d'un apport professionnel.
Avance (de pension) (AP)	Versement de pension à un titulaire pour lequel le montant définitif de la pension n'est pas encore déterminé (p.ex : premiers mois de pension).
Avance des pensions alimentaires (IS)	Le Fonds national de solidarité (FNS) avance et recouvre, sous certaines conditions, les pensions alimentaires dues aux conjoints, ascendants ou descendants. La pension alimentaire (également appelée « obligation alimentaire ») est une compensation financière versée, normalement par décision de justice, à une personne dont il s'agit d'assurer la subsistance alimentaire. Elle forme l'obligation légale de fournir à une personne dans le besoin l'aide indispensable pour vire.
Baby-years (AP)	La période dite « baby-years » est une période d'assurance de 2 années mise en compte dans la carrière d'assurance pension du parent qui s'est consacré au Grand-Duché de Luxembourg à l'éducation d'un enfant légitime, légitimé, naturel ou adoptif âgé de moins de 4 ans lors de l'adoption. La période prévisée de 24 mois est étendue à 48 mois si, au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant, l'intéressé élève dans son foyer au moins deux autres enfants ou si l'enfant est atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou d'une diminution permanente d'au moins 50 % de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge.
Caisse pour l'avenir des enfants (PF)	Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 23 juillet 2016, l'ancienne Caisse nationale des prestations familiales a changé de dénomination pour devenir la « Caisse pour l'avenir des enfants » (CAE). Elle regroupe au sein d'une entité nationale la gestion et le paiement de toutes les prestations familiales du Luxembourg, du congé parental et du chèque-service accueil pour travailleurs résidents et frontaliers.
Coefficient de charge (AP)	Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.
Communauté domestique (cadre du RMG et REVIS) (IS)	Une communauté domestique est constituée de toutes les personnes qui résident dans le cadre d'un foyer commun, qui disposent d'un budget commun et qui ne peuvent fournir des preuves matérielles qu'elles résident ailleurs.
Complément différentiel (PF)	Le complément différentiel concerne les familles ne résidant pas au Luxembourg, mais dont au moins un des parents exerce une activité professionnelle au Luxembourg. Dans ce cas, le pays de résidence est prioritaire pour le versement des prestations familiales, et le Luxembourg ajoute un complément différentiel si les prestations du Luxembourg sont supérieures aux montants des prestations étrangères.

Congé parental (PF)	Le congé parental est une mesure destinée à permettre aux parents d'interrompre leur activité professionnelle pour s'adonner pendant un certain temps aux tâches d'éducation de leurs enfants, tout en leur garantissant une indemnisation forfaitaire - l'indemnité de congé parental payée par la CAE - et la possibilité de retrouver leur emploi à la fin du congé.
Contrat subsidié (du SNAS) (IS)	Le contrat subsidié permet aux entreprises du secteur privé ou aux organismes publics de demander au SNAS la participation aux frais de personnel occasionnés par l'engagement d'un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion pour une période maximale de trente-six mois.
Contribution dépendance (AD)	La contribution dépendance est prélevée sur les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine des personnes assurées.
Cotisations réacheminées (PS)	Les cotisations sociales réacheminées sont les versements qu'un régime de protection sociale opère au profit d'un autre en vue de conserver ou d'augmenter, pour les personnes qu'il protège, les droits à la protection sociale du régime bénéficiaire.
Croissance nominale	La croissance nominale est une croissance qui n'est pas corrigée de l'impact de l'inflation. Une croissance corrigée de l'impact de l'inflation est une croissance réelle.
Defined Daily Dose (DDD) (AM)	La DDD est une mesure statistique définie par l'OMS qui est utilisée pour rendre comparable des données de consommation de différents dosages d'une même molécule ou de différentes substances d'une même classe de médicament.
Densité médicale (AM)	La densité médicale est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins à une population donnée. Elle s'exprime en nombre de médecins pour 1 000 personnes protégées.
Désindexation	La désindexation consiste en la suppression de l'adaptation d'une prestation ou d'un revenu à un index, par exemple la hausse des prix.
Diagnostic de sortie (AM)	Le diagnostic de sortie est encodé par le médecin traitant lors de la sortie de l'hôpital du patient. Ce diagnostic est codé selon la classification internationale des maladies 10e révision (CIM 10). Généralement, le diagnostic de sortie correspond à la cause d'hospitalisation.
Droits dérivés (PS)	Les droits dérivés en droit de la sécurité sociale désignent certains droits à prestations sociales dont bénéficie une personne en vertu d'un lien avec un assuré social.
Durée moyenne de séjour (DMS) (AM)	La durée moyenne de séjour à l'hôpital (DMS) est fréquemment utilisée pour mesurer l'activité de l'hôpital. Toutes choses égales par ailleurs, un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients hospitalisés vers le cadre moins onéreux des soins

	postaigus (réhabilitation, reconvalescence). La DMS est le nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle est généralement calculée en divisant le nombre total de journées passées par tous les patients au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties. Les soins dispensés en ambulatoire, les hospitalisations de jour et les hospitalisations pour traitements subaigus (rééducation, convalescence, etc.) ne sont pas pris en compte. A noter que la DMS n'est pas calculée sur base des épisodes et n'inclut pas les transferts entre plusieurs hôpitaux.
Ecart de réévaluation (de l'OPC du FDC) (AP)	L'écart de réévaluation correspond à la différence entre la valeur nette au 31 décembre d'une année et celle au 31 décembre de l'année précédente des fonds placés par le FDC dans son organisme de placement collectif (OPC).
Episode de maladie (PEE) (AM)	Un épisode de maladie est une période constituée de jours civils de maladie consécutifs. Une rechute précédée d'une reprise du travail est considérée comme un nouvel épisode.
Episode hospitalier (AM)	Un épisode hospitalier est la période mise en compte pour un patient lors d'une hospitalisation complète, ininterrompue, même si cette hospitalisation comporte des transferts vers d'autres établissements spécialisés (p.ex. INCCI, Rehazenter, etc.) ou commence avec une hospitalisation du jour.
Etablissement hospitalier subaigu (AM)	Etablissement de convalescence, de rééducation ou de réadaptation.
Evolution anticyclique	Par rapport aux cycles économiques, se dit d'une évolution qui va à l'opposé des périodes de croissance ou de ralentissement de la croissance.
Fonds de compensation commun au régime général de pension (AP)	Le Fonds de compensation commun au régime général de pension a été institué par la loi modifiée du 6 mai 2004 sur l'administration du patrimoine du régime général de pension. Il a pour mission d'assurer la gestion de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension dans la perspective de faire bénéficier la majeure partie de cette réserve de compensation de l'évolution des marchés financiers en diversifiant ses actifs dans un portefeuille tenant à la fois compte de critères de risque et de rendement.
Fonds national de solidarité (IS)	Le Fonds national de solidarité (FNS) est un établissement public qui gère et coordonne les prestations de l'assistance sociale.
Forfait d'éducation (IS)	Le forfait d'éducation, appelé « Mammerent », est destiné au parent, ou toute autre personne en lieu et place des parents, qui s'est consacré principalement à l'éducation d'un ou de plusieurs enfants. Le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 65 ans.

Hôpital aigu (AM)	Etablissement hospitalier prodiguant des soins curatifs de courte à moyenne durée dont les tâches principales consistent à soigner des maladies, effectuer des actes chirurgicaux, thérapeutiques et de diagnostic et aider les femmes qui accouchent. Sont exclus de ce groupe les hôpitaux traitant les patients ayant besoin de soins de longue durée du fait de souffrir de handicaps chroniques et d'une autonomie réduite dans les activités de la vie quotidienne et les établissements réservés aux soins palliatifs.
Hospitalisation (avec nuitée) (AM)	Une hospitalisation avec nuitée, appelée aussi hospitalisation complète, comprend au moins un jour (le jour de l'admission) et une nuit à l'hôpital.
Hospitalisation de jour (AM)	Les hospitalisations de jour regroupent les hospitalisations avec entrée et sortie le même jour et les passages en hôpital de jour chirurgical, non-chirurgical, pédiatrique et psychiatrique. Les prestations en policlinique ou similaires (p.ex. sessions de chimiothérapie ou de dialyse) ne sont pas considérées comme hospitalisations.
Inclusion sociale (IS)	L'inclusion sociale consiste en un ensemble d'actions et de dispositifs qui visent à couvrir les besoins des personnes défavorisées et à les soutenir afin de leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine et de pouvoir participer pleinement à la société. Dans son acception la plus large, l'inclusion sociale couvre tous les domaines de la société. Dans une perspective de protection sociale, seules les principales prestations individuelles en espèces et en nature, la plupart sous condition de ressources, qui participent au processus d'inclusion sociale, sont retenues.
Indemnisation des dégâts matériels accessoires (AA)	Si un accident du travail ou de trajet a provoqué un dommage corporel, l'Assurance accident indemnise le dégât causé aux vêtements ou autres effets personnels que l'assuré portait au moment de l'accident.
Indemnité d'insertion (cadre du RMG) (IS)	Indemnité destinée aux personnes majeures âgées de moins de 60 ans qui sont aptes et disponibles pour des mesures d'insertion professionnelle, qui ont signé le contrat d'insertion et qui participent aux activités d'insertion professionnelle organisées par le SNAS.
Indemnité forfaitaire pour douleurs physiques endurées (AA)	Indemnité visant à réparer les souffrances endurées par l'assuré jusqu'à la consolidation de ses lésions. Elle est destinée à réparer le dommage causé par les douleurs physiques spécifiques au type de blessures encourues ainsi que celles causées par les traitements chirurgicaux et thérapeutiques que leur guérison a nécessités. Elle consiste dans un forfait fixé sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'une échelle tenant compte de la gravité du préjudice.

Indemnité forfaitaire pour douleurs physiques esthétiques (AA)	Le préjudice esthétique peut être défini comme la répercussion d'une atteinte anatomique ou anatomo-physiologique à la personne, entraînant chez a victime une altération de l'image qu'en ont les autres, mais aussi une altération de l'image de soi, atteinte psychologique limitée que le médecin sait être habituelle. L'importance du préjudice esthétique est appréciée en fonction des séquelles laissées par la blessure subie (p.ex. localisation et apparence des cicatrices et infirmités) et de l'âge de la victime. Le préjudice esthétique est indemnisé par un forfait et il appartient au Contrôle médical de la sécurité sociale d'évaluer ce préjudice à l'aide d'une échelle numérique similaire quant à la graduation à celle utilisée pour la détermination du préjudice pour douleurs endurées, mais en partie différente quant aux montants.
Indemnité pour dommage moral forfaitaire (AA)	Si le décès d'un assuré a pour cause principale un accident du travail survenu ou une maladie professionnelle déclarée à partir du 1er janvier 2011, les survivants ont droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire. L'indemnisation consiste dans des forfaits fixés par règlement grand-ducal, compte tenu du droit à une rente de survie ou des liens ayant existé entre l'assuré et l'ayant droit. Le forfait ne saurait dépasser quatre mille quatre cents euros au nombre indice cent du coût de la vie par survivant.
Indemnité pour le congé parental (PF)	Montant mensuel versé par la CAE aux parents qui bénéficient d'un congé parental pendant la durée de celui-ci.
Indemnité pour préjudices extrapatrimoniaux (AA)	Lorsqu'un assuré est atteint d'une incapacité de travail des suites d'un accident du travail ou de trajet ou d'une maladie professionnelle déclarée à compter du 1er janvier 2011, il peut demander auprès de l'Association d'assurance accident (AAA), selon les cas et sous certaines conditions, des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux. L'octroi de ces indemnités a pour objectif de réparer les suites de l'accident du travail ou de trajet ou de la maladie professionnelle subies par l'assuré qui n'ont pas de conséquence sur l'état de son patrimoine.
Indicateur conjoncturel de la fécondité (AM)	L'indicateur conjoncturel de la fécondité mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.
Indice du coût de la vie	L'indice du coût de la vie est équivalent à l'indice des prix à la consommation qui est un indicateur économique élaboré pour mesurer les variations, dans le temps, des prix des biens de consommation et des services acquis, utilisés ou payés par les ménages.

Lettre-clé (AM)	La valeur monétaire de la prestation fournie correspond au coefficient de l'acte multiplié par une lettre-clé. C'est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnaire. La lettre-clé permet de suivre l'indexation des salaires, en conséquence le tarif des prestations des médecins est ajusté à chaque indexation. De plus, différentes valeurs de lettre-clés existent pour différents types de prestataires (ex. médecins, laboratoires, infirmiers, etc.).
Majoration d'âge (PF)	Les majorations d'âge visent à compenser les coûts supplémentaires d'un enfant liés à son âge. Ainsi, à partir de l'âge de 6 ans l'enfant a droit à une majoration d'âge qui est suivie par une majoration d'âge d'un montant plus élevé à partir de l'âge de 12 ans.
Maladie professionnelle (AA)	Maladie qui a sa cause déterminante dans une activité professionnelle assurée.
Mesure d'activation (cadre du REVIS) (IS)	Les mesures d'activation prennent la forme d'activités de stabilisation sociale ou de préparation à l'activité via une affectation temporaire à des travaux d'utilité collective auprès de l'État, des communes, des établissements publics, des établissements d'utilité publique, de tout autre organisme, institution ou groupement de personnes poursuivant un but non lucratif ainsi que les organismes gestionnaires fonctionnant sous le régime du droit privé dont les frais sont principalement à charge du budget de l'État.
Niveau relatif de la réserve du régime général de pension (AP)	Réserve du régime général de pension exprimée en multiple des prestations annuelles.
Paiement courant (PF)	Paiement régulier et mensuel d'une prestation, p.ex. allocations familiales, RMG, etc.
Paiement unique (PF)	Paiement exceptionnel d'une prestation qui est en principe payée régulièrement et mensuellement p.ex. suite à un changement de la situation du bénéficiaire
Pension de survie (AP)	Pension versée aux membres de famille d'un assuré décédé (pension de survie conjoint, pension d'orphelin).
Pension de vieillesse anticipée (AP)	Pension de vieillesse attribuée, en fonction du stage accompli, avant l'âge légal de pension. On distingue la pension de vieillesse anticipée à partir de 60 ans (art 184.1 CSS) et la pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de 57 ans (art 184.2 CSS).
Pension de vieillesse (AP)	Pension personnelle versée à des titulaires ayant dépassé l'âge légal de pension (65 ans). Tous les autres types de pensions personnelles (vieillesse anticipée, invalidité) sont reconduits en pensions de vieillesse à l'âge de 65 ans.

Pension migratoire (AP)	Pension versée à des titulaires n'ayant effectué leur stage d'assurance que partiellement dans un régime de pension luxembourgeois. Une pension migratoire peut, le cas échéant, être complétée par des pensions de régimes étrangers.
Pension partielle (AP)	Pension versée à des titulaires n'ayant effectué leur stage d'assurance que partiellement dans le régime de pension en question (général ou statutaire). Une pension partielle peut, le cas échéant, être complétée par des pensions partielles d'autres régimes (statutaires ou général).
Pension personnelle (AP)	Pension versée à l'assuré même (pension de vieillesse, pension de vieillesse anticipée, pension d'invalidité).
Périodes complémentaires (AP)	Périodes d'assurance non cotisées mais prises en compte pour le stage. Entre autres les périodes dédiées à l'éducation des enfants et les périodes études et de formation professionnelles non indemnisées peuvent constituer des périodes complémentaires ; art 172 CSS.
Périodes effectives (AP)	L'ensemble des périodes obligatoires et volontaires.
Périodes obligatoires (AP)	Périodes d'assurance cotisées (activités professionnelles, revenus de remplacement, baby-years ,...); art 171 CSS.
Périodes volontaires (AP)	Périodes d'assurance cotisées volontairement en cas d'arrêt ou de réduction de l'activité professionnelle : assurance continuée (art 173 CSS), assurance facultative (art 173bis CSS), achat (rétroactif) de périodes (art 174 CSS).
Période transitoire (AD)	Période qui s'écoule entre la date de la demande de prestations de l'assurance dépendance et la date de la décision de la CNS. Abrogée suite à la réforme entrée en vigueur au 1.1.2018.
Place de surveillance (AM)	Les places de surveillance sont des places ou lits réservés aux patients qui doivent être surveillés pendant un certain temps avant de rentrer le même jour, par exemple après des actes diagnostiques ou interventionnels nécessitant une légère sédation du patient. À partir du 1er janvier 2019, les places de surveillance sont supprimées et remplacées par les passages en hôpital de jour pédiatrique, chirurgical et non-chirurgical.
Prestataire de soins de longue durée (AD)	Service professionnel (réseau ou établissement) qui a un contrat avec l'assurance dépendance et apporte tous les aides et soins nécessaires à la personne dépendante.
Prestation en espèces (PS)	Une prestation en espèce est une prestation qui est versée en espèces et qui n'exige pas de preuve des dépenses effectives du bénéficiaire.
Prestation en nature (PS)	Une prestation en nature est une prestation accordée sous forme de biens ou de services. Une prestation qui est versée en espèces et qui exige la preuve des dépenses effectives du bénéficiaire est également une prestation en nature.

Prestation forfaitaire (AD)	Prestation en espèces forfaitaire correspondant à 361 minutes d'aides et de soins accordées à des personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication, les personnes atteintes de spina bifida, d'aphasie et les personnes présentant une laryngectomie.
Prestations de naissance (PF)	Les prestations de naissance ont pour objectif la prévention pour la mère et l'enfant, de problèmes de santé résultant de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que la réduction de la mortalité infantile, moyennant une surveillance médicale commençant au début de la grossesse et allant en ce qui concerne l'enfant jusqu'à son deuxième anniversaire. Les prestations de naissance sont allouées en trois tranches : 1. l'allocation prénatale ; 2. l'allocation de naissance proprement dite ; 3. l'allocation postnatale.
Prestations des survivants (AA)	Si le décès de l'assuré a pour cause principale l'accident du travail survenu ou la maladie professionnelle déclarée à partir du 1er janvier 2011, les survivants ont droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire. Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie.
Prestations requises (AD)	Prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation et qui sont repris dans la synthèse de prise en charge.
Prime de répartition pure (AP)	Rapport entre les dépenses courantes annuelles et la totalité des salaires, traitements et revenus cotisables à la base des recettes annuelles en cotisations du régime général de pension.
Pyramide des âges (PS)	Représentation graphique de la répartition de la population (axe horizontal) en fonction de l'âge (axe vertical) et du sexe.
Redevance du secteur énergie (AD)	Produit de la taxe « électricité » prélevé sur les gros consommateurs d'électricité c.-à-d. les clients finaux avec une consommation annuelle supérieure à 1 million de kWh.
Régime contributif (PS)	Dans le domaine de la protection sociale, un régime contributif est un régime financé tout ou en partie par des cotisations sociales. En outre, le bénéfice des prestations de ce régime est conditionnel au fait d'avoir versé des cotisations sociales à ce régime.
Régime général de pension (AP)	Régime de pension du secteur privé.

Régime non contributif (PS)	Le régime non contributif s'oppose au régime contributif dans la mesure où le bénéfice des prestations de ce régime n'est pas conditionnel au fait d'avoir versé des cotisations sociales à ce régime.
Régime spécial de pension (AP)	(Nouveau) régime applicable aux assurés du secteur public entrés en fonction après 1998.
Régime spécial transitoire (AP)	Régime spécial applicable aux assurés du secteur public en fonction avant 1999.
Régimes statutaires / régimes spéciaux (AP)	Régimes de pension du secteur public (Etat, Communes, SNCFL).
Rente viagère (AA)	Rente versée jusqu'au décès du bénéficiaire.
Revenu d'inclusion sociale (IS)	A partir de janvier 2019, le revenu d'inclusion sociale (REVIS) remplace le RMG. Il a deux composantes : une allocation d'inclusion et une allocation d'activation. La première est une aide financière en faveur du ménage qui confère des moyens d'existence de base aux personnes sans revenus ou dont les revenus n'atteignent pas un certain seuil. La deuxième est une indemnité salariale pour la personne qui participe à une mesure d'activation.
Revenu minimum garanti (IS)	La législation sur le revenu minimum garanti (RMG) crée un droit à une assistance financière publique en faveur des personnes et des ménages dont les revenus n'atteignent pas un certain seuil, considéré comme minimum vital. Il a pour rôle de lutter contre l'exclusion sociale en assurant des moyens suffisants d'existence et des mesures d'insertion professionnelle et sociale. Le dispositif du revenu minimum garanti prévoit 2 prestations : l'allocation complémentaire et l'indemnité d'insertion. L'allocation complémentaire est gérée par le FNS, l'indemnité d'insertion par le SNAS.
Revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) (IS)	Prestation du FNS qui assure un revenu minimum à toute personne atteinte d'un handicap important, qui ne parvient pas à trouver une occupation professionnelle correspondant à ses besoins particuliers ou se voit dans l'impossibilité d'exercer une quelconque activité du fait de la gravité de ses déficiences.
Salaire pour travailleurs handicapés (PS)	Une personne atteinte d'un handicap et exerçant une activité professionnelle ou étant inscrite comme demandeur d'emploi peut demander la reconnaissance du statut de salarié handicapé afin de bénéficier, par le biais de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM), de propositions d'emplois plus adaptées à son handicap sur le marché du travail ordinaire ou en atelier protégé.

Service national d'action sociale (SNAS) (IS)	Le service national d'action sociale a été créé en 1986 dans le cadre de la loi portant création d'un RMG. Il a pour mission : • d'assurer l'exécution des dispositions prévues au chapitre II de la loi RMG (indemnité d'insertion); • de coordonner à cet effet l'action et l'apport des instances et organismes concernés; • d'assurer le secrétariat du comité interministériel et du conseil supérieur de l'action sociale; • de recueillir les données statistiques nécessaires relatives aux prestations accordées aux bénéficiaires. A partir de janvier 2019, le SNAS devient l'ONIS (Office national d'inclusion sociale).
Sous-traitance (AD/AM)	Opération par laquelle une entreprise confie, sous sa responsabilité et sous son contrôle, à une autre personne (sous-traitant) tout ou partie de l'exécution des tâches qui sont à sa charge.
Spina Bifida (AD)	Le spina bifida est une malformation congénitale qui apparaît dès le stade embryonnaire. Elle consiste en une malformation osseuse sous la forme d'une fissure de la partie postérieure de la colonne vertébrale, provenant d'un défaut d'ossification des vertèbres.
Stage d'assurance pension (AP)	Le stage d'assurance pension correspond à la somme des périodes d'assurance accumulées. Il se compose des périodes obligatoires, des périodes complémentaires et des périodes volontaires. Le stage est exprimé en mois.
Statut unique (AM)	Introduit par la loi du 13 mai 2008, le statut unique introduit la notion de « salarié » et met fin à la distinction faite entre les employés privés et les ouvriers. Cette loi vise l'harmonisation du maintien du salaire par l'employeur en cas de maladie, la diminution des taux de cotisation de l'assurance maladie par l'introduction d'un taux unique, la création de la mutualité des employeurs pour faire face à l'accroissement des charges salariales de ces derniers, la fusion des caisses de maladie et celle des caisses de pension.
Taux d'absentéisme (AM)	Le taux d'absentéisme correspond au rapport du nombre de jours de travail perdus sur le nombre de jours de travail disponibles, le tout multiplié par 100.
Taux d'absentéisme de courte durée (AM)	Le taux d'absentéisme de courte durée est défini par le rapport entre le nombre total de jours civils de maladie de tous les individus, dans la période comprise entre le 1er et le 21ème jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.

Taux d'absentéisme de longue durée (AM)	Le taux d'absentéisme de longue durée est défini par le rapport entre le nombre total de jours civils de maladie de tous les individus, dans la période comprise entre 22ème et le dernier jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.
Taux de cotisation d'équilibre	Le taux théorique qui aurait été nécessaire pour garantir des recettes de l'année suffisantes pour couvrir les dépenses courantes ainsi que l'alimentation de la réserve légale.
Taux de dépendance (AD)	Ratio entre le nombre total de bénéficiaires de l'assurance dépendance et le nombre total de personnes protégées.
Travailleur handicapé (IS)	Personne avec une insuffisance ou diminution des capacités physiques ou mentales qui entraînent une réduction des possibilités de conserver ou maintenir un emploi.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAA	Association d'assurance accident
AEC	Administration d'Evaluation et de Contrôle de l'Assurance Dépendance
AD	Assurance dépendance
ADEM	Agence pour le développement de l'emploi
AEV	Actes essentiels de la vie
AIP	Activité d'insertion professionnelle
AMM	Assurance maladie / maternité
AMMD	Association des médecins et médecins-dentistes
APGH	Allocation pour personnes gravement handicapées
ARIS	Agent régional d'inclusion sociale
ASS	Allocation spéciale supplémentaire
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical classification system
ATM	Assistant technique médical
AVC	Allocation de vie chère (chapitre Inclusion sociale)
CAE	Caisse pour l'avenir des enfants
CAS	Code des assurances sociales
CCSS	Centre commun de la sécurité sociale
CFL	Société nationale des chemins de fer luxembourgeois
CHdN	Centre hospitalier du Nord
CHEM	Centre hospitalier Emile Mayrisch
CHL	Centre hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre hospitalier neuropsychiatrique
CIM 10	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision (anglais : ICD10)
CIPA	Centre intégré pour personnes âgées
CMFEC	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux
CMFEP	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics
CNAP	Caisse nationale d'assurance pension
CNS	Caisse nationale de santé
COPAS	Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins
CPFEC	Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux
CRCC	Centre de réhabilitation du Château de Colpach
CSM	Clinique Sainte-Marie
CSS	Code de la sécurité sociale

DDD	Daily Defined Dose
DMS	Durée moyenne de séjour
EMCFL	Entraide médicale des chemins de fer du Luxembourg
ETP	Equivalent temps plein
FDC	Fonds de compensation
FDL	Fonds de logement
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourg
FIS	Fonds d'investissement spécialisé
FNS	Fonds national de solidarité
FPE	Fonds pour l'emploi
HDJ	Hospitalisation de jour
HIS	Hôpital intercommunal de Steinfort
HRS	Hôpitaux Robert Schuman
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
INCCI	Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle
IP	Indemnités pécuniaires
ISO	Organisation internationale de normalisation - normes internationales
ISS	Institution de la sécurité sociale
LNS	Laboratoire national de santé
MDE	Mutualité des Employeurs
MEVS	Médecin en voie de spécialisation
MS	Maison de soins
N.i.	Nombre indice 100
NACE Rev2	Nomenclature statistique des Activités économiques dans la Communauté européenne, deuxième révision
OCa	Organisation caritative
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONIS	Office national d'inclusion sociale (remplace le SNAS à partir de janvier 2019)
OPC	Organisme de placement collectif
OSo	Offices sociaux
PIB	Produit intérieur brut
PRN	Projet de recherche en nursing
REVIS	Revenu d'inclusion sociale (à partir de janvier 2019)

RevMG	Revenu moyen global
RMG	Revenu minimum garanti
RMS	Revenu moyen par spécialité
RPGH	Revenu pour personnes gravement handicapées
SESPROS	Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale
SICAV	Société d'investissement à capital variable
SICAV-FIS	Société d'investissement à capital variable sous forme de fonds d'investissement spécialisé
SMA	Service des moyens accessoires
SMU	Sociétés de secours mutuels
SNAS	Service national d'action sociale
SNCFL	Société nationale des chemins de fer luxembourgeois
SSM	Salaire social minimum
STATEC	Institut national des statistiques et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg
TMR	Temps moyen requis
UEL	Union des entreprises luxembourgeoises

RÉFÉRENCES LÉGALES

- Loi modifiée du 16 août 1947 portant révision de la charge fiscale des contribuables au titre de l'impôt sur le revenu respectivement de la retenue d'impôts sur les salaires (L.I.R.).
- Loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées et portant modification
  1. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat ;
  2. de la loi du 22 avril 1966 portant réglementation uniforme du congé annuel payé des salariés du secteur privé ;
  3. de la loi modifiée du 12 mars 1973 portant réforme du salaire social minimum ;
  4. de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant

     a) création d'un fonds pour l'emploi ;

     b) réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet ;
  5. de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales ;
  6. de la loi modifiée du 27 juillet 1987 concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie ;
  7. de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la SNCFL,
  8. de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension et
  9. le CAS.
- Loi modifiée du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.
- Loi du 23 décembre 2005 modifiant
  1. différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance ;
  2. les articles 12, 92 et 97 du Code des assurances sociales ;

3. la loi du 25 juillet 2005 modifiant

   a) le Code des assurances sociales;

   b) la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois;

   c) la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension ;

4. la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension.

- Loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé et modifiant:
  1. le Code du travail;
  2. le Code des assurances sociales;
  3. la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension;
  4. la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective;
  5. le chapitre VI du Titre I de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire;
  6. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu;
  7. la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat.
- Loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident et modifiant:
  1. le Code de la sécurité sociale;
  2. la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois;
  3. la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat;
  4. le Code du travail;
  5. la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural;
  6. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.
- Loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
  1. le Code de la sécurité sociale; .
  2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.
- Loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension et modifiant:
  1. le Code de la sécurité sociale;
  2. la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de fer luxembourgeois;
  3. la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat;
  4. la loi modifiée du 7 août 1912 concernant la création d'une caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et établissements publics;
  5. le Code du travail.

- Loi du 19 décembre 2014 relative à la mise en œuvre du paquet d'avenir - première partie (2015).
- Loi du 23 juillet 2015 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe.
- Loi du 23 juillet 2016 portant modification
  1. du Code de la sécurité sociale;
  2. de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu, et abrogeant la loi modifiée du 21 décembre 2007 concernant le boni pour enfant.
- Loi du 3 novembre 2016 portant réforme du congé parental et modifiant
  1. le Code du travail;
  2. le Code de la sécurité sociale;
  3. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu;
  4. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;
  5. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux;
  6. la loi modifiée du 14 mars 1988 portant création de congés d'accueil pour les salariés du secteur privé;
  7. la loi modifiée du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales;
  8. la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail.
- Loi du 29 août 2017 portant modification
  1. du Code de la sécurité sociale ;
  2. de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale ;
  3. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État.
- Loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale et portant modification
  1° du Code de la Sécurité sociale ;
  2° du Code du travail ;
  3° de la loi modifiée du 26 juillet 1980 concernant l'avance et le recouvrement de pensions alimentaires par le Fonds national de solidarité ;
  4° de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat ;
  5° de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ;
  6° de la loi modifiée du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit ;
  7° de la loi modifiée du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale et portant abrogation de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.

- Loi du 10 août 2018 modifiant
  1. le Code du travail ; et
  2. le Code de la sécurité sociale

  en matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée.
- Règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
- Règlement grand-ducal du 28 février 2003 portant nouvelle fixation des montants du revenu minimum garanti prévus à l'article 5 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.
- Règlement grand-ducal modifié du 27 septembre 2004 portant exécution de la loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.
- Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale