LA SÉCURITÉ SOCIALE - **2023**

# RAPPORT GÉNÉRAL

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

Inspection générale de la sécurité sociale

**www.igss.gouvernement.lu**

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

# 2023

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

Inspection générale de la sécurité sociale

Luxembourg
Décembre 2023

# AVANT-PROPOS

**La sécurité sociale constitue un droit humain fondamental, essentiel pour assurer une vie digne aux individus. Elle demeure un soutien crucial tout au long de notre existence, représentant ainsi l'un des piliers fondamentaux de notre société.**

La préservation de notre système de sécurité sociale figure au cœur de nos préoccupations. Récemment, notre système de sécurité sociale a été mis à l'épreuve. La pandémie liée au Covid-19 a eu des répercussions sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité. De plus, des ajustements au sein de notre système des pensions deviennent impératif afin d'en assurer sa pérennité. Face à ces défis, des adaptations sont nécessaires pour garantir l'efficacité et la viabilité à long terme de ces composantes essentielles de notre système de sécurité sociale.

Aujourd'hui notre système de sécurité sociale doit également évoluer pour répondre aux besoins changeants des assurés, d'où des efforts constants pour le moderniser, le rendant plus digital, efficient et de meilleure qualité, tout en préservant ses principes fondamentaux.

Nous nous engageons à fournir des services répondant aux attentes actuelles et futures, en intégrant les avancées technologiques pour une expérience plus accessible, rapide et efficace pour tous les bénéficiaires. L'engagement persiste à surmonter les difficultés et à garantir une protection sociale continue.

Le rapport général sur la sécurité sociale constitue une compilation exhaustive de données clés du secteur et nous offre la possibilité d'évaluer l'efficacité de la protection sociale pour l'ensemble de nos concitoyens. 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.

Martine Deprez

*Ministre de la Santé et 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 92

**3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES** **96**

3.1. L'ANALYSE DE L'ABSENTÉISME POUR CAUSE DE MALADIE 96
3.2. LES DÉPENSES POUR PRESTATIONS EN ESPÈCES DE MALADIE 104
3.3. L'ANALYSE DES PRESTATIONS EN ESPÈCES DE MATERNITÉ 107
3.4. LE CONGÉ POUR RAISONS FAMILIALES 112
3.5. LES DÉPENSES POUR PRESTATIONS EN ESPÈCES DE MATERNITÉ ET LE CPRF 115

**4. LA SITUATION FINANCIÈRE** **118**

4.1. SITUATION GLOBALE 119
4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE-
4.3. MATERNITÉ 121
4.4. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS 124

**Assurance dépendance** **127**

**INTRODUCTION** **127**

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

**1. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE 131**
1.1. LA CONVENTION-CADRE 131
1.2. LE CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES 133
1.3. LE PERSONNEL 133

**2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 135**
2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 136
2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES 140
2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DES FORFAITS SOINS PALLIATIFS ET DÉCÈS 141
2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE 142

**3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 147**
3.1. LES PRESTATIONS REQUISES RETENUES DANS LES SYNTHÈSES DE PRISE EN CHARGE 147
3.2. LES AIDES TECHNIQUES ET LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT 159
3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES 162

**4. LA SITUATION FINANCIÈRE 171**
4.1. SITUATION GLOBALE 171
4.2. LES RECETTES COURANTES 172
4.3. LES DÉPENSES COURANTES 173
4.4. LA RÉSERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 174

**Assurance pension 175**

**INTRODUCTION 175**
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION 175
RÉGIMES D'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG 175
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE PENSION 176
ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION 177
FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION 177

**1. LES PRESTATIONS 178**
1.1. LES PRESTATIONS PAYÉES 178
1.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS 178
1.3. LES PENSIONS MIGRATOIRES ET LES PENSIONS TRANSFÉRÉES 179
1.4. LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS 181
1.5. LE MONTANT MOYEN DES PENSIONS 181
1.6. LES ASSURÉS COTISANTS 182

**2. LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION 184**
2.1. LES RECETTES 186
2.2. LES DÉPENSES 186
2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE 186

**Assurance accident 189**

**INTRODUCTION 189**
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT 189
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT 190
ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT 191
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT 191

**3. PRINCIPALES DONNÉES STATISTIQUES 192**
3.1. LES EMPLOYEURS 192
3.2. LES ACCIDENTS 193
3.3. LES PRESTATIONS 195

**4. LA SITUATION FINANCIÈRE 199**
4.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES 199
4.2. LES RECETTES COURANTES 200
4.3. LES DÉPENSES COURANTES 200

**Prestations familiales** 203

**INTRODUCTION** 203

OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES 203
LES PRESTATIONS POUR LES FAMILLES ET LES ENFANTS 204
ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES 204
FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES 204

**1. LES PRESTATIONS** 205

1.1. L'ALLOCATION POUR L'AVENIR DES ENFANTS 206
1.2. L'ALLOCATION SPÉCIALE SUPPLÉMENTAIRE 208
1.3. L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE 208
1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE 208
1.5. L'INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL 209
1.6. LE CHÈQUE-SERVICE ACCUEIL 211

**2. LA SITUATION FINANCIÈRE** 212

2.1. LES RECETTES COURANTES 214
2.2. LES DÉPENSES COURANTES 214
2.3. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER 215

**Inclusion sociale** 217

**INTRODUCTION** 217

OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE 217
LES PRESTATIONS DE L'INCLUSION SOCIALE 218
ORGANISATION DE L'INCLUSION SOCIALE 218
FINANCEMENT DE L'INCLUSION SOCIALE 218

**1. LES PRESTATIONS** 219

1.1. LE REVENU D'INCLUSION SOCIALE 219
1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION 220
1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES 221
1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE ET LA PRIME ÉNERGIE 222
1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE 223
1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES 224
1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES 225

**2. LA SITUATION FINANCIÈRE** 226

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES 226
2.2. LES RECETTES COURANTES 228
2.3. LES DÉPENSES COURANTES 228

**Sommaire des tableaux** 229

**Sommaire des graphiques** 233

**Glossaire** 237

**Liste des abréviations** 253

**Références légales** 257

# PROTECTION SOCIALE

## 1. LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG

Selon SESPROS (Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale), « la protection sociale désigne toutes les interventions d'organismes publics ou privés destinées à soulager les ménages et les particuliers de la charge d'un ensemble défini de risques ou de besoins, à condition qu'il n'y ait ni contrepartie, ni arrangement individuel en cause. »

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

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

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

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

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

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 (CSS) ;
- 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 ISS : la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP), la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux (CMFEC) et l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois (EMCFL).

b. Acteur faisant partie des ISS au sens de l'article 396 du CSS.

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

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

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

# 2. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

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

**Encadré méthodologique**

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

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

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

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

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

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

## 2.1. LES RECETTES COURANTES DE LA PROTECTION SOCIALE

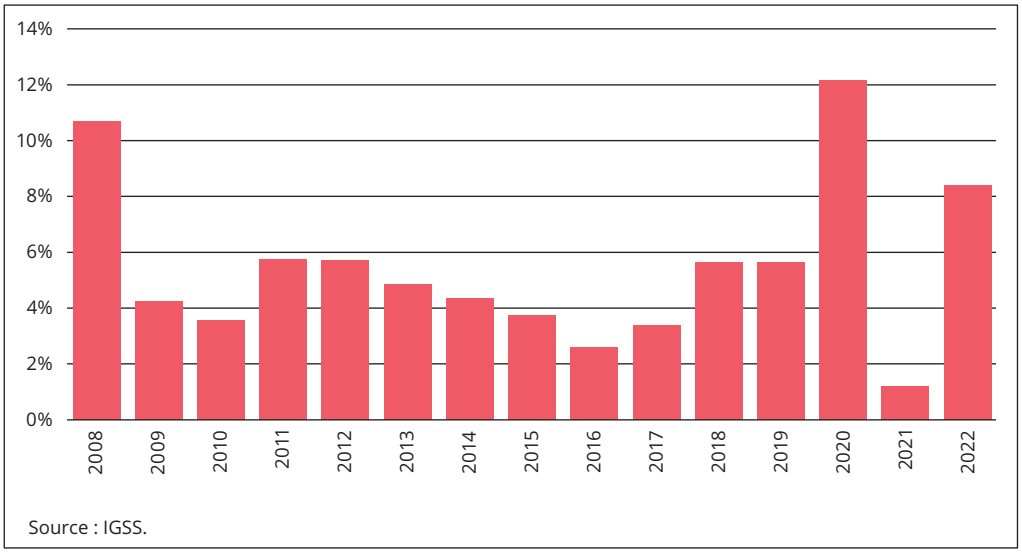
En 2022, les recettes courantes s'élèvent à 18 175,6 millions EUR, présentant une progression de 8,4% en comparaison avec l'année 2021 (16 764,9 [3] millions EUR). Cette progression résulte principalement de la hausse moyenne de l'échelle mobile (3,8% pour celle applicable aux salaires et traitements et 5,1% pour celle applicable aux allocations familiales [4]) combinée à une hausse du nombre d'emplois de 3,3% entre ces deux années.

La progression des recettes courantes (graphique 1) résulte de quatre facteurs principaux : l'évolution de la masse des revenus cotisables, l'évolution des taux de cotisations sociales, les recettes générées pour financer l'introduction ou l'adaptation de prestations et celles générées pour financer les aides et mesures de l'État en période de conjoncture moins favorable. L'évolution de la masse des revenus cotisables est dictée par l'évolution de l'emploi, par l'indexation des revenus [5] et par la hausse du revenu cotisable moyen réel. Sur la période 2008-2022, le taux de cotisations sociales de l'assurance pension est resté fixé à 16%, celui de l'assurance maladie est passé de 5,4% en 2008 à 5,6% en 2011 pour rester à ce niveau depuis, celui de l'assurance dépendance est fixé à 1,4% depuis 2008 et celui (taux moyen) de l'assurance accident a progressivement glissé de 1,35% en 2007 à 0,75% en 2022 [6]. Le taux de cotisations sociales de l'assurance maladie est majoré pour les personnes bénéficiant de prestations en espèces et il importe de rappeler que le financement et la gestion des indemnités pécuniaires de maladie a connu un virage important en 2009 avec l'introduction du statut unique et de la Mutualité des employeurs (MDE) [7].

A l'année 2008, année caractérisée par une progression soutenue des recettes due à la bonne santé de l'économie et à la participation de l'État pour financer le boni pour enfant suivent deux années (2009 et 2010) marquées 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 août 2018) et d'une hausse du revenu cotisable moyen réel. Le financement par l'État des mesures exceptionnelles pour lutter contre la crise liée à la COVID-19 en 2020 estimé autour de 1 000 millions EUR explique en grande partie la hausse à deux chiffres des recettes en 2020. La progression modérée de 2021 (+1,1%) qui doit être mise en perspective avec celle exceptionnelle de 2020 est suivie, comme précisé plus haut, par une hausse des recettes courantes de 8,4%.

3. Suite à des révisions, ce montant diffère légèrement par rapport à celui présent dans le rapport général 2022.
4. Loi du 29 juin 2022 portant transposition de certaines mesures prévues par l'« Accord entre le Gouvernement et l'Union des Entreprises luxembourgeoises et les organisations syndicales LCGB et CGFP » du 31 mars 2022.
5. 11 fois au cours de la période 2008-2022 : 03/2008, 03/2009, 07/2010, 10/2011, 10/2012, 10/2013, 01/2017, 08/2018, 01/2020, 10/2021 et 04/2022.
6. Depuis 2019, ce taux est multiplié par un facteur bonus-malus
7. Depuis 2009, ce taux est fixé à 0,5% pour l'ensemble des salariés du secteur privé alors qu'avant cette date ce taux et le mode d'indemnisation variaient selon le statut du salarié (ouvrier versus employé).

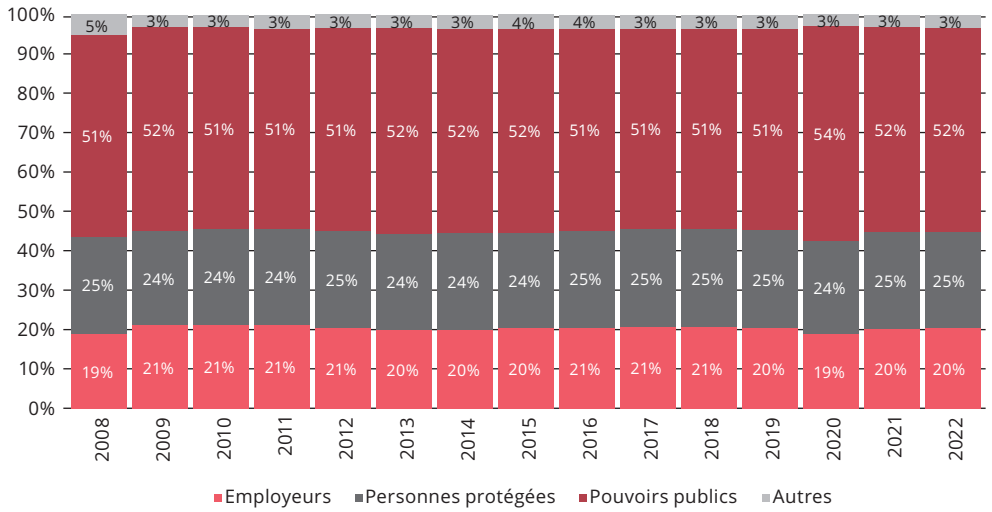
**Graphique 1: Évolution des recettes courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)**




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

Les cotisations des employeurs (hors la part employeur pour le financement des pensions statutaires) représentent 20,4% des recettes courantes en 2022 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)**

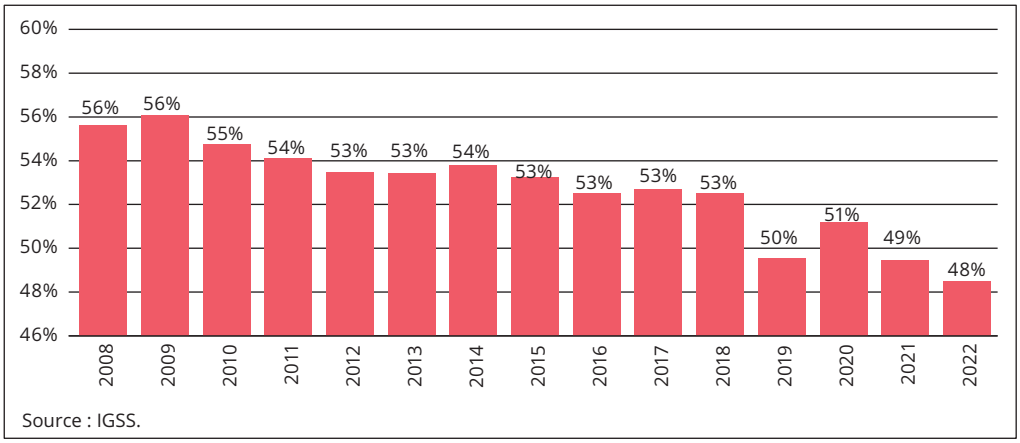



Source : IGSS.

L'État est le premier contributeur au financement de la protection sociale et sa participation représente une part importante de ses dépenses courantes. Entre 2008 et 2022, cette part oscille entre 48,5% et 56,1%. En temps de conjoncture faible, la rigidité des dépenses budgétaires envers la protection sociale implique des taux plus élevés. L'introduction du boni pour enfant en 2008, les dépenses relatives aux mesures d'emploi et d'aide sociale à partir de 2009, l'augmentation de la contribution de l'État au financement de l'assurance dépendance depuis 2012 et les dépenses importantes relatives au congé parental réformé introduit en décembre 2016 participent à expliquer ce taux élevé. En 2019, le passage du taux sous la barre des 50% (49,5%) s'explique par la hausse inédite des dépenses courantes de l'État en 2019 (+12,2%), hausse en partie due à un changement méthodologique quant à la manière de présenter les dépenses courantes de l'État à partir de 2019 [8] (graphique 3). Malgré une progression de la participation de l'État au financement de la protection sociale qui s'établit à 19,8% en 2020 par rapport à 2019, la part que représente la contribution de l'État à ce financement rapportée aux dépenses courantes progresse de moins d'un point de pourcentage : 51,2% en 2020 pour 49,5% en 2019. Cet état des faits résulte d'une progression des dépenses courantes de l'État (+16,0%) quasiment aussi importante que celle de la participation de l'État au financement de la protection sociale entre ces deux dates. En 2021, avec un recul de la participation de l'État au financement de la protection sociale de 3,2% et une quasi-stagnation des dépenses courantes de l'État, ce taux repasse légèrement sous la barre des 50%. En 2022, ce taux continue à diminuer pour s'établir à 48,5%, et ce, malgré une hausse importante de la participation de l'État au financement de la protection sociale (+7,8%) qui reste néanmoins inférieure à celle des dépenses courantes de l'État (+9,9%).

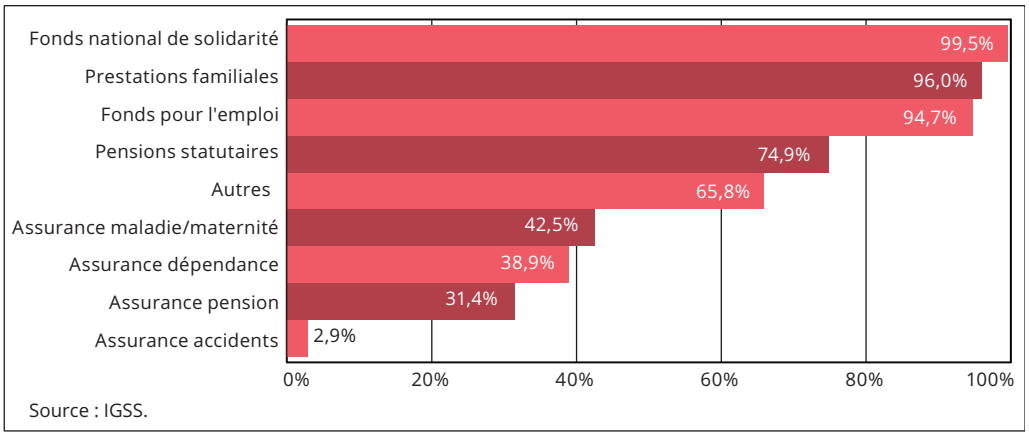
8. A partir de 2019, certaines dépenses pour ordre sont désormais comptabilisées dans les dépenses courantes.

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




La contribution de l'État au financement de la protection sociale varie fortement selon les régimes. Sur la période 2018-2022, cette contribution est la plus faible pour le régime assurance accident dont le financement est très majoritairement assuré par les employeurs. L'assurance pension est financée à parts égales entre les employeurs, les assurés et les pouvoirs publics. L'État finance l'assurance dépendance à hauteur de 357,8 millions EUR en 2022, soit 38,9% 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 FNS proviennent principalement des pouvoirs publics (graphique 4).

**Graphique 4: Répartition de la participation de l'État au financement des régimes de protection sociale (en % des recettes courantes - valeurs moyennes sur la période 2018-2022)**




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 43,8% à la contribution des personnes protégées au régime assurance pension. Pour les régimes assurance maladie-maternité, assurance dépendance et assurance accident [9], ces taux sont respectivement de 35,7%, 34,4% et 24,1%.

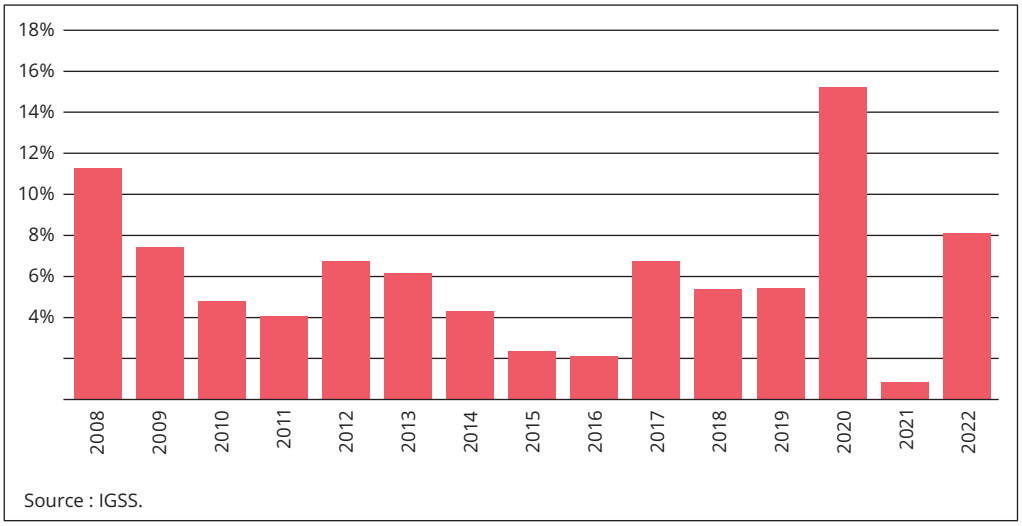
## 2.2. LES DÉPENSES COURANTES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2022, les dépenses courantes atteignent 17 068,2 millions EUR, soit une augmentation de 8,1% par rapport à l'année 2021 (15 787,9 millions EUR).

Sur la période 2008-2022, 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. L'année 2022 renoue avec une hausse des dépenses qui atteint 8,1%. Cette hausse concerne aussi bien les dépenses en espèces qu'en nature. Côté dépenses en espèces, cette hausse résulte, entre autres de la hausse moyenne de l'échelle mobile applicable aux salaires et traitements et celle applicable aux allocations familiales, des facteurs de revalorisation et de réajustement des pensions, de la hausse du nombre de bénéficiaires du congé parental, de l'introduction de la prime énergie et de la hausse du taux d'absentéisme.

9. 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.

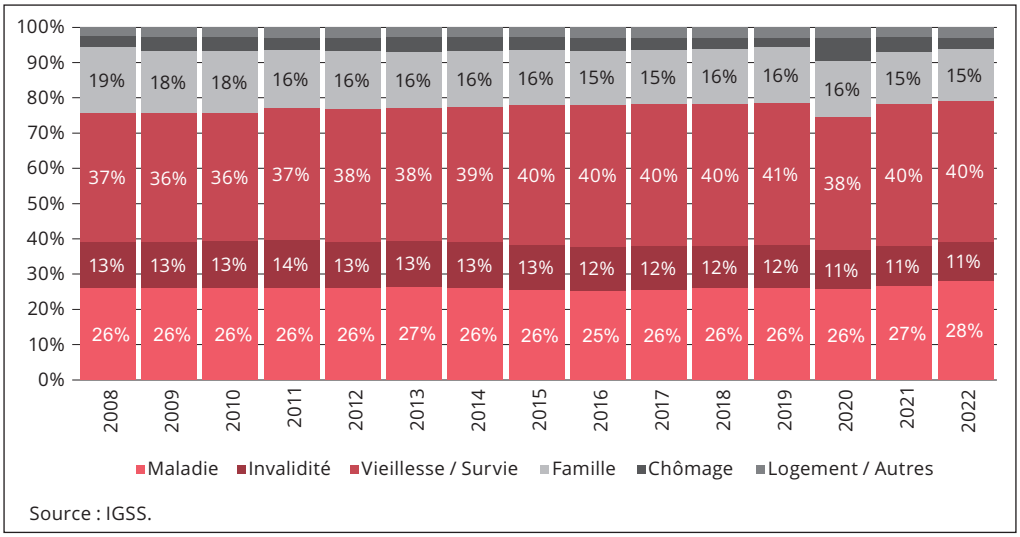
**Graphique 5: Évolution des dépenses courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)**




En 2022, 66,6% des prestations sont dispensées sous forme de prestations en espèces et 33,4% sous forme de prestations en nature. Les prestations de la fonction vieillesse/survie (39,9%) et les prestations de la fonction maladie (28,1%) forment 68% 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 depuis 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 2008-2019, 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 41% des dépenses en 2019, a gagné plus de 4 points de pourcentage au cours de ces 10 dernières années. Cette progression s'est faite au détriment de la fonction famille qui a vu son poids relatif diminuer de 2,1 points de pourcentage entre 2009 et 2019 passant de 17,6% à 15,6%. La désindexation des prestations familiales en juillet 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).

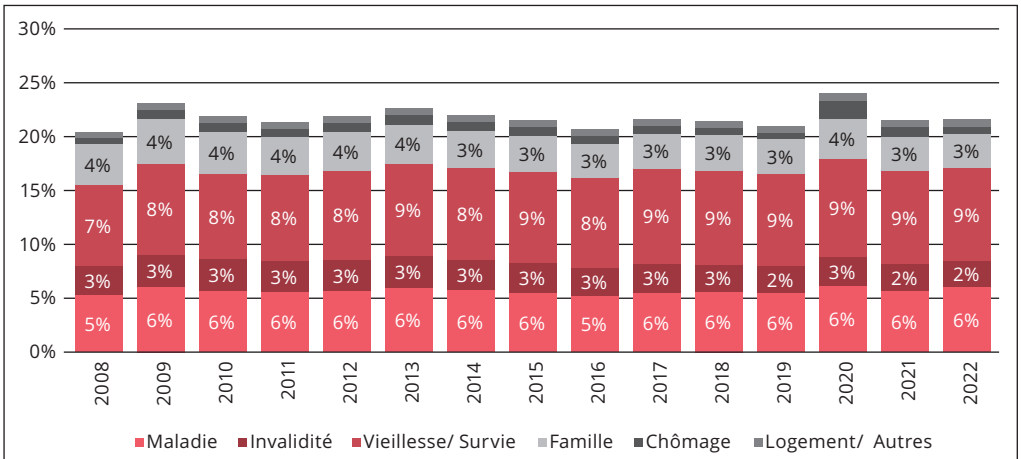
**Graphique 6: Évolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes)**




Source : IGSS.

En 2022, 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 6,1% du PIB. Les prestations de la fonction famille qui incluent le congé maternité et le congé pour raisons familiales interviennent pour 3,2% et les prestations de la fonction invalidité (y compris les prestations de l'assurance dépendance) comptent pour 2,4% (graphique 7).

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




Source : IGSS.

Comme souligné au point précédent, les travailleurs non-résidents contribuent au système national de protection sociale. Par conséquent, ils en bénéficient. Une partie non-négligeable des prestations en espèces est donc exportée à l'étranger. Concernant le régime assurance maladie-maternité, 51,9% des prestations en espèces sont versées aux non-résidents en 2022. De même, 47,3% des prestations du régime prestations familiales, 45,2% des prestations en espèces du régime assurance accident et 30,7% du régime assurance pension sont exportées à l'étranger. En ce qui concerne les prestations en nature, 20,1% des prestations en nature de l'assurance accident, 15,8% des soins de santé de l'assurance maladie-maternité et 1,8% des prestations de l'assurance dépendance sont consommées par les non-résidents.

Bien qu'en constante progression, le taux des prestations en espèces de l'assurance pension exportées reste encore faible (30,7% en 2022). 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.

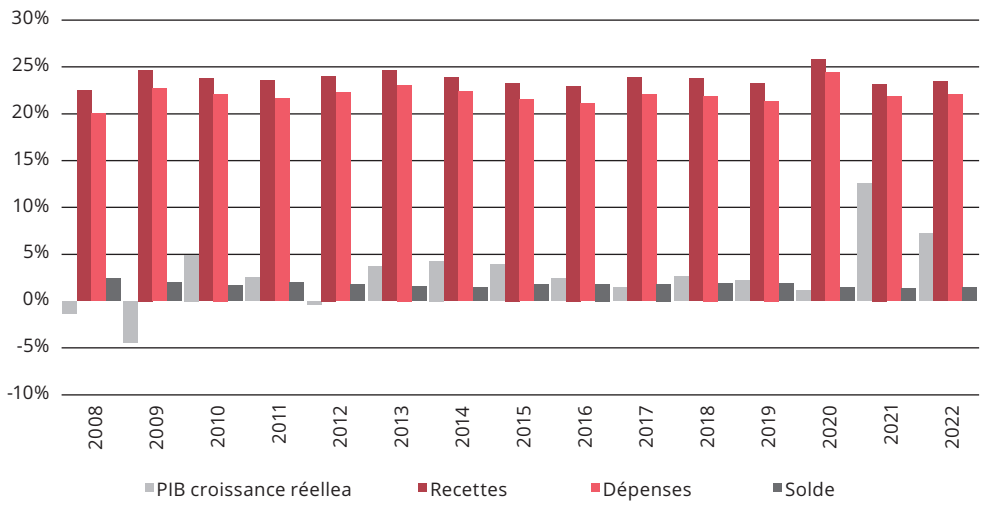
## 2.3. SITUATION GLOBALE

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 2008, 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, les prélèvements et les dotations aux réserves) pour la période 2013-2022.

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

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RECETTES** | | | | | | | | | | |
| Cotisations employeurs | 3.018,5 | 3.174,9 | 3.364,7 | 3.467,9 | 3.603,9 | 3.787,6 | 3.977,9 | 4.120,5 | 4.471,3 | 4.836,2 |
| Cotisations personnes protégées | 2.727,5 | 2.849,4 | 2.947,7 | 3.061,3 | 3.286,1 | 3.477,8 | 3.702,0 | 3.905,6 | 4.120,4 | 4.466,2 |
| Cotisations réacheminées | 246,5 | 261,1 | 272,0 | 275,7 | 301,9 | 323,6 | 345,1 | 369,3 | 388,7 | 437,2 |
| Recettes fiscales | 5.085,8 | 5.254,0 | 5.369,0 | 5.471,6 | 5.886,8 | 6.232,2 | 6.572,0 | 8.058,5 | 7.677,7 | 8.302,5 |
| Transferts entre régimes | 95,9 | 104,9 | 93,7 | 96,7 | 167,2 | 191,7 | 188,4 | 215,6 | 167,4 | 180,2 |
| Autres recettes | 752,1 | 1.532,0 | 608,8 | 929,5 | 730,4 | 479,1 | 2.703,8 | 1.233,8 | 2.730,2 | 570,7 |
| *dont pertes et gains de détention* | *387,0* | *1.127,4* | *168,7* | *493,0* | *274,8* | *2.189,8* | *758,9* | *758,9* | *2.234,8* | |
| Prélèvements | 72,7 | 45,9 | 10,1 | 52,4 | 15,8 | 0,0 | 2,9 | 99,3 | 57,3 | 2.673,2 |
| **TOTAL** | **11.999,1** | **13.222,4** | **12.666,1** | **13.355,0** | **13.992,1** | **14.120,3** | **17.492,0** | **18.002,6** | **19.613,1** | **21.466,1** |
| **DEPENSES** | | | | | | | | | | |
| Prestations en espèces | 7.085,4 | 7.410,7 | 7.637,2 | 7.794,6 | 8.228,1 | 8.614,4 | 9.049,1 | 10.595,4 | 10.345,1 | 11.171,3 |
| Prestations en nature | 3.228,0 | 3.354,4 | 3.379,7 | 3.441,9 | 3.779,3 | 4.034,3 | 4.293,1 | 4.816,1 | 5.160,3 | 5.592,8 |
| Cotisations réacheminées | 246,5 | 261,1 | 272,0 | 275,7 | 301,9 | 323,6 | 345,1 | 369,3 | 388,7 | 437,2 |
| Frais de fonctionnement | 156,2 | 158,2 | 157,6 | 172,7 | 178,8 | 179,5 | 181,4 | 191,8 | 203,1 | 201,0 |
| Transferts entre régimes | 95,9 | 104,9 | 93,7 | 96,7 | 167,2 | 191,7 | 188,4 | 215,6 | 167,4 | 180,2 |
| Autres dépenses | 26,5 | 28,2 | 35,2 | 38,6 | 36,8 | 496,8 | 60,2 | 51,2 | 79,4 | 3.732,5 |
| *dont pertes et gains de détention* | | | *-441,7* | | | *-441,7* | | | | *-3.629,3* |
| Dotations | 1.160,5 | 1.904,8 | 1.090,7 | 1.534,9 | 1.300,0 | 280,0 | 3.374,8 | 1.763,0 | 3.269,0 | 151,2 |
| **TOTAL** | **11.999,1** | **13.222,4** | **12.666,1** | **13.355,0** | **13.992,1** | **14.120,3** | **17.492,0** | **18.002,6** | **19.613,1** | **21.466,1** |

Source : IGSS.

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

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

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

Il existe deux types de risques, ceux couverts par un régime non contributif et ceux couverts par un régime contributif, c'est-à-dire à caractère professionnel. Le nombre de personnes protégées par le système de protection sociale luxembourgeois est donc différent selon le risque 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 [10].

Les risques couverts par un régime non contributif sont les suivants : famille, exclusion sociale, handicap et logement [11]. 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.

10. 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.
11. 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[12]. 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[13] et vieillesse[14].
- 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[15], 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

12. La durée minimum de cotisation pour ouvrir le droit peut varier selon le risque envisagé.
13. Bien que ne cotisant pas pour l'assurance dépendance, ils font également partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance.
14. Les exploitants agricoles peuvent également s'assurer volontairement contre l'accident.
15. 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.

- Depuis 2022 et le lancement du projet pilote de la Couverture universelle des soins de santé (CUSS) par le ministère de la Sécurité sociale et le ministère de la Santé, une catégorie supplémentaire de personnes protégées est venue s'ajouter aux trois autres catégories. La CUSS « permet d'offrir à toute personne vulnérable étant habituellement sur le territoire du Grand-Duché, mais qui n'est pas affiliée obligatoirement ou n'a pas les moyens de s'affilier volontairement et ne peux pas bénéficier du soutien d'un office social, l'accès aux soins de santé moyennant une affiliation à l'assurance maladie. » [16]. De mai à décembre 2022, 121 dossiers (121 personnes assurées et 25 personnes coassurées) ont été validés par le ministère de la Santé qui prend en charge les cotisations sociales liées à la CUSS versées à la CNS dans le cadre de l'assurance maladie volontaire.

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 2022, 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.

16. https://mss.gouvernement.lu/fr/actualites.gouvernement%2Bfr%2Bactualites%2Btoutes_actualites%2Bcommuniques%2B2021%2B10-octobre%2B27-cuss.html

**Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2022 (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 | 462.275 | 657.139 | 657.139 | 483.411 | 483.411 | 512.936[d] | 265.206 | | | |
| au titre de l'occupation professionnelle | 462.275 | 517.588[e] | 517.588[e] | 483.411 | 483.411 | 512.936 | 265.206 | | | |
| au titre d'une pension | | 127.684 | 127.684 | | | | | | | |
| au titre d'un autre revenu | | 9.496 | 9.496 | | | | | | | |
| REVIS | | 7.635 | 7.635 | | | | | | | |
| Préretraite | | 1.861 | 1.861 | | | | | | | |
| autres assurés obligatoires | | 2.371 | 2.371 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Assurance volontaire[f] | | 6.475 | 6.475 | 4.950 | 4.950 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Assurance au titre d'un droit dérivé[g] | | 272.640 | 272.640 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Total personnes protégées par risque | **462.275** | **936.254** | **936.254** | **488.361** | **488.361** | **512.936** | **265.206** | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Nombre de personnes bénéficiaires par risque | 333.074[h] | 580.855[i] | 16.706[b] | 146.062[j] | 16.726[h] | 30.572[k] | 6.911 | 198.697[l] | 23.910[m] | 5.063[n] |

a. Résidents.
b. Au 31 décembre.
c. Seulement les salariés du secteur privé.
d. Salariés, indépendants, service volontaire, volontaires de l'armée, au pair, sportifs d'élite.
e. Y compris indemnité de maladie, de maternité, d'accident, de chômage et de congé parental.
f. Y compris les 125 personnes bénéficiant de la couverture universelle des soins de santé.
g. Y compris les 25 personnes bénéficiant de la couverture universelle des soins de santé au titre d'un droit dérivé.
h. Bénéficiaires de statut privé en incapacité de travail pour cause de maladie au moins un jour au cours de l'exercice en cours.
i. Bénéficiaires résidents d'au moins un acte pendant l'exercice en cours.
j. Pensions personnelles y inclus avances et allocations trimestrielles.
k. Accidents déclarés pendant l'exercice en cours.
l. Allocation pour l'avenir des enfants (uniquement paiements courants) et indemnités de congé parental.
m. Membres de familles bénéficiaires du REVIS.
n. Comprend les bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé et du revenu pour personnes gravement handicapées.
Source : IGSS.

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

Au total, la population protégée des régimes contributifs s'élève, pour 2022 en moyenne annuelle, à 936 254 personnes. Parmi elles, 64,0% sont des résidents et 36,0% 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, 44,7 coassurés pour 100 assurés à titre personnel sont comptés contre 35,1 pour les non-résidents. Cette différence s'explique par les règles de droit social qui définissent le statut de coassuré et qui ont été précisées précédemment.

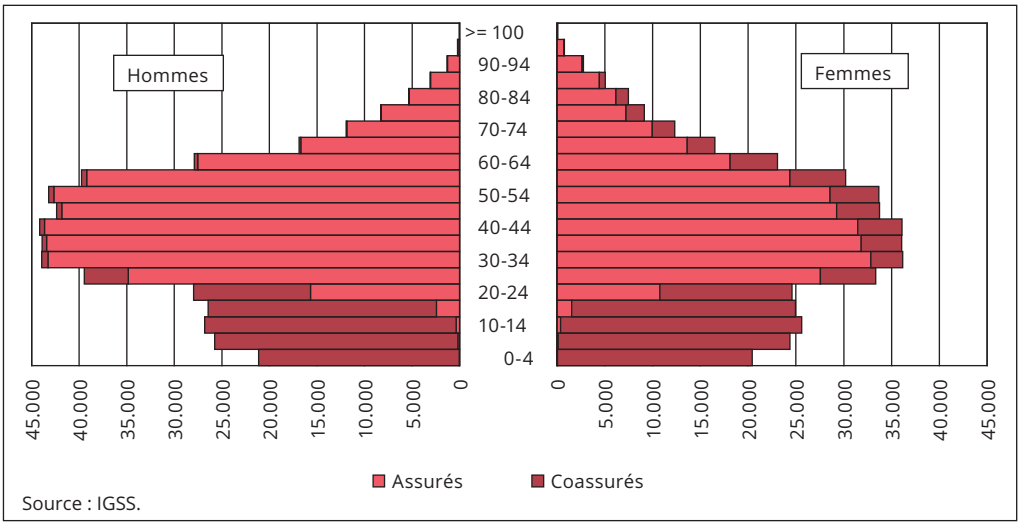
**Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2022 [a] (moyenne annuelle)**

| | Résidents | Non résidents | Total |
|---|---|---|---|
| Actifs assurés | 307.260 | 228.670 | 535.930 |
| Pensionnés | 107.082 | 20.602 | 127.684 |
| Coassurés | 185.179 | 87.461 | 272.640 |
| **Total** | **599.521** | **336.733** | **936.254** |

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 2022 (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 2018 et 2022, il passe de 858 357 à 936 254 personnes (+9,1%), soit un taux de croissance annuel moyen sur la période de 2,2%. Cette augmentation résulte de plusieurs évolutions combinées (tableau 6) :

- De l'augmentation quasi continue de la population active. Sur la période 2018-2022, la croissance de la population active contribue à hauteur de 75,2% à l'augmentation de la population protégée. Cette contribution se partage de la façon suivante entre actifs résidents et actifs non-résidents: 35,8% de l'augmentation de la population protégée proviennent de la croissance du nombre d'actifs résidents tandis que 39,3% proviennent des non-résidents (graphique 10).
- De l'évolution concomitante des coassurés. La croissance de la population coassurée résidente contribue à hauteur de 8,3% à l'augmentation de la population protégée, tandis que la population coassurée non-résidente qui recule très légèrement ne contribue pas à cette augmentation.
- De l'augmentation du nombre de pensionnés qui représente 17,0% de l'évolution de la population protégée entre 2018 et 2022.

**Tableau 5: Évolution du nombre de personnes protégées entre 2018 et 2022 (moyenne annuelle)**

| Année | Résidents actifs assurés | Résidents pensionné assurés | Résidents coassurés | Non résidents actifs assurés | Non résidents pensionnés assurés | Non résidents coassurés | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| 2022 | 307.260 | 107.082 | 185.179 | 228.670 | 20.602 | 87.461 | 936.254 |

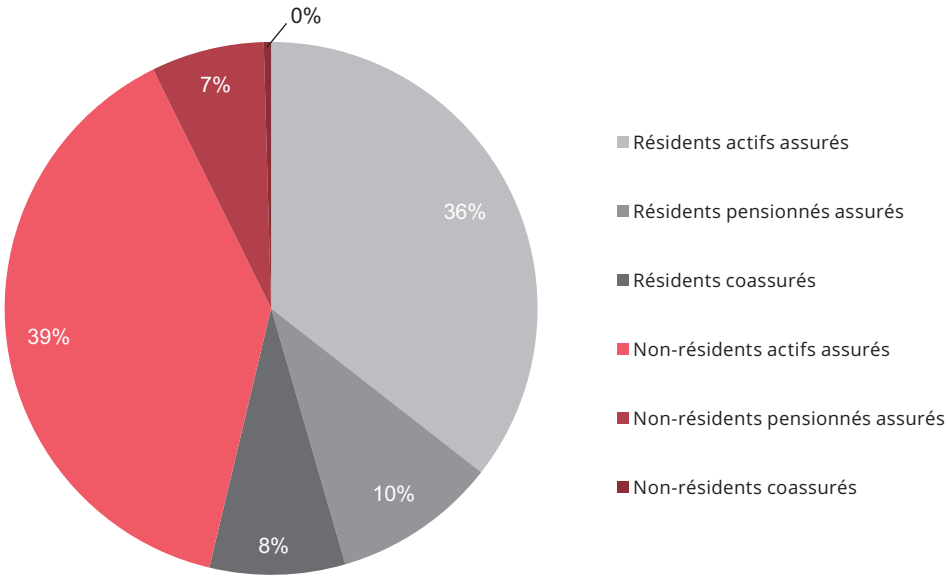
Source : IGSS.

**Tableau 6: Évolution annuelle de la population protégée entre 2018 et 2022 (moyenne annuelle)**

| Année | Résidents actifs assurés | Résidents pensionnés assurés | Résidents coassurés | Non résidents actifs assurés | Non résidents pensionnés assurés | Non résidents coassurés | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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% |
| 2021-2022 | 2,7% | 2,0% | 1,3% | 4,2% | 9,3% | -2,0% | 2,4% |

Source : IGSS.

**Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2018-2022**




Source : IGSS.

# ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

## INTRODUCTION

En 2022, la population protégée par l'assurance maladie-maternité pour les soins de santé s'élève à 936 254 personnes en moyenne annuelle. Une part de 64,0% de cette population est résidente, contre une part de 36,0% qui est non-résidente. 462 275 personnes, soit 49,4% de la population protégée, ont droit aux prestations en espèces payées en cas de maladie ou de maternité. 580 805 personnes protégées résidentes bénéficient d'un remboursement de la Caisse nationale de santé (CNS) en 2022 (99,0% de la population protégée résidente).

## OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

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

## ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

- La CNS est compétente pour l'élaboration du budget annuel global et de la fixation du taux de cotisation. Elle établit les règles concernant son propre fonctionnement et statue sur le décompte annuel. Elle arrête les statuts déterminant les modalités de prise en charge. Toutes ces décisions sont soumises à l'approbation ministérielle ;
- La CNS négocie les conventions avec les prestataires ;
- Elle procède à la liquidation des frais pour soins de santé et à la liquidation des prestations en espèces de maladie et de maternité.

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

L'assurance maladie-maternité 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, l'article 80 du Code de la sécurité sociale (CSS) prévoit un comité quadripartite, qui réunit au moins une fois par an les représentants des départements ministériels 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 ;

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

- l'adaptation du système de santé aux besoins de la population, à l'évolution du progrès médical et des ressources dont dispose le pays.

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

## FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

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

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

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

## 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 soins de santé 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 comprennent les ressources humaines, les ressources matérielles et les ressources financières

L'analyse du présent chapitre se limite aux ressources humaines et ressources matérielles, et les ressources financières sont étudiées dans le chapitre « La situation financière ».

La section sur les ressources humaines présente, par groupes professionnels, les caractéristiques des médecins ainsi que celles des professionnels de santé. Ensuite, l'analyse se poursuit avec la section sur les ressources matérielles qui décrit les établissements hospitaliers et les officines de pharmacie.

## 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.

[...]

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 | 2013 | 2016 | 2019 | 2022 |
|---|---|---|---|---|
| Médecins libéraux | 1 630 | 1 757 | 1 996 | 2 204 |
| Médecins salariés | 217 | 252 | 306 | 357 |
| MEVS | 95 | 116 | 148 | 174 |
| Autres | 18 | 25 | 30 | 30 |
| **Total médecins conventionnés** | **1 955** | **2 144** | **2 473** | **2 762** |

Source : CNS, calcul IGSS.

En 2022, le Luxembourg compte 2 762 médecins conventionnés, dont 174 (6,3%) médecins en voie de spécialisation (MEVS). Sur la période allant de 2013 à 2022 leur nombre augmente de 3,9% en moyenne annuelle, tandis que la population protégée évolue de 2,4% et la population protégée résidente de 1,8% sur cette même période.

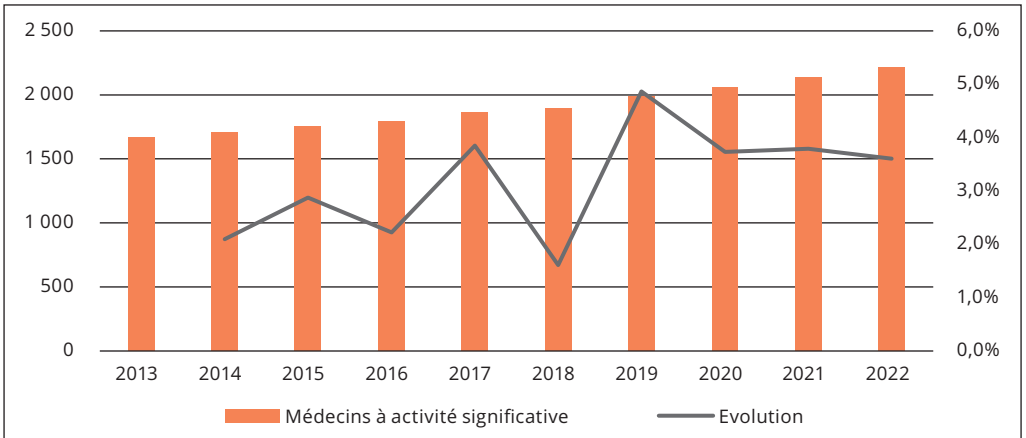
Le Centre Hospitalier du Luxembourg et les Hôpitaux Robert Schuman accueillent chaque année des médecins en voie de spécialisation qui suivent une partie de leur formation, qui durera plusieurs mois, au sein d'un ou de plusieurs services de ces deux établissements.

En 2022, 52,9% des MEVS sont des femmes. La majorité des MEVS poursuit une formation en chirurgie générale, pédiatrie, cardiologie, orthopédie et médecine interne.

En 2022, parmi les 2 561 médecins salariés et libéraux conventionnés, 2 235 ont le même statut pendant 12 mois. 99,0% de ces 2 235 médecins 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.

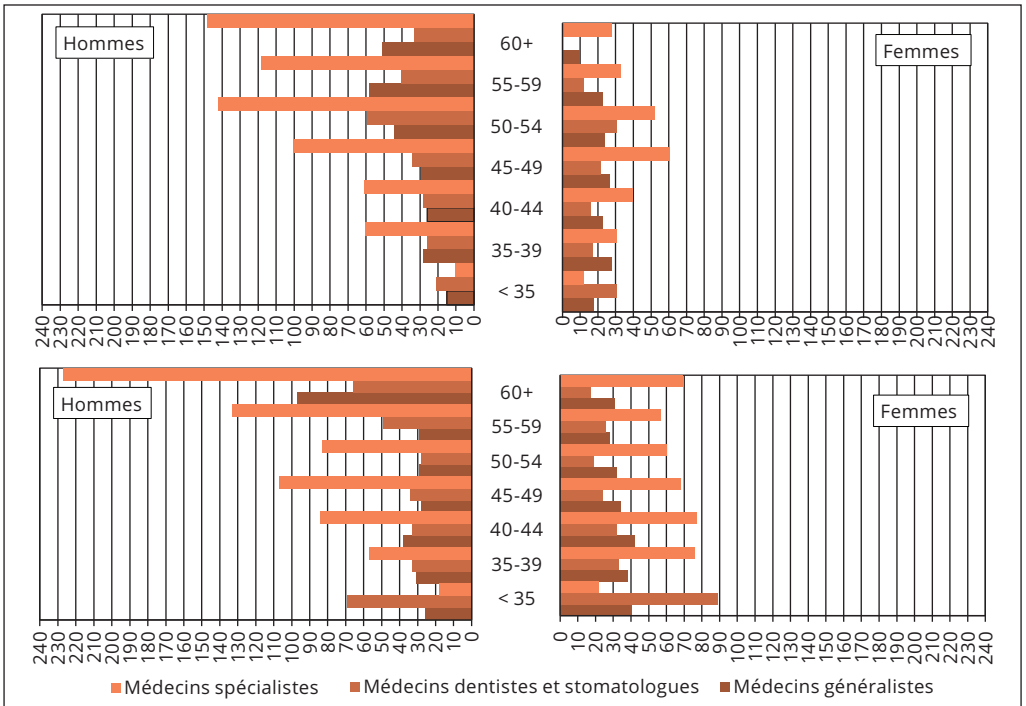
**Graphique 1: Évolution des médecins conventionnés à activité significative**




Source : CNS, calcul IGSS.

En 2022, le nombre de médecins conventionnées à activité significative atteint 2 213 médecins, contre 1 670 en 2013 (+32,5% en 10 ans). Leur nombre évolue de manière continue de 2013 à 2022. Avec une évolution variant entre 1,6% et 2,9%, la période allant de 2014 à 2016, ainsi que l'année 2018 se caractérisent par une augmentation moins élevée du nombre de médecins conventionnés que celle de la moyenne annuelle sur la période considérée (3,2%). 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 2022, parmi les 2 213 médecins conventionnés à activité significative, 41,3% sont des femmes et 58,7% des hommes. De plus, plus que la moitié de ces médecins sont des médecins spécialistes (46,9% chez les femmes et 54,6% 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 2013 seulement 16,2 % des médecins sont âgés de plus de 60 ans, ce pourcentage s'élève dorénavant à 22,9% en 2022 (7,2% respectivement 12,8% chez les femmes et 20,5% respectivement 30,0% chez les hommes). En 2022, les médecins généralistes et les médecins spécialistes présentent avec 24,5% respectivement 26,0% des taux plus élevés de médecins âgées de plus de 60 ans par rapport aux médecins dentistes (15,0%). La part des médecins conventionnés à activité significative de moins de 45 ans passe de 29,4% en 2013 à 37,9% en 2022. L'âge moyen des médecins conventionnés à activité significative passe de 49,8 ans en 2013 à 49,2 ans en 2022. En 2022, les médecins spécialistes sont en moyenne âgés de 51,4 ans (51,2 ans en 2013), les médecins généralistes de 49,9 ans (49,1 ans en 2013) et les médecins dentistes de 44,9 ans (47,1 ans en 2013).

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

| Spécialité médicale principale | 2013 | 2022 |
|---|---|---|
| Médecine générale | 404 | 523 |
| Médecine dentaire | 371 | 552 |
| Anesthésiologie | 81 | 98 |
| Biologie clinique | < 5 | < 5 |
| Cardiologie | 50 | 67 |
| Chirurgie générale | 75 | 80 |
| Dermatologie | < 5 | < 5 |
| Dermato-vénérologie | 31 | 40 |
| Endocrinologie | < 5 | 11 |
| Gastro-entérologie | 16 | 28 |
| Gynécologie-obstétrique | 72 | 94 |
| Hématologie générale | < 5 | 10 |
| Maladies contagieuses | < 5 | < 5 |
| Médecine interne | 72 | 72 |
| Médecine nucléaire | 6 | 12 |
| Médecine physique et réadaptation | 18 | 19 |
| Néphrologie | 9 | 15 |
| Neurochirurgie | 10 | 12 |
| Neurologie | 30 | 42 |
| Neuropsychiatrie | 28 | 26 |
| Oncologie médicale | < 5 | < 5 |
| Ophtalmologie | 49 | 62 |
| Orthopédie | 47 | 66 |
| Oto-rhino-laryngologie | 34 | 41 |
| Pédiatrie | 74 | 103 |

**Tableau 2: Évolution du nombre de médecins conventionnés à activité significative par spécialité médicale (Suite)**

| Spécialité médicale principale | 2013 | 2022 |
|---|---|---|
| Pneumologie | 20 | 24 |
| Psychiatrie | 61 | 77 |
| Psychiatrie infantile | 11 | 15 |
| Radiodiagnostic | 53 | 67 |
| Radiothérapie | 5 | 8 |
| Rhumatologie | 16 | 13 |
| Traumatologie et médecine d'urgence | < 5 | < 5 |
| Urologie | 19 | 27 |
| **Total général** | **1 670** | **2 213** |

Parmi les médecins spécialistes, la pédiatrie, l'anesthésiologie et la gynécologie-obstétrique sont les trois spécialités médicales les plus représentées en 2022. Certaines spécialités, comme l'endocrinologie, l'hématologie générale et la médecine nucléaire voient leur nombre de médecins augmenter rapidement au cours des dernières années.

### 1.1.2. Les médecins hospitaliers

Les médecins hospitaliers sont des médecins agréés ou salariés auprès des établissements hospitaliers. Les statistiques suivantes reposent sur des données recensées annuellement par l'IGSS auprès des établissements hospitaliers et illustrent la situation au 1er janvier.

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

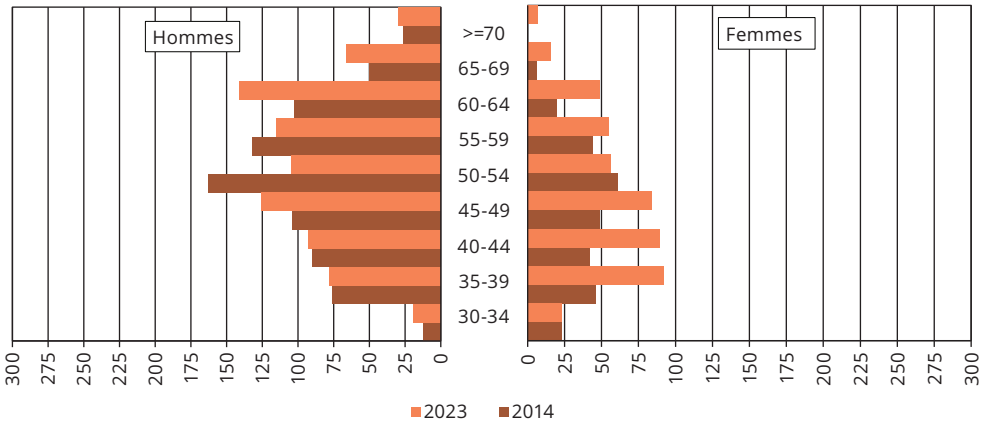
**Tableau 3: Évolution du nombre des médecins hospitaliers de 2018 à 2022**

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|
| Médecins hospitaliers | 1 093 | 1 165 | 1 219 | 1 227 | 1 244 |
| MEVS | 123 | 112 | 131 | 147 | 151 |
| TOTAL | 1 216 | 1 277 | 1 350 | 1 374 | 1 395 |
| *Variation annuelle* | *4,1%* | *5,0%* | *5,7%* | *1,8%* | *1,5%* |

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

En 2023, le nombre total des médecins hospitaliers recensés auprès des établissements hospitaliers s'élève à 1 395 médecins, ce qui représente une augmentation de 1,5% par rapport à 2022. En ne tenant pas compte des médecins en voie de spécialisation (MEVS), l'évolution des médecins se situe à 1,4% en 2022 comparée à une évolution de 0,7% en 2021.

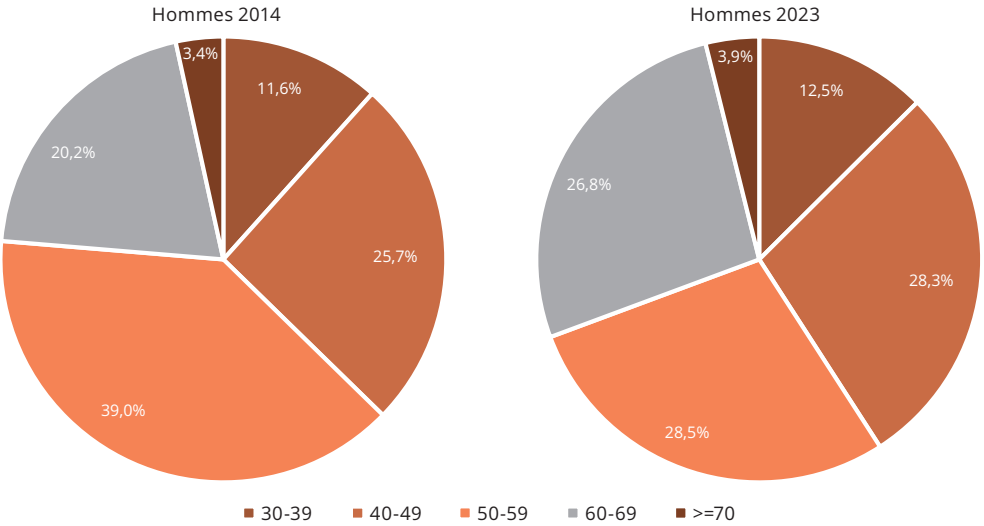
**Graphique 3: Évolution de la pyramide des âges des médecins hospitaliers par sexe [a b]**




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

En 2014, seulement 27,8% des médecins hospitaliers agréés auprès des établissements hospitaliers sont des femmes. En 2023, cette proportion augmente jusqu'à 37,9%. Les hommes ont en 2023 en moyenne 52,7 ans contre 52,3 ans en 2014 et les femmes 47,7 ans comparé à 47,6 ans en 2014.

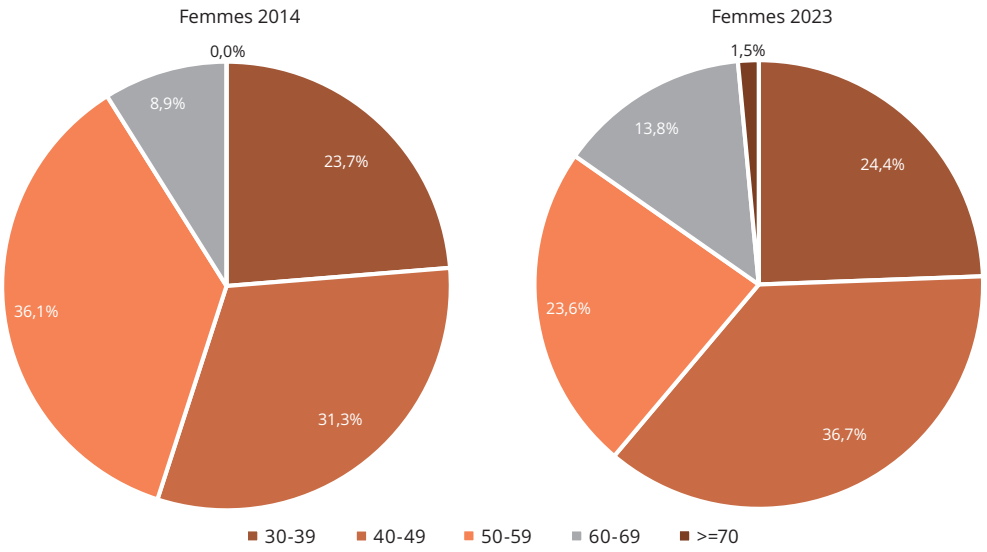
**Graphique 4: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers masculins en 2014 et 2023 [a b]**




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

En 2014, les médecins hospitaliers masculins âgés entre 50 et 59 ans sont les plus nombreux et représentent 39,0% des médecins hospitaliers masculins. En 2023 par contre, ce groupe ne représente plus que 28,5% du total. La part des médecins âgés entre 60 et 69 ans passe de 20,2% en 2014 à 26,8% en 2023. Les chiffres montrent aussi que la proportion des médecins hospitaliers masculins âgés de plus de 70 ans passe de 3,4% du total en 2014 à 3,9% en 2023.

**Graphique 5: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers féminins en 2014 et 2023 [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 36,1% des médecins hospitaliers féminins en 2014 contre 23,6% en 2023. 24,4% des femmes sont âgées entre 30 et 39 ans en 2023, contre 23,7% en 2014. Cette proportion ne s'élève qu'à 12,5% en 2023 chez leurs confrères masculins. Peu de femmes continuent à travailler après 70 ans. Leur proportion s'élève à 0,0% en 2014 et à 1,5% en 2023 (3,4% en 2014 et 3,9% en 2023 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 laboratoires d'analyse médiale, les masseurs, les masseurs-kinésithérapeutes, les diététiciens, 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.

### 1.1.3.1. Les professionnels de santé autorisés à exercer

Le tableau 4 illustre l'évolution des professionnels de santé autorisés à exercer entre 2020 et 2023 en précisant leur qualification

**Tableau 4: Évolution du nombre des professionnels de santé autorisés à exercer par qualification**

| Qualification | 2020 | En % du total | 2021 | En % du total | 2022 | En % du total | 2023 | En % du total | *Variation 2021/2023* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Non renseigné | 18 | 0,1% | 24 | 0,1% | 25 | 0,1% | 31 | 0,1% | *29,2%* |
| Aide-soignants | 5 403 | 23,5% | 5 545 | 23,4% | 5 684 | 23,3% | 5 832 | 23,4% | *5,2%* |
| Aide-soignants psychiatrique | 72 | 0,3% | 71 | 0,3% | 70 | 0,3% | 69 | 0,3% | *-2,8%* |
| ATM Chirurgie | 329 | 1,4% | 337 | 1,4% | 345 | 1,4% | 346 | 1,4% | *2,7%* |
| ATM de Laboratoire | 328 | 1,4% | 330 | 1,4% | 331 | 1,4% | 332 | 1,3% | *0,6%* |
| ATM de Radiologie | 394 | 1,7% | 400 | 1,7% | 403 | 1,7% | 414 | 1,7% | *3,5%* |
| Assistants d'hygiène sociale | 152 | 0,7% | 149 | 0,6% | 147 | 0,6% | 146 | 0,6% | *-2,0%* |
| Assistants seniors | 21 | 0,1% | 21 | 0,1% | 21 | 0,1% | 21 | 0,1% | *0,0%* |
| Assistant social | 918 | 4,0% | 972 | 4,1% | 1 038 | 4,3% | 1 092 | 4,4% | *12,3%* |
| Diététiciens | 153 | 0,7% | 156 | 0,7% | 168 | 0,7% | 180 | 0,7% | *15,4%* |
| Ergothérapeutes | 476 | 2,1% | 500 | 2,1% | 534 | 2,2% | 560 | 2,2% | *12,0%* |
| Infirmiers | 9 596 | 41,7% | 9 890 | 41,7% | 10 148 | 41,6% | 10 347 | 41,5% | *4,6%* |
| Infirmiers en anesthésie et réanimation | 605 | 2,6% | 610 | 2,6% | 611 | 2,5% | 612 | 2,5% | *0,3%* |
| Infirmiers en pédiatrie | 465 | 2,0% | 472 | 2,0% | 477 | 2,0% | 482 | 1,9% | *2,1%* |
| Infirmiers gradués | 245 | 1,1% | 245 | 1,0% | 244 | 1,0% | 243 | 1,0% | *-0,8%* |
| Infirmier psychiatrique | 381 | 1,7% | 385 | 1,6% | 384 | 1,6% | 385 | 1,5% | *0,0%* |
| Laborantin | 433 | 1,9% | 440 | 1,9% | 451 | 1,8% | 459 | 1,8% | *4,3%* |
| Masseurs | 59 | 0,3% | 60 | 0,3% | 59 | 0,2% | 59 | 0,2% | *-1,7%* |
| Masseurs-kinésithérapeutes | 2 019 | 8,8% | 2 118 | 8,9% | 2 217 | 9,1% | 2 284 | 9,1% | *7,8%* |
| Orthophonistes | 178 | 0,8% | 185 | 0,8% | 195 | 0,8% | 205 | 0,8% | *10,8%* |
| Orthoptistes | 32 | 0,1% | 33 | 0,1% | 34 | 0,1% | 35 | 0,1% | *6,1%* |
| Ostéopathes | 99 | 0,4% | 118 | 0,5% | 126 | 0,5% | 138 | 0,6% | *16,9%* |
| Pédagogues curatifs | 70 | 0,3% | 70 | 0,3% | 71 | 0,3% | 73 | 0,3% | *4,3%* |
| Podologues | 33 | 0,1% | 38 | 0,2% | 42 | 0,2% | 43 | 0,2% | *13,2%* |
| Rééducateurs en psychomotricité | 151 | 0,7% | 166 | 0,7% | 171 | 0,7% | 179 | 0,7% | *7,8%* |
| Sage-femmes | 355 | 1,5% | 369 | 1,6% | 384 | 1,6% | 395 | 1,6% | *7,0%* |
| **Total** | **22 985** | **100,0%** | **23 704** | **100,0%** | **24 380** | **100,0%** | **24 962** | **100,0%** | ***5,3%*** |

Source: Registre des professionnels de santé du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

En 2023, le nombre des professionnels de santé augmente de 2,4% contre 2,1% en 2022. Les ostéopathes et les diététiciens affichent les évolutions les plus importantes avec une hausse de 9,5%, respectivement 7,1% par rapport à 2022. Les aides-soignants psychiatriques présentent la baisse la plus importante avec -1,4%.

Entre 2021 et 2023, le nombre d'ostéopathes et le nombre de diététiciens affichent les taux de croissance les plus élevés (+16,9%, respectivement 15,4%).

Les infirmiers (y compris les infirmiers spécialisés) présentent en 2023 une part de 48,3% de l'ensemble des professionnels de santé, une part qui diminue de manière continue depuis plusieurs années maintenant. Les aides-soignants représentent de leur côté une part de 23,7% en 2023, une part qui reste constante sur la période analysée. En 3e lieu viennent les masseurs-kinésithérapeutes avec une part de 9,1% de l'ensemble des professionnels de 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.

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 31.03.2022** | | | | | |
| 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 |
| **Situation au 31.03.2023** | | | | | |
| Hommes | 1 295 | 608 | 308 | 332 | 2 543 |
| Femmes | 3 897 | 2 077 | 942 | 535 | 7 451 |
| **TOTAL** | **5 192** | **2 685** | **1 250** | **867** | **9 994** |

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 9 994 salariés au 31 mars 2023. Ce nombre augmente de 1,2% par rapport à la même date de l'année précédente. Le nombre de salariés qui résident 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 qui résident au Luxembourg diminue au cours des cinq dernières années passées. Elle passe de 55,1% en 2019 à 52,0% en 2023.

## 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 un acteur principal dans la prestation 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 requièrent donc au niveau national des efforts de planification et de concentration des moyens. Ces efforts se concrétisent entre autres par l'élaboration d'une carte sanitaire, la planification hospitalière nationale pluriannuelle et la fixation d'une enveloppe budgétaire globale.

Le nombre de lits est communiqué par les établissements hospitaliers 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 2023

| 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 | 522 | 57 | | | | | 10 | | 532 | 57 | 589 | 72 | 16 | 26 | 8 |
| Centre Hospitalier Emile Mayrisch [a] | 493 | 31 | 19 | | | | 8 | | 520 | 31 | 551 | 51 | 21 | 20 | 6 |
| Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique [b] | | | | | | 180 | | 67 | 247 | | 247 | | 45 | | |
| Hôpital Intercommunal de Steinfort | | | 40 | | | | | | 40 | | 40 | | | | |
| Centre François Bacless | | | | | | | | | | | 0 | | | | |
| 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 | 273 | 16 | 33 | | | 29 | 6 | | 341 | 16 | 357 | 38 | 40 | 18 | 4 |
| Haus Omega | | | | | | | 15 | | 15 | | 15 | | | | |
| Hôpitaux Robert Schuman | 552 | 33 | 30 | | | 75 | 8 | 20 [c] | 685 | 33 | 718 | 118 | 47 | 29 | 8 |
| Centre de Réhabilitation Château de Colpach | | | | | 60 | | | | 60 | | 60 | 20 | | | |
| Laboratoire National de Santé | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | **1 922** | **147** | **122** | **0** | **60** | **284** | **47** | **87** | **2 522** | **147** | **2 669** | **312** | **169** | **93** | **26** |

a. 15 places d'hospitalisation de jour en cours d'autorisation.

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

Source: CNS

c. En cours d'autorisation

Selon l'annexe 2 de la loi hospitalière de 2018, le nombre maximal de lits à autoriser s'établit à 3 040 et le nombre de lits en hôpital de jour y est non défini. En particulier, le nombre de lits autorisés par le MSSS s'établit à 2 772 pour 2022. S'y ajoute le nombre de lits en hôpital de jour autorisés par le MSSS qui se situe à 567. Par rapport aux autorisations du MSSS la CNS communique un nombre de lits de 2 669 et un nombre de lits en hôpital de jour de 600 pour 2023.

### 1.2.2. Les officines de pharmacie

Les concessions des pharmacies ouvertes au public sont tenues par un pharmacien titulaire qui en est le gestionnaire. Il assure également la responsabilité financière de la concession, tient la comptabilité et surveille le chiffre d'affaires. Les conditions d'octroi de ces concessions sont définies dans le règlement grand-ducal du 13 octobre 2013 modifiant le règlement grand-ducal du 27 mai 1997 relatif à l'octroi des concessions de pharmacie [3].

**Tableau 7: Nombre de pharmacies ouvertes au public selon le canton en 2022**

| Canton | Nombre de pharmacies ouvertes au public | Population résidente [a] | Pour 100 000 habitants |
|---|---|---|---|
| Capellen | 5 | 51 691 | 10 |
| Clervaux | 4 | 20 016 | 20 |
| Diekirch | 5 | 34 309 | 15 |
| Echternach | 4 | 19 716 | 20 |
| Esch-Sur-Alzette | 32 | 186 468 | 17 |
| Grevenmacher | 5 | 31 748 | 16 |
| Luxembourg-Campagne | 11 | 69 982 | 16 |
| Luxembourg-Ville | 20 | 128 494 | 16 |
| Mersch | 3 | 34 721 | 9 |
| Redange | 3 | 20 371 | 15 |
| Remich | 3 | 23 717 | 13 |
| Vianden | 1 | 5 516 | 18 |
| Wiltz | 3 | 18 648 | 16 |
| **Total général** | **99** | **645 397** | **15** |

a. Situation au 1er janvier 2022, source Statec.
Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2022, le Luxembourg compte 99 pharmacies ouvertes au public. S'y ajoutent 4 pharmacies hospitalières, qui ne font pas objet cette analyse. Le nombre de pharmacies par canton varie entre 32 pour le canton d'Esch-sur-Alzette, le canton avec la population la plus importante, et 1 pour le canton de Vianden, celui avec la population la plus faible.

Au total, le Luxembourg possède 15 pharmacies ouvertes au public pour 100 000 habitants. Ce nombre varie entre 9 pour le canton de Mersch et 20 pour les cantons de Clervaux et Echternach.

En comparant le Luxembourg avec les pays membres de l'OCDE, alors le Luxembourg se situe en-dessous de la moyenne qui s'élève à 28 en 2019. La France affiche pour 2019 un nombre de 32 pharmacies pour 100 000 habitants, l'Allemagne 23 et la Belgique 42.

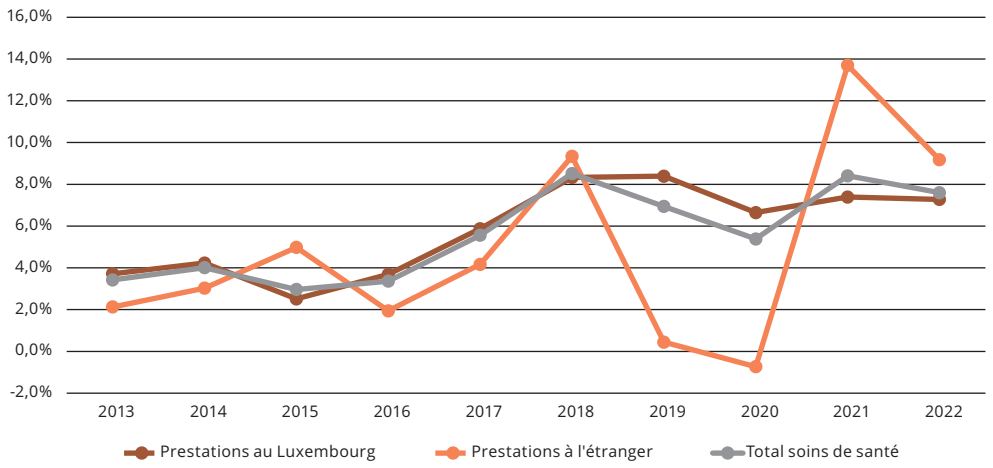
3. Règlement grand-ducal du 18 octobre 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 27 mai 1997 relatif à l'octroi des concessions de pharmacie

# 2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE

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

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

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




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

La période allant de 2013 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 à cadrer l'évolution des soins de santé au Luxembourg. Ainsi, l'évolution des dépenses était de l'ordre de 3% à 6% lors des exercices 2013 à 2017.

Dès 2018, les dépenses pour soins de santé évoluent à nouveau plus rapidement. Ainsi, l'année 2018 se caractérise par une augmentation de 8,5% et l'année 2019 par une croissance de 6,9%. Ces croissances sont dues à une augmentation de 8,3% en 2018, respectivement de 8,4% en 2019, des dépenses pour les soins prestés au Luxembourg et à une évolution de 9,3% 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 -0,7% 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 5,4%, respectivement de 6,6% en 2020. L'évolution importante des dépenses pour soins de santé, observée depuis 2018, se poursuit en 2022: la croissance des dépenses pour soins de santé, qui se situe à 7,6%, est due à une augmentation de 7,3% des dépenses pour les soins de santé prestés au Luxembourg et à une augmentation de 9,2% des dépenses pour soins de santé délivrés à l'étranger.

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

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

| Type de prestation | 2020 | 2021 | 2022 | *Variation 2020/2021* | *Variation 2021/2022* |
|---|---|---|---|---|---|
| Soins hospitaliers | 1 123,8 | 1 183,4 | 1 248,1 | *5,3%* | *5,5%* |
| Soins de médecine | 473,5 | 498,2 | 534,1 | *5,2%* | *7,2%* |
| Soins de médecine dentaire [b] | 95,2 | 103,0 | 115,0 | *8,2%* | *11,6%* |
| Médicaments (extrahospitalier) [c] | 248,6 | 268,5 | 301,6 | *8,0%* | *12,3%* |
| Dispositifs médicaux | 52,2 | 59,5 | 63,8 | *13,9%* | *7,3%* |
| Analyses de biologie médicale (en ambulatoire) | 109,4 | 128,5 | 130,2 | *17,4%* | *1,3%* |
| Soins infirmiers | 65,9 | 68,7 | 80,5 | *4,1%* | *17,2%* |
| Soins de kinésithérapie | 95,9 | 116,8 | 129,6 | *21,8%* | *11,0%* |
| Autres soins de santé [d] | 58,6 | 68,4 | 73,6 | *16,6%* | *7,7%* |
| **Total des prestations au Luxembourg** | **2 323,2** | **2 494,8** | **2 676,4** | ***7,4%*** | ***7,3%*** |
| Prestations à l'étranger | 447,1 | 508,3 | 555,0 | *13,7%* | *9,2%* |
| **Total soins de santé** | **2 770,3** | **3 003,2** | **3 231,4** | ***8,4%*** | ***7,6%*** |

a. Données établies selon la date de la prestation.

b. Sans les soins de médecine dentaire remboursés dans le cadre de la convention conclue entre l'État et la CNS portant institution d'un programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes. Leur coût s'élève à 2,4 millions EUR en 2022.

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 podologues, les diététiciens et pour les années 2023 et 2024 une estimation du coût supplémentaire engendré par l'adaptation de diverses nomenclatures.

Source : CNS.

## 2.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ AU LUXEMBOURG

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

**Encadré méthodologique**

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

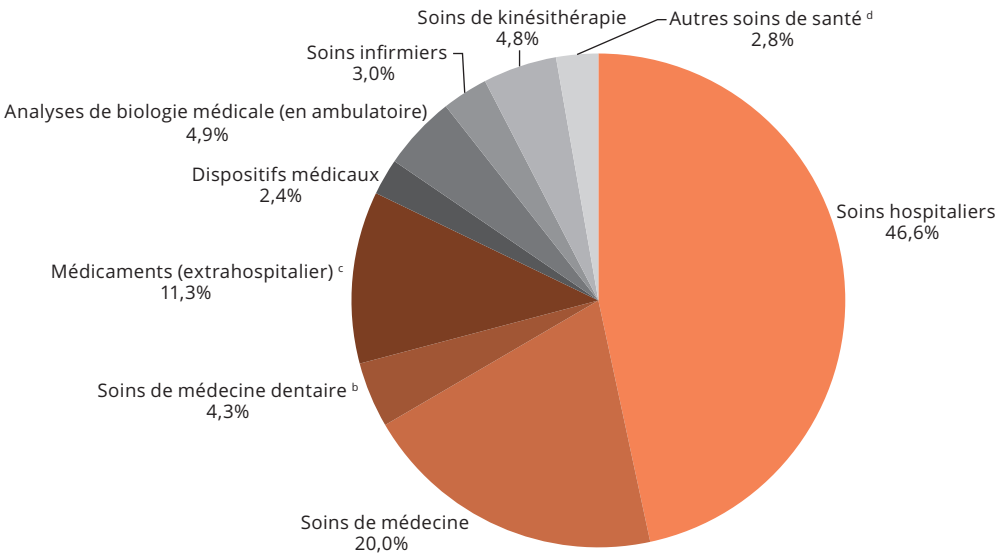
Les données proviennent de fichiers basés sur la date de la prestation. Ces fichiers subissent des mises à jour en continu. Etant donné que les prestataires disposent d'un délai de deux ans pour facturer et les assurés bénéficient d'un délai de deux ans pour introduire leur demande de remboursement,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

Les frais liés aux soins de maternité sont inclus dans les dépenses pour soins de médecine, pour soins de 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 2 676,4 millions EUR en 2022 délivrées principalement à la population protégée résidente [4] au Luxembourg.

4. 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 2022 [a] (en % du total)**




a. Données établies selon la date de la prestation.

b. Sans les soins de médecine dentaire remboursés dans le cadre de la Convention conclue entre l'État et la CNS portant institution d'un programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes. Leur coût s'élève à 2,4 millions EUR en 2022.

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 podologues, les diététiciens.

Source: CNS

## 2.1.1. La consommation des soins de santé au Luxembourg

La consommation des soins de santé dépend de trois facteurs, dont les facteurs de prédisposition (les facteurs individuels, les déterminants sociétaux et les caractéristiques du système de santé, i.e. les facteurs contextuels, les facteurs de capacité (facteurs financiers et organisationnels) et les facteurs de besoin (le besoin perçu) [5].

### 2.1.1.1. La distribution des soins de santé consommés

En 2022, les dépenses pour soins de santé délivrés à la population protégée résidente s'élèvent à 2 395,4 millions EUR. Sur les 586 603 personnes protégées résidentes, 580 805 bénéficient d'une prise en charge des soins de santé de la CNS [6]. Le montant moyen pris en charge s'élève à 4 124,2 EUR par bénéficiaire [7].

5. Modèle comportemental de l'accès aux soins d'Andersen, 1995.
6. Le nombre de personnes protégées résidentes représente une moyenne annuelle et que le nombre de bénéficiaires représente une valeur absolue.
7. Il s'agit de la moyenne remboursée pour l'ensemble des prestations en 2022 par personne bénéficiaire, et non pas d'une moyenne par acte ou par prestation.

Pour l'année 2022, l'analyse de la consommation des soins de santé au Luxembourg montre que :

- la moitié des bénéficiaires touche un remboursement inférieur à 1 229,5 EUR (remboursement médian) ;
- environ quatre cinquièmes des bénéficiaires (80%) touchent un montant inférieur au remboursement moyen (4 124,2 EUR) ;
- 98% des bénéficiaires touchent 66,1% de l'ensemble des soins de santé remboursés ;
- 2% des patients (11 617 personnes) ont un remboursement supérieur à 30 582,2 EUR et touchent donc 33,9% des remboursements de soins de santé ;
- le remboursement le plus élevé en 2022 est de 681 229,1 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.

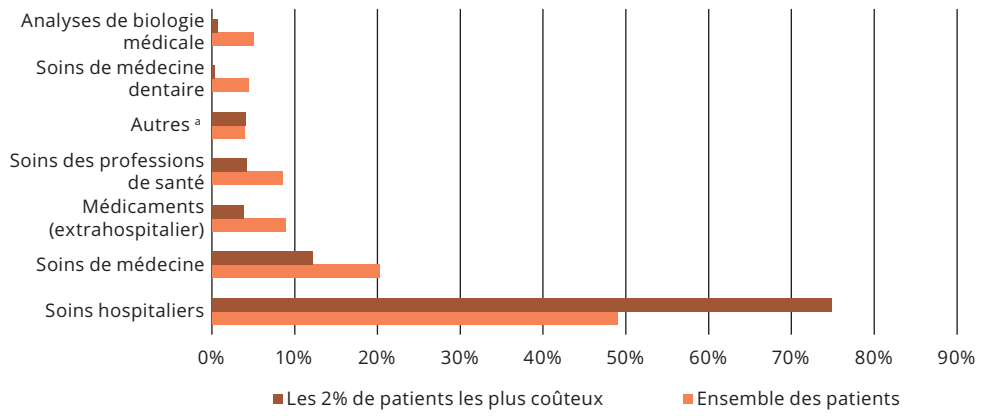
**Tableau 9: Évolution de la distribution des soins de santé consommés**

| | Part de la consommation totale | | |
|---|---|---|---|
| **Pourcentage de patients** | **2002** | **2012** | **2022** |
| 50% bénéficient de | 7,0% | 6,6% | 6,6% |
| 75% bénéficient de | 21,0% | 18,9% | 18,4% |
| 98% bénéficient de | 70,0% | 67,3% | 66,1% |

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 soins de santé pris en charge pour l'ensemble des patients à la composition des soins de santé pris en charge des 2% des patients bénéficiant des montants pris en charge les plus élevés.

**Graphique 8: Composition des soins de santé pris en charge pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients bénéficiant des montants pris en charge les plus élevés en 2022 (en % du total)**

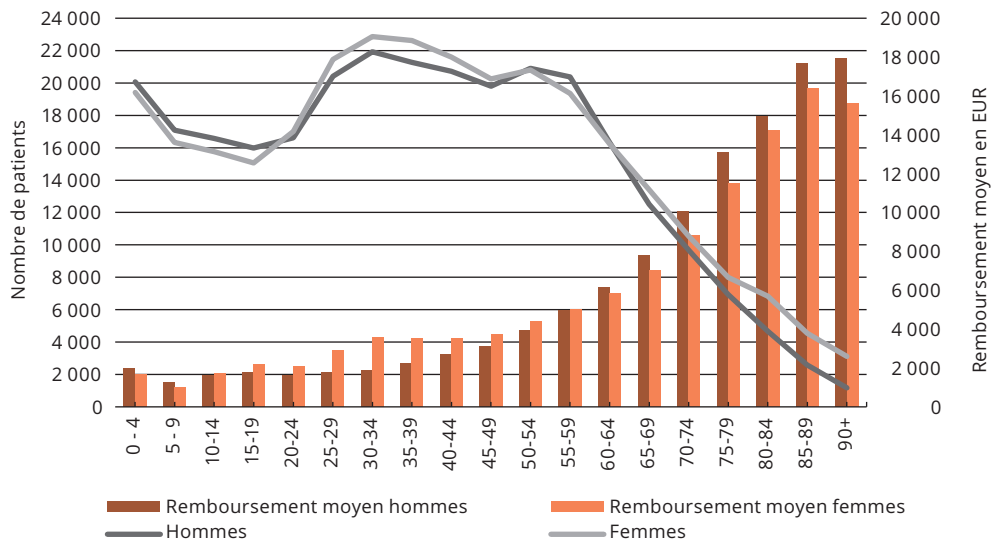



a. La catégorie "Autres" comprend les frais de voyage, les dispositifs médicaux, la rééducation et les cures, la médecine préventive, les soins palliatifs, les indemnités funéraires et les examens prénuptiaux ainsi que certaines expertises médicales.
Source : bases de données de la sécurité sociale,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

Les prises en charge de soins hospitaliers représentent 74,9% des remboursements et paiements des prestations de soins de santé des 2% de patients bénéficiant des remboursements et paiements les plus élevés, tandis que ces frais ne représentent qu'environ 49% 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 montant moyen de prise en charge par groupe d'âge et sexe en 2022 [a]**




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

Le graphique ci-dessus illustre, par sexe et par groupe d'âge, le nombre de bénéficiaires et le montant moyen pris en charge pour les soins de santé en 2022. 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 ou d'un paiement de la CNS est supérieur à celui des hommes, tandis que le montant moyen pris en charge par la CNS est plus élevé chez les hommes.

### 2.1.1.2. Les contacts médicaux

**Encadré méthodologique**

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

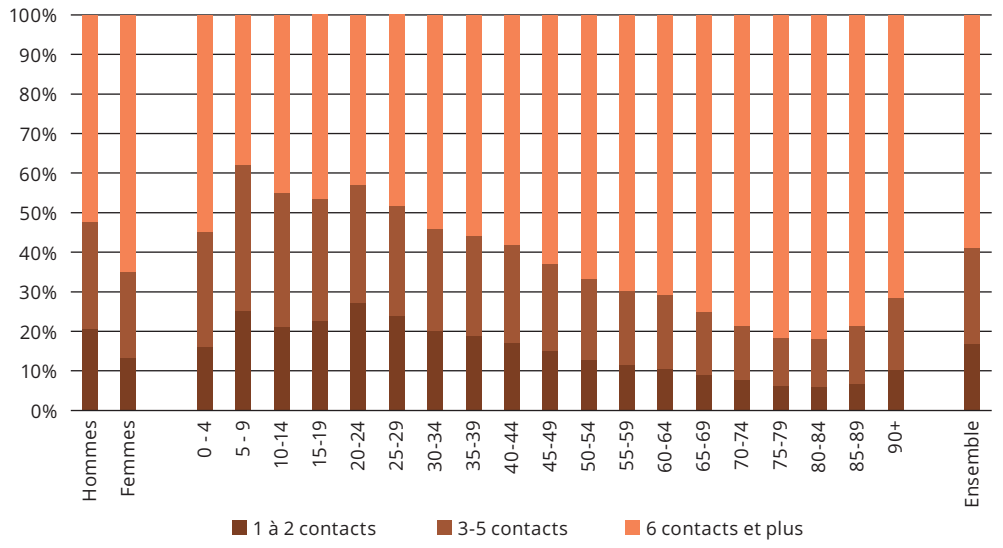
Le pourcentage de patients qui ont au moins un contact médical pendant l'année est sous-estimé, car il est calculé sur base de la population protégée résidente moyenne et les patients qui n'ont que consulté un médecin à l'étranger ne sont pas pris en compte. Les personnes qui ne se sont pas rendues chez le médecin pendant l'année sont également exclues. De plus, les données utilisées se basent sur la date de la prestation de 2022 et sont donc à considérer comme provisoires.

Finalement, les données de 2020, 2021 et de 2022 utilisées pour la détermination du nombre de contacts médicaux ne tiennent pas compte des forfaits horaires [a] introduits pour assurer la prise en charge des personnes atteintes de la COVID-19. En effet, ces forfaits ne peuvent pas être liés directement aux patients, seul un lien au médecin traitant est identifiable.

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

Le graphique suivant présente la répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2022.

**Graphique 10: Répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2022 [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 2022, environ 93,1% de la population protégée résidente a au moins un contact médical en milieu extrahospitalier [8]. La moitié des patients (médiane) a jusqu'à 7 contacts médicaux (7 en 2021) et la moyenne se situe autour de 9,3 contacts médicaux (9,1 en 2021). Les femmes ont en moyenne plus de contacts médicaux que les hommes (10,3 vs. 8,2). 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 2019 à 2022 [a]**

| Contacts médicaux | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|
| **Total Patients** | **523 329** | **519 524** | **534 261** | **543 079** |
| *Variation en %* | *2,0%* | *-0,7%* | *2,8%* | *1,7%* |
| Total Contacts médicaux | 4 961 518 | 4 353 331 | 4 806 121 | 5 021 780 |
| *Variation en %* | *1,8%* | *-12,3%* | *10,4%* | *4,5%* |
| dont contacts médicaux par téléconsultation | - | 239.985 | 148.302 | 115.822 |
| *Variation en % sans contacts médicaux par téléconsultation* | *1,8%* | *-17,1%* | *7,4%* | *2,1%* |
| **Moyenne contacts médicaux** | **9,5** | **8,4** | **9,1** | **9,2** |
| **Médiane contacts médicaux** | **7** | **6** | **7** | **7** |

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

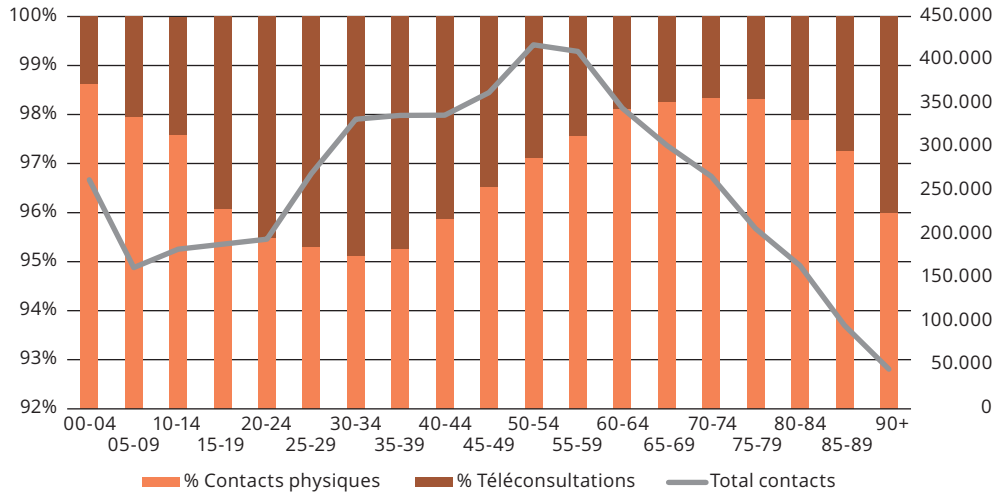
Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Après une baisse du nombre de contacts médicaux due à la pandémie liée à la COVID-19 en 2020, l'année 2022 se caractérise par des augmentations du nombre de patients de 1,7% et du nombre total de contacts médicaux de 4,5% par rapport à 2021. Le nombre de patients est plus élevé qu'avant la pandémie (+3,8% par rapport à 2019), ainsi que le nombre de contacts (+1,2% par rapport à 2019).

Le nombre de téléconsultations se situe à 115 822 en 2022, ce qui représente une baisse de -21,9% par rapport à 2021. Les femmes ont plus recours aux téléconsultations que les hommes : 60,7% du nombre total de téléconsultations sont prestées aux patients féminins, qui représentent 59,5% des 78 589 patients ayant eu recours à au moins une téléconsultation en 2022.

8. 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.

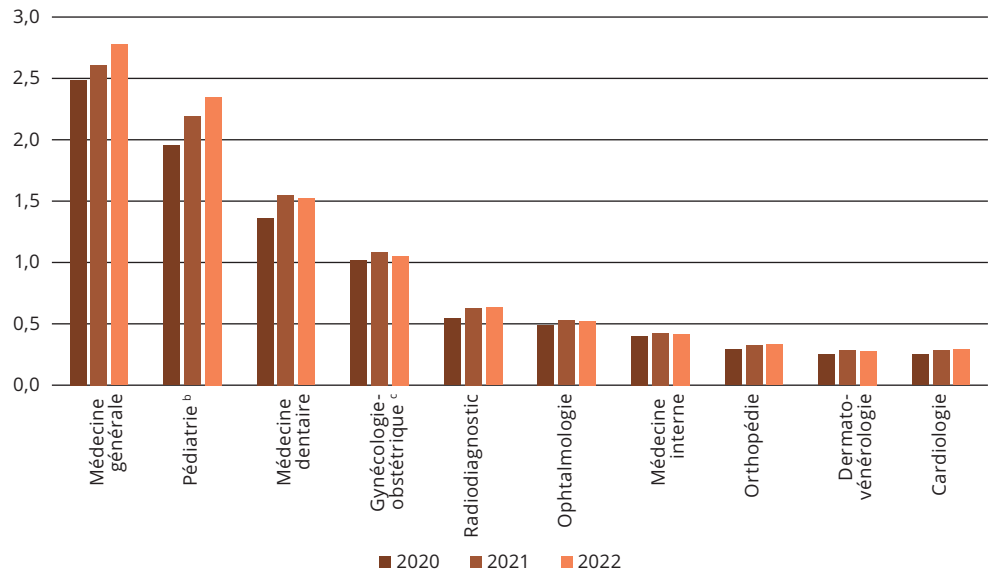
**Graphique 11: Répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et type de contact en 2022 [a]**




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.

97,7% des contacts médicaux sont des contacts physiques en 2022. Le taux de téléconsultations se situe entre 1,4% et 4,9% 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 2020 à 2022 [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 : base de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2022, les personnes consultent le plus fréquemment les médecins généralistes (en moyenne 2,8 fois/an), les pédiatres (2,3 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, 75,8% des téléconsultations sont prestées par les médecins généralistes, 24,2% par les spécialistes et 0,1% par les médecins dentistes.

#### 2.1.1.3. Les soins urgents en médecine extrahospitalière

Cette sous-section porte sur les soins urgents prestés en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2022 aux assurés affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise et pris en charge par la CNS [9].

**Encadré méthodologique**

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

Le tableau qui suit donne un aperçu global de l'évolution des consultations et visites prestées en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2022.

**Tableau 11: Evolution du nombre de consultations et de visites réalisées en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2022**

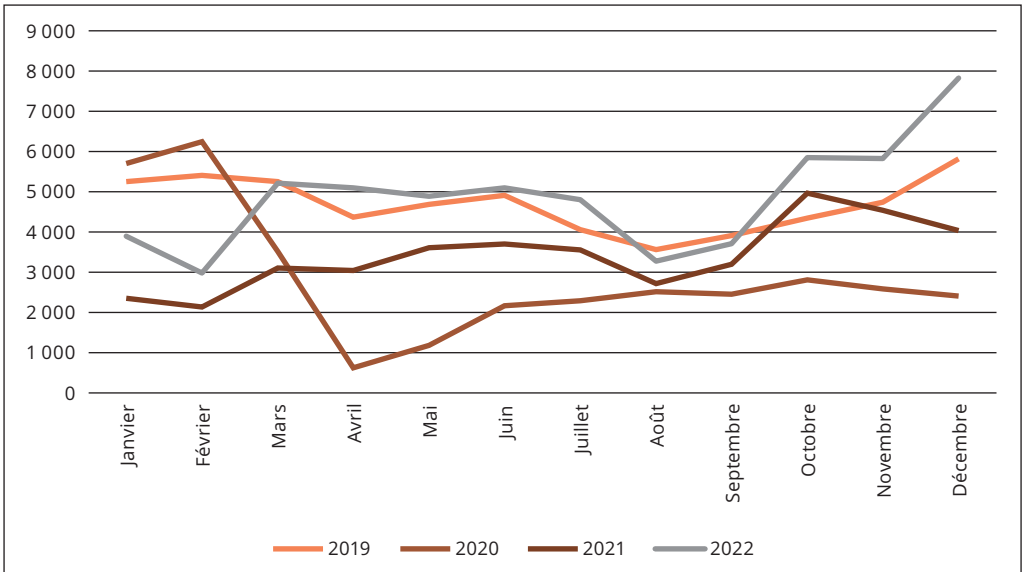
| Type de consultations | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|
| Consultations et visites normales | 1 625 183 | 1 469 936 | 1 593 997 | 1 713 468 |
| Consultations et visites urgentes | 56 345 | 34 516 | 40 980 | 58 467 |
| **Total** | 1 681 528 | 1 504 452 | 1 634 977 | 1 771 935 |

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

En 2019, sur un total de près de 1,7 million de consultations et de visites réalisées en milieu extrahospitalier, 3,4% sont des soins urgents. En 2020, ce pourcentage se situe à 2,3% pour passer à 2,5% en 2021 et 3,3% en 2022. En 2020, suite aux restrictions imposées par la crise sanitaire liée à la COVID-19, le nombre de consultations et de visites urgentes diminue de 38,7% pour augmenter de 18,7% en 2021 et de 42,7% en 2022. Entre 2019 et 2021, ce nombre diminue de 27,3%.

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

**Graphique 13: Évolution mensuelle du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2022**




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

Le nombre mensuel de consultations et visites urgentes réalisées en 2019 est quasiment toujours supérieur à celui des années 2020 et 2021. Il se situe entre 3 600 au mois d'août 2019 et 5 800 au mois de décembre 2019.

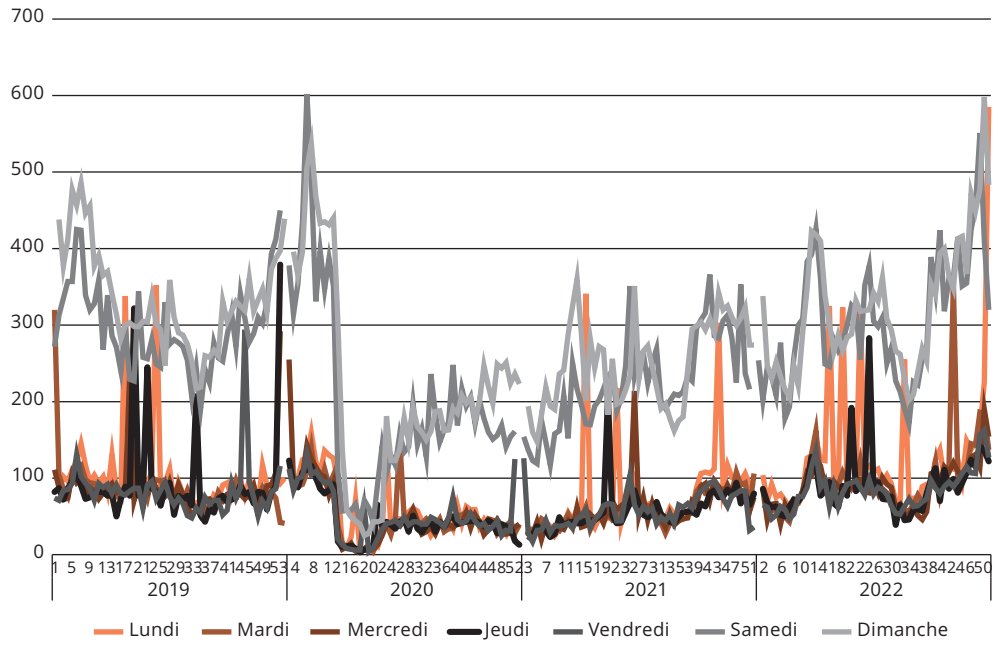
Le graphique sur l'évolution mensuelle du nombre de consultations et de visites urgentes montre la baisse importante de celui-ci à partir du mois de mars 2020, mois qui marque le début de la pandémie liée à la COVID-19 au Luxembourg. Entre mars 2020 et mai 2020, le nombre très bas de consultations et de visites urgentes effectuées en milieu extrahospitalier s'explique par le premier confinement et par la fermeture des cabinets médicaux [10]. La situation se stabilise à partir du mois de juin 2020. Le nombre de consultations et de visites urgentes se situe alors entre 2 200 et 2 800 par mois.

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

En 2022, le nombre de consultations et de visites urgentes atteint son pic en hiver (dès le mois d'octobre) ce qui est en lien avec la vague de la grippe observée dès le mois d'octobre et des infections aux virus RSV (Respiratoty Syncytial Virus) et HRV (Human Rhinovirus).

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

**Graphique 14: Évolution du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier par jour et semaine entre 2019 et 2022**




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

Sur la période allant de 2019 à 2022, le samedi et le dimanche sont les jours qui présentent le plus grand nombre de consultations et de visites urgentes effectuées en milieu extrahospitalier. Ce nombre est élevé parce que les consultations et visites urgentes prestées le samedi et le dimanche peuvent être fournies à tout moment de la journée et quel que soit le lieu de la prestation. L'activité moins soutenue les autres jours de la semaine s'explique par le fait que, du lundi au vendredi (sauf jours fériés), l'activité urgente prise en compte dans l'analyse se limite aux soins prestés le soir entre 19 heures et 22 heures ou la nuit entre 22 heures et 7 heures, donc après la fermeture des cabinets médicaux. Les consultations urgentes facturées par les médecins dans le cas d'une consultation sur rendez-vous pendant les heures d'ouverture des cabinets ne sont pas considérées dans cette analyse.

**Tableau 12: Part de l'activité des maisons médicales de garde dans les consultations et visites urgentes en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2022 [a]**

| Lieu de prestation | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|
| Maison médicale de garde | 58,5% | 50,9% | 48,7% | 55,3% |
| Cabinet médical ou autre | 41,5% | 49,1% | 51,3% | 44,7% |
| **Total** | **100,0%** | **100,0%** | **100,0%** | **100,0%** |

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

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

## 2.1.2. Les soins de médecine et de médecine dentaire

Cette sous-section présente l'évolution de l'activité des médecins et médecins-dentistes, ainsi que la variation des dépenses de soins de médecine et de 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 délivrés 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 délivrés 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 2022, les honoraires de l'ensemble des médecins se chiffrent à 673,8 millions EUR, soit 6,5% de plus qu'en 2021. Le volume des honoraires des médecins généralistes augmente de 10,9%, celui des médecins spécialistes de 6,0% et celui des médecins dentistes de 5,0%. Ces évolutions s'expliquent entre autres par la hausse de l'échelle mobile des salaires (EMS) de 3,8%, la prise en charge médicale des personnes atteintes de la COVID-19 et la variation de l'activité.

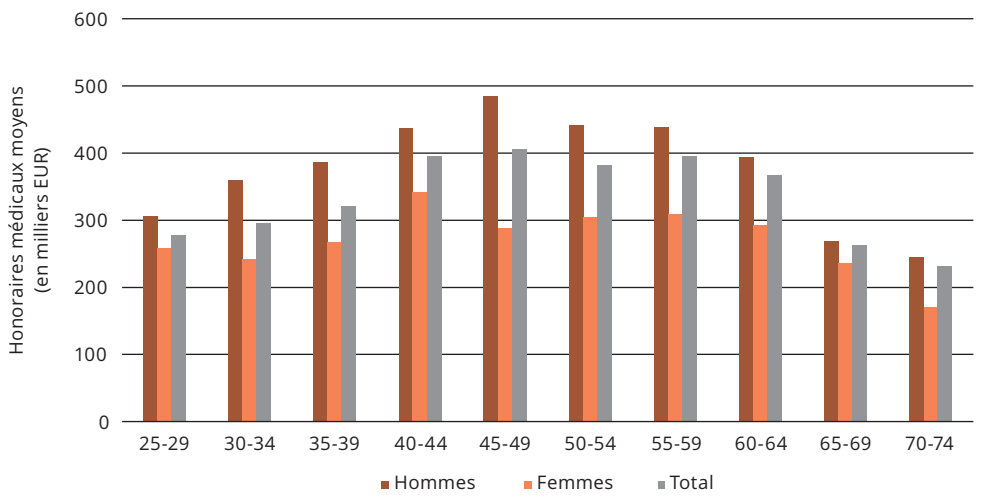
**Tableau 13: Évolution du volume des honoraires des médecins depuis 2013 (en millions EUR)**

| | 2013 | 2017 | 2022 | *Variation moyenne annuelle 2013/2022* |
|---|---|---|---|---|
| Médecins généralistes | 66,4 | 80,7 | 112,4 | *6,9%* |
| Médecins spécialistes | 244,2 | 284,6 | 366,3 | *5,1%* |
| Dentistes et stomatologues | 121,4 | 142,7 | 195,1 | *5,1%* |
| **Total des médecins** | 432,0 | 508,0 | 673,8 | *5,4%* |

Source : CNS, calcul IGSS.

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

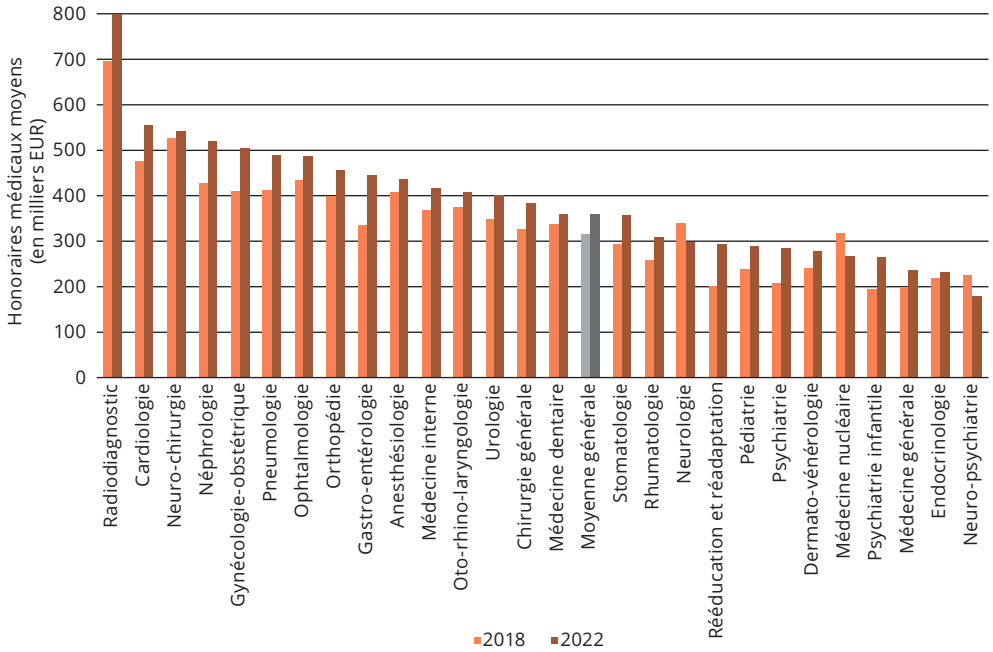
**Graphique 15: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2022 (en milliers EUR)**




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 2018 à 2022 montre une diminution entre autres chez les médecins spécialistes en neuro-psychiatrie, les médecins spécialistes en médecine nucléaire et les médecins spécialistes en neurologie.

**Graphique 16: Évolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2018 et 2022 (par ordre décroissant pour 2022)**

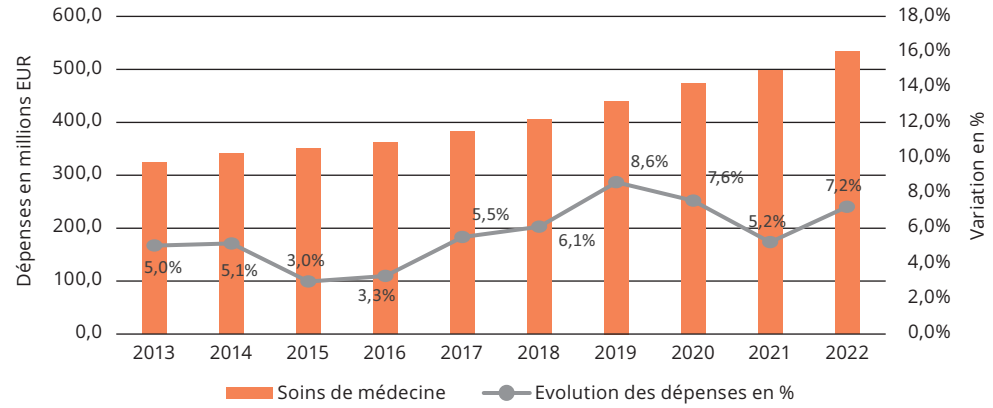



Source : CNS, calcul IGSS.

### 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 allant de 2013 à 2022.

**Graphique 17: 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.

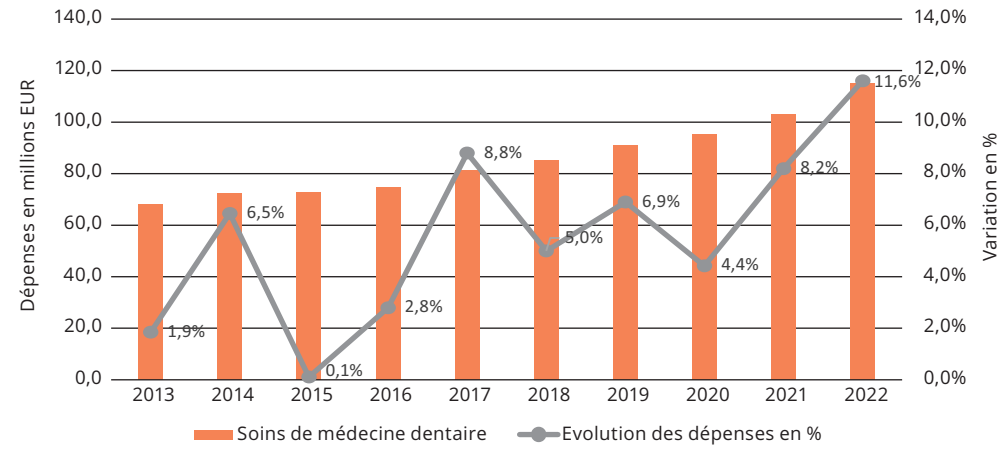
En 2022, les dépenses pour soins de médecine augmentent de 7,2% par rapport à 2021. Cette évolution est liée à la prise en charge médicale des personnes atteintes de la COVID-19, à la variation de l'échelle mobile de salaire de 3,8% et une variation de l'activité.

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 4,5 millions EUR pour 2022 (contre 21,4 millions EUR en 2021). Les dépenses liées à la téléconsultation se chiffrent de leur côté à 6,7 millions EUR (7,5 millions EUR en 2021).

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 4,1 millions EUR en 2022.

Finalement, les dépenses liées 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'élèvent à 2,9 millions EUR en 2022.

**Graphique 18: Évolution des dépenses pour soins de médecine dentaire [a b]**




a. Données établies selon la date de la prestation.
b. Sans les soins de médecine dentaire remboursés dans le cadre de la Convention conclue entre l'État et la CNS portant institution d'un programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes. Leur coût s'élève à 1,6 millions EUR en 2020.
Source : CNS.

En 2022, l'évolution des dépenses pour les soins de médecine dentaire se situe à 11,6%. Cette évolution s'explique principalement par l'augmentation du nombre d'actes techniques réalisés tels que les soins, les extractions, les prothèses, l'orthodontie et le radiodiagnostic. De plus, la hausse des dépenses est impactée par la variation de l'EMS de 3,8% et le résultat de la négociation de la valeur de la lettre-clé. En effet, compte tenu de sa mise en application avec effet au 1er janvier 2022, la valeur de la lettre-clé est augmentée d'un facteur de rattrapage pour la période du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2022 pour compenser la mise en vigueur différée.

## 2.1.3. Les soins hospitaliers

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

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

### 2.1.3.1. Les dépenses pour soins hospitaliers

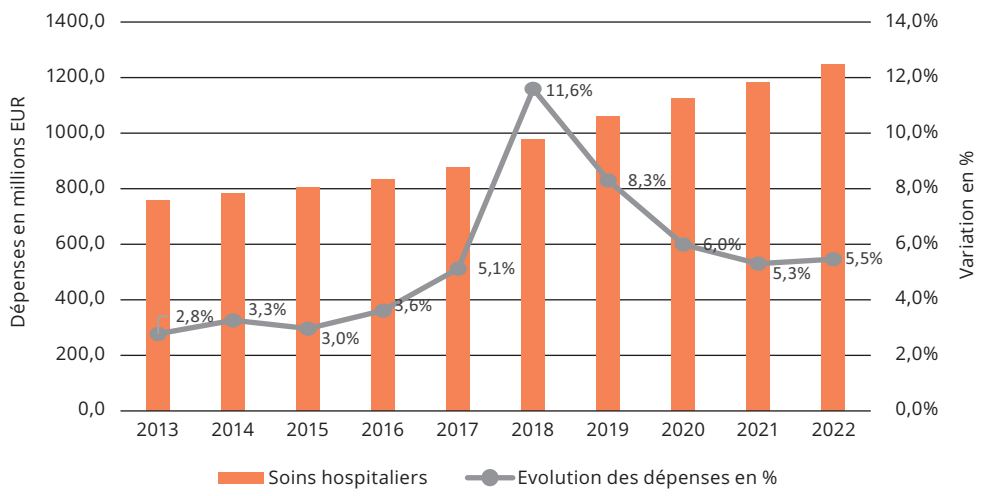
**Encadré méthodologique**

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

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

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

**Graphique 19: Évolution des dépenses pour soins hospitaliers [a]**




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

En 2022, les dépenses pour soins hospitaliers à charge de l'assurance maladie-maternité s'élèvent à 1 248,1 millions EUR, soit une augmentation de 5,5% par rapport à 2021.

### 2.1.3.2. Les journées d'hospitalisation

**Encadré méthodologique**

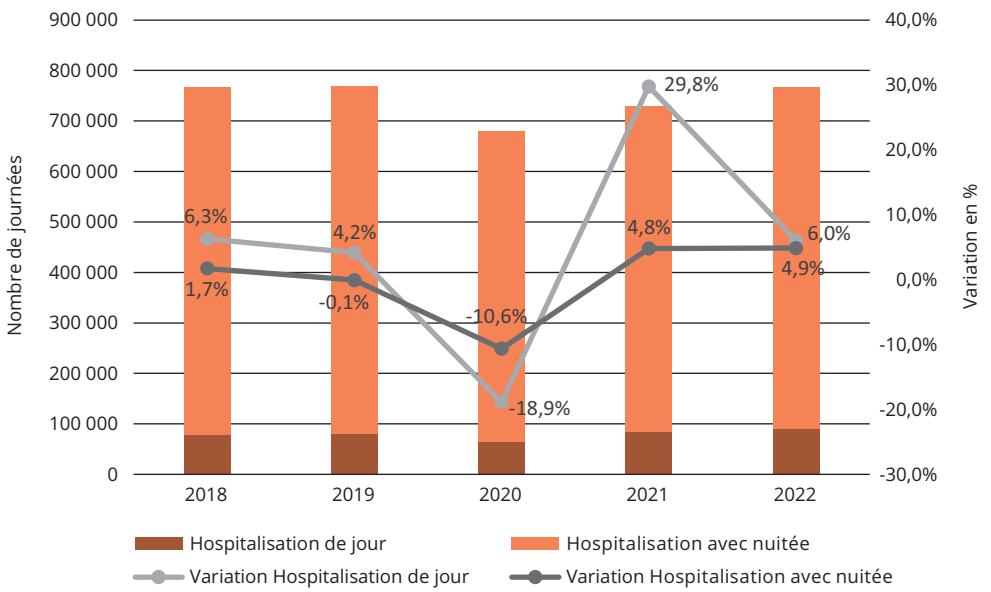
Les statistiques de cette sous-section sont établies du point de vue du patient. Ainsi par exemple, un seul « épisode » hospitalier est mis en compte pour un patient lors d'une séjour stationnaire, ininterrompu, même si ce séjour comporte des transferts vers d'autres établissements spécialisés (p.ex.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

Les données relatives aux journées d'hospitalisation concernent tous les établissements hospitaliers et regroupent certaines entités fonctionnelles telles que les soins normaux, les soins intensifs, l'hôpital de jour psychiatrique et pédiatrique, l'hôpital de jour chirurgical et non-chirurgical.

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

En 2022, 766 397 journées sont facturées en milieu hospitalier au Luxembourg, ce qui correspond à une hausse de 5,0% par rapport à 2021.

**Graphique 20: Évolution des journées d'hospitalisation par type d'hospitalisation** [a]




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

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

La deuxième tendance s'observe en 2020. Suite à la crise sanitaire liée à la COVID-19, les journées d'hospitalisations diminuent, étant donné que les établissements hospitaliers étaient contraints à réduire leur activité normale pendant le confinement 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 2022 se caractérise par une hausse des journées d'hospitalisations due à la reprise de l'activité normale après les contraintes liées à la COVID-19.

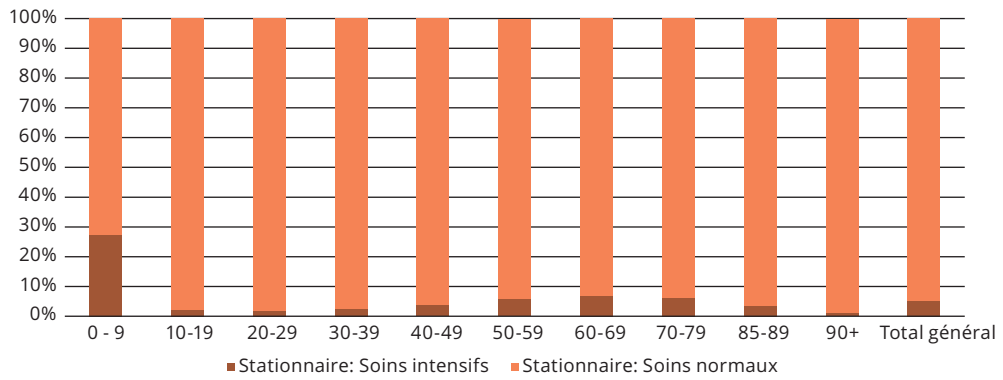
Plus précisément, les journées facturées pour des séjours hospitaliers avec au moins une nuitée [11] augmentent de 4,9% par rapport à 2021 et se chiffrent à 676 652 en 2022. Les soins normaux sont l'unité d'œuvre la plus souvent facturée avec 94,9% de l'ensemble des journées facturées. Les soins intensifs représentent 5,1% 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 89 745 en 2022, ce qui correspond à une hausse de 6,0% par rapport à 2021. Elles concernent un total de 43 511 patients (42 103 en 2021, hausse de 3,3%).

Les passages en hôpital de jour chirurgical [12] présentent 40,7% des hospitalisations de jour (42,3% en 2021), les soins normaux concernent 11,7% (10,4% en 2021), les soins intensifs concernent 0,3% (0,3% en 2021), les hospitalisations de jour en psychiatrie 32,3% (30,2% en 2021), les hospitalisations de jour non chirurgicales 12,9% (13,9% en 2021) et les hospitalisations de jour pédiatriques 2,2% (2,2% en 2021).

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 21: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2022 (en %)**

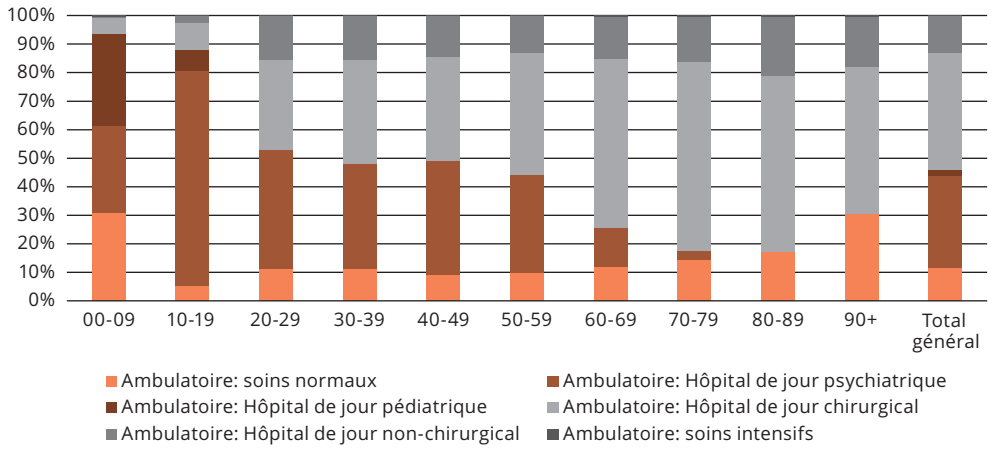



Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

11. Soins normaux et soins intensifs.
12. 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 ».

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 50 035 personnes (49 265 en 2021, hausse de 1,6%).

**Graphique 22: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2022 (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 75,4% (65,8% en 2021) de toutes les journées facturées sans nuitée pour les jeunes âgés de 10-19 ans concernent des passages en hôpital de jour psychiatrique. Les personnes âgées de plus de 60 ans par contre ont plus recours à l'hôpital de jour chirurgical.

### 2.1.3.3. Les admissions à l'hôpital

**Encadré méthodologique**

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

Les données relatives aux admissions à l'hôpital concernent tous les établissements hospitaliers.

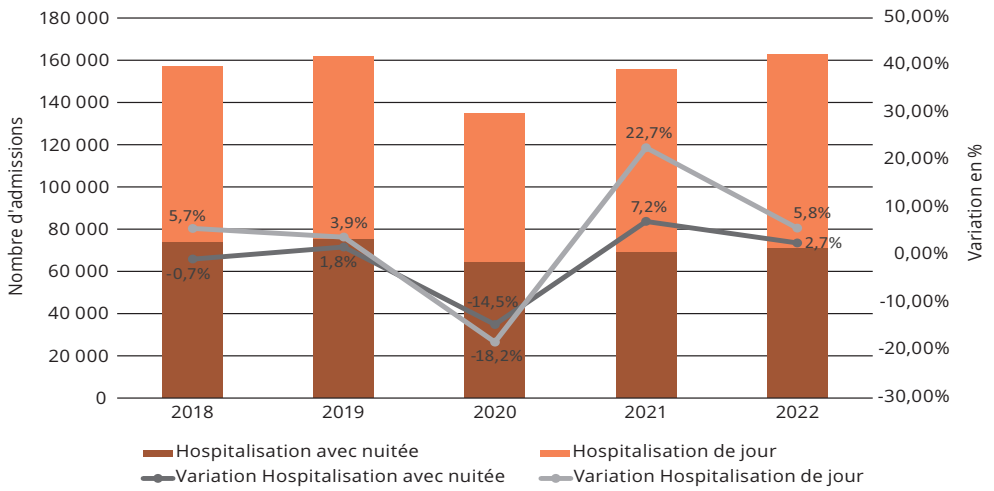
Les statistiques sur les diagnostics principaux se basent sur les admissions en hôpital de jour et en milieu stationnaire encodées par les établissements hospitaliers dans le cadre de la documentation et classification des séjours hospitaliers (DCSH). Elles ne sont établies que pour les hôpitaux aigus. Sont donc exclus :

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

Les données provenant de la Documentation et Classification des Séjours Hospitaliers n'étant pas complètes pour l'année 2022, les statistiques ne sont pas fournies.

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

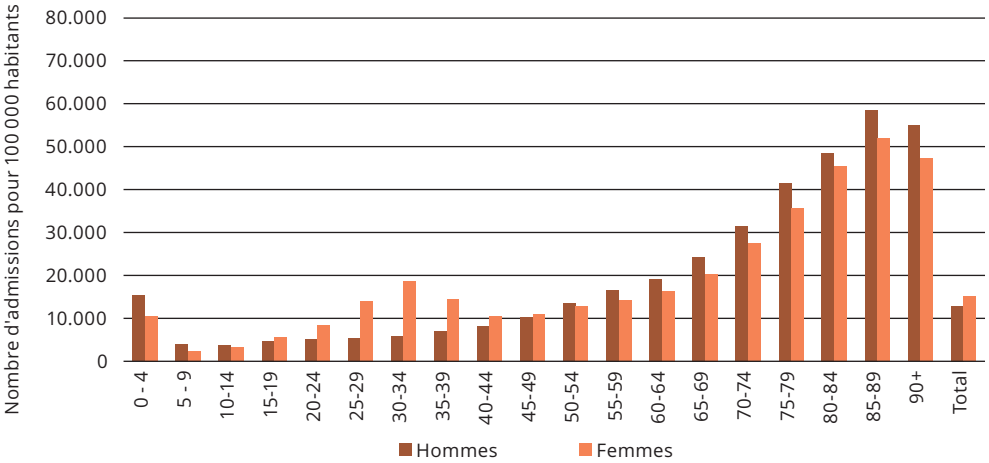
**Graphique 23: Évolution du nombre d'admissions par type d'hospitalisation**




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

En 2022, 71 133 admissions en hospitalisation avec nuitée et 91 553 admissions en hospitalisation de jour sont prises en charge par l'assurance maladie-maternité au Luxembourg [13]. Ces chiffres sont en hausse par rapport à 2021 : + 2,7% pour les hospitalisations avec nuitée et +5,8% pour les hospitalisations de jour.

**Graphique 24: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2022**




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

13. 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).

En 2022, le nombre d'admissions hospitalières avec au moins une nuitée s'élève en moyenne à 12 126 pour 100 000 personnes protégées résidentes, celui des hospitalisations de jour à 15 607.

Le taux élevé des admissions chez les femmes âgées de 15 à 49 ans par rapport à celui des hommes du même âge s'explique en grande partie par les accouchements qui sont la première cause d'hospitalisation chez les femmes de ces groupes d'âge. 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.

Les deux tableaux qui suivent illustrent l'évolution du Top 10 du nombre d'admissions par diagnostic principal en hôpital de jour, respectivement en hospitalisation avec nuitée dans les hôpitaux aigus [14].

**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 | 16669 | 23,8% | 10137 | 28,6% | 22094 | 26,5% |
| CHAPITRE XI: Maladies de l'appareil digestif | 9435 | 13,4% | 4277 | 12,1% | 10385 | 12,5% |
| CHAPITRE XIII: Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif | 8963 | 12,8% | 4675 | 13,2% | 10078 | 12,1% |
| CHAPITRE II: Tumeurs | 5136 | 7,3% | 3201 | 9,0% | 6803 | 8,2% |
| CHAPITRE VII: Maladies de l'oeil et de ses annexes | 6217 | 8,9% | 2949 | 8,3% | 6093 | 7,3% |
| CHAPITRE IX: Maladies de l'appareil circulatoire | 3958 | 5,6% | 676 | 1,9% | 4267 | 5,1% |
| CHAPITRE VI: Maladies du système nerveux | 3680 | 5,2% | 1878 | 5,3% | 4141 | 5,0% |
| CHAPITRE XIV: Maladies de l'appareil génito-urinaire | 3902 | 5,6% | 1761 | 5,0% | 4070 | 4,9% |
| CHAPITRE XIX: Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes | 2877 | 4,1% | 1327 | 3,7% | 2948 | 3,5% |
| CHAPITRE V: Troubles mentaux et du comportement | 130 | 0,2% | 86 | 0,2% | 1968 | 2,4% |

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, 26,5% 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 ». 10 385 admissions sont liées aux maladies de l'appareil digestif (Chapitre 11 de l'ICD-10-CM) et 10

14. Cf. Encadré méthodologique pour plus de détails.

078 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 | | 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 | 21982 | 21,2% | 10388 | 21,8% | 21561 | 21,6% |
| CHAPITRE II: Tumeurs | 8543 | 8,2% | 4474 | 9,4% | 9617 | 9,6% |
| CHAPITRE XV: Grossesse, accouchement et puerpéralité | 7934 | 7,6% | 4226 | 8,9% | 8543 | 8,6% |
| CHAPITRE XIX: Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes | 8156 | 7,9% | 3945 | 8,3% | 8219 | 8,2% |
| CHAPITRE XIII: Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif | 9632 | 9,3% | 3794 | 8,0% | 7749 | 7,8% |
| CHAPITRE IX: Maladies de l'appareil circulatoire | 8170 | 7,9% | 3275 | 6,9% | 7509 | 7,5% |
| CHAPITRE X: Maladies de l'appareil respiratoire | 6611 | 6,4% | 3241 | 6,8% | 6720 | 6,7% |
| CHAPITRE XI: Maladies de l'appareil digestif | 7529 | 7,2% | 3406 | 7,2% | 6170 | 6,2% |
| CHAPITRE XIV: Maladies de l'appareil génito-urinaire | 5071 | 4,9% | 2157 | 4,5% | 4695 | 4,7% |
| CHAPITRE VI: Maladies du système nerveux | 4772 | 4,6% | 2062 | 4,3% | 4305 | 4,3% |

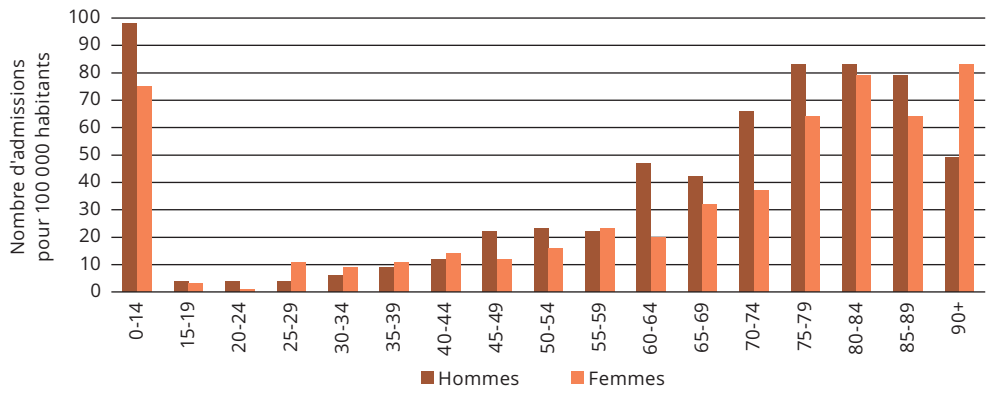
a. Les diagnostics principaux sont classés selon la classification internationale des maladies ICD-10-CM.

En 2021, 21 561 admissions, soit 21,6% du nombre total d'admissions ont comme diagnostic principal le Chapitre 21 - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé. Le Chapitre II: Tumeurs occupe la deuxième place avec 9 617 admissions (9,6% du total) et le Chapitre XV: Grossesse, accouchement et puerpéralité la troisième place avec 8 543 admissions (8,6% du total).

### 2.1.3.4. Focus sur la prise en charge des patients atteints de la COVID-19

Le graphique qui suit représente le nombre d'admissions des patients atteints de la COVID-19 dans les établissements hospitaliers au Luxembourg en 2022.

**Graphique 25: Nombre d'admissions liées à la COVID-19 par groupe d'âge et sexe en 2022**




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

En 2022, 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 54,1% et celui des femmes à 45,9%. 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 75 à 84 ans (12,7% de toutes les hospitalisations de patients masculins) et pour les femmes âgées de 90 ans et plus (15,0% de toutes les hospitalisations de patients féminins). Parmi les enfants âgés de 0 à 14 ans, le taux d'hospitalisation des garçons s'élève à 56,6% et celui des filles s'élève à 43,3%.

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 2022 pendant les séjours hospitaliers aux patients atteints de la COVID-19 montre que ces derniers ont eu 32 966 passages dans les laboratoires hospitaliers (2,4% du total des passages dans les laboratoires hospitaliers), 12 391 passages dans les soins normaux (1,8% du total des passages en soins normaux) et 1 704 passages en soins intensifs (4,3% du total des passages en soins intensifs).

**Tableau 16: Relevé de certaines unités d'œuvre fournies aux patients COVID-19 dans les établissements hospitaliers [a]**

| Entités fonctionnelles | 2020 [b] | | 2021 | | 2022 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nombre de passages | en % du total | Nombre de passages | en % du total | Nombre de passages | en % du total |
| Laboratoires | 61.174 | 5,0% | 76.903 | 5,7% | 32.966 | 2,4% |
| Hospitalisation - soins normaux | 19.858 | 3,0% | 19.083 | 2,8% | 12.391 | 1,8% |
| Kinésithérapie | 9.452 | 1,9% | 15.913 | 2,7% | 7.652 | 1,3% |
| Imagerie médicale | 6.343 | 1,3% | 7.086 | 1,3% | 2.552 | 0,5% |
| Hospitalisation - soins intensifs | 3.427 | 8,7% | 5.526 | 14,3% | 1.704 | 4,3% |
| Urgences | 1.735 | 0,9% | 1.694 | 0,7% | 1.038 | 0,4% |
| Ergothérapie | 631 | 0,3% | 1.606 | 0,6% | 629 | 0,2% |
| Policlinique | 1.546 | 0,2% | 1.363 | 0,2% | 1.219 | 0,1% |

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

### 2.1.3.5. La durée de séjour dans les hôpitaux aigus

**Encadré méthodologique**

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

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

- l'établissement spécialisé accueillant des personnes en fin de vie Haus Omega de Hamm ;
- le 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 17: Le type d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus entre 2020 et 2022 [a]**

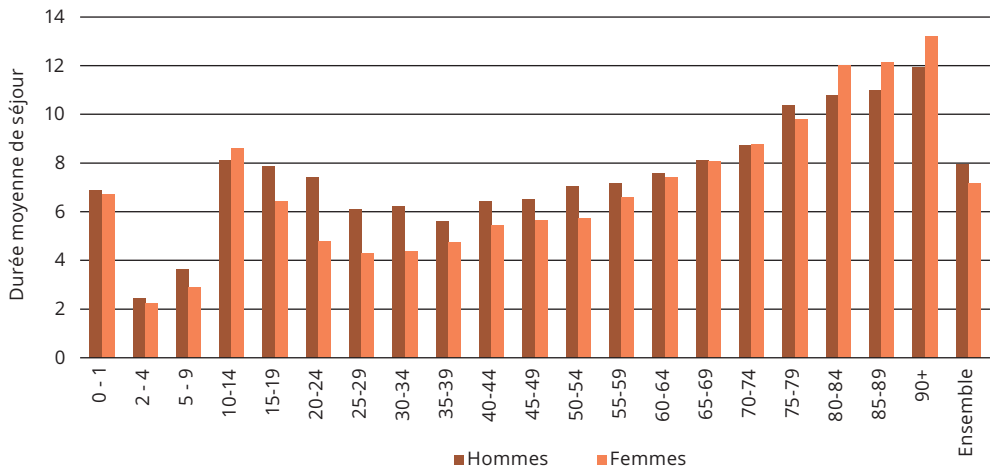
| Type d'hospitalisation | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| Nombre d'admissions hospitalières comprenant au moins une nuit à l'hôpital | 61714 | 66124 | 67641 |
| Nombre d'admissions avec entrée et sortie le même jour (ESMJ, sans nuité [b] | 64.673 | 78.973 | 83.937 |
| - dont nombre d'admissions en hôpital de jour chirurgical, non-chirurgical et pédiatrique | 38.177 | 51.557 | 51.668 |
| - dont nombre d'admissions en hôpital de jour psychiatrique | 14.775 | 18.468 | 21.647 |
| Nombre total d'admissions hospitalières | 126.387 | 145.097 | 151.578 |
| Durée moyenne de séjour [c] | 7,8 | 7,5 | 7,7 |
| Taux d'hospitalisation avec une durée <= 4 jours | 78,7% | 80,6% | 81,1% |
| Taux d'hospitalisation avec une durée <= 7 jours | 86,7% | 88,2% | 88,3% |
| Rapport nombre ESMJ / Nombre total d'hospitalisations [b] | 51,2% | 54,4% | 55,4% |

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 graphique suivant présente la durée moyenne de séjour observée dans les hôpitaux aigus et ventilée par groupe d'âge et sexe du patient en 2022.

**Graphique 26: Durée moyenne de séjour par groupe d'âge et sexe en 2022 (hôpitaux aigus)**




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

La durée moyenne de séjour des 67 641 hospitalisations avec au moins une nuitée se situe à 7,7 jours en 2022 (7,5 jours en 2021). 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.

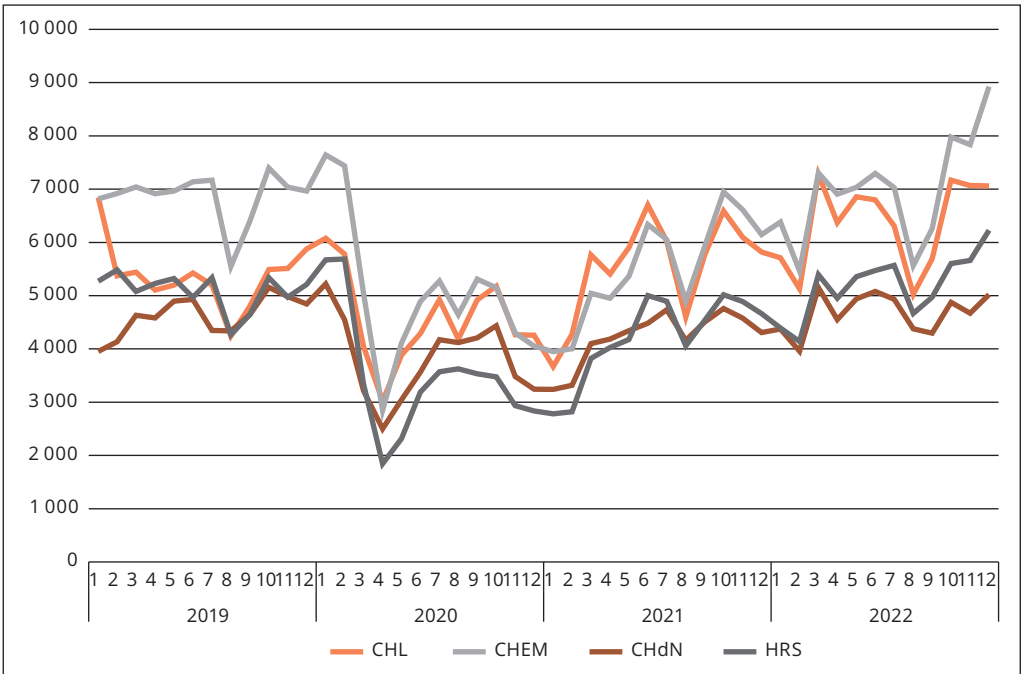
### 2.1.3.6. Focus sur les soins urgents en médecine hospitalière

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

#### Nombre de passages aux urgences des centres hospitaliers

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

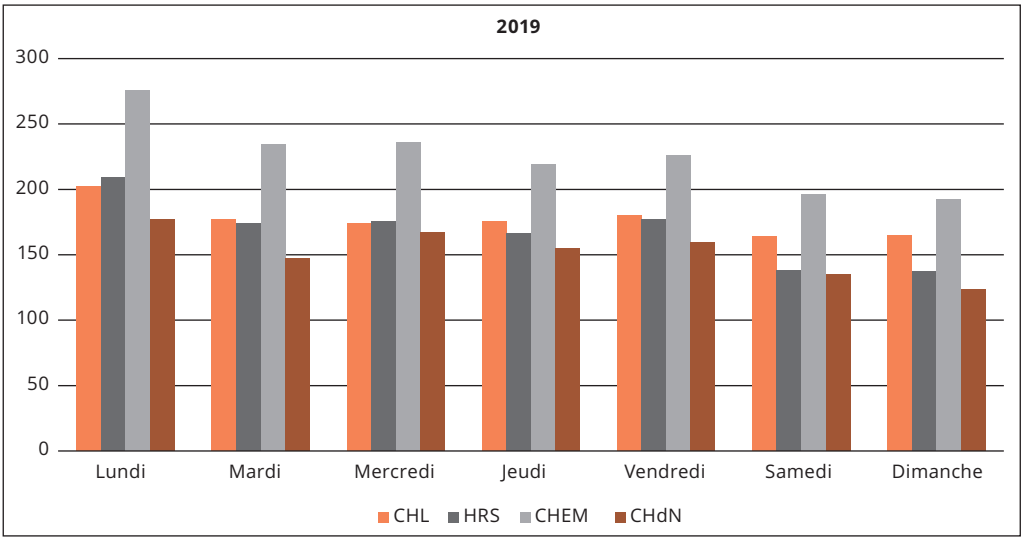
**Graphique 27: Évolution mensuelle du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par centre hospitalier entre 2019 et 2022**

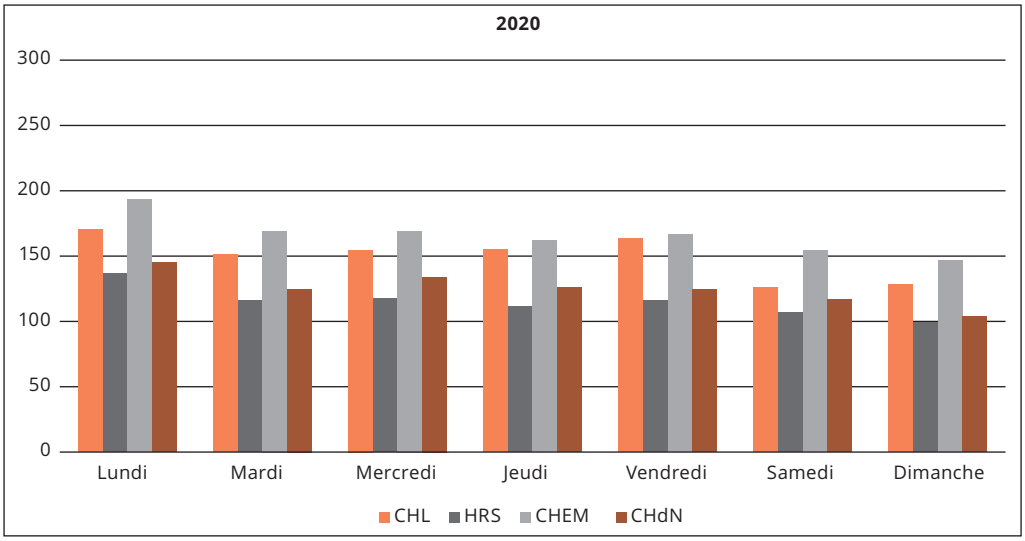


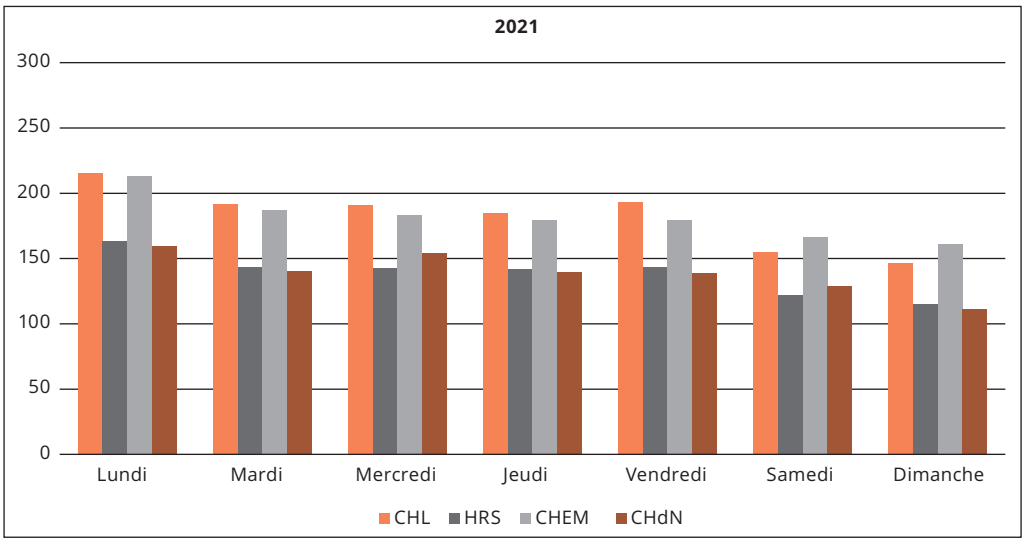

Source : bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

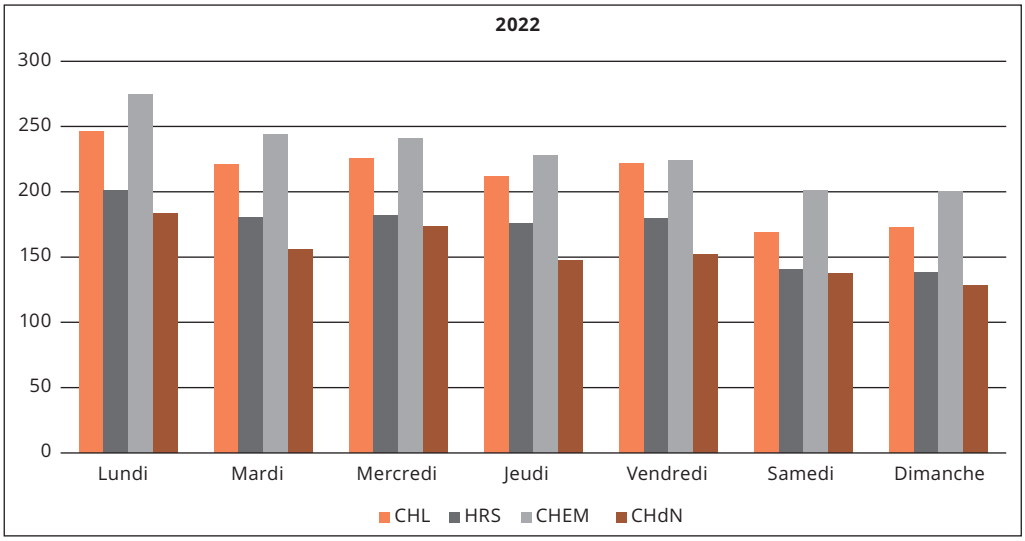
Dans les quatre centres hospitaliers, les effets du confinement sont nettement visibles en mars et avril 2020. En 2022, la fréquence des passages aux urgences semble avoir rattrapé celle de 2019.

**Graphique 28: Évolution du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par jour de semaine en 2019, 2020, 2021 et 2022**




2020
300
250
200
150
100
50
0
Lundi
Mardi
Mercredi
Jeudi
Vendredi
Samedi
Dimanche
CHL
HRS
CHEM
CHdN


2021
300
250
200
150
100
50
0
Lundi
Mardi
Mercredi
Jeudi
Vendredi
Samedi
Dimanche
CHL
HRS
CHEM
CHdN




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

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

### Consultations des médecins lors des passages aux services d'urgences

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

**Encadré méthodologique**

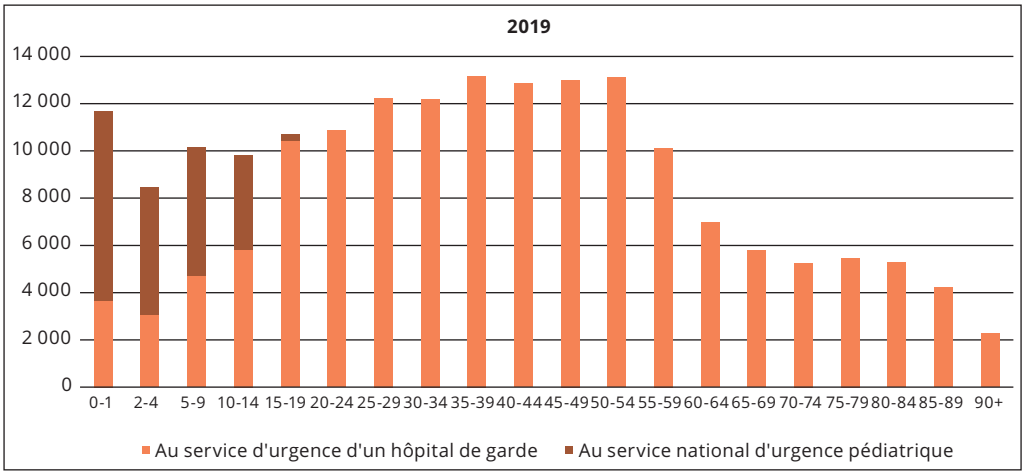
Les consultations médicales urgentes en médecine hospitalière sur lesquelles porte le focus de cette analyse sont celles des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins :

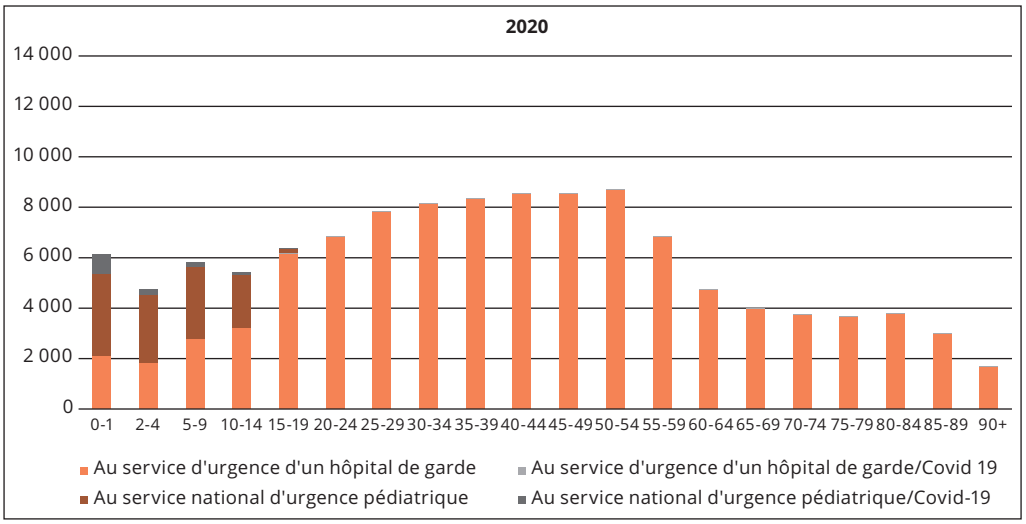
- service national d'urgence pédiatrique,
- service d'urgence d'un hôpital de garde,
- service national d'urgence pédiatrique [a] dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19 et
- service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des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

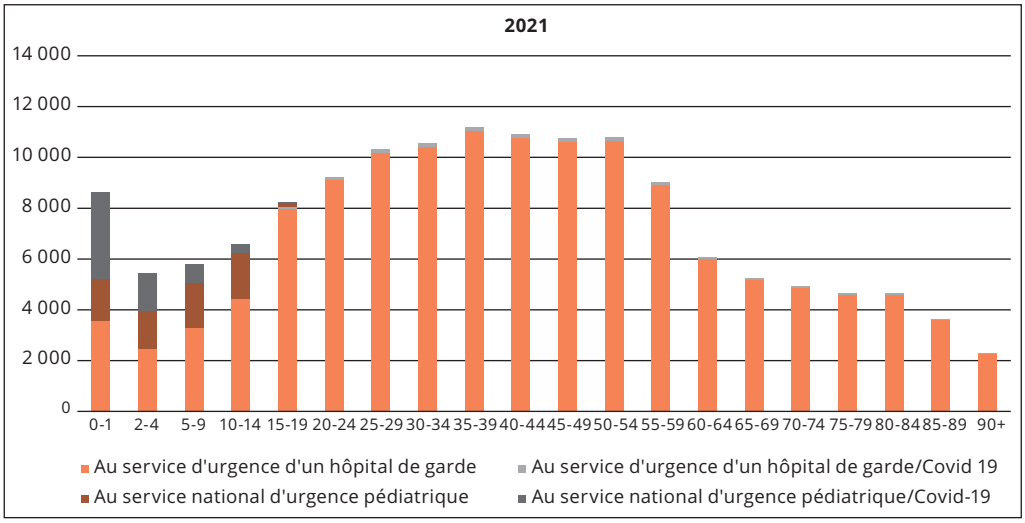
a. Le service national d'urgence pédiatrique se trouve au Centre hospitalier de Luxembourg (CHL).

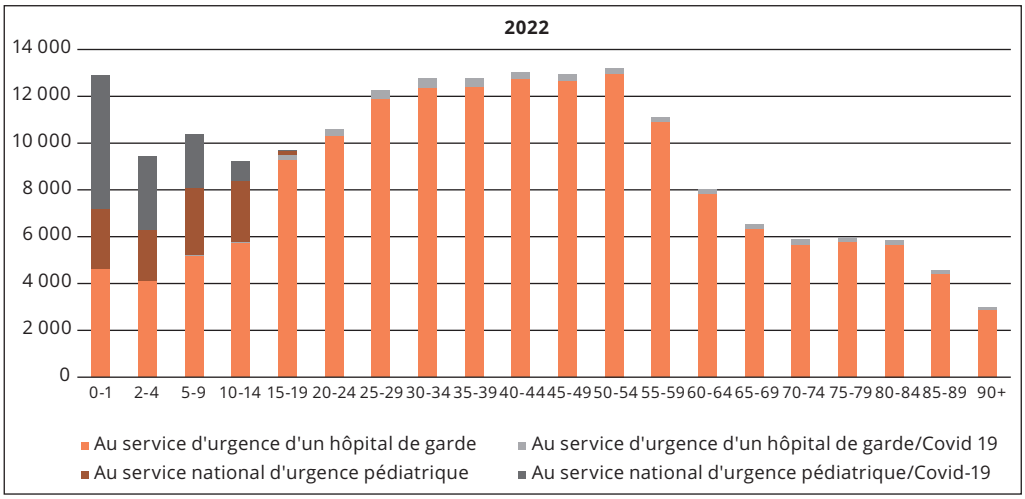
Les prochains graphiques montrent le nombre de consultations urgentes en fonction de l'âge du patient admis au service d'urgence ou au service national d'urgence pédiatrique indépendamment du niveau d'urgence.

**Graphique 29: Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins en milieu hospitalier par groupe d'âge des patients en 2019, 2020, 2021 et 2022**






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

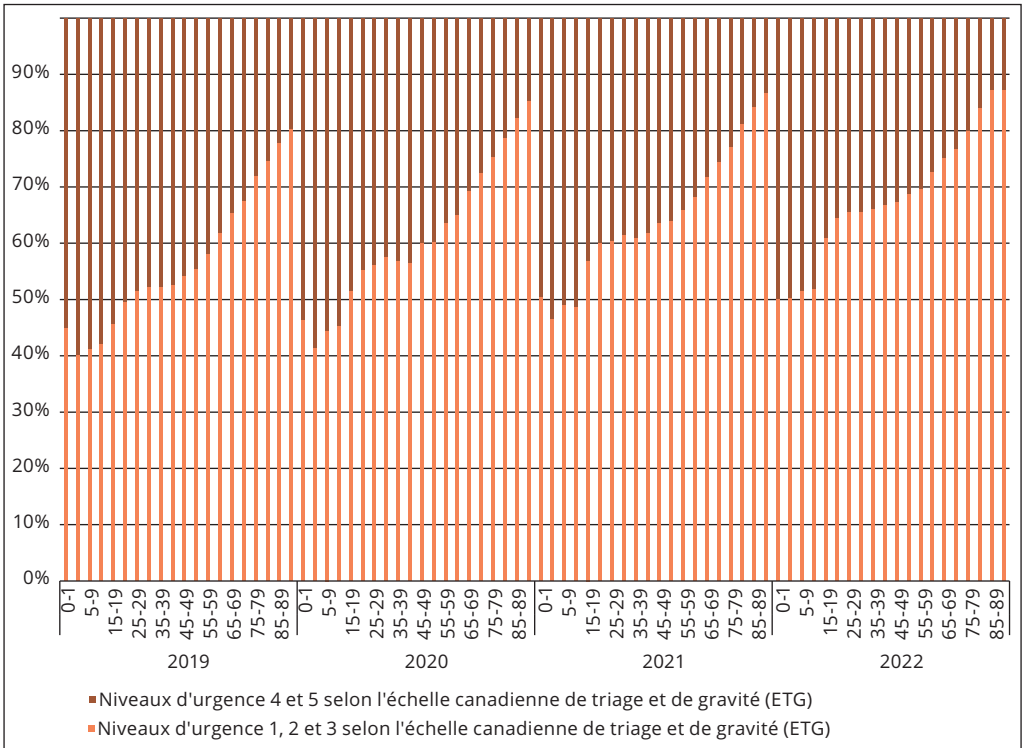
Les enfants de moins de 15 ans représentent plus d'un cinquième (21,8% en 2019) des consultations urgentes réalisées par les médecins. Cette part diminue en 2020 pour passer à 18,9% et à 17,7% en 2021, respectivement 22,1% en 2022.

La part des enfants dans les consultations urgentes réalisées lors des passages aux services d'urgences de 21,8% en 2019 est inférieure à leur part dans les passages aux services d'urgences qui s'élève à 24,2% en 2019. La part des enfants dans les passages aux services d'urgences diminue à 21,4% en 2020 et repasse à 24,7% en 2021, respectivement à 27,0% en 2022. La part des passages aux services d'urgences des enfants auxquels aucune consultation des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins n'a pu être affectée le même jour est donc plus élevée que dans le cas des patients en général. En 2022, cette proportion augmente encore. Ces pourcentages doivent être considérés avec prudence car un biais dans les

résultats provenant du non-envoi à la CNS de certaines factures relatives aux consultations urgentes réalisées par les médecins existe probablement.

La part des personnes âgées (75 ans et plus) dans les consultations urgentes est assez faible du fait de leur faible part dans la population totale [15].

**Graphique 30: Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage par groupe d'âge des patients entre 2019 et 2022**




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

La part des consultations urgentes des enfants qui n'ont pas de degré élevé d'urgence dépasse légèrement les consultations avec un degré d'urgence plus élevé (niveaux 1 - 3). La proportion des consultations ayant un degré d'urgence élevé augmente cependant rapidement avec l'âge. Par la suite, l'analyse se concentre sur le nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins réalisées par spécialité médicale [16] (y inclus les consultations réalisées au service national d'urgence pédiatrique) entre 2019 et 2022, puis sur la spécialité médicale liée aux consultations urgentes prestées au service national d'urgence pédiatrique.

15. Le taux de recours aux services d'urgences qui sera analysé plus loin dans le cahier est cependant plus élevé.
16. Plus de la moitié des consultations est réalisée par des « associations des médecins ». Le code de l'association des médecins ne permet pas d'identifier le médecin traitant le patient et sa spécialité médicale. Ainsi, pour déterminer la spécialité médicale du médecin, celle de l'association est retenue.

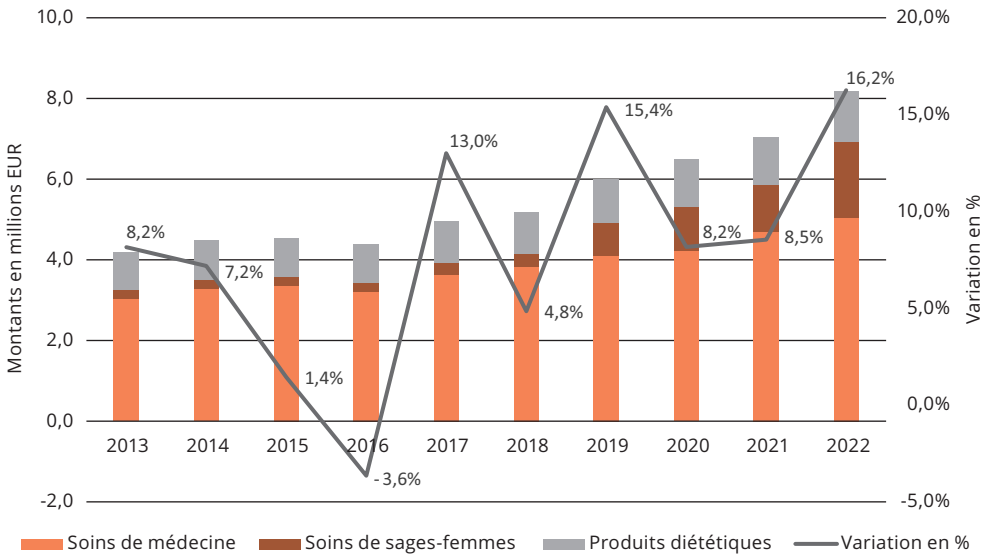
## 2.1.4. Les prestations de maternité

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

**Graphique 31: Évolution des dépenses pour prestations en nature de maternité [a)] (en millions EUR)**




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

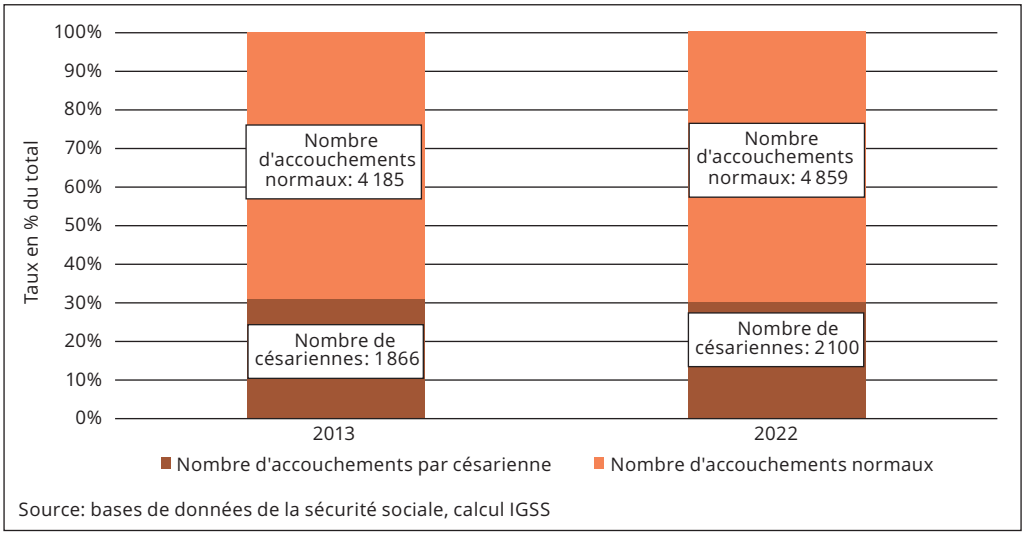
En 2022, les dépenses pour prestations en nature de maternité se chiffrent à 8,2 millions EUR, ce qui représente une augmentation de 16,2% par rapport à 2021. Les dépenses pour soins de médecine augmentent de 7,4%, celles des soins de sages-femmes de 63,2%, tandis que celles des produits de 5,1%. La hausse considérable des dépenses pour soins de sages-femmes s'explique par la révision de la nomenclature des sages-femmes à partir du 1er février 2022 et la variation de l'échelle mobile des salaires de 3,8%.

### 2.1.4.2. Les accouchements

En 2022, le nombre total des accouchements pris en charge par l'assurance maladie-maternité est de 6 959. Comparé à 2013, ceci représente une augmentation de 15,0%. Toutefois, la population protégée féminine résidente a également augmenté (+16,9% sur cette même période). Sur la période allant de 2013 à 2022, trois points sont mis en évidence :

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

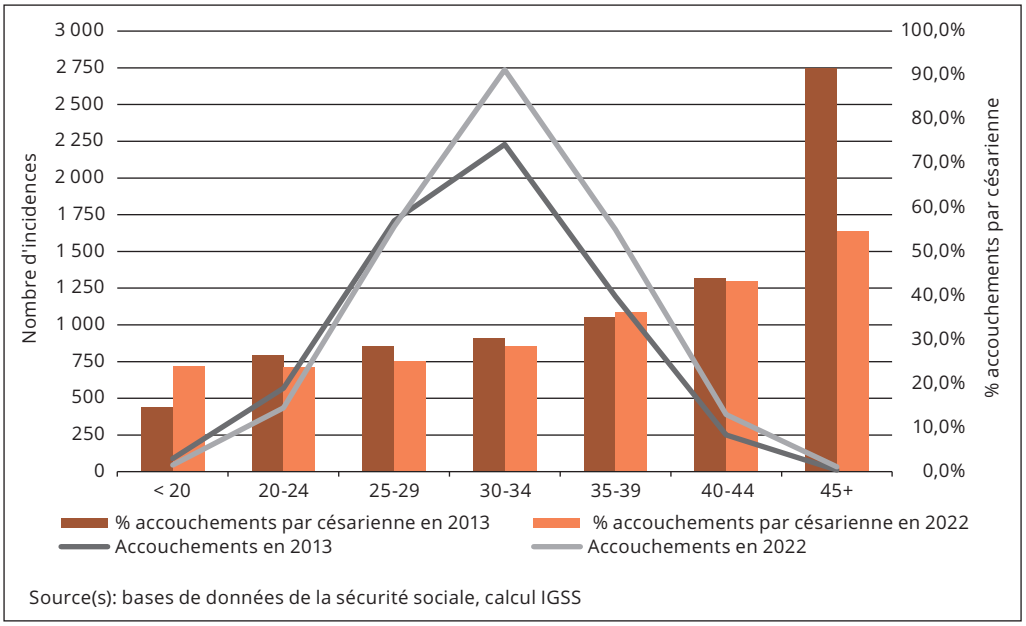
**Graphique 32: Le nombre d'accouchements par césarienne et le nombre d'accouchements normaux en 2013 et 2022**




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

Le graphique suivant indique, en fonction de l'âge de la femme, le nombre d'accouchements des femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité, ainsi que la proportion des accouchements réalisée par césarienne pour les années 2013 et 2022.

**Graphique 33: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2013 et 2022**




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

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

Le taux des césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 30,2% en 2022 contre 30,8% en 2013.

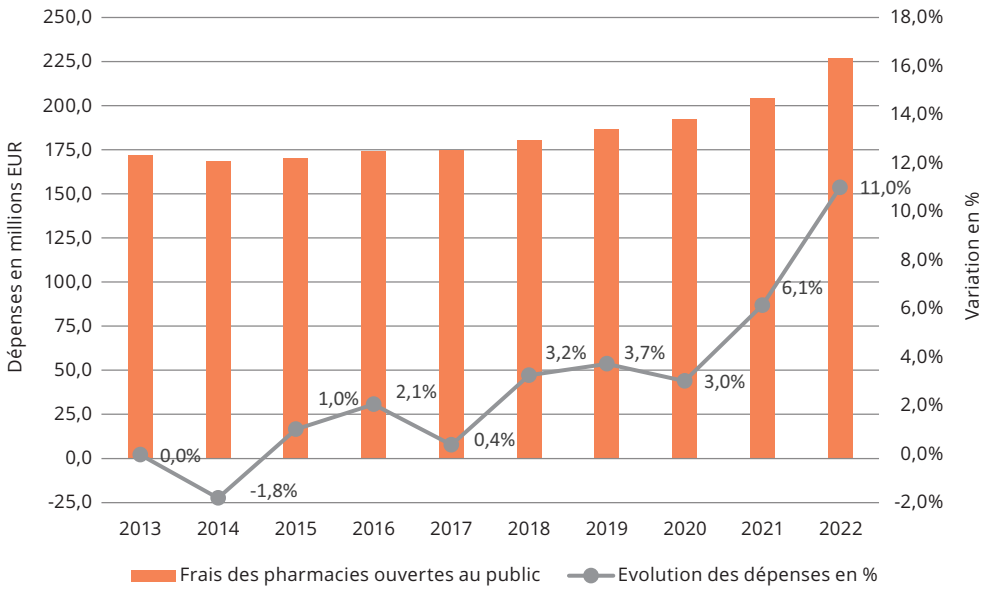
## 2.1.5. Les médicaments

**Encadré méthodologique**

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

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

**Graphique 34: 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 2022, les dépenses liées aux médicaments vendus par les pharmacies ouvertes au public augmentent de 11,0% et s'élèvent à 227,0 millions EUR. L'évolution de 2022 s'explique d'une part par l'augmentation continue du coût par conditionnement, par l'inscription dans la liste positive de nouveaux traitements à fort impact budgétaire et, d'autre part, par l'augmentation du nombre de patients.

Une analyse de ces dépenses selon la date de la prestation met aussi en évidence qu'en 2022 les dépenses pour médicaments à taux préférentiel représentent environ 59,0%, les médicaments à taux normal environ 39,0% et les médicaments à taux réduit environ 3,0% de l'ensemble des dépenses liées aux médicaments vendus par les pharmacies ouvertes aux

public. Le groupe ATC « Cytostatiques, agents immunomodulateurs », présente, en terme de dépenses, l'évolution la plus importante parmi les groupes ATC.

Le tableau suivant présente les quatre groupes ATC les plus pris en charge par la CNS et représentant environ 64% du montant net total.

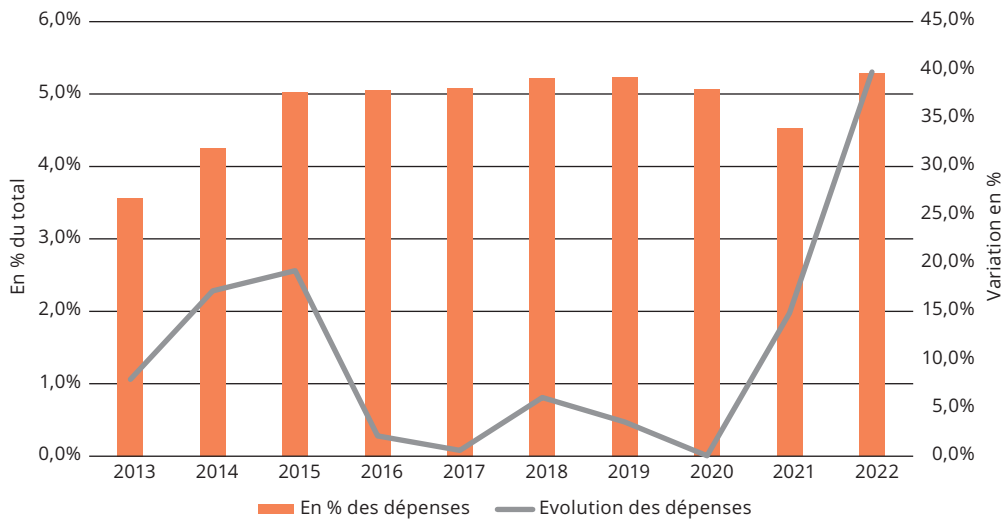
**Tableau 18: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2022 [a]**

| Code ATC 1er niveau | Montant net total % | Variation des dépenses 2021/2022 |
|---|---|---|
| Cytostatiques, agents immunomodulateurs | 28% | 28% |
| Tractus gastro-intestinal et métabolisme | 15% | 12% |
| Système nerveux central | 11% | 17% |
| Système cardio-vasculaire | 10% | 14% |

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 et de la Sécurité sociale. De plus, le pharmacien a, depuis avril 2014, le droit de substitution de médicaments sous condition qu'ils aient la même forme pharmaceutique et la même composition qualitative et quantitative en principe actif (article 22bis du CSS).

**Graphique 35: Part des médicaments génériques dans l'ensemble des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public [a]**



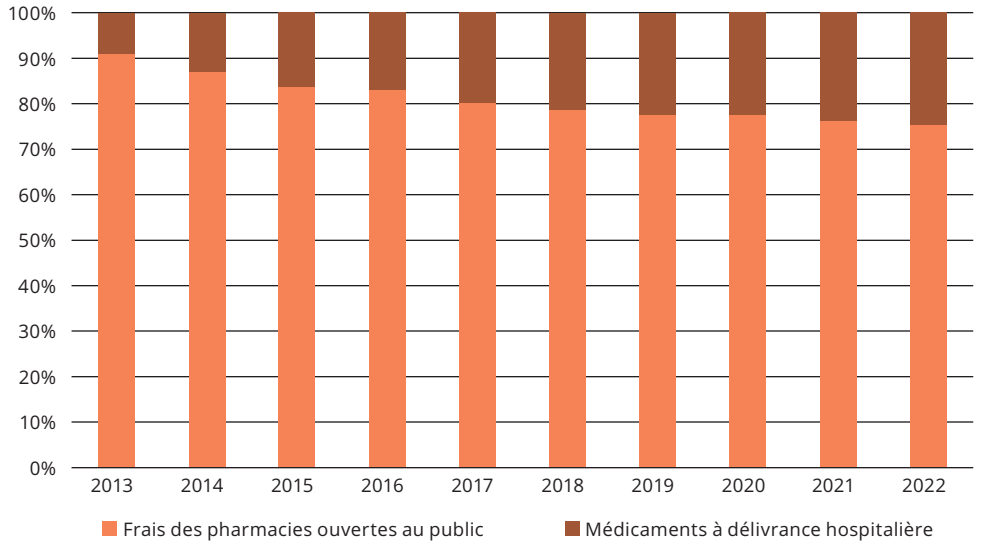

a. Données établies selon la date de la prestation
Source: bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS

En 2013, la part des dépenses relatives aux médicaments génériques se situe à 3,6% 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 (+17,3%). En 2021, les dépenses relatives aux médicaments génériques représentent 4,5% des dépenses totales des médicaments, une baisse par rapport aux 5,1% en 2020. En 2022, par contre, les dépenses relatives aux médicaments génériques évoluent de manière considérable (+110,7%) et représentent dorénavant 5,3% des dépenses totales des médicaments. Cette évolution est probablement liée aux problème d'approvisionnement de certains médicaments d'origine en hiver 2022 et le recours aux médicaments génériques pour combler ce manque.

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 74,6 millions EUR en 2022.

**Graphique 36: Évolution des dépenses totales relatives aux médicaments [a]**



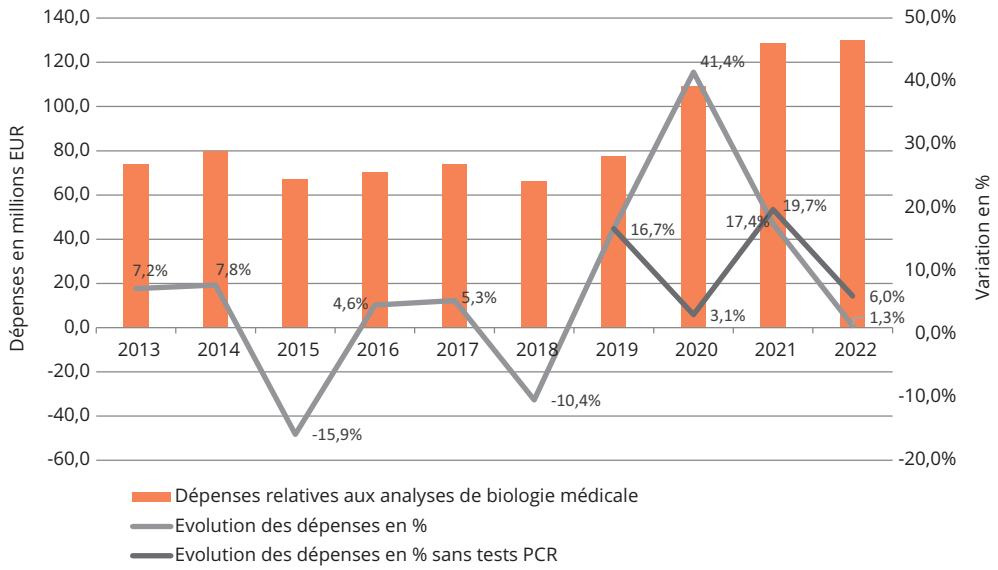

a. Données établies selon la date de la prestation.
Source : CNS.

Les dépenses totales relatives aux médicaments affichent 301,6 millions EUR en 2022, dont 24,7% concernent les dépenses pour les médicaments à délivrance hospitalière contre 9,0% en 2013. Cette évolution s'explique par la prise en charge de nouveaux traitements médicamenteux coûteux comme par exemple contre l'hépatite C, l'immunothérapie, la chimiothérapie, etc.

## 2.1.6. Les analyses de biologie médicale

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

**Graphique 37: Évolution des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale [a]**




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

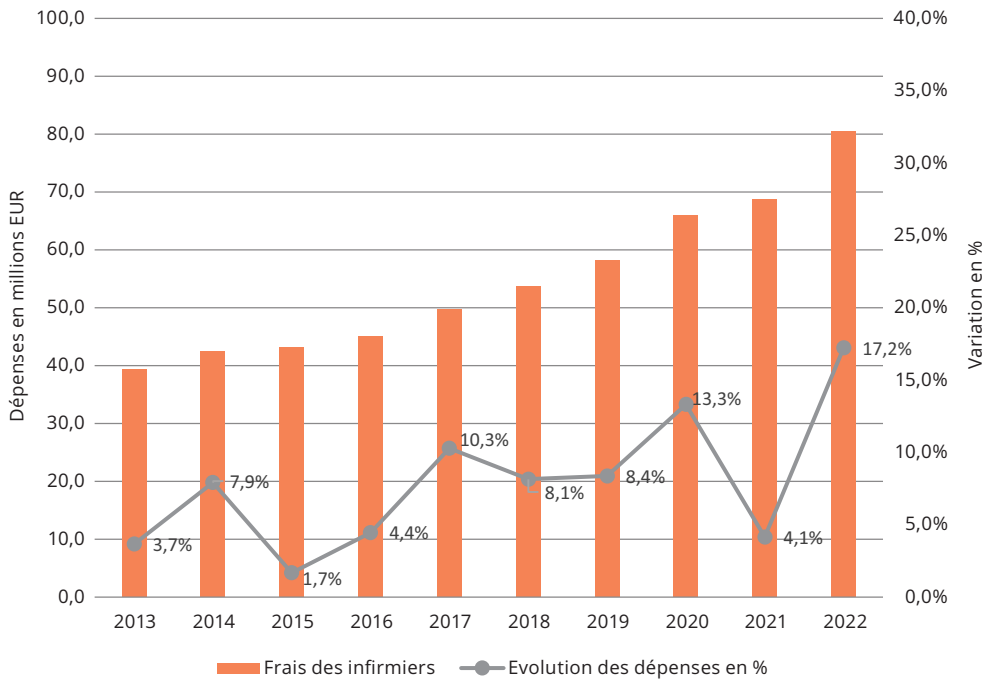
Après une croissance de 41,4% en 2020 et de 17,4% en 2021, les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale augmentent de 1,3% en 2022. Cette évolution tient compte de la diminution du nombre de tests PCR et de leur frotti associé [17]. Le coût lié à ces analyses s'élève à 29,0 millions EUR pour 2022 (33,1 millions EUR en 2021). En éliminant les dépenses liées à la réalisation des tests PCR et de leur frotti associé, les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale augmentent également de 6,0% en 2022. Cette augmentation est essentiellement due à l'augmentation du nombre des actes facturés.

17. BH860 (Coronavirus COVID-19, amplification d'ARN, y compris détection de l'amplification) et BY003 (frotti de la peau et de la muqueuse pourexamen microbiologique).

## 2.1.7. Les soins infirmiers

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

**Graphique 38: Évolution des dépenses pour soins infirmiers [a]**




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

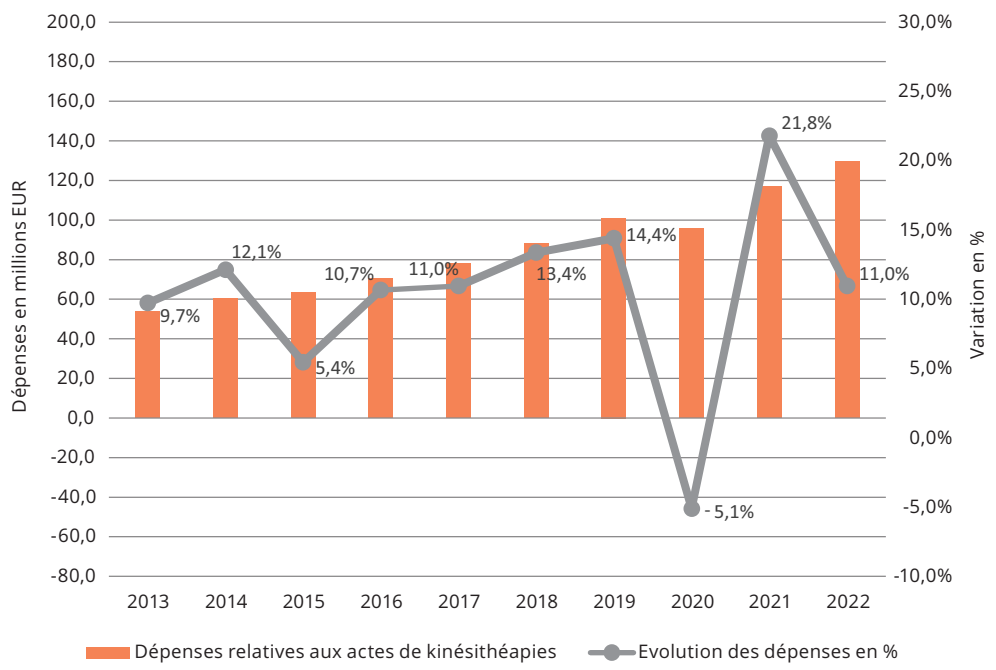
En 2022, les dépenses pour soins infirmiers augmentent de 17,2%. Cette croissance s'explique notamment par l'augmentation de la lettre-clé de 11,9% couvrant les effets rétroactifs non récurrents de la convention collective de travail du secteur des aides et des soins (CCT-SAS) pour les exercices 2018 à 2020 et une composition structurelle des coûts y relatifs, mais aussi par la variation de l'EMS de 3,8% et l'augmentation de l'activité normale.

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.

**Graphique 39: Évolution des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie [a]**




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

En 2022, les dépenses relatives aux actes de kinésithérapie affichent une croissance de 11,0%. 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 3,8% et la variation de l'activité.

## 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 19: Évolution des dépenses pour les autres soins de santé de 2013 à 2022 [a] (en millions EUR)**

| Type de prestation | 2013 | 2017 | 2022 | *Variation 2021/2022* | *Variation 2013/2022* |
|---|---|---|---|---|---|
| Dispositifs médicaux | 40,1 | 46,8 | 63,8 | *7,3%* | *48,2%* |
| Soins des sages-femmes | 0,7 | 1,1 | 3,2 | *30,4%* | *265,5%* |
| Soins de psychomotricité | 1,2 | 1,3 | 2,2 | *13,5%* | *67,9%* |
| Orthophonie | 1,6 | 2,4 | 3,1 | *8,8%* | *86,3%* |
| Soins de diététique | | | 1,9 | *15,0%* | |
| Soins palliatifs | | 5,4 | 18,3 | *36,1%* | |
| Autres soins de santé | 33,0 | 38,0 | 44,9 | *-2,4%* | *48,7%* |
| **TOTAL** | **71,9** | **85,4** | **128,8** | ***7,5%*** | ***67,0%*** |

a. Données établies selon la date de la prestation.

Source : CNS

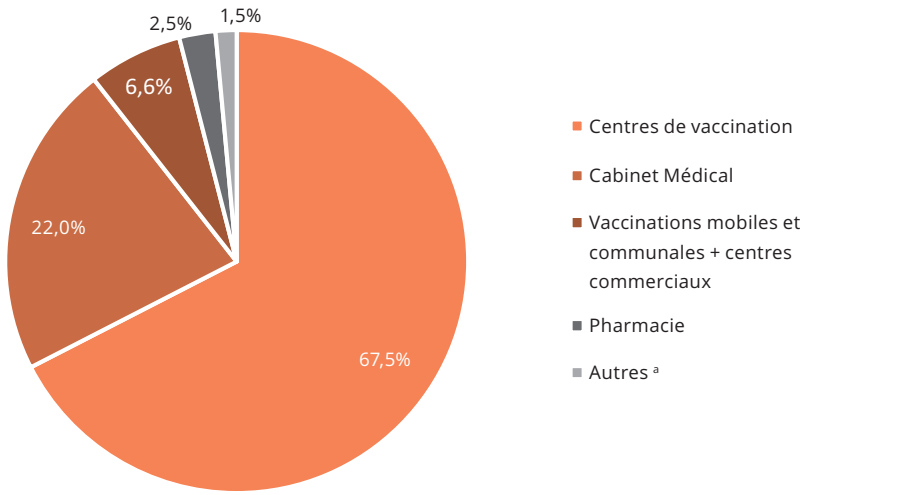
En 2022, les dépenses pour les autres soins de santé évoluent de 7,5%. Cette évolution tient entre autres compte de la révision de la nomenclature des sages-femmes applicable à partir du 1er février 2022, de la variation de l'échelle mobile des salaires de 3,8% pour les psychomotriciens, les sages-femmes, les prestataires de soins palliatifs, les diététiciens, les rééducateurs en psychomotricité et les orthophonistes. 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. Les dépenses relatives aux cures et aux dispositifs médicaux par contre diminuent en 2022.

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 2022 au Luxembourg [18] et la répartition de ces doses par lieu de prestation.

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 40: Répartition des doses de vaccination contre la COVID-19 par lieu de prestation en 2022**




a. La catégorie « Autres » regroupe les doses de vaccination attribuées dans le cadre d'actions sociales ainsi
b. que celles prestées dans les établissements hospitaliers et les établissements d'aides et de soins.
Source : Direction de la Santé, calcul IGSS

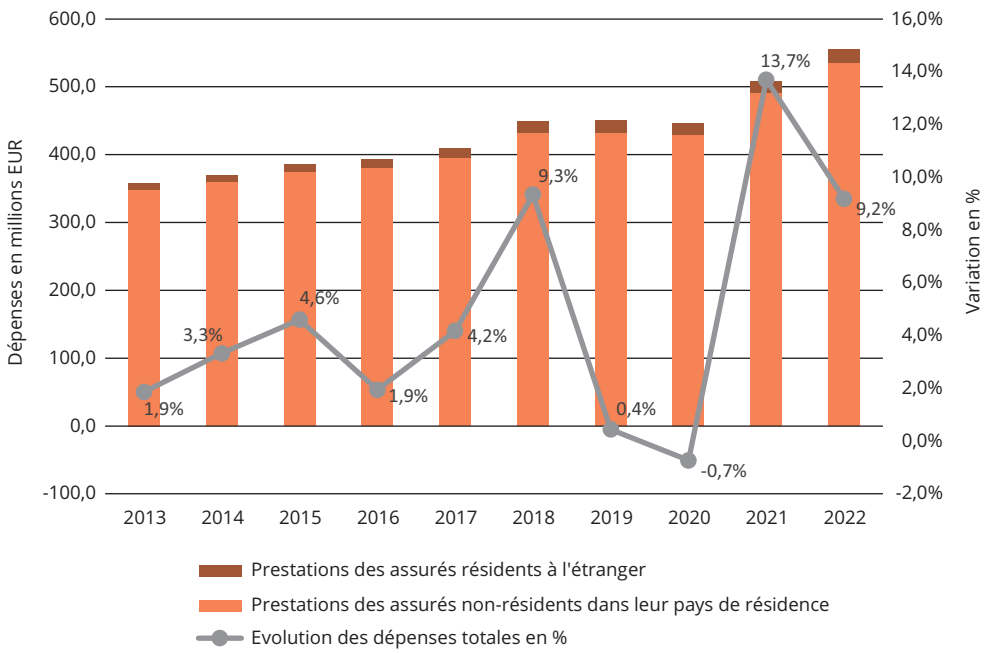
En 2022, 303 223 doses de vaccination contre la COVID-19 sont administrées au Luxembourg. La majorité des patients se sont rendus aux centres de vaccination pour se faire vacciner contre la COVID-19 (67,5% des doses). Le cabinet médical se situe en deuxième place avec 22,0% des doses [19].

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

## 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 dans le cadre de conventions internationales, (96,3% des dépenses totales en 2022) et les autres prestations étrangères.

**Graphique 41: 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 555,0 millions EUR en 2022. Leur taux de croissance de 9,2% par rapport à 2021 est notamment dû à une augmentation de 8,9% des dépenses relatives aux conventions internationales. Les refacturations par périodes des pays étrangers impactent de manière considérable l'évolution des dépenses relatives aux conventions internationales.

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

**Tableau 20: Évolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger [a] [b] entre 2020 et 2022**

| | 2020 | | 2021 | | 2022 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Nombre d'autorisations** | **En % du total** | **Nombre d'autorisations** | **En % du total** | **Nombre d'autorisations** | **En % du total** | ***Variation 2020/2021*** | ***Variation 2021/2022*** |
| Accordé | 9 689 | 80,0% | 9 530 | 82,0% | 8 689,0 | 76,9% | *-1,6%* | *-10,3%* |
| En instance | 1 360 | 11,2% | 1 046 | 9,0% | 1 035,0 | 9,2% | *-23,1%* | *-23,9%* |
| Refusé | 1 061 | 8,8% | 1 049 | 9,0% | 1 582,0 | 14,0% | *-1,1%* | *49,1%* |
| **TOTAL** | **12 110** | **100,0%** | **11 625** | **100,0%** | **11 306,0** | **100,0%** | ***-4,0%*** | ***-6,6%*** |
| | **Nombre de patients** | | **Nombre de patients** | | **Nombre de patients** | | | |
| Accordé | 5 957 | | 5 713 | | 5 227,0 | | *-4,1%* | *-8,5%* |
| En instance | 1 220 | | 962 | | 961,0 | | *-21,1%* | *-0,1%* |
| Refusé | 953 | | 948 | | 1 415,0 | | *-0,5%* | *49,3%* |
| **TOTAL** | **7 466** | | **7 035** | | **6 977,0** | | ***-5,8%*** | ***-0,8%*** |

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.
b. Ces demandes d'autorisation de transfert à l'étranger regroupent celles demandées par l'intermédiaire du formulaire S2 sortant et celles demandées dans le cadre de la directive « soins transfrontaliers ».
Source : CNS, calcul IGSS.

En 2022, 11 306 demandes d'autorisation dans le cadre du règlement CEE 883/2004 et de la directive « soins transfrontaliers » sont reçues par la CNS. Ces demandes sont introduites par 6 977 patients. Dans 76,9% des cas, la demande d'autorisation est accordée sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), 9,2% des demandes sont refusées et 14,0% des cas sont encore en instance.

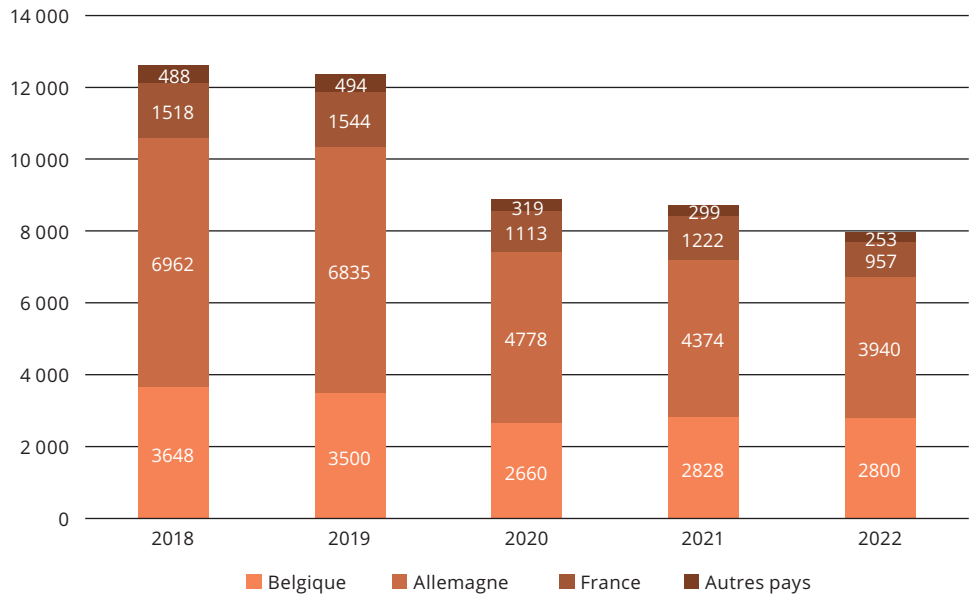
Comparé à l'année précédente, le nombre total des demandes d'autorisation a diminué de 6,6% : moins de demandes ont été reçues (-23,9%) et moins de demandes ont été accordées (-10,3%) et beaucoup sont refusées (+49,1%).

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

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

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

**Graphique 42: Évolution du nombre de demandes S2 accordées par pays de destination de 2018 à 2022 [a]**



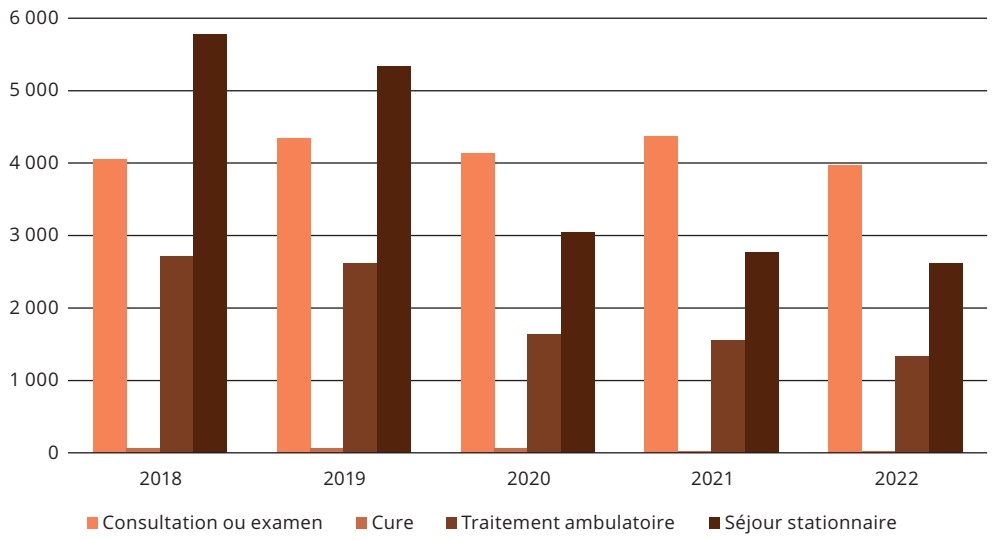

a. Nombre de demandes ayant une date de validité entre le 1er janvier et le 31 décembre de chaque année.
Source : bases de données de la sécurité sociale.

En 2022, la très grande majorité (96,8%) des demandes de transferts est destinée aux trois pays limitrophes (Allemagne, Belgique, France). 49,9% des autorisations sont accordées pour l'Allemagne, 35,2% pour la Belgique et 12,0% pour la France.

Pour les « autres pays [20] » le Portugal et les Pays-Bas présentent le nombre demandes de transferts à l'étranger le plus élevé.

20. La catégorie " autres pays " regroupe tous les pays européens hormis la Belgique, l'Allemagne et la France.

**Graphique 43: Évolution du nombre de demandes S2 accordées par type de traitement de 2018 à 2022 [a]**




a. Nombre de demandes ayant une date de validité entre le 1er janvier et le 31 décembre de chaque année.
Source : bases de données de la sécurité sociale.

Une analyse sur la période allant de 2018 à 2022 et concernant le type de traitement montre que les demandes S2 autorisées connaissent une baisse continue pour les séjours stationnaires, les traitements ambulatoires et les cures. Les consultations ou examens toutefois restent assez stables et fluctuent entre 4 000 et 4 400 consultations par an.

# 3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

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

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

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

**Encadré méthodologique**

**1. Champ étudié**

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

**2. Définitions**

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

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

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

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

**3. Source**

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

[...]

[...]

**4. Remarques**

Pour l'analyse des raisons médicales, seuls les salariés résidents sont considérés. Les diagnostics proviennent des déclarations remplies par les médecins. Les données relatives aux frontaliers ne sont pas exploitables car une minorité des diagnostics est codifiée. Les absences auto-déclarées (possibles pour les trois premiers jours d'absence), qui ne nécessitent pas de certificat de maladie, ne sont pas prises en considération.

De façon générale, les données se limitent à une année donnée et ne tiennent pas compte des périodes qui la dépassent. Ainsi, si une personne est malade entre fin 2021 et début 2022, alors cette absence est considérée séparément pour chaque année concernée avec le nombre de jours y relatifs et compte donc comme deux épisodes de maladie.

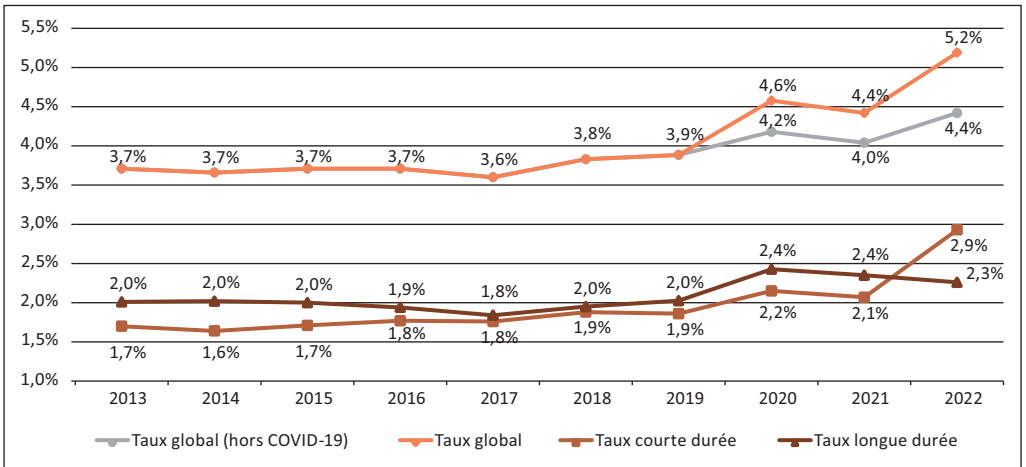
Le concept de « nombre de personnes » fait référence au comptage distinct des individus, où chaque personne est comptée une seule fois. En outre, chaque personne est comptabilisée comme une unité indivisible, quelle que soit la durée ou le taux d'occupation de son travail.

Comme mentionné en haut, cette partie étudie seulement les absences des salariés de droit privé. Ainsi, concernant l'analyse sectorielle, les données du secteur « Administration publique » ne concernent que les salariés de droit privé. Le secteur « Enseignement » ne concerne que l'enseignement privé. Le secteur des « Autres activités de services » comprend notamment le secteur des arts, spectacles et activités récréatives, ainsi que celui des activités des ménages en tant qu'employeurs.

## 3.1.1. ÉVOLUTION DU TAUX D'ABSENTÉISME MALADIE

Le graphique qui suit présente l'évolution du taux d'absentéisme entre 2013 et 2022 mettant l'impact de la crise sanitaire liée à la COVID-19 en évidence.

**Graphique 44: Évolution du taux d'absentéisme de 2013 à 2022**




Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

La crise sanitaire causée par la pandémie liée à la COVID-19 provoque une augmentation inédite du taux d'absentéisme qui passe de 3,9% en 2019 à 4,6% en 2020. L'ampleur de cette augmentation se retrouve aussi bien dans l'évolution du taux de courte durée (absences de moins de 21 jours), qui augmente de 0,3 point de pourcentage, que dans celle du taux de longue durée, (absence dépassant les 21 jours) qui augmente de 0,4 point de pourcentage.

En 2021, une baisse peut être observée pour les trois taux différents, ce qui peut s'expliquer par le fait que certaines mesures prises suite au déclenchement de la pandémie de la COVID-19 en 2020, comme par exemple le confinement strict, sont abolies respectivement assouplies.

En 2022 par contre, une forte augmentation du taux d'absentéisme global de 0,8 point de pourcentage peut être notée et le taux affiche dorénavant 5,2%. Le taux d'absentéisme de courte durée augmente aussi de 0,8 point de pourcentage et se situe à 2,9%, contrairement au taux de longue durée qui diminue de 0,1 point de pourcentage et atteint le niveau de 2,3%. Le taux d'absentéisme global hors COVID-19 s'élève à 4,4%, ce qui correspond à une augmentation de 0,4 point de pourcentage par rapport à 2021.

Cette hausse du taux d'absentéisme s'explique essentiellement par l'assouplissement graduel des mesures COVID-19, comme par exemple la réduction progressive de la durée d'isolation en cas d'infection de 10 à 4 jours. Cet assouplissement aboutit à un nombre important d'infections liées à la COVID-19, ce qui fait d'un côté augmenter le nombre de personnes absentes pour cause de maladie et de l'autre côté diminuer la durée d'absence. La vague de grippe observée dès le mois de novembre 2022 provoque également une augmentation importante du nombre de personnes absentes pour cause de maladie.

**Tableau 21: Décomposition de la progression du taux d'absentéisme maladie de 2020 à 2022**

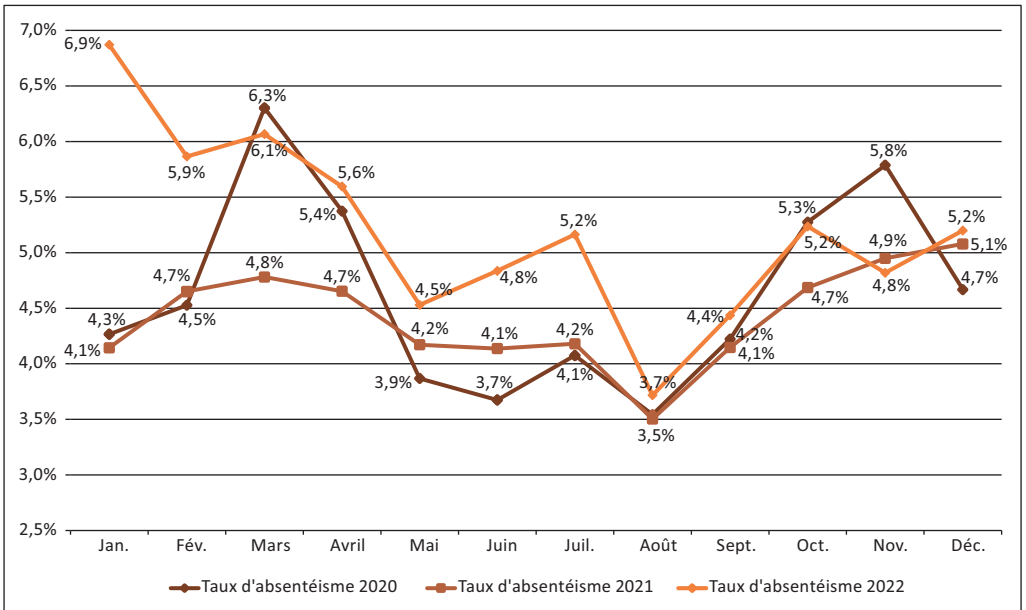
| | 2020 | 2021 | 2022 | *Variation de 2020 à 2021* | *Variation de 2021 à 2022* |
|---|---|---|---|---|---|
| Durée moyenne des épisodes de maladie | 9,6 jours | 8,9 jours | 8,0 jours | *-8,0%* | *-10,2%* |
| Part des salariés absents au cours de l'année | 55,4% | 54,5% | 66,3% | *-1,6%* | *21,7%* |
| Nombre moyen d'épisodes de maladie par salarié absent | 2,7 | 2,8 | 3,0 | *4,1%* | *8,6%* |
| Taux moyen d'occupation mensuelle [a] | 98,9% | 98,5% | 98,4% | *-0,3%* | *-0,1%* |
| Taux d'absentéisme | 4,6% | 4,4% | 5,2% | *-5,4%* | *18,9%* |

a. Note de lecture: En 2022, une personne est occupée en moyenne pendant 98,4% jours du mois, ce qui représente par exemple en octobre 30,5 jours.

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

Ce tableau montre qu'en 2022, le taux d'absentéisme global progresse de 18,9%. Cette variation résulte majoritairement d'une augmentation de 21,7% de la part des salariés absents au cours de l'année. En effet, en 2022, 66,3% des salariés sont absents au moins une fois, tandis qu'en 2021 ce taux est de 54,5%, respectivement de 55,4% en 2020. Toutefois, la durée moyenne des épisodes de maladie, donc la durée d'une période constituée de jours civils d'absence pour cause de maladie consécutifs et relevant d'une même raison médicale, diminue de 10,2%, ce qui pourrait s'expliquer par la réduction progressive de la durée d'isolement en cas d'infection de 10 à 4 jours.

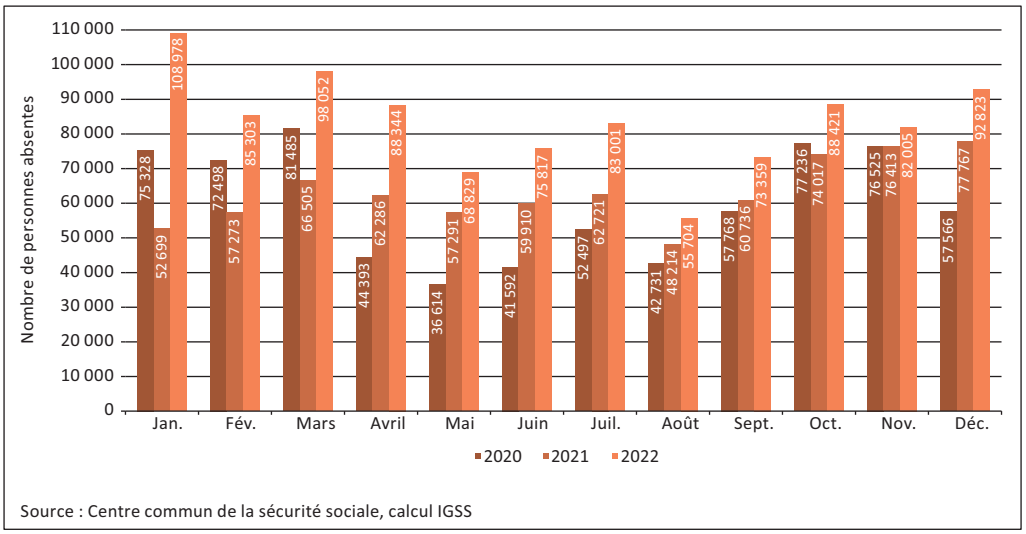
**Graphique 45: Évolution mensuelle du taux d'absentéisme de 2020 à 2022**




Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

En 2020, le taux d'absentéisme est le plus élevé en mars avec 6,2%, ce qui est en lien avec les restrictions mises en place suite au déclenchement de la COVID-19. En 2021, le taux d'absentéisme est moins fluctuant en variant entre 3,5% en août et 5,2% en décembre. En 2022, l'évolution mensuelle du taux d'absentéisme présente la valeur la plus élevée en janvier avec 6,9% et la plus basse en août avec 3,7%. Elle monte de nouveau en fin d'année.

**Graphique 46: Évolution mensuelle du nombre de personnes absentes de 2020 à 2022**




Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

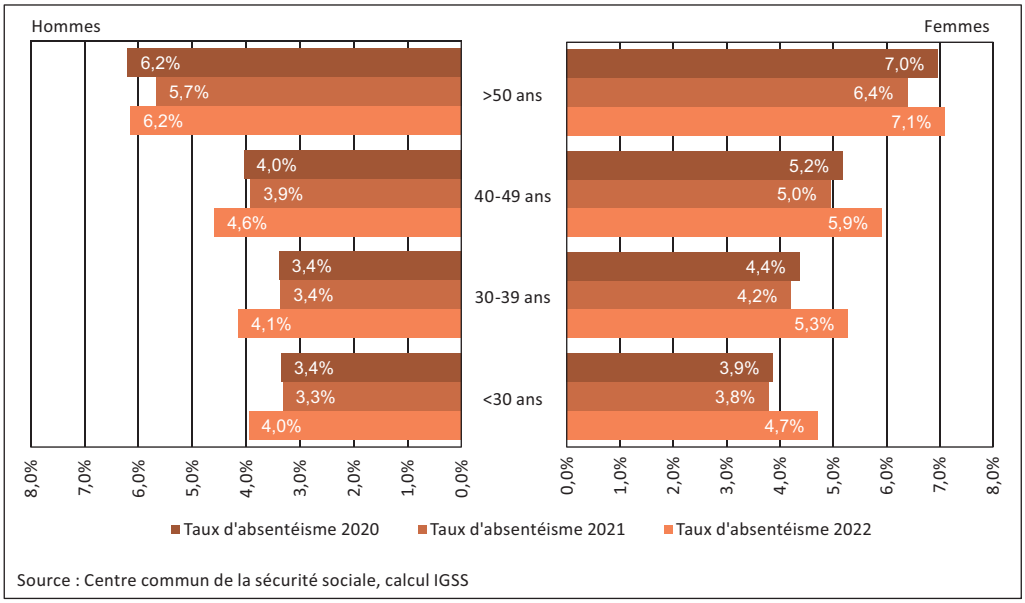
L'évolution mensuelle du nombre de salariés absents fait ressortir l'effet qu'ont eu les mesures mises en œuvre par le Gouvernement pour lutter contre la propagation du virus (chômage partiel, télétravail, congé pour raisons familiales) sur le nombre de personnes absentes, ceci particulièrement entre avril et mai 2020.

C'est surtout à la fin de 2021 et en début de 2022 que le nombre d'infections liées à la COVID-19 fait augmenter le nombre de salariés absents. La vague de grippe observée au printemps 2022, la deuxième vague de grippe débutant en novembre et les infections aux virus RSV (Respiratoty Syncytial Virus) et HRV (Human Rhinovirus) provoquent également une augmentation importante du nombre de salariés absents.

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

Les graphiques suivants illustrent l'évolution entre 2020 et 2022 du taux d'absentéisme maladie en fonction de l'âge, du sexe, du lieu de résidence et du secteur d'activité des salariés privés, ainsi que les raisons médicales qui sont à l'origine de ces absences au travail pour cause de maladie.

**Graphique 47: Taux d'absentéisme par groupe d'âge et sexe de 2020 à 2022**

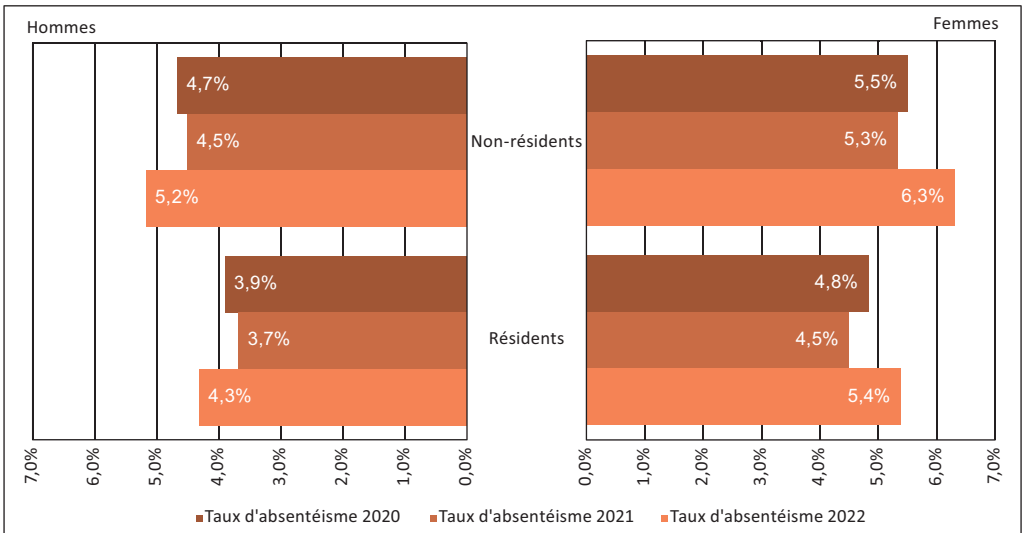



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

L'âge est une caractéristique influençant l'absentéisme. En effet, le taux d'absentéisme des plus de 50 ans est plus élevé que celui des moins de 30 ans. En 2021, le taux d'absentéisme diminue dans chaque groupe d'âge vu la diminution globale du taux d'absentéisme en lien avec l'abolition du confinement. En 2022, le taux d'absentéisme augmente dans chaque groupe d'âge de la population, mais pas de façon homogène.

En termes de progression, une évolution similaire du taux d'absentéisme est constatée aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Néanmoins, le taux d'absentéisme des femmes est supérieur à celui des hommes quel que soit le groupe d'âge analysé. Le taux d'absentéisme des femmes se situe à 4,9% en 2021 et à 5,8% en 2022 et affiche donc une augmentation de 0,9 point de pourcentage. Le taux d'absentéisme des hommes, qui est de 4,1% en 2021 et de 4,8% en 2022, affiche une augmentation de 0,7 point de pourcentage.

**Graphique 48: Taux d'absentéisme par lieu de résidence et sexe de 2020 à 2022**

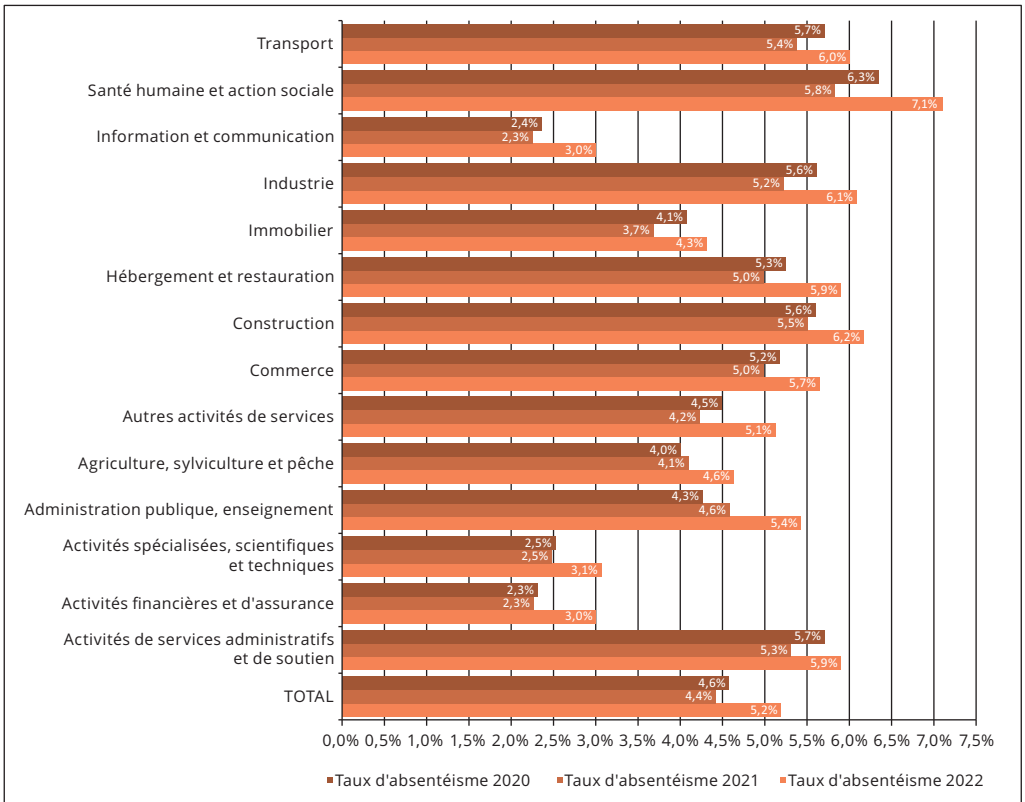



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

Entre 2020 et 2022, le taux d'absentéisme des salariés qui résident en dehors du Luxembourg est supérieur à celui des salariés résidents. Le taux d'absentéisme des salariés non-résidents, qui est de 5,0% en 2020, diminue en 2021 à 4,8% et augmente de nouveau en 2022 à 5,6%. Le taux d'absentéisme des salariés résidents, qui est de 4,3% en 2020, diminue en 2021 à 4,0% et augmente de nouveau à 4,8% en 2022.

L'analyse par sexe montre que le taux d'absentéisme des salariés non-résidents féminins est de 6,3% en 2022, tandis que celui des salariés résidents féminins est de 5,4%. Pour les hommes par contre, ce taux est de 5,2% pour les salariés non-résidents et de 4,3% pour les salariés résidents.

**Graphique 49: Taux d'absentéisme par secteur d'activité de 2020 à 2022**

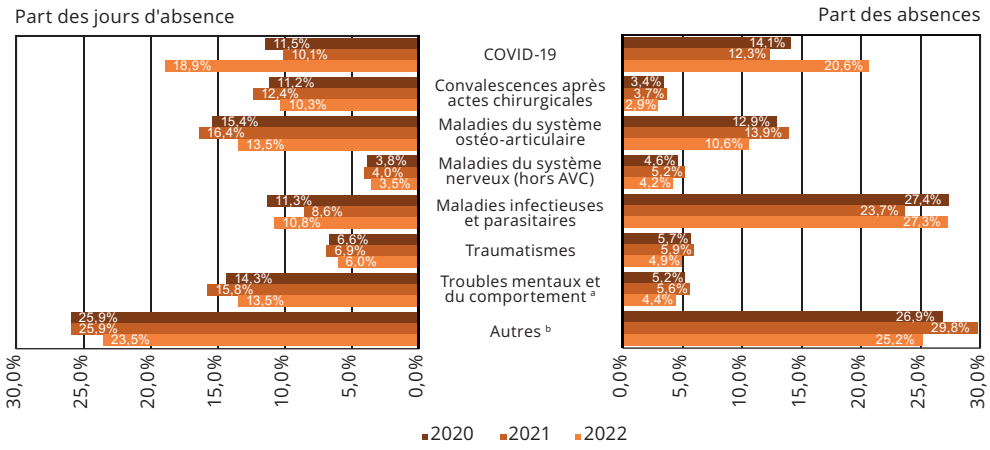



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

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

En 2022, tous les secteurs voient leur taux d'absentéisme augmenter. Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale est le secteur ayant le taux d'absentéisme le plus élevé avec 7,1%. Ce dernier augmente de 1,3 points de pourcentage par rapport à 2021. Ce taux élevé semble en lien avec le fait que ce secteur est fortement exposé aux maladies infectieuses et parasitaires qui sont en hausse en 2022. Le secteur des activités de services administratifs et de soutien, qui comporte notamment le travail intérimaire, affiche aussi un taux plutôt élevé de 5,9%. Le secteur de l'information et de la communication et le secteur des activités financières et d'assurance connaissent la progression la plus importante du taux d'absentéisme à savoir 0,7 point de pourcentage (passage de 2,3% en 2021 à 3,0% en 2022) tout en gardant un taux d'absentéisme faible par rapport aux autres secteurs.

**Graphique 50: Répartition du nombre de jours et du nombre d'épisodes de maladie des salariés résidents de 2020 à 2022, selon la raison médicale**




a. Les dépressions constituent la majorité des diagnostics associés aux absences reprises sous cette catégorie, en 2022 notamment 94,1% du total des jours d'absence sous cette catégorie.

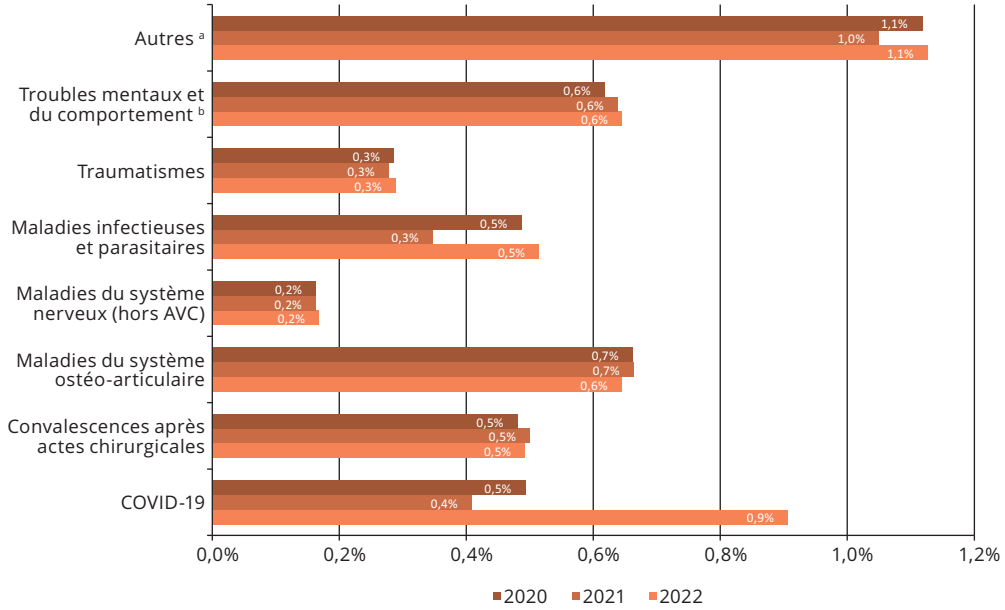
b. Ce regroupement se compose de 12 catégories de raisons médicales. 11 catégories ont une part des jours d'absence faible et une part des absences faible, comme par exemple les cancers et les cures thermales. La douzième catégorie, appelée « autres maladies » ne renseigne pas de raison médicale précise et représente 12,6% de l'ensemble des jours d'absence en 2022.

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

En 2020 tout comme en 2021, les absences liées aux maladies du système ostéo-articulaire ont concentré la plus grande part des jours de maladie des salariés résidents (à part du regroupement des « autres » raisons médicales), donc 15,4% en 2020 et 16,4% en 2021. Les maladies infectieuses et parasitaires (tels que grippes, gastro-entérites, sinusites, otites par exemple) ont, quant à elles, concentré le plus grand nombre d'épisodes de maladie, même si ce taux diminue de 27,4% en 2020 à 23,7% en 2021.

En 2022 par contre, la COVID-19 est la raison médicale la plus importante avec 18,9% (à part du regroupement des « autres » raisons médicales) en ce qui concerne le nombre de jours de maladie par rapport au total du nombre de jours de maladie. En ce qui concerne par contre le nombre d'absences, c'est-à-dire le nombre d'épisodes de maladie, les maladies infectieuses et parasitaires figurent en premier lieu avec 27,3%, suivies de la COVID-19 en faisant abstraction de la catégorie « autres ».

**Graphique 51: Contribution d'une raison médicale au taux d'absentéisme des salariés résidents de 2020 à 2022**




a. Ce regroupement se compose de 12 catégories de raisons médicales. 11 catégories ont une part des jours d'absence faible et une part des absences faible, comme par exemple les cancers et les cures thermales. La douzième catégorie, appelée « autres maladies » ne renseigne pas de raison médicale précise et représente 12,6% de l'ensemble des jours d'absence en 2022.

b. Les dépressions constituent la majorité des diagnostics associés aux absences reprises sous cette catégorie, en 2022 notamment 94,1% du total des jours d'absence sous cette catégorie.

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

L'augmentation (respectivement la 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 (respectivement en 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.

## 3.2. LES DÉPENSES POUR PRESTATIONS EN ESPÈCES DE MALADIE

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

**Tableau 22: Évolution des dépenses pour prestations en espèces de maladie entre 2020 et 2022 (en millions EUR)**

| | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| **Prestations à charge de la CNS** | **341,3** | **251,7** | **290,4** |
| *Variation annuelle en %* | *68,2%* | *-26,3%* | *15,4%* |
| dont Indemnités pécuniaires proprement dites | 326,3 | 231,2 | 257,2 |
| dont Indemnités pendant périodes d'essais | 14,8 | 20,2 | 33,0 |
| dont Indemnités liées à un congé d'accompagnement | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Majoration du taux de cotisation pour prestations en espèces [a] | 0,50% | 0,50% | 0,50% |
| **Prestations à charge de la MDE** | **417,4** | **523,6** | **711,2** |
| *Variation annuelle en %* | *-6,1%* | *25,4%* | *35,8%* |

a. Défini dans le Code de la Sécurité Sociale, Livre I, Chapitre III, Art. 29-30
Source : CNS, Mutualité des Employeurs.

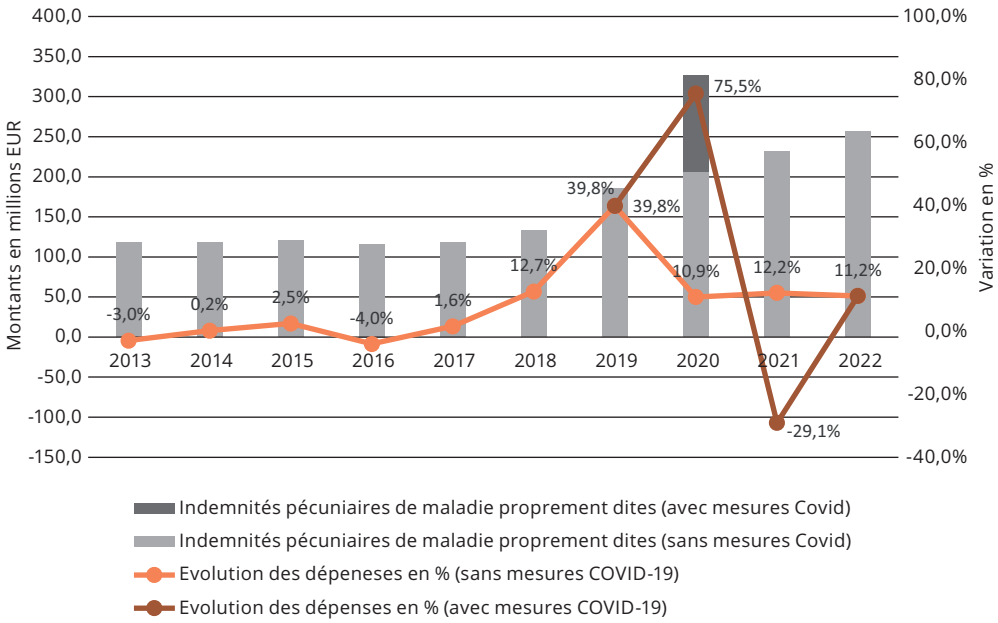
Les dépenses à charge de la CNS sont exceptionnellement élevées en 2020 avec 341,3 millions EUR. En effet, pendant la période allant du 1er avril 2020 jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel a pris fin l'état de crise, à savoir le 24 juin 2020, la charge financière des indemnités pécuniaires de maladie incombant aux employeurs a été transférée vers l'assurance maladie-maternité.

L'année 2021 se caractérise par une baisse importante des prestations en espèces de maladie à charge de la CNS (-26,3%) et d'une augmentation des prestations en espèces de maladie à charge de la MDE (+25,4%). Les prestations en espèces de maladie à charge de la CNS s'établissent ainsi à 251,7 millions EUR en 2021 et sont de 26,3% plus faibles qu'en 2020.

En 2022, les prestations en espèces de maladie se situent à 290,4 millions EUR et augmentent de 15,4% par rapport à 2021. Cette évolution est entre autres due à une augmentation considérable du nombre de bénéficiaires et du nombre de journées d'incapacité de travail aboutissant ainsi à une hausse des indemnités pécuniaires proprement dites de 11,2%. Cette évolution reflète l'impact de la crise liée à la COVID-19 donc plutôt l'assouplissement des mesures protectrices sur le nombre de personnes absentes pour cause de maladie. En effet, la COVID-19 est la raison médicale la plus importante en ce qui concerne la part des jours d'absence en 2022.

Un autre facteur qui influence l'évolution des dépenses pour prestations en espèces de maladie est la croissance des indemnités pour périodes d'essais de 62,7%. Cette croissance s'explique d'un côté par l'effet de la crise sanitaire et de l'autre côté par le fait que l'emploi continue d'augmenter.

**Graphique 52: Évolution des indemnités pécuniaires de maladie proprement dites à charge de la CNS (en millions EUR)**




Source: CNS.

Ce graphique montre l'évolution des indemnités pécuniaires de maladie proprement dites à charge de la CNS. Les dépenses pour les indemnités de maladie proprement dites commencent à augmenter en 2018 et atteignent un maximum en 2020, ce qui est lié aux dépenses supplémentaires à cause de la pandémie de la COVID-19 (voir détail ci-dessus). Les mesures liées à la COVID-19, pour lesquelles la CNS a temporairement pris en charge des dépenses de la MDE, n'étaient en vigueur qu'au courant de l'année 2020. Par conséquent, les dépenses de la CNS augmentent de 75,5% en 2020 et baissent de 29,1% en 2021. En faisant abstraction des mesures COVID-19, les dépenses pour indemnités pécuniaires de maladie proprement dites augmentent de 10,9% en 2020, de 12,2% en 2021 et de 11,2% en 2022.

## 3.3. L'ANALYSE DES PRESTATIONS EN ESPÈCES DE MATERNITÉ

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

**Encadré méthodologique**

**1. Champ étudié**

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

**2. Remarques**

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

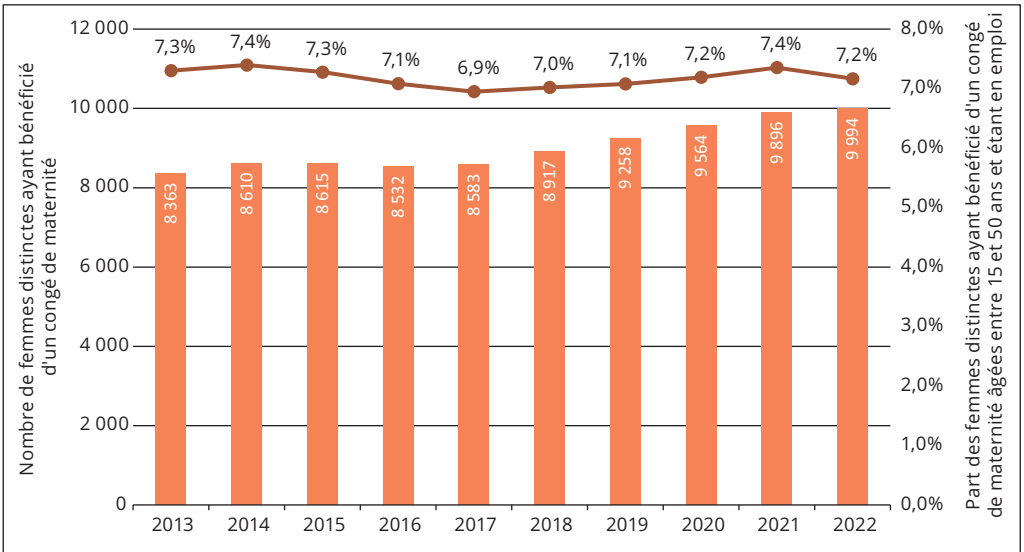
Comme mentionné, cette partie analyse seulement les salariés de droit privé et les indépendants. Ainsi, concernant l'analyse sectorielle, les données du secteur « Administration publique » ne concernent que les salariés de droit privé. Le secteur « Enseignement » ne concerne que l'enseignement privé. Le secteur des « Autres activités de services » comprend notamment le secteur des arts, spectacles et activités récréatives, ainsi que celui des activités des ménages en tant qu'employeurs.

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

## 3.3.1. Le congé de maternité

Cette sous-section analyse l'évolution du congé de maternité, dont la période d'indemnisation est de 8 semaines avant la date d'accouchement estimée et de 12 semaines après l'accouchement [21].

**Graphique 53: Évolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité et la part de ces femmes par rapport au total des femmes en emploi âgées entre 15 et 50 ans de 2013 à 2022**




Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

Entre 2013 et 2022, le nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité passe de 8 363 à 9 994, ce qui constitue une augmentation de 19,5% sur 10 années ou bien une augmentation annuelle moyenne de 2,0%. Même si le nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité augmente en termes absolus sur cette période, le nombre de ces femmes par rapport à l'ensemble des femmes âgées entre 15 et 50 ans et étant en emploi ne croit pas. En effet, la part de ces femmes est de 7,3% en 2013, contre 7,2% en 2022. En d'autres termes, le nombre de femmes bénéficiant d'un congé de maternité augmente dans la même proportion que le nombre total de femmes âgées de 15 à 50 ans en emploi.

**Tableau 23: Évolution du nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge de 2020 à 2022**

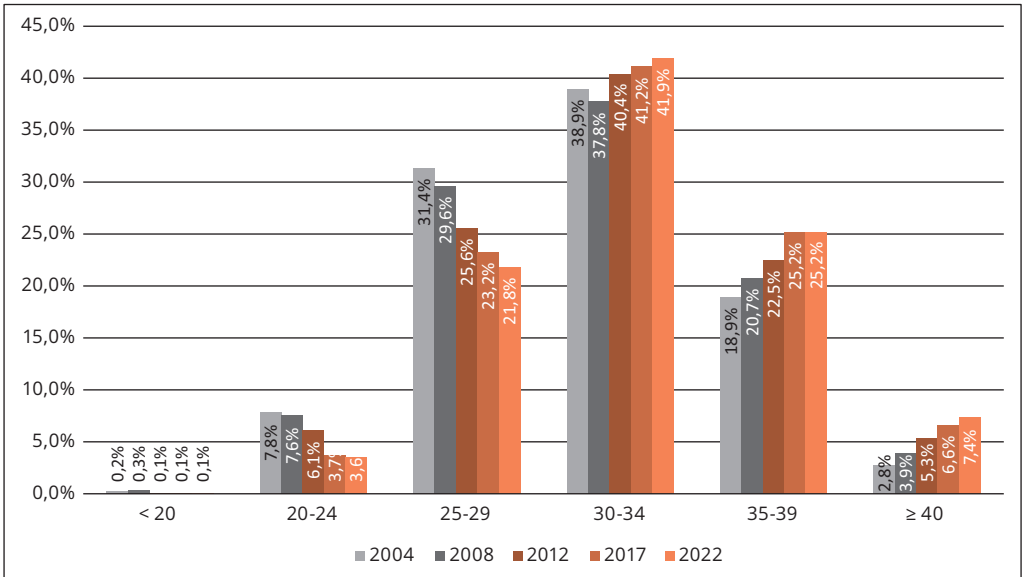
| Groupe d'âge | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nombre | En % tu total | Nombre | En % tu total | Nombre | En % tu total |
| <20 ans | 9 | 0,1% | 5 | 0,1% | 5 | 0,1% |
| 20-24 | 373 | 3,9% | 350 | 3,5% | 355 | 3,6% |
| 25-29 | 2190 | 22,9% | 2217 | 22,4% | 2183 | 21,8% |
| 30-34 | 3949 | 41,3% | 4120 | 41,6% | 4190 | 41,9% |
| 35-39 | 2418 | 25,3% | 2568 | 25,9% | 2521 | 25,2% |
| ≥40 | 625 | 6,5% | 636 | 6,4% | 740 | 7,4% |
| **TOTAL** | **9 564** | **100,0%** | **9 896** | **100,0%** | **9 994** | **100,0%** |

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

21. Code du travail, livre III, litre III

En 2020, 9 564 femmes bénéficient d'un congé de maternité, contre 9 896 femmes en 2021, ce qui correspond à une hausse de 3,5%. En 2022, ce nombre se situe à 9 994 femmes ce qui représente une hausse de 4,5%. Entre 2020 et 2022, les femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité sont majoritairement âgées entre 30 et 34 ans. Ainsi, en 2022 par exemple, 4 190 femmes, soit 41,9% des femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité sont âgées entre 30 et 34 ans.

**Graphique 54: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 2004, 2008, 2012, 2017, 2022**



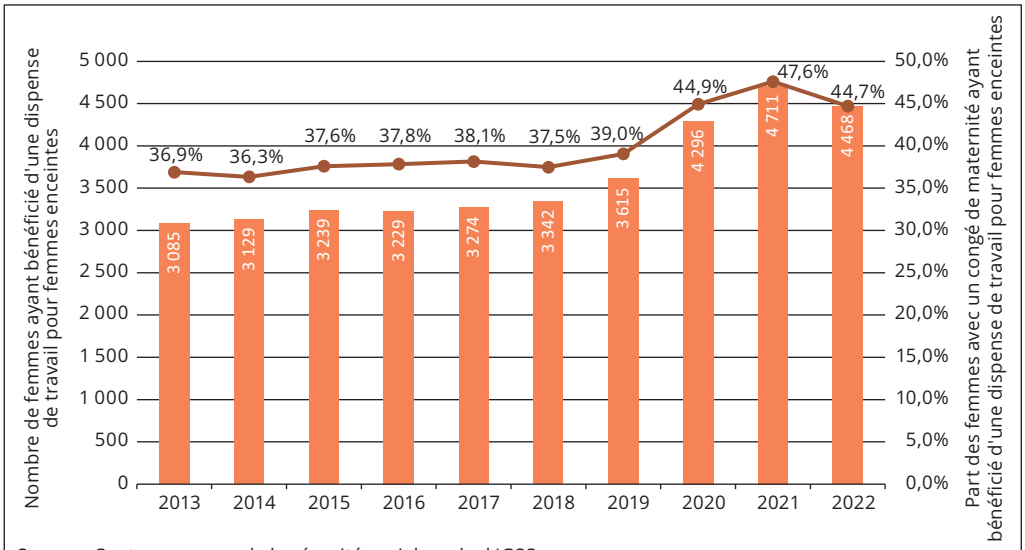

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

En regardant la répartition des groupes d'âge des bénéficiaires du congé de maternité sur une plus longue durée, force est de constater que les comportements en termes de natalité ont profondément changé entre 2004 et 2022. En effet, la part des femmes âgées de moins de 30 ans et ayant bénéficié d'un congé de maternité diminue, tandis que la part des femmes âgées de plus de 30 ans augmente. En 2004 par exemple, 31,4% des femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité sont âgées entre 25 et 29 ans, tandis que ce pourcentage est de seulement 21,8% en 2022, une baisse de 10 points de pourcentage sur 15 années. En revanche, la part des bénéficiaires âgés entre 35 et 39 passe de 18,9% en 2004 à 25,2% en 2022.

## 3.3.2. Les dispenses de travail pour femmes enceintes

Les dispenses de travail pour femmes enceintes font partie des mesures protectrices si une femme enceinte ou allaitante occupe un poste déclaré dangereux. Ainsi, sont repris des postes dans lesquels une salariée fait face à des travaux manuels exigeant des efforts physiques ou des travaux en lien avec des substances biologiques ou chimiques [22] ;

**Graphique 55: Évolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'une dispense de travail pour femmes enceintes et la part de ces femmes par rapport au total des femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité de 2013 à 2022**



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

Entre 2013 et 2022, le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail passe de 3 085 en 2013 à 4 468 en 2022, ce qui correspond à une hausse de 44,8%. Le nombre de femmes en dispenses de travail est largement impacté par la crise sanitaire liée à la COVID-19. En effet, sur la période allant de 2020 à 2022, le nombre de dispenses augmente de 23,6%.

Cette augmentation à long terme du nombre de dispenses n'est cependant pas seulement liée à l'augmentation de la population féminine en emploi, mais il s'explique aussi par un effet structurel, vue que la part des femmes avec un congé de maternité et ayant bénéficié d'une dispense de travail augmente également substantiellement. Ainsi, en 2013 par exemple, ce taux est de 36,9% et passe à 44,7% en 2022, soit une hausse de 7,8 points de pourcentage.

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

**Tableau 24: Évolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'une dispense de travail pour femmes enceintes selon le secteur d'activité de 2020 à 2022**

| Secteur | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nombre | En % du total | Nombre | En % du total | Nombre | En % du total |
| Santé humaine et action sociale | 1 897 | 44,2% | 2 091 | 44,4% | 2 069 | 46,3% |
| Commerce | 735 | 17,1% | 805 | 17,1% | 737 | 16,5% |
| Hébergement et restauration | 459 | 10,7% | 485 | 10,3% | 461 | 10,3% |
| Activités de services administratifs et de soutien | 423 | 9,8% | 484 | 10,3% | 496 | 11,1% |
| Autres activités de service | 260 | 6,1% | 264 | 5,6% | 215 | 4,8% |
| Administration publique, enseignement | 148 | 3,4% | 209 | 4,4% | 198 | 4,4% |
| Industrie | 111 | 2,6% | 112 | 2,4% | 88 | 2,0% |
| Transport | 58 | 1,4% | 73 | 1,5% | 56 | 1,3% |
| Activités spécialisées, scientifiques et techniques | 65 | 1,5% | 64 | 1,4% | 51 | 1,1% |
| Construction | 33 | 0,8% | 36 | 0,8% | 29 | 0,6% |
| Activités financières et d'assurance | 57 | 1,3% | 32 | 0,7% | 27 | 0,6% |
| Information et communication | 17 | 0,4% | 23 | 0,5% | 16 | 0,4% |
| Immobilier | 12 | 0,3% | 14 | 0,3% | 12 | 0,3% |
| Non-déterminés | 14 | 0,3% | 13 | 0,3% | 7 | 0,2% |
| Agriculture, sylviculture et pêche | 7 | 0,2% | 6 | 0,1% | 6 | 0,1% |
| **TOTAL** | **4 296** | **100,0%** | **4 711** | **100,0%** | **4 468** | **100,0%** |

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

Entre 2020 et 2022, quatre secteurs ont concentré à eux seuls plus de 80% des dispenses : le secteur de la santé humaine et de l'action sociale, le secteur du commerce, le secteur de l'hébergement et de la restauration et le secteur des activités de services administratifs et de soutien. Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale concerte en 2022 46,3% des dispenses de travail pour femmes enceintes, ce qui s'explique par l'exposition particulière aux virus contagieux, mais aussi par la taille du secteur et une proportion importante de femmes.

**Tableau 25: Part des femmes avec un congé de maternité et ayant bénéficié d'une dispense de travail selon le secteur d'activité de 2020 à 2022**

| Secteur d'activité | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| Santé humaine et action sociale | 90,4% | 94,4% | 87,8% |
| Hébergement et restauration | 72,2% | 74,4% | 77,7% |
| Commerce | 60,9% | 65,7% | 59,1% |
| Activités de services administratifs et de soutien | 56,1% | 57,3% | 61,4% |
| Autres secteurs | 16,1% | 17,1% | 14,1% |
| **TOTAL** | **44,9%** | **47,6%** | **44,7%** |

Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

En regardant la part des femmes avec un congé de maternité et ayant bénéficié d'une dispense de travail pour femmes enceintes selon le secteur d'activité, 4 secteurs restent dominants : le secteur de la santé humaine et de l'action sociale, le secteur du commerce, le secteur de l'hébergement et de la restauration et le secteur des activités de services administratifs et de soutien. Du fait de son exposition particulière, le secteur de la santé humaine et de l'action sociale affiche un taux de dispense de 94,4% en 2021 et de 87,8% en 2022, soit une baisse de 6,6 points de pourcentage. Avant la crise sanitaire de la COVID-19, le taux était de 77,9%.

## 3.4. LE CONGÉ POUR RAISONS FAMILIALES

Un assuré actif, ayant à charge un enfant âgé de moins de 18 ans et nécessitant en cas de maladie grave, d'accident ou d'autre raison impérieuse de santé la présence de l'un de ses parents, peut prétendre à un congé pour raisons familiales (CPRF).

- 12 jours au total, mais fractionnable si l'enfant est âgé de 0 à moins de 4 ans accomplis sur cette période de 4 ans ;
- 18 jours au total mais fractionnable si l'enfant est âgé de 4 ans accomplis à moins de 13 ans accomplis sur cette période de 9 ans ;
- 5 jours au total mais fractionnable si l'enfant est âgé de 13 ans accomplis à moins de 18 ans accomplis et s'il est hospitalisé sur cette période de 5 ans.[23]

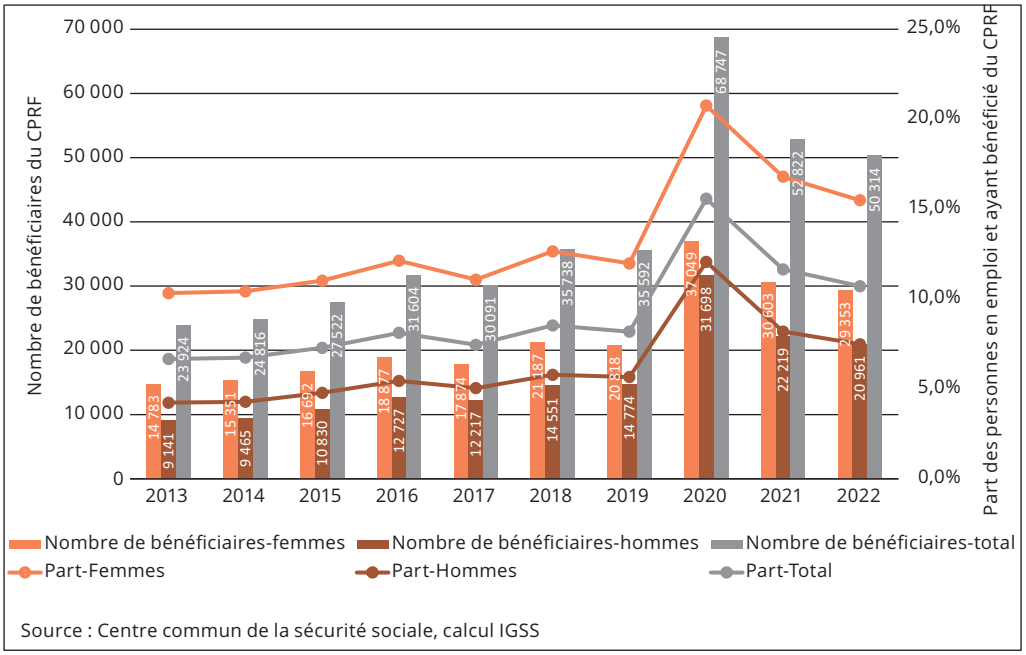
Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 et afin de lutter contre la propagation du virus Sars-Cov-2, le champ d'application du congé pour raisons familiales a été élargi à partir de fin mars 2020 aux fermetures des écoles ou des structures d'éducation/d'accueil et aux mises en quarantaine, isolement et maintien à domicile d'enfants pour raisons de santé publique. Les jours de congé pour raisons familiales pris dans ces situations particulières ne sont pas décomptés des jours légaux disponibles par tranche d'âge tel qu'énoncés au paragraphe précédent.

De plus, le congé pour soutien familial a été introduit afin de soutenir les salariés surtout en début de la pandémie de la COVID-19. Ainsi, les travailleurs indépendants et les fonctionnaires qui ont été contraints d'arrêter de travailler pour s'occuper d'une personne majeure en situation de handicap ou d'une personne âgée faisant l'objet d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité ont eu droit à ce congé supplémentaire. Cette mesure a néanmoins pris fin en novembre 2021.

Est repris pour l'analyse du CPRF la même méthodologie que sous le point 3.3.

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

**Graphique 56: Évolution du nombre de bénéficiaires du congé pour raisons familiales (CPRF) et la part des salariés et indépendants en emploi ayant bénéficié du CPRF selon le sexe**

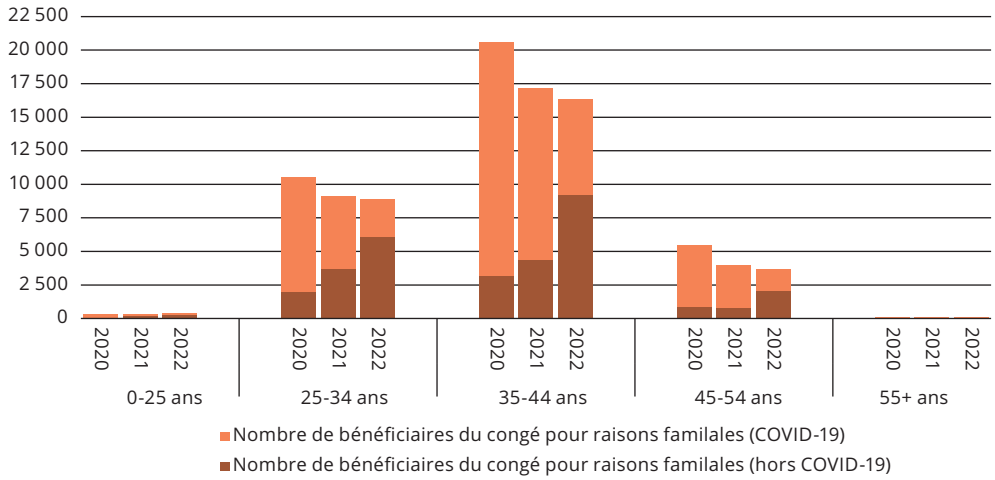



Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

Entre 2013 et 2022, le nombre total de bénéficiaires augmente fortement. Entre 2013 et 2019, le nombre passe de 23 924 à 35 592, ce qui représente une hausse de 48,7%. En 2020, avec la pandémie COVID-19 et l'élargissement du CPRF, ce nombre augmente à 68 747 bénéficiaires, ce qui correspond à une hausse de 93,2% par rapport à 2019. En 2022, ce nombre diminue de 26,8% par rapport à 2020 et affiche 50 314 bénéficiaires tout en restant ainsi plus élevé qu'il y a 10 années, ce qui va de pair avec la croissance de la population. L'analyse par sexe montre qu'aussi bien en termes de chiffres absolus comme en termes relatifs, les femmes recourent le plus fréquemment au CPRF.

En ce qui concerne la part des personnes en emploi et ayant bénéficié du CPRF, l'évolution semble similaire. Ainsi, en 2022, 15,5% des femmes en emploi bénéficient du CPRF, tandis qu'il s'agit seulement de 7,5% des hommes. De façon générale, 10,7% des salariés et indépendants en emploi bénéficient d'un CPRF au cours de l'année 2022.

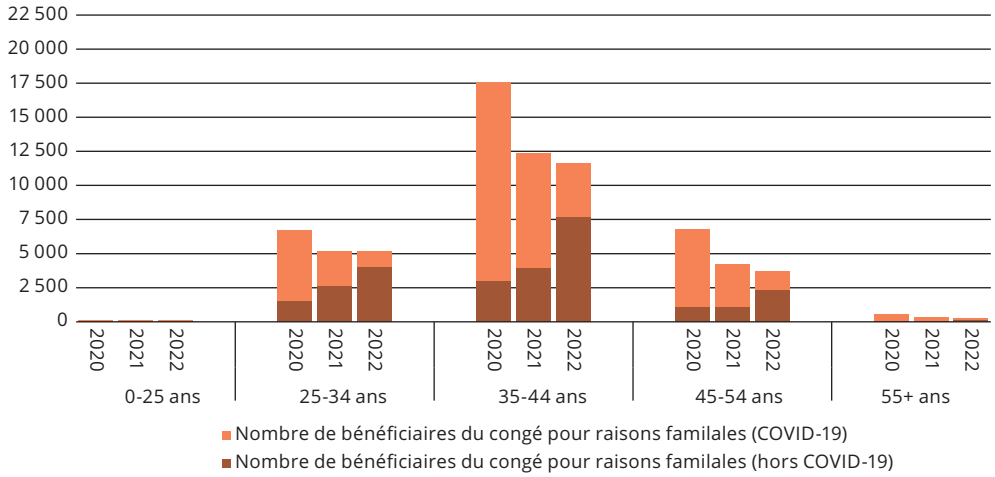
**Graphique 57: Nombre de femmes ayant bénéficié du congé pour raisons familiales par groupe d'âge de 2020 à 2022**




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, avec 83,2% de tous les CPRF pris, la COVID-19 constitue la raison principale pour la prise du congé pour raisons familiales. Ce taux passe à 70,3% en 2021 et à 39,7% en 2022.

**Graphique 58: Nombre d'hommes ayant bénéficié du congé pour raisons familiales par groupe d'âge de 2020 à 2022**




Source : Centre commun de la sécurité sociale, calcul IGSS

L'analyse par sexe montre que la répartition de l'âge des hommes ayant recours au congé pour raisons familiales est similaire à celle des femmes. Dès 2020, avec 81,7% de tous les CPRF pris, la COVID-19 constitue la raison principale pour la prise du congé pour raisons familiales des hommes. Ce taux passe à 64,5% en 2021 et à 31,3% en 2022. Néanmoins cette baisse est plus importante pour les hommes que pour les femmes.

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

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

**Tableau 26: Évolution des dépenses pour prestations en espèces en cas de maternité de 2020 à 2022 [a]**

| Type de prestation | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| Indemnités pécuniaires proprement dites | 123,5 | 132,0 | 140,0 |
| Dispense de travail pour femmes enceintes et allaitantes | 41,5 | 50,3 | 49,8 |
| Congé pour raisons familiales [b] | 256,8 | 69,4 | 46,6 |
| **TOTAL** | **421,9** | **251,8** | **236,4** |

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

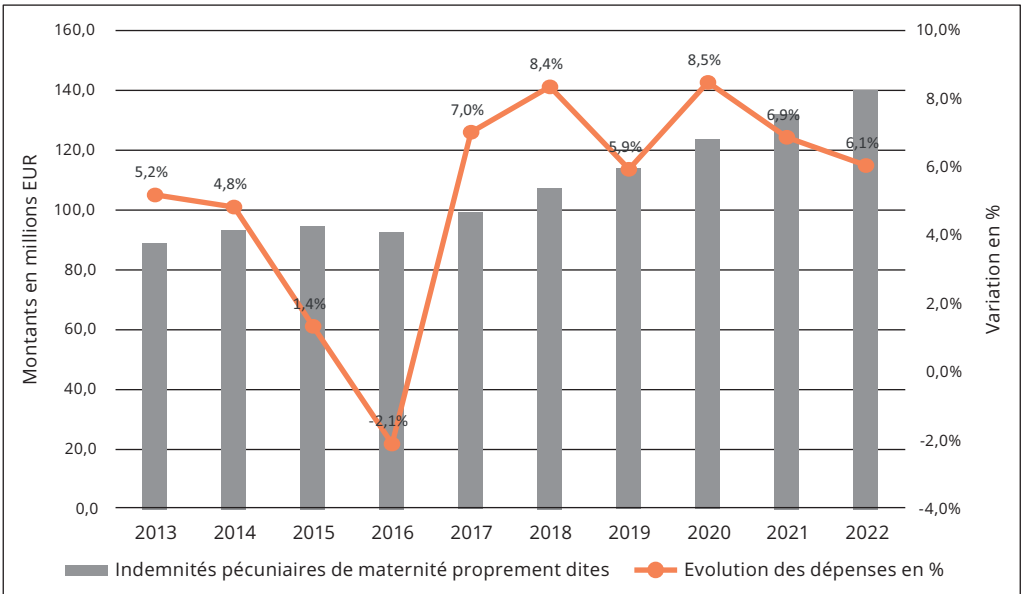
En 2022, les dépenses relatives aux prestations en espèces de maternité se situent à 236,4 millions EUR, ce qui correspond à une baisse de 6,1% par rapport à 2021 et une baisse de 44,4% par rapport à 2020.

Les indemnités pécuniaires de maternité proprement dites augmentent par contre de 6,1% en 2022, mais les dépenses liées aux dispenses de femmes enceintes diminuent de 1,1%.

En 2022, les dépenses pour le congé pour raisons familiales s'élèvent à 46,6 millions EUR, ce qui représente une diminution de 32,9% par rapport à 2021 et de 81,9% par rapport à 2020. Cette baisse s'explique entre autres du fait que les années 2020 et 2021 étaient énormément élevées principalement en raison de la prise en charge par la CNS du congé pour raisons familiales [24] dans le cadre de la pandémie de la COVID-19 [25]. Il s'y ajoute que la durée d'isolement s'est réduite de 2020 à 2022 et donc le recours au CPRF s'y réduit aussi.

24. Loi du 20 juin 2020 portant introduction d'un congé pour soutien familial dans le cadre de la lutte contre la pandémie Covid-19.
25. Loi du 22 janvier 2021 portant modification des articles L. 234-51, L. 234-52 et L. 234-53 du Code du travail ; dérogation temporaire aux dispositions des articles L. 234- 51, L. 234-52 et L. 234-53 du Code du travail.

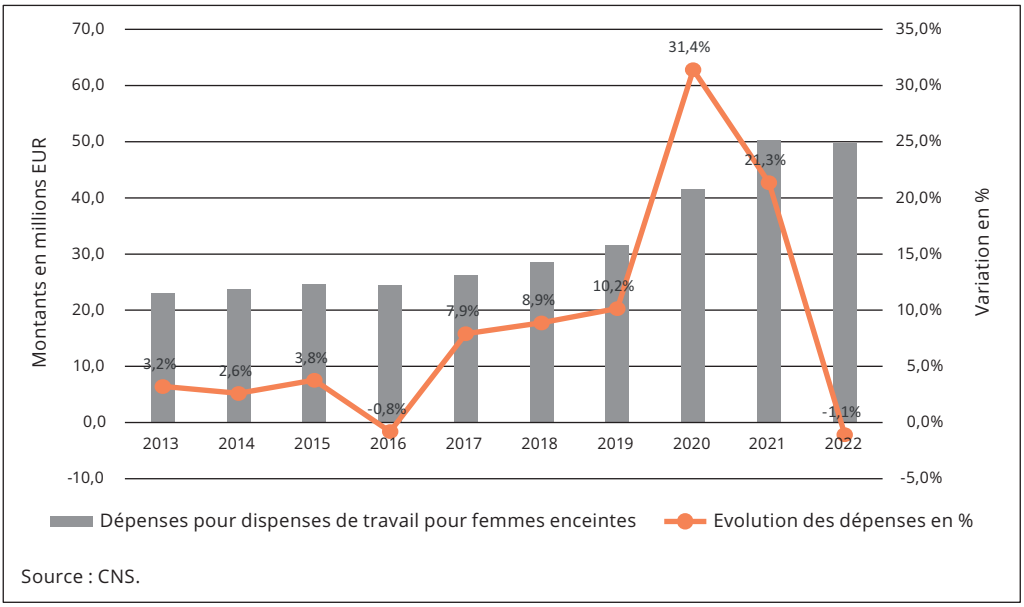
**Graphique 59: Évolution des indemnités pécuniaires de maternité proprement dites (en millions EUR)**




Source : CNS.

Les dépenses pour indemnités pécuniaires de maternité proprement dites sont de façon générale en augmentation sur la période allant de 2013 à 2022. En 2016, il y une légère baisse de 2,1% qui est suivie par une hausse de 7,0% en 2017. Dès lors, il y a différentes petites fluctuations, même si les montants augmentent.

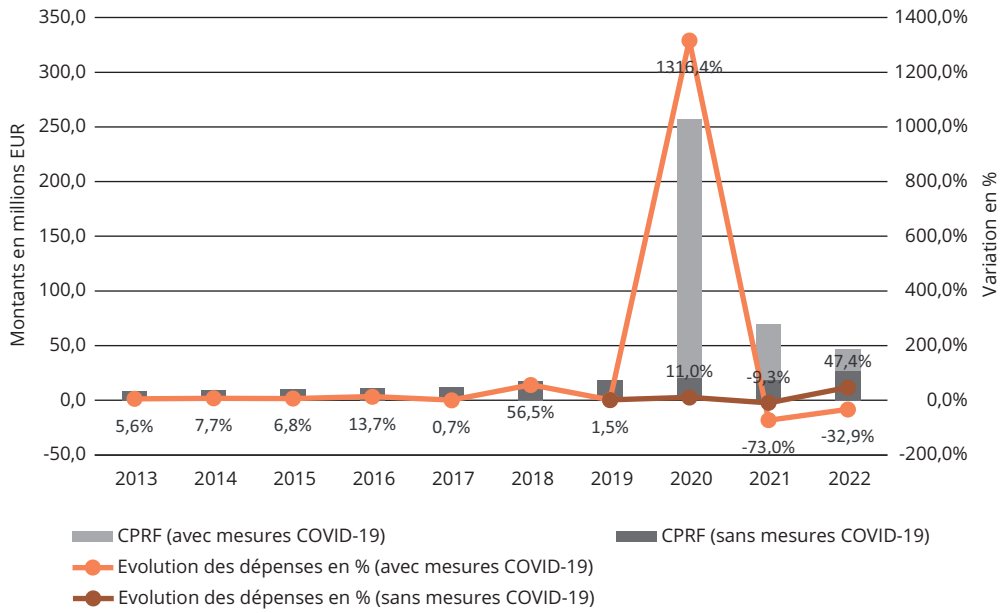
**Graphique 60: Évolution des indemnités pécuniaires de maternité pour la protection des femmes enceintes (dispenses) (en millions EUR)**




Source : CNS.

Les dépenses pour les dispenses de travail pour femmes enceintes ou allaitantes augmentent de manière considérable en 2020. Dès 2021 une diminution des dispenses de travail pour femme enceintes peut être constaté, même si les montants restent importants par rapport aux années qui précédent la pandémie liée à la COVID-19.

**Graphique 61: Évolution du coût du congé pour raisons familiales (en millions EUR)**




Source : CNS.

En 2022, le coût relatif au congé pour raisons familiales s'élève à 46,6 millions EUR, ce qui représente une diminution de 32,9% par rapport à 2021. Ce montant s'explique entre autres par la prise en charge par la CNS du congé pour raisons familiales dans le cadre de la pandémie de la COVID-19. Le congé pour soutien familial a pris fin le 25 novembre 2021.

# 4. LA SITUATION FINANCIÈRE

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

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

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

**Encadré méthodologique**

Les données sont issues des décomptes de la CNS et correspondent donc à des données comptables qui, pour les besoins statistiques, sont ajustées en tenant compte des opérations sur provisions pour prestations. Enfin, les données sont ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.

Les frais de maternité pour soins de santé sont inclus dans les frais des soins de médecine, des soins des professionnels 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 2018.

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

| Exercice | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| N.i. du coût de la vie (moyenne annuelle) | 802,82 | 814,40 | 834,76 | 839,98 | 871,66 |
| **Recettes** | | | | | |
| Cotisations | 1 774,1 | 1 886,8 | 1 994,4 | 2 111,0 | 2 285,0 |
| Cotisations forfaitaires Etat | 1 182,8 | 1 257,9 | 1 329,6 | 1 407,3 | 1 523,4 |
| Autres contributions de l'État [c] [d] [e] | 20,3 | 20,3 | 406,4 | 20,3 | 57,9 |
| Autres recettes | 31,0 | 38,3 | 34,1 | 37,7 | 44,0 |
| **TOTAL DES RECETTES COURANTES** | **3 008,2** | **3 203,3** | **3 764,4** | **3 576,3** | **3 910,3** |
| *Variation annuelle en %* | *5,5%* | *6,5%* | *17,5* | *-5,0%* | *9,3%* |
| **Dépenses** | | | | | |
| Frais d'administration | 81,7 | 86,8 | 92,0 | 96,6 | 102,5 |
| Prestations en espèces [f] | 330,4 | 401,2 | 815,4 | 546,6 | 574,1 |
| Prestations en nature | 2 449,8 | 2 596,5 | 2 845,1 | 2 969,5 | 3 243,4 |
| Autres dépenses | 13,8 | 17,2 | 24,3 | 19,2 | 31,9 |
| **TOTAL DES DEPENSES COURANTES** | **2 875,8** | **3 101,6** | **3 776,8** | **3 632,0** | **3 951,9** |
| *Variation annuelle en %* | *6,4%* | *7,9%* | *21,8%* | *-3,8%* | *8,8%* |
| **Solde des opérations courantes** | **132,5** | **101,7** | **-12,4** | **-55,7** | **-41,6** |
| Réserve globale | 869,7 | 971,3 | 958,9 | 903,2 | 861,6 |
| Réserve minimale | 287,6 | 310,2 | 377,7 | 363,2 | 395,2 |
| Taux réserve globale / dépenses courantes | 30,2% | 31,3% | 25,4% | 24,9% | 21,8% |
| **Résultat de l'exercice** | **115,2** | **79,1** | **-79,9** | **-41,2** | **-73,6** |
| **Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)** | **582,1** | **661,2** | **581,2** | **540,0** | **466,4** |
| 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 | 5,37% | 5,45% | 5,74% | 5,67% | 5,71% |

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 (art. 38).

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

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

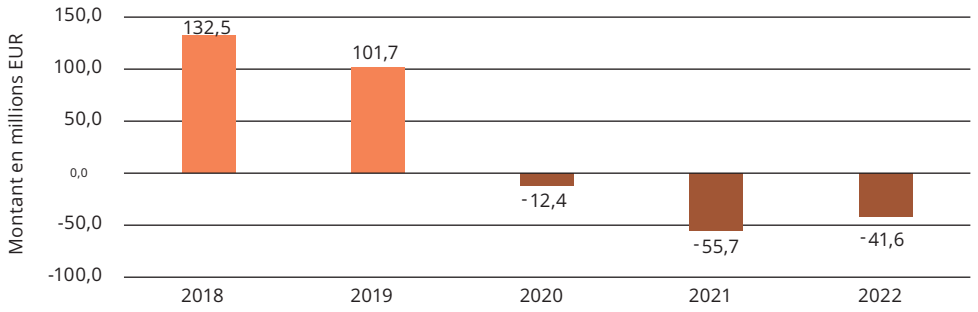
Source : CNS

Le solde des opérations courantes diminue sur toute la période allant de 2018 à 2022. Entre 2018 et 2019, il reste positif mais passe de 132,5 millions EUR en 2018 à 101,7 millions EUR en 2019 (-23,3%). Après opérations sur réserves, les résultats des exercices 2018 à 2019 sont positifs mais diminuent de manière consécutive (de 115,2 millions EUR en 2018 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 2022 avec un solde des opérations courantes de -41,2 millions EUR. Après opérations sur réserves, le résultat de l'exercice 2022 se situe à -73,6 millions EUR.

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

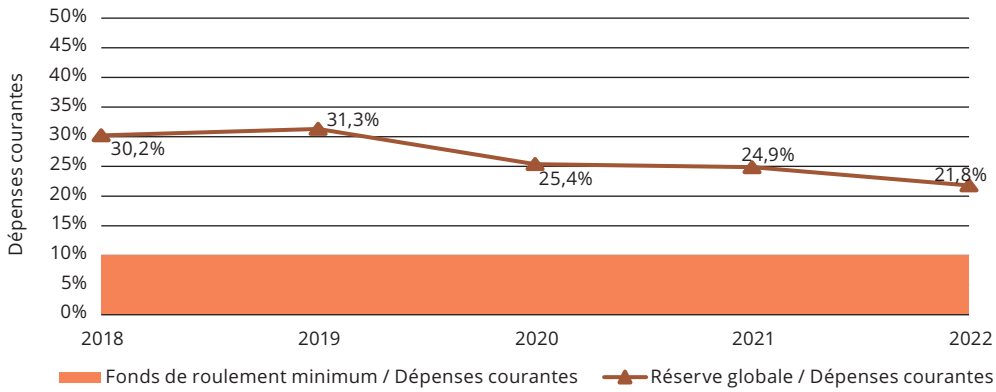
**Graphique 62: Évolution du solde des opérations courantes de 2018 à 2022 (en millions EUR) [a b]**




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

Le graphique suivant présente l'évolution de la réserve globale par rapport aux dépenses courantes sur la période de 2018 à 2022.

**Graphique 63: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2018 à 2022 [a b]**



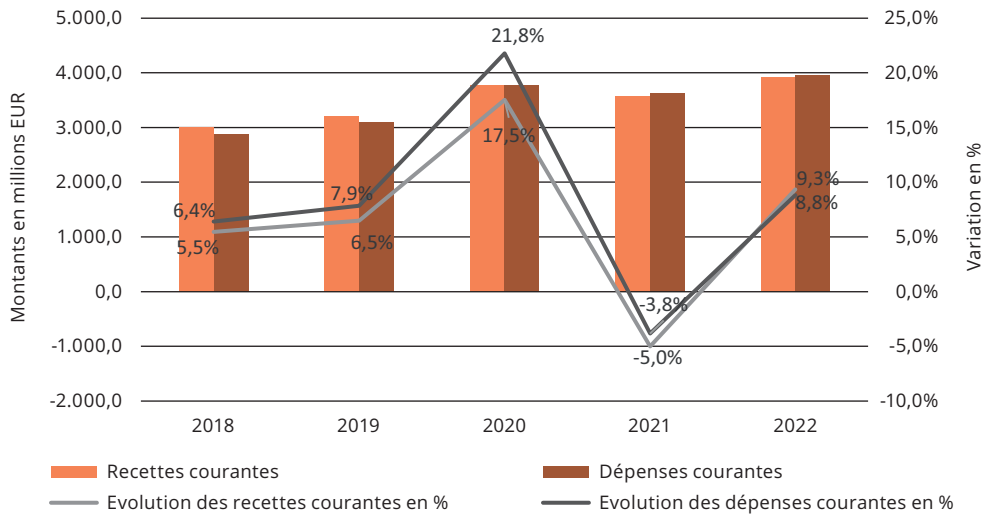

a) Données établies selon la date comptable.
b) Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.
Source : CNS.

Pour l'année 2022, la réserve globale s'élève à 861,6 millions EUR et diminue de 4,6% par rapport à 2021. Le rapport entre la réserve globale et les dépenses courantes s'élève en 2022 à 21,8% contre 24,9% en 2021.

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

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

**Graphique 64: Évolution des recettes et dépenses courantes de 2018 à 2022 [a b]**




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

Les recettes courantes augmentent en 2022 de 9,3%. L'évolution des recettes est, comme annoncé plus haut, influencée par le versement d'une dotation de 37,5 millions EUR par l'État à la CNS dans le cadre des mesures prises dans le contexte de la lutte contre le virus COVID-19 [26]. Ce montant correspond à la dette de l'État envers la CNS cumulée sur les exercices 2020, 2021 et 2022 [27]. La hausse des recettes est aussi marquée par une évolution positive de l'économie luxembourgeoise avec une croissance de l'emploi plus importante que les années précédentes (+3,4% en 2022, par rapport à +2,9% en 2021) se traduisant ainsi par une hausse des cotisations payées par les assurés et employeurs de 8,2%. L'évolution des cotisations est également influencée par l'augmentation de l'échelle mobile des salaires de 3,8%.

26. Loi spéciale 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.
27. 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. À noter que ces montants sont partiellement basés sur des estimations.

L'évolution des dépenses courantes en 2022 se situe à 8,8% et s'explique par une hausse de 9,2% des dépenses pour soins de santé et une augmentation de 4,6% des dépenses pour prestations en espèces.

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

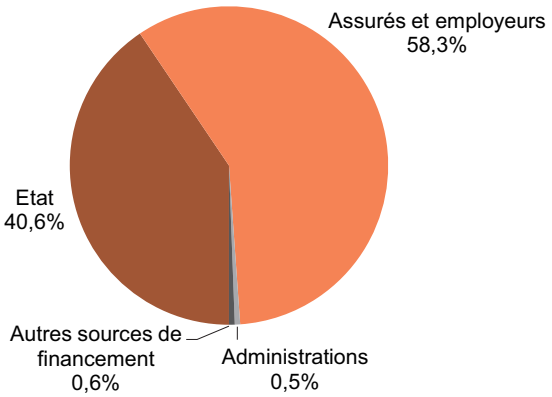
**Tableau 28: Évolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité de 2018 à 2022 (en millions EUR) [a] [b]**

| Exercice | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| Etat | 1 205,6 | 1 280,7 | 1 738,6 | 1 430,2 | 1 585,8 |
| Assurés et employeurs | 1 771,6 | 1 884,3 | 1 991,8 | 2 108,4 | 2 280,5 |
| Administrations | 17,1 | 18,5 | 20,1 | 20,4 | 21,3 |
| Autres sources de financement | 13,9 | 19,7 | 14,0 | 17,3 | 22,7 |
| **TOTAL RECETTES COURANTES** | **3 008,2** | **3 203,3** | **3 764,4** | **3 576,3** | **3 910,3** |

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. Ce versement se répartit sur les exercices 2020 à 2023, à raison de 200 millions EUR en 2020 et de 62 millions EUR par an entre 2021 et 2023. En 2022, l'État verse une dotation de 37,5 millions EUR à la CNS dans le cadre des mesures prises dans le contexte de la lutte contre le virus COVID-19. Ce montant correspond à la dette de l'État envers la CNS cumulée sur les exercices 2020, 2021 et 2022.

**Graphique 65: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2022 (en % du total) [a] [b]**




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

La participation de l'État dans le financement de l'assurance maladie-maternité s'élève à 1 585,8 millions EUR en 2022, contre 1 430,2 millions EUR en 2021 (+10,9%%). Les cotisations payées par les assurés et employeurs se chiffrent à 2 280,5 millions EUR, soit une augmentation de 8,2% par rapport à 2021.

**Tableau 29: Évolution des dépenses pour soins de santé de 2018 à 2022 (en millions EUR) [a] [b]**

| Type de prestation | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| Soins hospitaliers | 975,4 | 1 047,4 | 1 141,6 | 1 171,2 | 1 263,0 |
| Soins de médecine [c] | 410,7 | 438,2 | 465,8 | 502,9 | 541,2 |
| Soins de médecine dentaire [d] | 85,3 | 91,3 | 94,8 | 102,7 | 116,2 |
| Médicaments (extrahospitalier) | 228,8 | 237,7 | 252,9 | 266,0 | 301,9 |
| Dispositifs médicaux (extrahospitalier) [c] | 50,0 | 51,2 | 52,2 | 61,2 | 63,3 |
| Analyses de biologie médicale (extrahospitalier) | 66,5 | 76,7 | 104,0 | 129,9 | 131,9 |
| Soins des autres professions de santé [c] | 153,6 | 163,5 | 169,0 | 195,8 | 219,8 |
| Autres soins de santé [e] | 46,5 | 51,4 | 56,2 | 58,8 | 61,5 |
| **Total des prestations au Luxembourg** | **2 016,8** | **2 157,4** | **2 336,6** | **2 488,5** | **2 698,8** |
| **Total des prestations à l'étranger** | **433,0** | **438,7** | **508,6** | **481,3** | **544,6** |
| **Total des soins de santé** | **2 449,8** | **2 596,0** | **2 845,1** | **2 969,8** | **3 243,4** |
| *Variation annuelle* | *5,7%* | *6,0%* | *9,6%* | *4,4%* | *9,2%* |

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 2022.
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 3 243,4 millions EUR en 2022 contre 2 969,8 millions EUR en 2021, soit une augmentation de 9,2%. Le taux de croissance de 2022 résulte d'une croissance des dépenses pour prestations au Luxembourg de 8,5% et de 13,2% des dépenses pour prestations à l'étranger.

L'évolution des soins de santé au Luxembourg de 9,5% en 2022 s'explique notamment par l'évolution des dépenses pour soins hospitaliers (+7,8%), soins de médecine dentaire (+13,1), médicaments (+13,5%), autres professionnels de santé (+12,2%) (kinésithérapeutes et infirmiers par exemple) et prestations à l'étranger (+13,2%).

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 2022 s'explique par une augmentation des dépenses pour conventions internationales [28] de 9,5% et par une hausse de 13,4% des autres prestations étrangères [29].

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

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

**Tableau 30: Évolution des dépenses pour prestations en espèces de 2018 à 2022 (en millions EUR) [a] [b]**

| Type de prestation | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|
| Prestations en espèces de maladie | 148,4 | 203,0 | 341,3 | 251,7 | 290,4 |
| Prestations en espèces de maternité | 153,7 | 163,6 | 421,9 | 251,8 | 236,4 |
| **Total des prestations en espèces** | **302,1** | **366,5** | **763,2** | **503,4** | **526,8** |
| *Variation annuelle* | *12,7%* | *21,3%* | *108,2%* | *-34,0%* | *4,6%* |

a. Données établies selon la date comptable.

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

Source : CNS

En 2022, les dépenses pour prestations en espèces augmentent de 4,6%. Cette évolution est due à une hausse de 15,4% des prestations en espèces de maladie et une baisse de 6,1% des dépenses pour prestations en espèces de maternité.

La hausse importante des dépenses pour prestations en espèces de maladie en 2022 s'explique entre autres par une augmentation considérable du nombre de bénéficiaires et du nombre de journées d'incapacité de travail (+21,0% respectivement +6,5%) aboutissant ainsi à une hausse des indemnités pécuniaires proprement dites de 11,2%. Cette évolution reflète l'impact de la crise liée à la COVID-19 sur le nombre de personnes absentes pour cause de maladie. Les indemnités pour périodes d'essais évoluent de 62,7%, ce qui s'explique essentiellement par la crise liée à la COVID-19, mais aussi par le fait que l'emploi continue d'augmenter.

En 2022, les dépenses relatives aux prestations en espèces de maternité se situent à 189,8 millions EUR, ce qui correspond à une hausse de 4,1% par rapport à 2021. Ceci s'explique par une augmentation de 6,1% des indemnités pécuniaires de maternité proprement dites et par une diminution de 1,1% des dépenses liées aux dispenses de femmes enceintes. Cette diminution s'explique par l'assouplissement 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 des employeurs (MDE) sont en premier lieu les employeurs qui cotisent à cette institution et qui bénéficient du remboursement à concurrence de 80% des rémunérations payées à leurs salariés pendant la durée de la continuation de la rémunération (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 2018.

**Tableau 31: Évolution des recettes et dépenses de la Mutualité des Employeurs entre 2018 et 2022 (en millions EUR)**

| Exercice | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| **RECETTES** | | | | | |
| Cotisations | 342,3 | 342,5 | 355,7 | 385,8 | 418,3 |
| Participation de tiers (Etat) | 98,9 | 104 | 61,1 | 150,3 | 316,5 |
| Autres recettes | 0,9 | 0,7 | 0,4 | 0,3 | 0,7 |
| **TOTAL DES RECETTES COURANTES** | **442,1** | **447,2** | **417,2** | **536,4** | **735,5** |
| *Variation annuelle en %* | *12,7%* | *1,2%* | *-6,7%* | *28,6%* | *37,1%* |
| **DEPENSES** | | | | | |
| Frais d'administration | 1,5 | 1,5 | 1,6 | 1,7 | 1,8 |
| Prestations en espèces | 435,8 | 444,5 | 417,4 | 523,6 | 711,2 |
| Autres dépenses | 0,2 | 0,4 | 0,8 | 0,5 | 3,3 |
| **TOTAL DES DEPENSES COURANTES** | **437,5** | **446,4** | **419,8** | **525,8** | **716,4** |
| *Variation annuelle en %* | *12,2%* | *2,0%* | *-6,0%* | *25,3%* | *36,2%* |
| **SOLDE DES OPERATIONS COURANTES** | **4,6** | **0,8** | **-2,6** | **10,6** | **19,1** |
| Réserve globale | 43,7 | 44,6 | 42,0 | 52,6 | 71,7 |
| Réserve minimale | 43,7 | 44,6 | 42,0 | 52,6 | 71,7 |
| 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% | 1,85% | 1,85% | 1,90% | 1,90% |

Source : Comptes annuels de la MDE

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 saisonnière, 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 MDE 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 MDE (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%). 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 (20,0%) 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 [30]. 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 de 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 20,0%, d'une diminution des dépenses des employeurs.

Les recettes de cotisations de la MDE augmentent de 8,4% en 2022, et passent donc de 385,8 millions EUR en 2021 à 418,3 millions EUR en 2022. Cette croissance est similaire à celle observée entre 2020 et 2021. En dépit de leur évolution similaire, il est observable que la hausse en 2022 est uniquement imputable à la hausse de la masse cotisable (8,4%), tandis que la hausse en 2021 est expliquée par une hausse de la masse cotisable moins importante (5,6%) et par une hausse du taux de cotisation moyen. La participation de tiers, notamment de l'État, connait une forte croissance de 110,6%, elle a donc plus que doublé. Cette croissance s'explique par l'augmentation des dépenses pour prestations en espèces et le fait que conformément à l'article 56 du CSS, l'État prend en charge, en procédant par avances, l'excédent des dépenses courantes sur les recettes courantes tel qu'il est arrêté au compte d'exploitation de la MDE dans la limite permettant de maintenir le taux de cotisation moyen des employeurs à 1,90%, tout en assurant une réserve équivalente à 10,0% du montant annuel des dépenses. Cette augmentation des dépenses pour prestations en espèces s'explique essentiellement par une augmentation de 25,3% du taux d'absentéisme financier, qui passe de 2,58% à 3,23% entre 2021 et 2022.

30. 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 2022, 16 359 personnes affiliées à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise bénéficient de prestations de l'assurance dépendance.

## OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

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

Les actes essentiels de la vie comprennent :

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

## LES BÉNÉFICIAIRES

Suivant l'article 352 du CSS, le bénéfice des prestations est ouvert aux personnes protégées en application des articles 1 à 7 du CSS se rapportant à l'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 Santé et de la Sécurité sociale, ce comité a pour but d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements d'aides et de soins et de proposer des améliorations de la situation et de la prise en charge des personnes dépendantes. Il rassemble les Ministres ayant dans leurs attributions la Famille, le Budget, la Santé et de la Sécurité sociale ou leurs représentants, les organisations œuvrant dans les domaines de la Santé, de la Famille et de l'Action sociale, ainsi que les associations représentant les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

## LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

dans le cadre d'une prise en charge stationnaire :

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

dans le cadre d'un maintien à domicile :

- les activités de garde - forfait hebdomadaire de 7 heures pour garde individuelle (AMD-GI), forfait hebdomadaire majoré de 14 heures pour garde individuelle (AMD-GI-M), forfait hebdomadaire de 40 heures pour garde en groupe (AMD-GG), forfait hebdomadaire majoré de 56 heures pour garde en groupe (AMD-GG-M), forfait annuel de 10 nuits pour garde de nuit (AMD-GDN) ;
- les activités d'assistance à l'entretien du ménage - forfait hebdomadaire de 3 heures (AMD-M) ;
- le matériel d'incontinence - forfait mensuel de 14,32 EUR au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 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 2022, 25 prestataires ont conclu un contrat en tant que réseau d'aides et de soins. 15 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 2022, 61 centres semi-stationnaires, sous l'égide de 24 prestataires différents ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS. 42 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 2022, 53 établissements de ce type, dont 22 maisons de soins et 31 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 2022, 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. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2003/09/12/n1/consolide/20230710
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 2022, l'assurance dépendance s'adresse à 140 fournisseurs spécialisés.

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

## 1.3. LE PERSONNEL

La présente section porte sur le personnel prestant exclusivement des aides et soins aux personnes dépendantes, à savoir 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 2022 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]**

| | 2020 | En % du total | 2021 | En % du total | 2022 | En % du total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Réseaux d'aides et de soins | 2 889,4 | 28,6% | 3 137,9 | 29,7% | 3 464,9 | 31,2% |
| Centres semi-stationnaires | 426,0 | 4,2% | 443,8 | 4,2% | 473,4 | 4,3% |
| Établissements d'aides et de soins à séjour continu | 5 632,7 | 55,7% | 5 796,7 | 54,8% | 5 900,0 | 53,1% |
| Établissements d'aides et de soins à séjour intermittent | 1 157,3 | 11,5% | 1 193,2 | 11,3% | 1 275,1 | 11,5% |
| **TOTAL** | **10 105,4** | **100,0%** | **10 571,5** | **100,0%** | **11 113,4** | **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 2022 un total de 11 113,4 ETP. 53,1% du total des effectifs 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 emploient 4,3% de l'effectif total considéré.

En 2022, les effectifs augmentent de 5,1%, contre 4,6% en 2021. Les effectifs des réseaux d'aides et de soins évoluent le plus et présentent une croissance de 10,4%. Suivent les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent dont les effectifs évoluent de 6,9%,

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

puis les centres semi-stationnaires qui affichent une hausse de 6,7% de leurs effectifs et finalement les établissements d'aides et de soins à séjour continu avec une évolution de 1,8%.

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

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

| Type de prestataire | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| **Réseaux d'aides et de soins** | **2 889,4** | **3 137,9** | **3 464,9** |
| Personnel d'assistance et de soins | 2 658,1 | 2 882,7 | 3 177,6 |
| Personnel socio-éducatif | 21,9 | 25,7 | 22,0 |
| Personnel administratif | 156,5 | 168,5 | 192,3 |
| Personnel technique et logistique | 53,0 | 61,0 | 72,9 |
| **Centres semi-stationnaires** | **426,0** | **443,8** | **473,4** |
| Personnel d'assistance et de soins | 243,4 | 251,0 | 273,3 |
| Personnel socio-éducatif | 105,8 | 113,7 | 121,2 |
| Personnel administratif | 24,6 | 25,7 | 25,0 |
| Personnel technique et logistique | 52,2 | 53,4 | 54,0 |
| **Établissements d'aides et de soins à séjour continu** | **5 632,7** | **5 796,7** | **5 900,0** |
| Personnel d'assistance et de soins | 3 946,2 | 4 054,6 | 4 133,6 |
| Personnel socio-éducatif | 250,5 | 300,9 | 300,1 |
| Personnel administratif | 313,8 | 319,7 | 320,8 |
| Personnel technique et logistique | 1 122,2 | 1 121,5 | 1 145,6 |
| **Établissements d'aides et de soins à séjour intermittent** | **1 157,3** | **1 193,2** | **1 275,1** |
| Personnel d'assistance et de soins | 509,3 | 559,2 | 594,6 |
| Personnel socio-éducatif | 444,5 | 450,6 | 482,9 |
| Personnel administratif | 70,6 | 62,2 | 70,9 |
| Personnel technique et logistique | 133,0 | 121,2 | 126,7 |
| **TOTAL** | **10 105,4** | **10 571,5** | **11 113,4** |
| *Variation en %* | *2,4%* | *4,6%* | *5,1%* |
| **Nombre d'ETP prestant des soins** | **7 356,9** | **7 747,4** | **8 179,1** |
| **Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)** | **72,8%** | **73,3%** | **73,6%** |

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

Sur la période de 2020 à 2022, 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 73,6% en 2022, contre 72,8% en 2020.

Pour les quatre types de prestataires, le personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif représente la plus grande proportion des ETP par année. Néanmoins, ce pourcentage varie par type de prestataire. En 2022, ce type de personnel représente 92,3% des effectifs des réseaux d'aides et de soins, 84,5% des effectifs des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, 83,3% 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 (37,9% comparé à 0,6% dans les RAS ou 5,1% dans les ESC en 2022).

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

Par ailleurs, les chiffres à la date du 31 décembre 2022 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 traitées.

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.

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

## 2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Les caractéristiques des bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance au 31 décembre 2022 sont illustrées 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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] | 14 537 | 4,5% | 14 261 | 4,4% | 13 703 | 96,1% |
| 2019 | 15 141 | 4,2% | 14 861 | 4,2% | 14 229 | 95,7% |
| 2020 | 15 483 | 2,3% | 15 180 | 2,1% | 14 472 | 95,3% |
| 2021 | 16 063 | 3,7% | 15 729 | 3,6% | 14 953 | 95,1% |
| 2022 | 16 706 | 4,0% | 16 359 | 4,0% | 15 512 | 94,8% |

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2022.
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 2022, le nombre total de bénéficiaires d'une synthèse de prise en charge par l'assurance dépendance s'élève à 16 706 personnes. Il inclut les personnes affiliées résidentes et non-résidentes à l'assurance maladie-maternité ainsi que des personnes résidentes qui bénéficient des prestations de l'assurance dépendance au Luxembourg dans le cadre d'une attestation S1, mais dont les frais sont à charge de leurs assurances maladies/dépendance respectives.

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

En 2020, le nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance affiliés à l'assurance maladie-maternité (AMM) luxembourgeoise augmente de 2,1% et de 3,6% en 2021. En 2022, l'augmentation est de 4,0% et proche de celle observée avant la pandémie COVID-19.

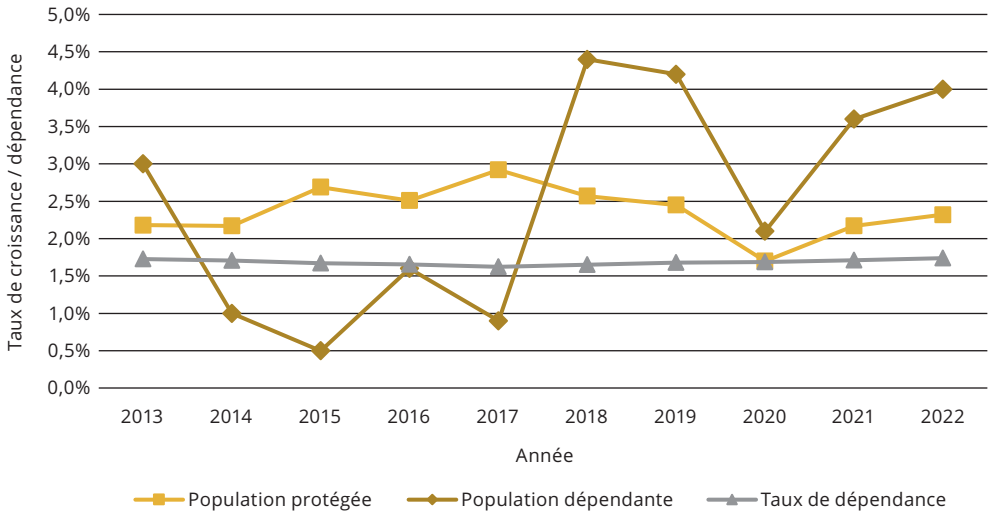
Parmi les 14 953 personnes dépendantes résidentes et affiliées à l'AMM luxembourgeoise au 31 décembre 2021, 18,4% sont devenues dépendantes au courant de l'année 2021 et 15,0% sont mortes. De même, parmi les 15 512 personnes dépendantes résidentes et affiliées à l'AMM luxembourgeoise au 31 décembre 2022, 18,6% sont devenues dépendantes au courant de l'année 2022. [10]

10. Plus d'informations sur les durées de prise en charge sont disponibles sous Aperçu no 23 - Analyse des durées de la prise en charge par l'assurance dépendance - Inspection générale de la sécurité sociale // Le gouvernement luxembourgeois

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

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

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




a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2022.
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 affiliée à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise. À partir de 2014 et jusqu'en 2017, la population protégée connaît une plus forte croissance que la population dépendante. Depuis 2018, le taux de croissance de la population dépendante dépasse à nouveau celui de la population protégée.

En 2022, le taux de dépendance s'élève à 1,7% et reste ainsi stable par rapport à 2021. Toutefois, le nombre de personnes bénéficiant de prestations et résidant à l'étranger est très faible alors que la population protégée non-résidente est importante. La part de la population dépendante résidente par rapport à la population protégée résidente est beaucoup plus élevée que la part de la population dépendante totale par rapport à la population protégée totale (résidents et non-résidents). Au 31 décembre 2022, les personnes dépendantes au Luxembourg représentent 2,6% de la population protégée résidente. Le taux de dépendance des personnes ayant atteint au moins 65 ans s'élève, quant à lui, en 2022 à 13,2%.

Parmi les 16 359 bénéficiaires affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise au 31 décembre 2022, plus que 2,2% bénéficient d'une synthèse basée sur une conversion de leur plan de prise en charge établi lors d'une évaluation faite avant le 1er janvier 2018. 2,8%

des bénéficiaires ont droit à une prise en charge forfaitaire lié à leur pathologie (dispositions particulières), 2,5% à une synthèse « soins palliatifs » et 0,3% à une synthèse « décès » (personnes décédées avant qu'une évaluation ait pu avoir lieu). Les 92,3% bénéficiaires restants 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 %* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2020 | 9 965 | 65,6% | *5,1%* | 641 | 4,2% | *-0,5%* | 4 574 | 30,1% | *-3,5%* | 15 180 | *2,1%* |
| 2021 | 10 329 | 65,7% | *3,7%* | 664 | 4,2% | *3,6%* | 4 736 | 30,1% | *3,5%* | 15 729 | *3,6%* |
| 2022 | 10 919 | 66,7% | *5,7%* | 702 | 4,3% | *5,7%* | 4 738 | 29,0% | *0,0%* | 16 359 | *4,0%* |

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

Le maintien à domicile avant l'hébergement en institution était une priorité du législateur lors de l'introduction de l'assurance dépendance en 1999. En 2022, la part des bénéficiaires vivant à domicile se situe à 66,7%, ce qui signifie que deux bénéficiaires sur trois reçoivent des prestations à domicile.

En 2020, le nombre de personnes dépendantes séjournant dans un ESI et un ESC diminue. Cette baisse peut être mise en relation avec la pandémie COVID-19. En effet, les personnes dépendantes séjournant à domicile ont préféré retarder leur transfert dans un ESC et les conditions d'admission dans les établissements étaient plus strictes (p.ex. isolation des personnes nouvellement admises, etc.).

En 2022, le nombre de bénéficiaires vivant à domicile augmente de 5,7% par rapport à 2021, celui des bénéficiaires résidant dans un ESI affiche une hausse de 5,7% et celui des bénéficiaires séjournant dans un ESC stagne.

Parmi les 702 bénéficiaires résidant dans un ESI en 2022, 176 personnes [11] alternent leur séjour entre établissement et domicile.

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

| Année | Domicile | | ESI | | ESC | | Total | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | |
| 2020 | 4 223 | 5 742 | 352 | 289 | 1 220 | 3 354 | 5 795 | 9 385 | **15 180** |
| 2021 | 4 414 | 5 915 | 363 | 301 | 1 283 | 3 453 | 6 060 | 9 669 | **15 729** |
| 2022 [c] | 4 660 | 6 259 | 375 | 327 | 1 259 | 3 479 | 6 294 | 10 065 | **16 359** |

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2022.

11. Résultat provisoire pour 2022, 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 01.12.2022 et le 31.01.2023.

En 2022, 61,5% des bénéficiaires affiliés à l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise sont des femmes et 38,5% sont des hommes. Avec 74,0%, la grande majorité des hommes réside à domicile, tandis que chez les femmes, ce taux n'est que de 62,2%. 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 53,4% des bénéficiaires et dans les ESC seulement 26,6%

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

| Groupe d'âge | 2020 | | | | 2021 | | | | 2022 [c] | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Domicile | ESI | ESC | Total | Domicile | ESI | ESC | Total | Domicile | ESI | ESC | Total |
| 0-19 | 1 189 | ≤50 | ≤5 | 1 238 | 1 295 | ≤55 | ≤5 | 1 351 | 1 358 | ≤60 | ≤5 | 1 420 |
| 20-39 | 588 | ≤170 | ≤10 | 765 | 591 | ≤175 | ≤10 | 774 | 621 | ≤200 | ≤10 | 827 |
| 40-59 | 1 038 | 236 | 74 | 1 348 | 1 106 | 230 | 81 | 1 417 | 1 158 | 238 | 65 | 1 461 |
| 60-69 | 1 169 | 139 | 243 | 1 551 | 1 196 | 151 | 257 | 1 604 | 1 278 | 148 | 243 | 1 669 |
| 70-79 | 1 925 | 34 | 609 | 2 568 | 1 966 | 42 | 657 | 2 665 | 2 088 | 45 | 658 | 2 791 |
| 80-89 | 2 998 | 14 | 2 125 | 5 137 | 3 043 | 12 | 2 170 | 5 225 | 3 210 | 13 | 2 125 | 5 348 |
| >=90 | 1 058 | 0 | 1 515 | 2 573 | 1 132 | 0 | 1 560 | 2 693 | 1 206 | 0 | 1 636 | 2 843 |
| **TOTAL** | **9 965** | **641** | **4 574** | **15 180** | **10 329** | **663** | **4 736** | **15 729** | **10 919** | **701** | **4 738** | **16 359** |

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2022.

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 70 ans, 23,6% des septuagénaires, 39,7% des octogénaires et 57,5% des nonagénaires sont pris en charge dans un ESC en 2022.

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

| | 2020 | | | | 2021 | | | | 2022 [c] | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Domicile | ESI | ESC | Total | Domicile | ESI | ESC | Total | Domicile | ESI | ESC | Total |
| Age moyen | 65,6 | 47,2 | 84,8 | 70,6 | 65,2 | 47,3 | 84,7 | 70,3 | 65,4 | 46,9 | 85,0 | 70,2 |
| Age médian | 75 | 51 | 86 | 80 | 75 | 51 | 86 | 80 | 75 | 51 | 87 | 80 |

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2022.

Entre 2020 et 2022, il y a peu de variation au niveau des groupes d'âge à domicile, en ESI et en ESC. La différence d'âge moyen entre les bénéficiaires vivant à domicile et dans un ESC s'élève en 2022 à 19,6 ans.

## 2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES

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

Les articles 3 à 6 du règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance prévoient l'octroi de prestations forfaitaires pour les personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication, les personnes atteintes de spina bifida, d'aphasie et les personnes présentant une laryngectomie [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 | 2020 | | | 2021 | | | 2022 [e] | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hommes | Femmes | Total | Hommes | Femmes | Total | Hommes | Femmes | Total |
| Forfait surdité ou capacité auditive réduite | 90 | 86 | 176 | 74 | 75 | 149 | 74 | 74 | 148 |
| Forfait cécité ou acuité visuelle réduite | 117 | 140 | 257 | 118 | 141 | 259 | 114 | 146 | 260 |
| Forfait Spina Bifida symptomatique | 20 | 19 | 39 | 20 | 19 | 39 | 19 | 18 | 37 |
| Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave | ≤5 | ≤5 | ≤5 | 11 | 7 | 18 | 10 | 8 | 18 |
| Forfait laryngectomie | ≤10 | ≤5 | ≤10 | 17 | 6 | 23 | 17 | 5 | 22 |
| **Total** | **238** | **247** | **485** | **240** | **248** | **488** | **234** | **251** | **485** |

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 2022.

En 2022, 485 personnes bénéficient de prestations forfaitaires. Ce groupe représente 4,4% de l'ensemble des bénéficiaires vivant à domicile. Les personnes atteintes de cécité, respectivement d'acuité visuelle réduite représentent 53,6% des cas et les personnes sourdes 30,5%.

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 | 2020 | 2021 | 2022 [e] |
|---|---|---|---|
| Forfait surdité ou capacité auditive réduite | 51,9 | 48,5 | 48,9 |
| Forfait cécité ou acuité visuelle réduite | 61,5 | 62,1 | 61,9 |
| Forfait Spina Bifida symptomatique | 35,9 | 36,9 | 36,7 |
| Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave | 62,8 | 66,2 | 67,1 |
| Forfait laryngectomie | 65,9 | 67,9 | 68,7 |
| **Ensemble des bénéficiaires de prestations forfaitaires** | **56,0** | **56,3** | **56,5** |

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 2022.

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 (CMSS) pour bénéficier de soins palliatifs font partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance (art. 349 du CSS), sans évaluation de leur état de santé par l'AEC.

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 | 2020 | 2021 | 2022[c] |
|---|---|---|---|
| **Forfait « Décès »** | **273** | **255** | **329** |
| Hommes | 147 | 157 | 192 |
| Femmes | 126 | 98 | 137 |
| *dont décédés au courant de l'année* | *236* | *217* | *264* |
| **Forfait « Soins palliatifs »** | **1 257** | **1 322** | **1 410** |
| Hommes | 572 | 628 | 627 |
| Femmes | 685 | 694 | 783 |
| *dont décédés au courant de l'année* | *853* | *904* | *916* |

a. Nombre annuel.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2022.

En 2022, 329 personnes (58,4% hommes et 41,6% 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.

1 410 personnes ont droit au forfait « Soins palliatifs » en 2022, dont 55,5% sont des femmes.

Une personne peut être comptée dans les 2 types de forfaits, ceci par exemple lorsqu'elle introduit sa demande pour bénéficier des prestations de l'assurance dépendance et que par la suite elle obtient l'accord du CMSS pour bénéficier de soins palliatifs. Tel est le cas pour 85 personnes en 2022.

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 | 2020 | 2021 | 2022[c] |
|---|---|---|---|
| **Forfait « Décès »** | 80,7 | 79,9 | 79,2 |
| Hommes | 79,6 | 78,7 | 78,5 |
| Femmes | 82,0 | 81,8 | 80,1 |
| **Forfait « Soins palliatifs »** | 78,8 | 78,6 | 78,9 |
| Hommes | 76,8 | 77,5 | 77,4 |
| Femmes | 80,5 | 79,6 | 80,1 |

a. Nombre annuel - âge au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2022.

Au niveau de l'âge moyen, les femmes bénéficiant du forfait « Décès » ont en moyenne 1,6 ans de plus que les hommes en 2022, respectivement 2,7 ans pour le forfait « Soins palliatifs ».

## 2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE

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

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

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

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

**Encadré méthodologique**

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

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

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

Les tableaux présentés portent sur les bénéficiaires d'aides et de soins de l'assurance dépendance en vie au 31 décembre 2022 (y compris les bénéficiaires de prestations forfaitaires). Ces tableaux ne reprennent pas les personnes qui bénéficient seulement d'aides techniques ou d'adaptations du logement.

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

Les bénéficiaires d'une synthèse « Décès » figurent parmi les bénéficiaires sans diagnostic renseigné, 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 2022 [a b c] (en % du total)**

| Chapitre de la classification CIM 10 | Hommes | Femmes | Total |
|---|---|---|---|
| **Chapitre I. -** Certaines maladies infectieuses et parasitaires | 0,5% | 0,3% | 0,3% |
| **Chapitre II. -** Tumeurs | 2,8% | 2,1% | 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 | 1,5% | 1,8% | 1,7% |
| **Chapitre V. -** Troubles mentaux et du comportement | 32,0% | 28,8% | 30,0% |
| **Chapitre VI. -** Maladies du système nerveux | 20,1% | 15,5% | 17,3% |
| **Chapitre VII. -** Maladies de l'œil et de ses annexes | 2,8% | 3,2% | 3,0% |
| **Chapitre VIII. -** Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde | 1,4% | 1,1% | 1,2% |
| **Chapitre IX. -** Maladies de l'appareil circulatoire | 10,0% | 7,7% | 8,6% |
| **Chapitre X. -** Maladies de l'appareil respiratoire | 1,5% | 2,1% | 1,9% |
| **Chapitre XI. -** Maladies de l'appareil digestif | 0,6% | 0,2% | 0,4% |
| **Chapitre XII. -** Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané | 0,0% | 0,1% | 0,1% |
| **Chapitre XIII. -** Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif | 7,8% | 19,5% | 15,0% |
| **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 | 3,6% | 4,4% | 4,1% |
| **Chapitre XIX. -** Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes | 4,4% | 5,3% | 5,0% |
| **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 | 1,7% | 1,9% | 1,8% |
| Soins palliatifs | 2,4% | 2,5% | 2,5% |
| Pas de diagnostics renseignés [d] | 0,6% | 0,3% | 0,4% |
| **TOTAL** | **100,0%** | **100,0%** | **100,0%** |

a. Situation au 31 décembre 2022.
b. Données provisoires.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Y compris 50 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 2022 [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 | 0,3% | 0,0% | 1,8% | 7,2% | 18,9% | 30,9% | 37,4% | 20,8% |
| **Groupe 2. -** Troubles psychiatriques | 41,1% | 18,1% | 11,4% | 13,4% | 9,7% | 5,0% | 3,2% | 10,7% |
| **Groupe 3. -** Maladies du système cardio-vasculaire | 0,1% | 0,6% | 2,3% | 5,3% | 7,4% | 7,5% | 7,5% | 5,8% |
| **Groupe 4. -** Maladies du système nerveux | 17,2% | 29,9% | 35,7% | 31,2% | 22,6% | 14,4% | 8,2% | 19,4% |
| **Groupe 5. -** Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental | 34,9% | 36,9% | 12,7% | 6,9% | 2,1% | 0,6% | 0,2% | 7,3% |
| **Groupe 6. -** Maladies du système ostéo-articulaire | 0,6% | 3,1% | 11,3% | 14,4% | 21,3% | 28,0% | 31,7% | 21,0% |
| **Groupe 7. -** Troubles sensoriels | 1,7% | 8,1% | 11,2% | 4,6% | 3,3% | 2,7% | 3,8% | 4,1% |
| **Groupe 8. -** Tumeurs malignes | 0,9% | 0,7% | 3,0% | 4,4% | 3,2% | 2,2% | 1,1% | 2,3% |
| **Groupe 9. -** Autres | 3,3% | 1,8% | 6,9% | 8,2% | 8,0% | 5,5% | 4,7% | 5,8% |
| Soins palliatifs | 0,0% | 0,4% | 3,4% | 3,8% | 3,1% | 2,6% | 2,1% | 2,5% |
| Pas de diagnostics renseignés [d] | 0,0% | 0,4% | 0,4% | 0,7% | 0,5% | 0,5% | 0,2% | 0,4% |
| **Nombre de bénéficiaires** | **1 420** | **827** | **1 461** | **1 669** | **2 791** | **5 348** | **2 843** | **16 359** |

a. Situation au 31 décembre 2022.
b. Données provisoires.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Y compris 50 personnes bénéficiant d'un forfait « Décès » au 31 décembre.

En se référant à la classification du tableau 14, les maladies du système ostéo-articulaire (21,0%), les démences et troubles des fonctions cognitives (20,8%) ainsi que les maladies du système nerveux (19,4%) sont les trois premières causes principales de la dépendance de la population dépendante. Ces trois groupes représentent 61,1% de la population dépendante au 31 décembre 2022.

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 2022 [a b c] (en % du total)**

| Classification AEC | Hommes | | | | Femmes | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Domicile | ESI | ESC | Total | Domicile | ESI | ESC | Total |
| **Groupe 1. -** Démences et troubles des fonctions cognitives | 10,6% | 0,5% | 39,2% | 15,7% | 13,1% | 0,3% | 45,6% | 23,9% |
| **Groupe 2. -** Troubles psychiatriques | 15,6% | 20,0% | 12,8% | 15,3% | 8,0% | 13,8% | 7,0% | 7,8% |
| **Groupe 3. -** Maladies du système cardio-vasculaire | 6,3% | 0,3% | 5,1% | 5,7% | 6,8% | 0,3% | 4,8% | 5,9% |
| **Groupe 4. -** Maladies du système nerveux | 25,3% | 33,9% | 21,0% | 24,9% | 17,2% | 30,6% | 12,0% | 15,9% |
| **Groupe 5. -** Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental | 10,2% | 42,4% | 1,4% | 10,4% | 5,8% | 49,8% | 0,5% | 5,4% |
| **Groupe 6. -** Maladies du système ostéo-articulaire | 13,5% | 0,5% | 12,5% | 12,6% | 30,4% | 2,4% | 21,0% | 26,2% |
| **Groupe 7. -** Troubles sensoriels | 5,3% | 0,8% | 1,4% | 4,3% | 5,1% | 0,6% | 2,5% | 4,0% |
| **Groupe 8. -** Tumeurs malignes | 3,3% | 0,0% | 1,5% | 2,7% | 2,8% | 0,0% | 0,7% | 2,0% |
| **Groupe 9. -** Autres | 6,4% | 1,6% | 3,0% | 5,5% | 7,4% | 2,1% | 3,9% | 6,0% |
| Soins palliatifs | 2,7% | 0,0% | 2,1% | 2,4% | 3,0% | 0,0% | 1,9% | 2,5% |
| Pas de diagnostics renseignés [d] | 0,7% | 0,0% | 0,2% | 0,6% | 0,4% | 0,0% | 0,2% | 0,3% |
| **Nombre de bénéficiaires** | **4 660** | **375** | **1 259** | **6 294** | **6259** | **327** | **3 479** | **10 065** |

a. Situation au 31 décembre 2022.
b. Données provisoires pour 2022.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. Y compris 50 personnes bénéficiant d'un forfait « Décès » au 31 décembre.

La cause de dépendance la plus répandue chez les hommes en 2022 est le groupe des maladies du système nerveux (25,9%), 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. 43,9% des bénéficiaires résidant dans un ESC souffrent de démences et de troubles des fonctions cognitives. A domicile, la cause de dépendance principale (hommes et femmes confondus) est le groupe des maladies du système ostéo-articulaire (23,2% - prédominance chez les femmes), suivi de près des maladies du système nerveux (20,7% - prédominance chez les hommes).

# 3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

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

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

**Encadré méthodologique**

Les chiffres de la première partie de cette section présentent les prestations requises, c'est-à-dire les prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation. Il s'agit des prestations déterminées par l'AEC pour les personnes dépendantes 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 (AEV) est exprimé en temps requis. Il s'agit de la durée totale [a] pour les actes AEV retenus dans la synthèse de prise en charge des personnes dépendantes. La durée totale est utilisée pour déterminer le niveau de besoins hebdomadaires en aides et soins, appelé « niveau de dépendance » dans la suite de l'analyse.

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

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

### 3.1.1. Les prestations pour les actes essentiels de la vie

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

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

- Niveau 1 de 210 à 350 minutes
- Niveau 2 de 351 à 490 minutes
- Niveau 3 de 491 à 630 minutes
- Niveau 4 de 631 à 770 minutes
- Niveau 5 de 771 à 910 minutes

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

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

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

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

| Niveau de dépendance | 2020 | En % du total | 2021 | En % du total | 2022 [c] | En % du total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Niveau 1 | 4 530 | 29,8% | 4 547 | 28,9% | 4 545 | 27,8% |
| Niveau 2 | 2 236 | 14,7% | 2 342 | 14,9% | 2 462 | 15,0% |
| Niveau 3 | 1 658 | 10,9% | 1 748 | 11,1% | 1 838 | 11,2% |
| Niveau 4 | 1 264 | 8,3% | 1 402 | 8,9% | 1 510 | 9,2% |
| Niveau 5 | 1 059 | 7,0% | 1 101 | 7,0% | 1 149 | 7,0% |
| Niveau 6 | 890 | 5,9% | 967 | 6,1% | 983 | 6,0% |
| Niveau 7 | 643 | 4,2% | 628 | 4,0% | 656 | 4,0% |
| Niveau 8 | 522 | 3,4% | 535 | 3,4% | 551 | 3,4% |
| Niveau 9 | 426 | 2,8% | 469 | 3,0% | 472 | 2,9% |
| Niveau 10 | 382 | 2,5% | 388 | 2,5% | 391 | 2,4% |
| Niveau 11 | 270 | 1,8% | 272 | 1,7% | 300 | 1,8% |
| Niveau 12 | 161 | 1,1% | 164 | 1,0% | 179 | 1,1% |
| Niveau 13 | 198 | 1,3% | 200 | 1,3% | 254 | 1,6% |
| Niveau 14 | 122 | 0,8% | 132 | 0,8% | 150 | 0,9% |
| Niveau 15 | 13 | 0,1% | 6 | 0,0% | 8 | 0,0% |
| Prestation forfaitaire | 458 | 3,0% | 456 | 2,9% | 459 | 2,8% |
| Soins palliatifs | 321 | 2,1% | 339 | 2,2% | 402 | 2,5% |
| Décès | 27 | 0,2% | 33 | 0,2% | 50 | 0,3% |
| **TOTAL** | **15 180** | **100,0%** | **15 729** | **100,0%** | **16 359** | **100,0%** |

a. Situation au 31 décembre.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Données provisoires pour 2022.

Au cours des trois dernières années, la répartition est restée relativement stable. 54,0% des bénéficiaires se trouvent dans un des 3 premiers niveaux de dépendance en 2022, contre 55,4% en 2020.

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

**Tableau 17: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance et par lieu de séjour en 2022 (en % du total) [a b c]**

| Niveau de dépendance | Domicile (%) | ESI (%) | ESC (%) | TOTAL (%) | Nombre de bénéficiaires |
|---|---|---|---|---|---|
| Niveau 1 | 38,0% | 9,5% | 6,9% | 27,8% | 4 545 |
| Niveau 2 | 18,7% | 13,0% | 6,9% | 15,0% | 2 462 |
| Niveau 3 | 12,0% | 11,5% | 9,3% | 11,2% | 1 838 |
| Niveau 4 | 8,5% | 9,3% | 10,9% | 9,2% | 1 510 |
| Niveau 5 | 5,0% | 7,5% | 11,6% | 7,0% | 1 149 |
| Niveau 6 | 3,3% | 7,5% | 11,9% | 6,0% | 983 |
| Niveau 7 | 1,9% | 7,1% | 8,5% | 4,0% | 656 |
| Niveau 8 | 1,5% | 7,8% | 7,0% | 3,4% | 551 |
| Niveau 9 | 1,0% | 8,0% | 6,4% | 2,9% | 472 |
| Niveau 10 | 1,0% | 5,7% | 5,0% | 2,4% | 391 |
| Niveau 11 | 0,7% | 4,3% | 4,1% | 1,8% | 300 |
| Niveau 12 | 0,3% | 3,7% | 2,6% | 1,1% | 179 |
| Niveau 13 | 0,4% | 3,3% | 4,0% | 1,6% | 254 |
| Niveau 14 | 0,1% | 1,3% | 2,7% | 0,9% | 150 |
| Niveau 15 | 0,0% | 0,0% | 0,1% | 0,0% | 8 |
| Prestation forfaitaire | 4,2% | 0,4% | 0,0% | 2,8% | 459 |
| Soins palliatifs | 2,8% | 0,0% | 1,9% | 2,5% | 402 |
| Décès | 0,4% | 0,0% | 0,1% | 0,3% | 50 |
| **TOTAL** | **10 919** | **702** | **4 738** | **16 359** | **16 359** |

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2022.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2022, 38,0% des bénéficiaires vivant à domicile sont classés dans le niveau de dépendance 1, 18,7% dans le niveau 2 et 12,0% dans le niveau de dépendance 3 (68,8% pour les 3 niveaux). Ainsi, plus de 2 tiers des bénéficiaires à domicile se retrouvent dans un des 3 premiers niveaux. Uniquement 2,5% des bénéficiaires vivant à domicile se retrouvent dans les niveaux 10 à 15.

Dans les ESC, 23,1% des bénéficiaires se retrouvent dans un des 3 premiers niveaux de dépendance. Le niveau de dépendance le plus représenté est le niveau 6 avec 11,9%, suivi de près par le niveau 5 (11,6%) et le niveau 4 (10,9%). Le pourcentage des bénéficiaires dans les niveaux plus élevés diminue progressivement, mais il est largement supérieur à celui du domicile avec 18,5% 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 18,2%.

**Tableau 18: Évolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV) [a b c]**

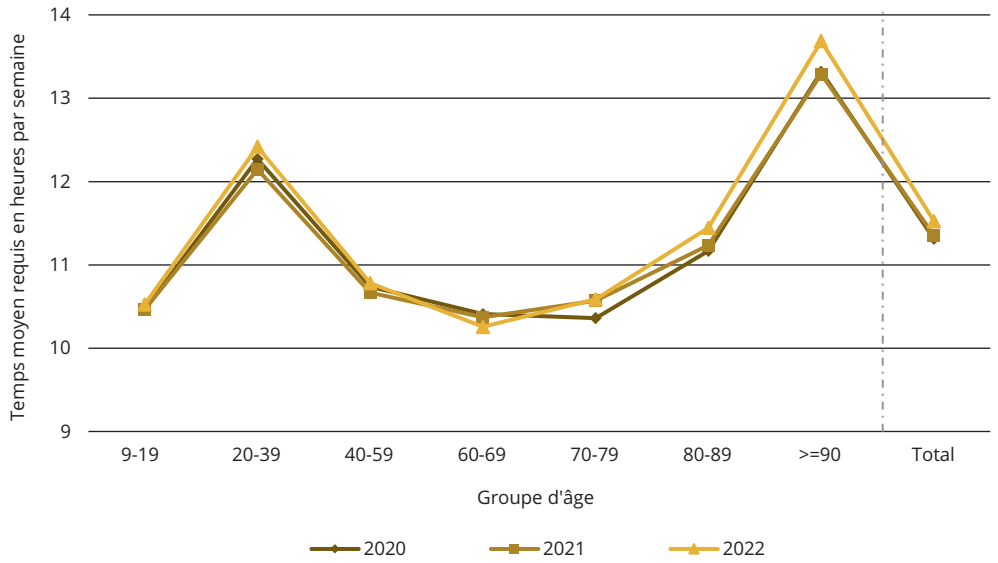
| Année | TMR pour les AEV en minutes | TMR pour les AEV en heures | Nombre de bénéficiaires |
|---|---|---|---|
| 2020 | 679 | 11,3 | 13 951 |
| 2021 | 681 | 11,4 | 14 425 |
| 2022 [d] | 692 | 11,5 | 14 934 |

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 2022.

La moyenne du temps requis pour les actes essentiels de la vie s'élève à 11,5 heures en 2022. L'écart entre le temps moyen requis pour les femmes et les hommes s'élève à 31,0 minutes en 2022.

La différence entre le temps moyen requis calculé pour les personnes vivant à domicile et celui des personnes séjournant dans un ESC est de 8,3 heures en 2022. Le temps moyen requis pour les AEV s'élève dans le cadre d'une prise en charge à domicile à 8,6 heures contre 16,9 heures dans un ESC et 16,0 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 2022.
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 2022 (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 | 66,9% | 1,7% | 52,0% | 0,2% | 4,6% | 0,3% | 57,1% | 4 149 |
| Niveau 2 | 78,4% | 6,3% | 54,9% | 0,6% | 13,1% | 2,0% | 70,6% | 2 045 |
| Niveau 3 | 81,7% | 9,3% | 59,1% | 0,9% | 15,2% | 3,4% | 78,7% | 1 314 |
| Niveau 4 | 84,6% | 12,2% | 62,0% | 1,6% | 15,9% | 2,8% | 82,4% | 930 |
| Niveau 5 | 81,9% | 14,4% | 61,7% | 3,6% | 14,1% | 2,9% | 82,3% | 548 |
| Niveau 6 | 77,3% | 16,7% | 58,4% | 4,7% | 17,3% | 2,2% | 82,5% | 365 |
| Niveau 7 | 76,5% | 24,0% | 55,4% | 6,9% | 20,6% | 7,4% | 90,2% | 204 |
| Niveau 8 | 71,2% | 35,6% | 52,1% | 9,2% | 22,1% | 8,6% | 92,0% | 163 |
| Niveau 9 | 62,8% | 33,6% | 45,1% | 13,3% | 19,5% | 10,6% | 88,5% | 113 |
| Niveau 10 | 58,9% | 31,3% | 50,0% | 8,9% | 22,3% | 6,3% | 87,5% | 112 |
| Niveau 11 | 57,9% | 34,2% | 42,1% | 9,2% | 28,9% | 11,8% | 92,1% | 76 |
| Niveau 12 | 55,2% | 44,8% | 48,3% | 10,3% | 13,8% | 20,7% | 93,1% | 29 |
| Niveau 13 | 53,5% | 48,8% | 27,9% | 16,3% | 27,9% | 23,3% | 95,3% | 43 |
| Niveau 14 | 50,0% | 64,3% | 35,7% | 0,0% | 28,6% | 35,7% | 100,0% | ≤15 |
| Niveau 15 | 0,0% | 66,7% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% | 100,0% | ≤5 |
| **TOTAL** | **73,9%** | **8,1%** | **54,9%** | **1,5%** | **11,0%** | **2,3%** | **69,8%** | **10 108** |

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2022.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Dans le cadre du maintien à domicile, le pourcentage des 10 108 personnes qui se voit attribuer des activités d'appui à l'indépendance s'élève à 73,9% en 2022.

Uniquement 8,1% des bénéficiaires vivant à domicile ont droit à une garde de nuit. Cependant, pour pouvoir bénéficier 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, 69,8% 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).

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 20212 (en %)** [a b c d]

| Niveau de dépendance | AAI | AAE | AAE-M | Nombre de bénéficiaires |
|---|---|---|---|---|
| Niveau 1 | 93,9% | 98,2% | 1,8% | 329 |
| Niveau 2 | 99,1% | 97,9% | 2,1% | 326 |
| Niveau 3 | 98,6% | 94,1% | 5,9% | 443 |
| Niveau 4 | 99,0% | 91,8% | 8,2% | 515 |
| Niveau 5 | 97,4% | 86,7% | 13,3% | 548 |
| Niveau 6 | 96,3% | 77,0% | 23,0% | 565 |
| Niveau 7 | 93,0% | 69,7% | 30,3% | 402 |
| Niveau 8 | 92,2% | 70,3% | 29,7% | 333 |
| Niveau 9 | 88,4% | 59,4% | 40,6% | 303 |
| Niveau 10 | 84,1% | 62,8% | 37,2% | 239 |
| Niveau 11 | 75,3% | 57,2% | 42,8% | 194 |
| Niveau 12 | 68,5% | 44,4% | 55,6% | 124 |
| Niveau 13 | 56,9% | 54,3% | 45,7% | 188 |
| Niveau 14 | 49,6% | 43,3% | 56,7% | ≤130 |
| Niveau 15 | 40,0% | 0,0% | 100,0% | ≤5 |
| **TOTAL** | **90,7%** | **77,8%** | **22,2%** | **4 641** |

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2022.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Dans un ESC, 22,2% des 4 641 personnes dépendantes bénéficient du forfait majoré pour l'activité d'accompagnement. L'attribution de ce forfait augmente avec le niveau de dépendance. La majorité des résidents, à savoir les 77,8% restants ont droit au forfait normal de l'activité d'accompagnement.

Les activités d'appui à l'indépendance sont attribuées à 90,7% des bénéficiaires dans un ESC. Les bénéficiaires présentant un niveau de dépendance allant de 1 à 8 ont droit à des activités d'appui à l'indépendance dans plus d'environ 92% 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 2022 (en %) [a b c d]**

| Niveau de dépendance | AAI | AAE | AAE-M | Nombre de bénéficiaires |
|---|---|---|---|---|
| Niveau 1 | 70,1% | 94,0% | 6,0% | 67 |
| Niveau 2 | 87,9% | 90,1% | 9,9% | 91 |
| Niveau 3 | 85,2% | 90,1% | 9,9% | 81 |
| Niveau 4 | 96,9% | 83,1% | 16,9% | 65 |
| Niveau 5 | 96,2% | 77,4% | 22,6% | 53 |
| Niveau 6 | 94,3% | 83,0% | 17,0% | 53 |
| Niveau 7 | 92,0% | 62,0% | 38,0% | 50 |
| Niveau 8 | 87,3% | 67,3% | 32,7% | 55 |
| Niveau 9 | 89,3% | 64,3% | 35,7% | 56 |
| Niveau 10 | 90,0% | 67,5% | 32,5% | 40 |
| Niveau 11 | 96,7% | 60,0% | 40,0% | 30 |
| Niveau 12 | 96,2% | 76,9% | 23,1% | 26 |
| Niveau 13 | 91,3% | 56,5% | 43,5% | 23 |
| Niveau 14 | 66,7% | 55,6% | 44,4% | 9 |
| **TOTAL** | **88,8%** | **77,8%** | **22,2%** | **699** |

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2022.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Parmi les résidents d'un ESI, presque 9 bénéficiaires sur 10 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.

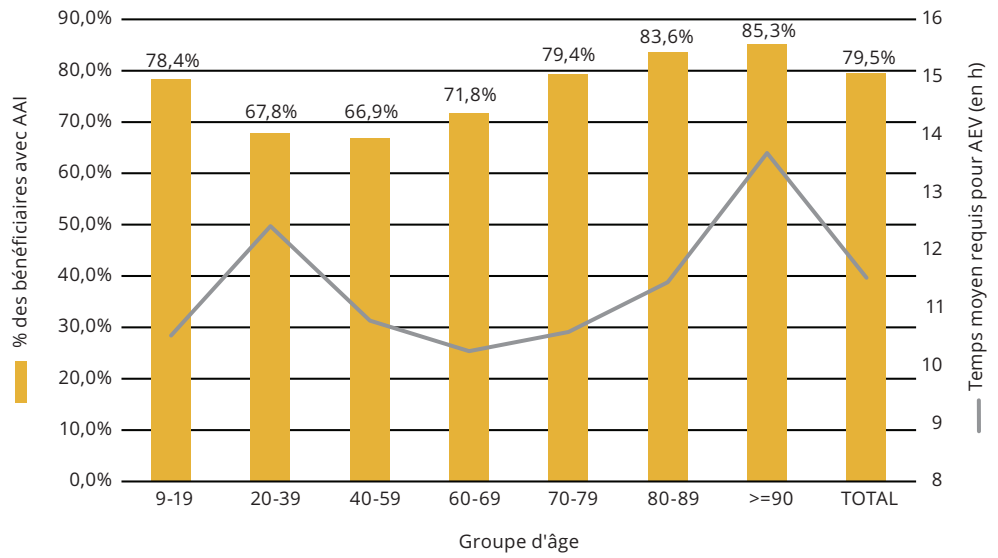
**Tableau 22: Répartition des bénéficiaires d'AAI par cause de dépendance principale et lieu de séjour en 2022 (en %) [a b c d]**

| Classification AEC | Domicile | ESI | ESC | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| **Groupe 1.** - Démences et troubles des fonctions cognitives | 86,9% | 100,0% | 85,4% | 86,0% |
| **Groupe 2.** - Troubles psychiatriques | 83,6% | 93,3% | 94,1% | 86,7% |
| **Groupe 3.** - Maladies du système cardio-vasculaire | 67,8% | 100,0% | 97,0% | 75,0% |
| **Groupe 4.** - Maladies du système nerveux | 71,5% | 91,2% | 91,5% | 77,2% |
| **Groupe 5.** - Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental | 73,3% | 86,3% | 81,1% | 77,2% |
| **Groupe 6.** - Maladies du système ostéo-articulaire | 70,3% | 70,0% | 97,9% | 77,4% |
| **Groupe 7.** - Troubles sensoriels | 64,3% | 25,0% | 98,0% | 75,1% |
| **Groupe 8.** - Tumeurs malignes | 68,3% | | 100,0% | 72,1% |
| **Groupe 9.** - Autres | 67,1% | 100,0% | 94,8% | 72,7% |
| **Pas de diagnostics renseignés** | 16,7% | | 66,7% | 26,7% |
| **TOTAL** | **73,9%** | **88,8%** | **90,7%** | **79,6%** |

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2022.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'octroi des AAI varie en fonction du niveau de dépendance, et par conséquent la répartition moyenne varie en fonction du lieu de séjour. L'octroi dépend également de la cause de dépendance. Ainsi 86,9% des bénéficiaires à domicile souffrant de démence ou de troubles des fonctions cognitives obtiennent des AAI, alors que ce pourcentage ne s'élève qu'à 64,3% pour les bénéficiaires ayant des troubles sensoriels.

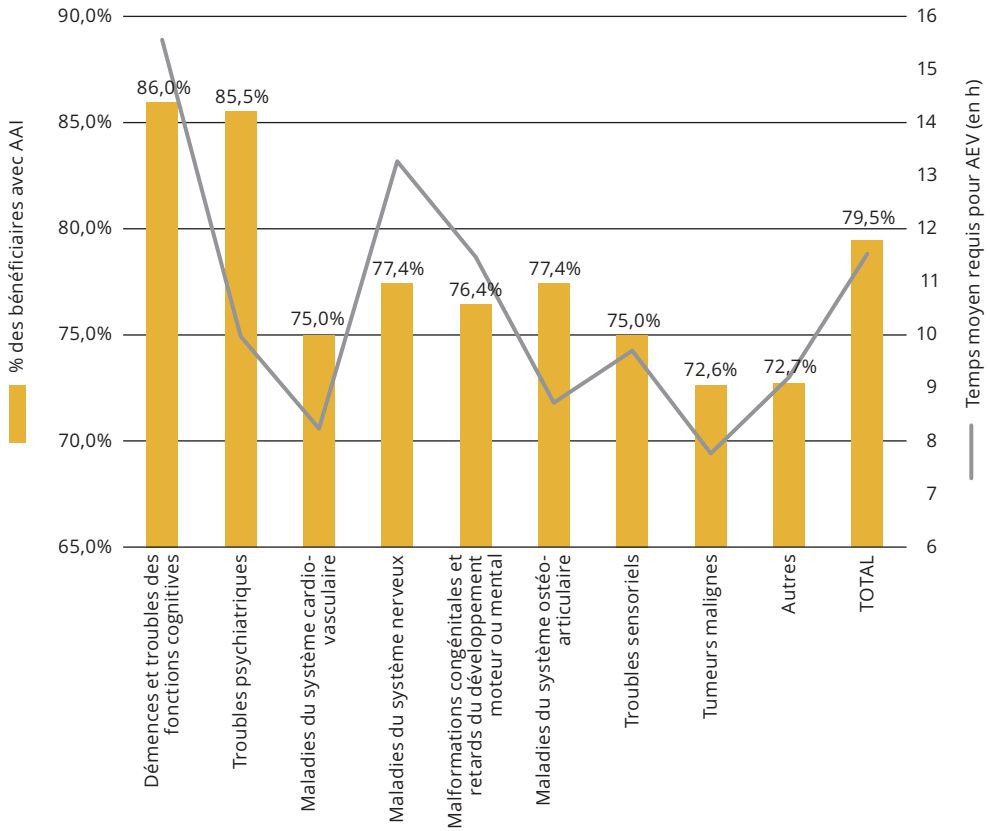
**Graphique 3: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour les AEV (en heures) par groupe d'âge en 2021 [a b c d]**




a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2022.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En comparant le temps moyen requis pour les AEV par groupe d'âge avec le pourcentage des personnes ayant droit à des AAI, un comportement similaire peut être constaté.

**Graphique 4: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour AEV (en heures) par cause de dépendance principale en 2022[a b c d]**




a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2022.
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, 85,5% des personnes atteintes de troubles psychiatriques ont droit à des AAI, contre seulement 75,0% des personnes atteintes de troubles sensoriels.

### 3.1.3. Formation liée aux aides techniques et formation à l'aidant

Deux formations peuvent être accordées aux personnes lors de l'établissement de la synthèse de prise en charge dans le cadre du maintien à domicile.

Premièrement, la formation liée aux aides techniques qui a pour but de conseiller et de rendre l'aidant ou la personne dépendante compétent(e) pour l'utilisation des aides techniques mises à disposition à la personne dépendante à domicile. Elle est accordée sous forme d'un forfait annuel correspondant à 2 heures.

Deuxièmement, la formation à l'aidant, dont le but est de conseiller et de rendre l'aidant compétent pour l'exécution des aides à fournir à la personne dépendante dans le cadre des actes essentiels de la vie en lui transmettant les techniques et le savoir nécessaire. Elle est accordée sous forme d'un forfait annuel correspondant à 6 heures.

**Tableau 23: Les bénéficiaires vivant à domicile ayant droit à une formation en fonction de l'origine du plan en 2022 [a b c d]**

| Formation | Nombre de bénéficiaires |
|---|---|
| Formation liée aux aides techniques | 47 |
| Formation à l'aidant | 386 |
| **TOTAL** | 413 |
| En % des bénéficiaires à domicile | 4,4% |

a. Situation au 31 décembre.
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
c. Données provisoires pour 2022.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Au 31 décembre 2022, 413 personnes dépendantes résidentes sont titulaires d'une synthèse de prise en charge à domicile comportant au moins une formation, ce qui représente 4,4% des bénéficiaires résidant exclusivement à domicile (les bénéficiaires alternant entre domicile et établissement d'aides et de soins à séjour intermittent ne sont pas compris).

### 3.1.4. Le remplacement des prestations en nature par des prestations en espèces

Conformément à l'art. 354 du CSS, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les activités d'assistance à l'entretien du ménage peuvent être remplacées par des prestations en espèces si la personne est à domicile [13].

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance en 2018, l'AEC évalue les capacités et disponibilités de l'aidant pour fournir au moins une fois par semaine les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie. L'AEC retient les aides et soins pour les actes essentiels de la vie ou les activités d'assistance à l'entretien du ménage qui sont intégralement ou partiellement fournis par l'aidant et elle établit dans la synthèse de prise en charge la répartition de l'exécution des prestations requises entre cet aidant et les prestataires.

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

13. 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.

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

- uniquement des prestations en nature ;
- uniquement des prestations en espèces [14] ;
- une combinaison de prestations en nature et de prestations en espèces.

**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 |
| 2020 | 2 498 | 28,2% | 1 110 | 12,5% | 5 256 | 59,3% | 8 864 | 100,0% |
| 2021 | 2 738 | 29,8% | 990 | 10,8% | 5 448 | 59,4% | 9 176 | 100,0% |
| 2022 [d] | 3 092 | 31,9% | 739 | 7,6% | 5 864 | 60,5% | 9 695 | 100,0% |

a. Situation au 31 décembre.
b. Bénéficiaires résidant 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 2022.

La part des personnes dépendantes ayant recours à des prestations en espèces continue à diminuer en 2022. Ce recul peut s'expliquer par le fait que depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance en 2018, l'AEC évalue les capacités et disponibilités de l'aidant. Le type de partage le plus retenu est celui des prestations combinées (60,5%), suivi des prestations en nature (31,9%) et des prestations en espèces (7,6%).

Parmi les 5 864 bénéficiaires de prestations combinées en 2022, 4 201 personnes font recours à des prestataires pour obtenir des AEV et/ou des AMD-M. Les 1 663 bénéficiaires restants obtiennent des AAI et des activités de garde de la part des prestataires, les AEV et AMD-M sont cependant entièrement fournis par leur aidant.

**Tableau 25: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par groupe d'âge en 2022 [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 | ≤5 | 0,1% | ≤45 | 5,8% | 895 | 15,3% | 942 | 9,7% |
| 20-39 | ≤25 | 0,7% | ≤95 | 12,7% | 339 | 5,8% | 456 | 4,7% |
| 40-59 | 257 | 8,3% | 166 | 22,5% | 461 | 7,9% | 884 | 9,1% |
| 60-69 | 408 | 13,2% | 144 | 19,5% | 565 | 9,6% | 1 117 | 11,5% |
| 70-79 | 686 | 22,2% | 145 | 19,6% | 1 159 | 19,8% | 1 990 | 20,5% |
| 80-89 | 1 253 | 40,5% | 117 | 15,8% | 1 762 | 30,0% | 3 132 | 32,3% |
| >=90 | 461 | 14,9% | 30 | 4,1% | 683 | 11,6% | 1 174 | 12,1% |
| **TOTAL** | **3 092** | **100,0%** | **739** | **100,0%** | **5 864** | **100,0%** | **9 695** | **100,0%** |

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires.
c. Bénéficiaires résidant 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.

14. 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 26: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par sexe en 2022 [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 | 1 027 | 33,2% | 372 | 50,3% | 2 590 | 44,2% | 3 989 | 41,1% |
| Femmes | 2 065 | 66,8% | 367 | 49,7% | 3 274 | 55,8% | 5 706 | 58,9% |
| **TOTAL** | **3 092** | **100,0%** | **739** | **100,0%** | **5 864** | **100,0%** | **9 695** | **100,0%** |

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires.
c. Bénéficiaires résidant 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 2022 [a b c d e]**

| Groupe d'âge | Hommes | Femmes | Total | En % du total |
|---|---|---|---|---|
| 0-39 | 131 | 635 | 766 | 11,6% |
| 40-59 | 646 | 2 279 | 2 925 | 44,0% |
| 60-69 | 444 | 1 081 | 1 525 | 22,9% |
| 70-79 | 316 | 551 | 867 | 13,0% |
| 80+ | 297 | 265 | 562 | 8,5% |
| **Total** | **1 834** | **4 811** | **6 645** | **100%** |

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2022.
c. Bénéficiaires résidant à domicile et en ESI sans dispositions particulières.
d. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
e. Chaque aidant est compté par couple aidant/bénéficiaire. Il s'agit de 6 424 aidants distincts.

Parmi les 6 603 bénéficiaires de prestations en espèces ou de prestations combinées qui résident uniquement à domicile, 98,3% c'est-à-dire 6 488 bénéficiaires [15], 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

15. Parmi les aidants évalués, 157 s'occupent de personnes dépendantes alternant entre ESI et domicile, respectivement de bénéficiaires du forfait « Soins palliatifs » et qui continuent de bénéficier du forfait pour PE auquel ils avaient droit avant le forfait « Soins palliatifs ».

sont majoritaires jusqu'à 79 ans, la situation s'inverse à partir de 80 ans où le nombre des aidants masculins dépasse légèrement celui des aidants féminins.

Pour ces 6 645 aidants, 26,1% bénéficient de la prise en charge des cotisations pour l'assurance pension par l'assurance dépendance. Parmi les aidants qui bénéficient de la prise en charge des cotisations pour l'assurance pension, 87,9% sont des femmes. Dans la majorité des cas, l'aidant ne s'occupe que d'une seule personne dépendante. Au 31 décembre 2022, 214 aidants s'occupent cependant de plusieurs personnes [16].

## 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 2021 par voie d'acquisition sera comptée sur plusieurs années tandis qu'une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2021 par voie de location ne peut pas se trouver chez une personne au 31.12.2021 (p.ex. en réparation chez SMA) mais le sera de nouveau au 31.12.2022.

Le tableau 28 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.

16. Au 31 décembre 2022, le maximum observé de personnes dépendantes dont un seul aidant s'occupe est 3.

**Tableau 28: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO [a b c]**

| Code ISO | Libellé_ISO | 2021 | | | 2022 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | En acquisition | En location | TOTAL | En acquisition | En location | TOTAL |
| 0912 | Aides pour l'hygiène | 24 591 | 360 | 24 951 | 26 504 | 473 | 26 977 |
| 0933 | Aides pour se laver, se baigner, se doucher | 7 478 | 4 331 | 11 809 | 7 398 | 4 780 | 12 178 |
| 1818 | Dispositifs de soutien | 10 921 | 215 | 11 136 | 11 507 | 294 | 11 801 |
| 1206 | Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs) | 14 | 10 330 | 10 344 | 16 | 10 720 | 10 736 |
| 1221 | Fauteuils roulants | 475 | 8 358 | 8 833 | 550 | 8 535 | 9 085 |
| 1830 | Dispositifs de changement de niveau | 6 528 | 719 | 7 247 | 6 954 | 707 | 7 661 |
| 0333 | Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels antiescarres) | 1 533 | 5 387 | 6 920 | 1 648 | 5 488 | 7 136 |
| 0906 | Aides de protection portées sur le corps | 3 789 | 0 | 3 789 | 3 823 | 0 | 3 823 |
| 1212 | Adaptations pour voitures automobiles | 3 455 | 0 | 3 455 | 3 652 | 0 | 3 652 |
| 1812 | Lits | 262 | 3 108 | 3 370 | 285 | 3 108 | 3 542 |

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2022.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les aides les plus sollicitées en 2022 sont les aides pour l'hygiène, suivies des aides pour se laver, se baigner et se doucher.

**Tableau 29: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale [a b c]**

| Code ISO | Libellé_ISO | 2021 | | | 2022 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | En acquisition | En location | TOTAL | En acquisition | En location | TOTAL |
| 0300 | Aides pour les traitements et l'entraînement | 1 883 | 5 497 | 7 380 | 2 013 | 5 601 | 7 614 |
| 0900 | Aides pour les soins personnels et la protection | 38 029 | 4 691 | 42 720 | 40 057 | 5 253 | 45 310 |
| 1200 | Aides pour la mobilité personnelle | 7 611 | 21 939 | 29 550 | 8 138 | 22 632 | 30 770 |
| 1500 | Aides pour les activités domestiques | 2 974 | 0 | 2 974 | 3 164 | 0 | 3 164 |
| 1800 | Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles | 19 282 | 4 789 | 24 071 | 20 395 | 5 076 | 25 471 |
| 2100 | Aides pour la communication, l'information et la signalisation | 5 678 | 459 | 6 137 | 5 980 | 508 | 6 488 |
| 2400 | Aides pour manipuler les produits et les biens | 2 963 | 23 | 2 986 | 3 097 | 35 | 3 132 |
| **TOTAL** | | **78 420** | **37 398** | **115 818** | **82 844** | **39 105** | **121 949** |
| *Variation en %* | | *5,3%* | *4,0%* | *4,9%* | *5,6%* | *4,6%* | *5,3%* |

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires pour 2022.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Au 31 décembre 2022, 121 949 aides techniques sont mises à disposition par l'assurance dépendance, 67,9 % sous forme d'acquisition et 32,1 % sous forme de location. Le nombre total d'aides techniques mises à disposition augmente de 5,3% par rapport à 2021.

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.

### 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 30 présente l'évolution du nombre de titulaires d'une ou plusieurs décisions positives depuis 2020 par la CNS.

**Tableau 30: Évolution du nombre de titulaires d'une décision positive pour une adaptation du logement [a] [b]**

| Année | Nombre | *Variation en %* |
|---|---|---|
| 2020 | 166 | *-1,2%* |
| 2021 | 150 | *-9,6%* |
| 2022 [c] | 180 | *20,0%* |

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

## 3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES

**Encadré méthodologique**

Les statistiques sur les prestations remboursées par la CNS sont basées sur la date de la prestation sans tenir compte de leur paiement par l'assurance dépendance. Cette méthode s'avère beaucoup plus adéquate pour mesurer l'évolution réelle des prestations dans le temps, qu'une analyse des données comptables. Les fichiers établis sur base de la date 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 2022 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 présentent une rupture de série.

Avant 2018, le montant des aides et soins opposables à la CNS par les prestataires de l'assurance dépendance était déterminé en multipliant la durée hebdomadaire des aides et soins apportés aux personnes dépendantes, et pondérée en tenant compte de la qualification requise du professionnel qui les preste, par les valeurs monétaires négociées chaque année par la CNS et la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins (COPAS).

Depuis 2018, un forfait [17] est payé pour les AEV (y compris les majorations pour fluctuations imprévisibles), les forfaits pour soins palliatifs, les activités d'assistance à l'entretien du 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.

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

La loi du 29 août 2017 prévoit la négociation biennale d'une valeur monétaire spécifique pour quatre types de prestataires : les réseaux d'aides et de soins, les centres semi-stationnaires, les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.

La présente section est consacrée à l'étude approfondie de l'ensemble des prestations de soins de l'assurance dépendance remboursées par la CNS.

### 3.3.1. Aperçu global sur les prestations facturées

Les tableaux et graphiques qui suivent analysent dans un premier temps 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 31: Évolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2013 (en millions EUR)[a] [b]**

| Année | Montant | *Variation en %* | Dont résidents | En % du total |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 614,4 | *2,9%* | 601,6 | 97,9% |
| 2019 | 667,2 | *8,6%* | 653,9 | 98,0% |
| 2020 | 712,6 | *6,8%* | 698,0 | 97,9% |
| 2021 | 773,5 | *8,5%* | 765,9 | 99,0% |
| 2022 | 836,5 | *8,1%* | 828,3 | 99,0% |

a. La loi du 23 décembre 2016 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2017 prévoit dans l'article 44 que l'État verse une subvention unique maximale de 30 millions EUR afin de compenser les découverts inévitables et imprévisibles au titre des exercices de prestation 2015 à 2017 des prestataires dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la Cellule d'évaluation et d'orientation (changement du nom en AEC suite à la réforme) dans le cadre du paquet d'avenir. Dans le cadre de la loi du 26 avril 2019 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2019, cette subvention a été augmenté d'un montant maximal de 8 millions EUR. La subvention se répartit comme suit : 9,5 millions EUR en 2015, 12,3 millions EUR en 2016 et 15,9 millions EUR en 2017.

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

En 2021, la hausse des dépenses de l'assurance dépendance se situe à 8,5%, contre 6,8% en 2020. Le nombre de bénéficiaires résidant en ESC a fin 2021 de nouveau atteint le niveau de 2019. En 2020, le nombre de bénéficiaires en ESC a diminué de 3,5% en raison de la pandémie COVID-19. De plus, les 4 valeurs monétaires pour les ESC, ESI, RAS et CSS ont évolué 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 supplémentaires dans le cadre de la pandémie COVID-19.

En 2022, la hausse des dépenses de l'assurance dépendance se situe à 8,1%. L'échelle mobile des salaires, dont dépendent les valeurs monétaires, a augmenté de 1,9% en 2022 et le nombre de bénéficiaires a augmenté de 4,0%.

En 2022, 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 (847 au 31 décembre 2022). 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 32: Évolution des dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance par groupe d'âge et lieu de séjour du bénéficiaire [a b c d] (en millions EUR)**

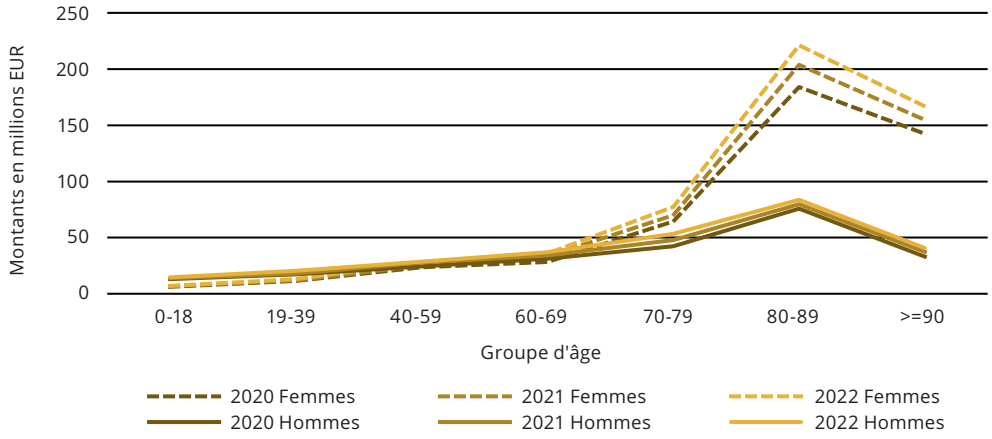
| Groupe d'âge | 2020 | | | 2021 | | | 2022 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Domicile | ESI | ESC | Domicile | ESI | ESC | Domicile | ESI | ESC |
| 0-20 | 17,4 | 1,9 | 0,0 | 18,6 | 2,1 | 0,0 | 20,0 | 2,0 | 0,0 |
| 20-39 | 15,1 | 13,2 | 0,5 | 15,3 | 14,6 | 0,5 | 16,9 | 15,9 | 0,7 |
| 40-59 | 22,0 | 20,0 | 5,9 | 25,3 | 21,3 | 6,7 | 28,2 | 22,2 | 6,5 |
| 60-69 | 30,0 | 11,6 | 18,1 | 33,3 | 13,2 | 21,2 | 37,5 | 13,4 | 22,2 |
| 70-79 | 56,5 | 3,1 | 47,1 | 60,9 | 3,8 | 53,3 | 70,4 | 4,1 | 56,1 |
| 80-89 | 103,2 | 1,0 | 155,6 | 111,4 | 1,1 | 171,2 | 123,5 | 1,4 | 179,9 |
| >=90 | 45,5 | 0,0 | 130,1 | 52,0 | 0,2 | 139,9 | 56,6 | 0,1 | 150,9 |
| **TOTAL** | **289,7** | **50,9** | **357,4** | **316,8** | **56,3** | **392,7** | **353,1** | **59,2** | **416,4** |
| *Variation en %* | *6,7%* | *6,5%* | *5,2%* | *9,4%* | *10,7%* | *9,9%* | *11,5%* | *5,1%* | *6,0%* |

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

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, en 2022, les dépenses pour prestations à domicile augmentent de 11,5% et les dépenses pour prestations en milieu stationnaire augmentent également, à savoir celles prestées dans un ESI de 5,1% et celles prestées en ESC de 6,0%.

En ventilant les dépenses selon l'âge du bénéficiaire, les dépenses les plus élevées sont liées aux personnes âgées de plus de 70 ans. En 2022, elles représentent 77,6% de l'ensemble des dépenses, 92,9% des dépenses pour les bénéficiaires vivant dans un ESC et 71,0% des dépenses relatives au maintien à domicile. En revanche, les dépenses pour les personnes âgées de plus de 70 ans et séjournant dans un ESI par contre ne représentent que 9,6% des dépenses totales liées aux ESI, ce qui s'explique notamment par le fait que sa population est en moyenne beaucoup plus jeune.

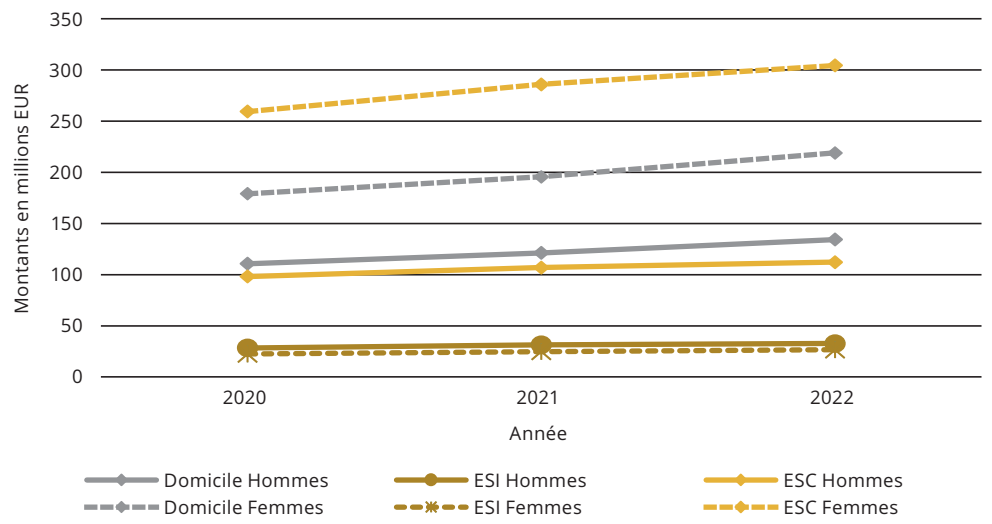
**Graphique 5: Évolution des dépenses pour prestations par groupe d'âge et sexe du bénéficiaire [a b]**




a. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
b. Ne tient pas compte des restitutions des différents prestataires dans le cadre du contrôle des normes de la CNS, car elles ne sont pas attribuées à un bénéficiaire spécifique.

Les dépenses des prestations pour les femmes dépendantes sont en moyenne 2,0 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 des dépenses pour prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire [a b]**




a. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
b. Ne tient pas compte des restitutions des différents prestataires dans le cadre du contrôle des normes de la CNS, car elles ne sont pas attribuées à un bénéficiaire spécifique.

L'analyse des dépenses par lieu de séjour et par sexe pour l'année 2022 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 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 33: Évolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions EUR) [a b c]**

| | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| Etablissement d'aides et de soins à séjour continu | 357,5 | 392,9 | 416,2 |
| Etablissement d'aides et de soins à séjour intermittent | 50,9 | 56,4 | 59,3 |
| Réseau d'aides et de soins | 175,8 | 195,6 | 220,1 |
| Centre semi-stationnaire | 21,5 | 22,8 | 28,2 |
| Fournisseur d'aides techniques y compris SMA | 12,7 | 13,9 | 13,9 |
| Fournisseur dans le cadre des adaptations du logement | 2,8 | 2,5 | 3,1 |
| International [d] | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Pas de prestataire [e] | 91,5 | 89,3 | 95,7 |
| **TOTAL** | **712,6** | **773,5** | **836,5** |
| *Variation en %* | *6,8%* | *8,5%* | *8,1%* |

a. Statistiques établies selon la date prestation.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Tient compte des restitutions faite par les prestataires, notamment dans le cadre des contrôles sur le respect des normes de dotation et de qualification du personnel par la CNS.
d. Caisses de maladie étrangères.
e. 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 34: 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 | 2020 | 2021 | 2022 | *Variation en %* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | *2020/2021* | *2021/2022* |
| **MAINTIEN A DOMICILE** | **289,7** | **316,8** | **353,1** | ***9,4%*** | ***11,5%*** |
| Prestation en nature | 210,1 | 234,7 | 269,1 | *11,7%* | *14,7%* |
| Prestations en espèces | 59,6 | 60,9 | 61,7 | *2,3%* | *1,2%* |
| Produits nécessaires aux aides et soins | 4,6 | 4,8 | 5,3 | *2,9%* | *11,3%* |
| Aides techniques | 12,6 | 13,9 | 13,9 | *10,2%* | *-0,2%* |
| Adaptations de logement | 2,8 | 2,5 | 3,1 | *-10,5%* | *23,4%* |
| **ETABLISSEMENT** | **408,3** | **449,0** | **475,2** | ***10,0%*** | ***5,8%*** |
| Prestation en nature - ESC | 408,3 | 449,0 | 475,2 | *10,0%* | *5,8%* |
| Prestation en nature - ESI | 50,9 | 56,3 | 59,2 | *10,7%* | *5,1%* |
| **TOTAL** | **698,0** | **765,9** | **828,3** | ***9,7%*** | ***8,2%*** |

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le tableau 34 met en évidence une croissance des dépenses pour prestations en nature en 2022 de 8,2% par rapport à 2021. Pour le maintien à domicile, elle s'élève à 11,5%, contre 5,8% 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 35: Évolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature [a] [b] [c] (en millions EUR)**

| Type de prestation | 2020 | 2021 | 2022 | *Variation en %* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | *2020/2021* | *2021/2022* |
| AEV | 380,1 | 419,0 | 452,6 | *10,2%* | *8,0%* |
| AMD-M | 20,9 | 22,9 | 25,7 | *9,6%* | *11,9%* |
| AAI | 92,7 | 106,3 | 119,6 | *14,7* | *12,5* |
| AAE | 83,3 | 91,7 | 97,1 | *10,1%* | *5,9%* |
| AMD-G | 41,0 | 43,2 | 49,0 | *5,5%* | *13,4%* |
| AMD-GN | 0,3 | 0,5 | 0,7 | *59,2%* | *38,0%* |
| AMD-Formation [d] | 0,0 | 0,0 | 0,0 | *13,2%* | *35,1%* |
| **TOTAL** | **618,4** | **683,7** | **744,7** | ***10,6%*** | ***8,9%*** |

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Ne tient pas compte des restitutions des différents prestataires dans le cadre des contrôles CNS, car elles ne sont pas attribuées à un bénéficiaire spécifique.
c. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
d. < 50 000 EUR.

En 2022, les dépenses pour les actes essentiels de la vie s'élèvent à 452,6 millions EUR, soit 60,8% de l'ensemble des dépenses pour les prestations en nature. Elles sont suivies par les activités d'appui à l'indépendance, qui représentent 119,6 millions EUR, soit 16,1% 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 36: Répartition des dépenses pour certains types de prestations en nature par groupe d'âge du bénéficiaire en 2022 [a b c] (en millions EUR)**

| Groupe d'âge | AEV | AMD-M | AAI | AAE | AMD-G | AMD-GN | Formation [d] | En % du total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0-19 | 0,5% | 1,7% | 2,4% | 0,4% | 6,4% | 9,2% | 8,1% | 1,3% |
| 20-39 | 2,9% | 1,3% | 5,0% | 3,9% | 5,0% | 2,6% | 3,8% | 3,5% |
| 40-59 | 6,2% | 7,8% | 6,7% | 6,1% | 6,2% | 8,6% | 12,0% | 6,3% |
| 60-69 | 8,2% | 12,2% | 8,8% | 7,9% | 9,9% | 16,0% | 16,9% | 8,5% |
| 70-79 | 15,6% | 21,1% | 14,2% | 12,8% | 20,0% | 22,0% | 23,7% | 15,5% |
| 80-89 | 38,7% | 39,5% | 37,3% | 38,4% | 35,2% | 27,1% | 19,2% | 38,2% |
| >= 90 | 27,8% | 16,5% | 25,5% | 30,4% | 17,3% | 14,5% | 16,2% | 26,7% |
| **TOTAL** | **452,6** | **25,7** | **119,6** | **97,1** | **49,0** | **0,7** | **0,0** | **744,7** |

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
c. Ne tient pas compte des restitutions des différents prestataires dans le cadre des contrôles CNS, car elles ne sont pas attribuées à un bénéficiaire spécifique.
d. < 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 2022, les dépenses pour ces groupes d'âge représentent 82,1% du total des dépenses pour les actes essentiels de la vie, 77,1% pour les activités d'assistance à l'entretien du ménage, 77,1% pour les activités d'appui à l'indépendance, 81,7% pour les activités d'accompagnement en établissement et 72,5% pour les gardes réalisées dans le cadre des activités de maintien à domicile.

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

Conformément à l'article 354 du CSS, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les activités d'assistance à l'entretien du ménage prises en charge par l'assurance dépendance peuvent être remplacées par des prestations en espèces, tel que décrit précédemment sous le point 3.1.4.

Les prestations en espèces sont destinées à permettre à la personne dépendante de se procurer les aides et soins nécessaires auprès d'une personne de son choix, indépendante d'un réseau d'aides et de soins.

**Tableau 37: Évolution des dépenses pour prestations à domicile par type de partage [a b c d] (en millions EUR)**

| Type de partage | 2020 | 2021 | 2022 | *Variation en %* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | *2020/2021* | *2021/2022* |
| Prestations en nature uniquement | 98,7 | 113,4 | 137,7 | *14,9%* | *21,4%* |
| Prestations en espèces uniquement | 35,3 | 36,9 | 36,8 | *4,4%* | *-0,2%* |
| Prestations combinées dont | 135,6 | 145,3 | 156,3 | *7,2%* | *7,5%* |
| Prestations en nature | 111,4 | 121,3 | 131,4 | *8,9%* | *8,3%* |
| Prestations en espèces | 24,2 | 24,1 | 24,9 | *-0,7%* | *3,4%* |
| **TOTAL dont** | **269,6** | **295,6** | **330,8** | ***9,6%*** | ***11,9%*** |
| Prestations en nature | 210,1 | 234,7 | 269,1 | *11,7%* | *14,7%* |
| Prestations en espèces | 59,6 | 60,9 | 61,7 | *2,3%* | *1,2%* |

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

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

#### 3.3.3.3. Les dépenses pour les autres prestations de l'assurance dépendance

Les autres prestations de l'assurance dépendance couvrent les dépenses pour les prestations forfaitaires en raison de certaines maladies et les dépenses pour les aides techniques et les adaptations de logement.

**Tableau 38: Évolution des dépenses pour les prestations forfaitaires de l'assurance dépendance [a b] (en milliers EUR)**

| Type | 2020 | 2021 | 2022 | *Variation en %* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | *2020/2021* | *2021/2022* |
| Forfait surdité ou capacité auditive réduite | 1 190,5 | 1 050,8 | 982,9 | *-11,7%* | *-6,5%* |
| Forfait cécité ou acuité visuelle réduite | 1 930,7 | 1 908,0 | 1 942,7 | *-1,2%* | *1,8%* |
| Forfait spina Bifida symptomatique | 284,4 | 269,9 | 275,1 | *-5,1%* | *1,9%* |
| Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave | 34,0 | 94,1 | 129,4 | *177,0%* | *37,4%* |
| Forfait laryngectomie | 65,6 | 144,8 | 153,0 | *120,9%* | *5,7%* |
| **TOTAL** | **3 505,1** | **3 467,6** | **3 483,0** | ***-1,1%*** | ***0,4%*** |

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2022, les dépenses augmentent légèrement de 0,4% par rapport à 2021.

**Tableau 39: Évolution des dépenses pour les aides techniques [a] [b] (en millions EUR)**

| Mise à disposition | 2020 | 2021 | 2022 | *Variation en %* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | *2020/2021* | *2021/2022* |
| Location | 7,2 | 8,2 | 8,1 | *14,8%* | *-1,4%* |
| Acquisition | 5,4 | 5,6 | 5,7 | *4,0%* | *1,5%* |
| **TOTAL** | **12,6** | **13,9** | **13,9** | ***10,2%*** | ***-0,2%*** |

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
b. Source(s) : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

L'assurance dépendance prend en charge le tarif de location des aides techniques ou, à défaut, leur acquisition. Les modifications suite à la réforme de l'assurance dépendance consistaient essentiellement en une mise à jour de la liste des aides techniques arrêtées par règlement grand-ducal ainsi qu'une revue, pour certaines, des modalités de prise en charge. Ainsi, un plus grand nombre d'aides techniques est disponible sous le mode de la location au détriment du nombre d'aides techniques disponible par acquisition. Après une augmentation de 10,2% en 2021, les dépenses pour les aides techniques (location et acquisition) affichent une stagnation en 2022.

Les dépenses relatives aux adaptations de logement se chiffrent en 2022 à 3,1 millions EUR, ce qui représente une augmentation de 23,4% par rapport à 2021, dont le montant se situe à 2,5 millions EUR [18].

18. L'indice moyen annuel des prix de la construction a connu une forte hausse de 15% passant de 902,74 en 2021 à 1037,72 en 2022.

# 4. LA SITUATION FINANCIÈRE

L'article 375 du CSS prévoit que pour faire face aux charges qui lui incombent, l'assurance dépendance applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses courantes.

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

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

**Encadré méthodologique**

L'analyse ci-après est basée sur les décomptes annuels de l'assurance dépendance. Pour des besoins d'illustration toutefois, elle affiche 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 2022 de l'assurance dépendance se caractérise par une hausse de 8,5% des recettes courantes et une hausse de 7,2% des dépenses courantes. Le solde des opérations courantes affiche un excédent de 31,1 millions EUR.

**Tableau 40: Évolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance [a] [b]**
**(en millions EUR)**

| EXERCICE | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| **RECETTES COURANTES** | | | | | |
| Contribution dépendance | 428,7 | 457,9 | 477,6 | 510,9 | 558,6 |
| Contribution forfaitaire Etat | 263,8 | 272,5 | 301,1 | 334,8 | 357,8 |
| Contribution Etat : mécanisme de compensation | 8,2 | 7,7 | | | |
| Redevance AD du secteur de l'énergie | 1,9 | 1,9 | 1,9 | 1,7 | 1,9 |
| Autres recettes | 1,1 | 0,7 | 0,9 | 0,2 | 1,3 |
| **TOTAL DES RECETTES COURANTES** | **703,8** | **740,8** | **781,5** | **847,7** | **919,6** |
| *Variation annuelle en %* | *5,6%* | *5,3%* | *5,5%* | *8,5%* | *8,5%* |

**Tableau 40: Évolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance [a] [b] (en millions EUR) (Suite)**

| EXERCICE | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| **DEPENSES COURANTES** | | | | | |
| Frais d'administration | 15,8 | 17,1 | 18,5 | 18,9 | 19,8 |
| Prestations en espèces | 4,9 | 4,8 | 4,7 | 4,5 | 4,5 |
| Prestations en nature | 635,8 | 658,4 | 713,9 | 796,4 | 852,8 |
| dont : | | | | | |
| Prestations à domicile | 289,0 | 224,8 | 291,3 | 321,7 | 360,2 |
| Prestations en milieu stationnaire | 334,0 | 419,3 | 407,0 | 459,4 | 475,2 |
| Prestations à l'étranger | 12,7 | 14,3 | 15,5 | 15,3 | 17,4 |
| Actions expérimentales | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Transferts de cotisations | 7,4 | 5,8 | 7,8 | 8,4 | 9,5 |
| Autres dépenses | 0,3 | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 1,8 |
| **TOTAL DES DEPENSES COURANTES** | **664,1** | **686,6** | **745,9** | **828,8** | **888,5** |
| *Variation annuelle en %* | *5,3%* | *3,4%* | *8,6%* | *11,1%* | *7,2%* |
| **SOLDE OPERATIONS COURANTES** | **39,6** | **54,2** | **35,5** | **18,9** | **31,1** |
| Dotation / prélèvement fonds de roulement | 3,6 | 2,3 | 6,7 | 8,3 | 6,0 |
| Excédent / découvert de l'exercice | 36,0 | 51,9 | 28,8 | 10,6 | 25,1 |
| **RÉSERVE** | **261,0** | **315,2** | **350,8** | **369,7** | **400,8** |
| *Variation annuelle en %* | *17,9%* | *20,8%* | *11,3%* | *5,4%* | *8,4%* |

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.

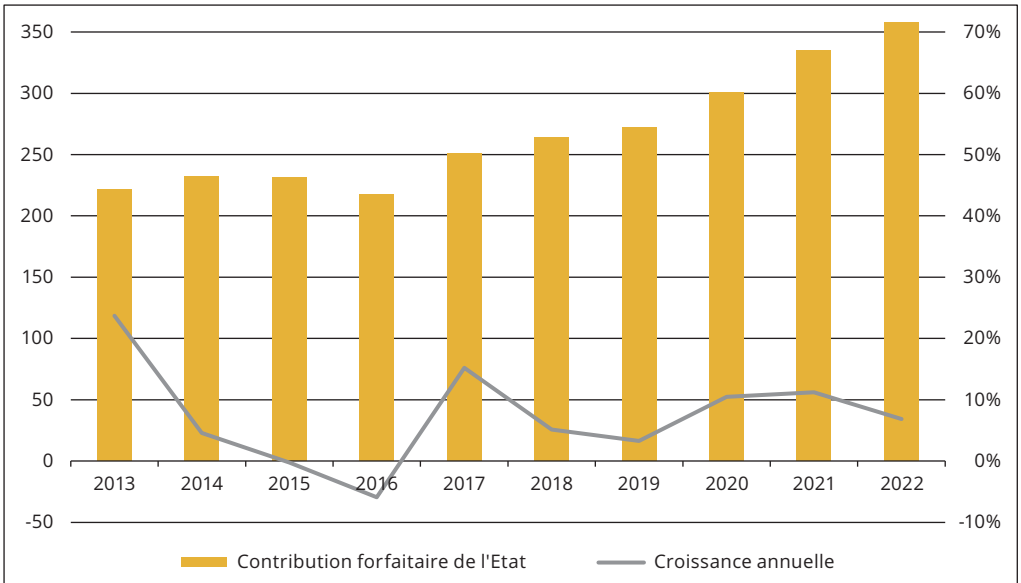
**Tableau 41: Évolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance [a] [b]**

| Exercice | Assurés actifs et autres | Assurés pensionnés | Contribution sur le patrimoine | Montant total de la contribution dépendance | Taux de contribution |
|---|---|---|---|---|---|
| 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% |
| 2022 | 444,6 | 75,4 | 38,5 | 558,6 | 1,40% |

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

La contribution dépendance a rapporté 558,6 millions EUR en 2022 dont 79,6% sont issus des assurés actifs et autres, 13,5% des assurés pensionnées et 6,9% 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 du secteur de l'énergie s'élève pour 2022 à 1,9 million EUR.

## 4.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les dépenses courantes affichent une croissance de 7,2% en 2022.

La gestion de l'assurance dépendance incombe à la CNS. Les frais d'administration propres à la CNS sont répartis entre l'assurance maladie et l'assurance dépendance au prorata de leurs prestations respectives au cours du pénultième exercice. Les frais d'administration relative à l'assurance dépendance s'élèvent à 19,8 millions EUR et représentent 2,2% des dépenses courantes en 2022.

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 2022 (0,5% des dépenses courantes).

Les prestations en nature [19] représentent 96,0% des dépenses courantes. Le montant des prestations en nature atteint 852,8 millions EUR en 2022. Avec 55,7% des prestations en nature, soit 475,2 millions EUR, les dépenses en milieu stationnaire occupent la première place devant les prestations à domicile avec 360,2 millions EUR.

19. 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.

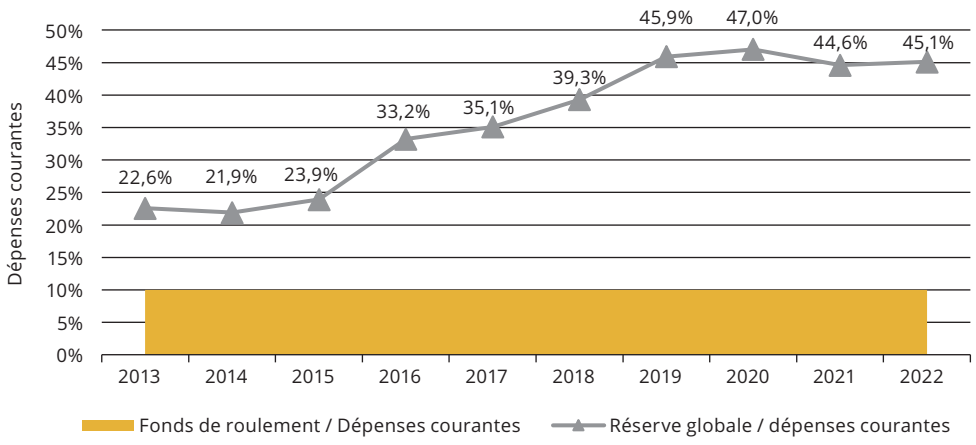
## 4.4. LA RÉSERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

L'article 375 du CSS prévoit que la réserve de l'assurance dépendance ne doit pas être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses courantes (y compris opérations sur réserve).

En 2021, le solde des opérations courantes de l'assurance dépendance s'élève à 18,9 millions EUR et la réserve globale de l'assurance dépendance évolue de 5,4%. En 2022, le solde des opérations courantes s'élève à 31,1 millions EUR de sorte à ce que la réserve globale de l'assurance dépendance évolue de 8,4%.

En 2021, le rapport entre la réserve globale et les dépenses courantes diminue pour la première fois depuis 2014 et passe ainsi de 47,0% en 2020 à 44,6% en 2021. Ce rapport augmente de nouveau en 2022 à 45,1%.

**Graphique 8: Évolution de la réserve globale au 31 décembre 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 2022 la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) a payé 208 212 pensions en moyenne, ce qui correspond de 3,6% par rapport à 2021. Le nombre moyen d'assurés cotisants s'élève à 488 361 (+3,1%), ce qui correspond à 4,62 pensions pour 100 cotisants *(coefficient de charge)*.

## OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION

L'assurance pension protège les assurés contre les trois risques suivants : vieillesse, invalidité et survie. Elle est obligatoire pour chaque personne exerçant au Grand-Duché une activité professionnelle ou justifiant des périodes assimilées.

Les pensions sont versées mensuellement et les pensions personnelles destinées à l'assuré se distinguent des pensions de survie versées, le cas échéant, à certains membres de famille de l'assuré décédé.

## RÉGIMES D'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG

Le régime général d'assurance pension couvre le secteur privé et concerne près de 90% de la population exerçant une activité professionnelle au Luxembourg.

A côté du régime général, il existe les régimes spéciaux (statutaires) pour les assurés du secteur public (fonctionnaires et employés de l'État, fonctionnaires et employés communaux, agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois). Depuis 1999, les régimes spéciaux et le régime général sont quasiment identiques, notamment en ce qui concerne les conditions d'attribution et le calcul des pensions. Un régime spécial transitoire est applicable aux agents publics en service avant 1999.

Enfin, des régimes de pensions spécifiques à certains organismes internationaux gèrent les pensions des fonctionnaires qui y ont travaillé.

Le présent chapitre se limite aux données du régime général d'assurance pension.

# LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE PENSION

## Pensions personnelles

Le droit à une pension de vieillesse dépend de l'âge et de la durée du stage (périodes en assurance pension) accompli par l'assuré.

Il existe les périodes d'assurance obligatoire, c.-à-d. les périodes cotisées (activité professionnelle rémunérée, revenu de remplacement, baby-years, etc.) et les périodes complémentaires, c.-à-d. les périodes non cotisées mais prises en compte pour le stage (éducation enfants, études, etc.).

Sur base volontaire, l'assurance continuée et l'assurance facultative permettent à l'assuré d'éviter des trous de carrière en cas d'arrêt ou de réduction de l'activité professionnelle. Sous certaines conditions, il est aussi possible d'effectuer un achat rétroactif de périodes effectives.

Les périodes d'assurance obligatoire et les périodes volontaires, c.-à-d. l'ensemble des périodes cotisées, constituent les périodes effectives.

A 65 ans, âge de retraite légal, un assuré a droit à une pension de vieillesse à condition d'avoir accompli un stage d'au moins 120 mois (10 ans) de périodes effectives dans l'assurance pension.

Une pension de vieillesse anticipée peut être accordée dès l'âge de 60 ans si l'assuré peut se prévaloir d'un stage cumulé de 480 mois (40 ans) dont au moins 120 mois (10 ans) de périodes effectives.

Une pension de vieillesse anticipée peut être accordée dès l'âge de 57 ans si l'assuré peut se prévaloir d'un stage de 480 mois (40 ans) de périodes obligatoires.

A droit à une pension d'invalidité, l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure, a perdu sa capacité de travail.

## Pensions de survie

Sous certaines conditions, le conjoint ou partenaire survivant d'un assuré a droit à une pension pour conjoint survivant jusqu'au moment d'un éventuel nouveau mariage ou de son propre décès. Un survivant divorcé peut, le cas échéant, aussi bénéficier d'une pension de survie.

Les enfants légitimes d'un défunt assuré reçoivent une pension d'orphelin jusqu'à l'accomplissement de leur 18ème anniversaire, délai pouvant être reporté jusqu'à l'âge de 27 ans en cas d'études ou de formation.

Une personne ne peut être bénéficiaire que d'une seule pension personnelle, mais cette dernière peut être cumulée à une ou plusieurs pensions de survie.

## Autres prestations prises en charge par la caisse de pension

Outre les pensions proprement dites, la CNAP prend en charge des allocations trimestrielles [1] rembourse quelques indemnités de préretraite et participe, à parts égales avec le Fonds pour l'emploi, au financement de l'indemnité d'attente professionnelle [2]. En

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.

cas de carrières mixtes (régime général et régimes statutaires), elle peut être amenée à participer partiellement dans des pensions dites mixtes.

En particulier, pour certains bénéficiaires de l'indemnité de préretraite qui auraient droit à une pension de vieillesse anticipée du régime général, celle-ci est versée par le Fonds pour l'emploi et la CNAP rembourse à ce dernier le montant de la pension auquel le bénéficiaire aurait droit.

L'indemnité professionnelle d'attente, instaurée en 2016, est une prestation accordée à des salariés en processus de reclassement, qui, au terme de la durée légale de chômage (prolongée), n'ont pas pu être reclassés. Elle est gérée par l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) et financée à parts égales par le Fonds pour l'emploi et le régime général d'assurance pension. Elle remplace l'ancienne indemnité d'attente, qui, si les conditions d'attribution restent remplies, continue à être versée aux anciens bénéficiaires. L'indemnité d'attente est financée par le régime général d'assurance pension.

## ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION

Pour le régime général d'assurance pension, un seul organisme de gestion, la CNAP, couvre tous les assurés [3], indépendamment de leur statut socio-professionnel. La CNAP calcule et paie les prestations.

La perception des cotisations est effectuée par le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

Le Fonds de compensation (FDC) a pour mission de gérer le patrimoine de l'assurance pension, c.-à-d. la réserve de compensation composée par la réserve légale et les éventuels surplus réalisés par le régime général.

## FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION

Le régime général d'assurance pension luxembourgeois est un système dit de répartition des charges par période de couverture de 10 ans, avec constitution obligatoire d'une réserve à hauteur de 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

Les charges du régime sont couvertes par des cotisations et des revenus du patrimoine. Pour la période de couverture allant de 2013 à 2022, le taux de cotisation global est fixé à 24,0%, partagé à parts égales (8% chacun) entre les assurés, les employeurs et l'État. L'assiette de cotisation est composée des revenus professionnels des assurés. Elle est comprise entre le salaire social minimum (SSM) et la limite supérieure fixée à 5 fois le SSM.

Compte tenu des éléments issus du bilan technique du régime général d'assurance pension de publié par l'IGSS en avril 2022 [4], le Conseil de gouvernement a décidé de maintenir le taux de cotisation global à 24% pour la période de couverture allant de 2023 à 2032.

3. Exception : les agents sous statut 'privé' de la Banque Centrale du Luxembourg.
4. https://igss.gouvernement.lu/fr/publications/bilans_pension/2022.html

# 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 2022, le régime général d'assurance pension compte 211 672 pensions en cours de paiement, soit une augmentation de 3,6% par rapport au mois de décembre de l'année précédente (204 300). Les pensionnaires masculins représentent 51,4% des bénéficiaires.

Outre ces pensions, la CNAP a versé 1 834 indemnités d'attente et remboursé 761 indemnités de préretraite au Fonds pour l'emploi.

**Tableau 1: Évolution des prestations en cours de paiement [a]**

| Nombre | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensions | 183 838 | 190 495 | 197 414 | 204 300 | 211 672 |
| *Variation en %* | *3,2%* | *3,6%* | *3,6%* | *3,5%* | *3,6%* |
| Indemnités préretraites | 500 | 487 | 492 | 581 | 761 |
| *Variation en %* | *2,0%* | *-2,6%* | *1,0%* | *18,1%* | *31,0%* |
| Indemnité d'attente | 3 468 | 3 009 | 2 663 | 2 207 | 1 834 |
| Variation en % | -14,3% | -13,2% | -11,5% | -17,1% | -16,9% |
| **TOTAL** | **187 806** | **193 991** | **197 414** | **207 088** | **214 267** |
| *Variation en %* | *2,8%* | *3,3%* | *1,8%* | *4,9%* | *3,5%* |

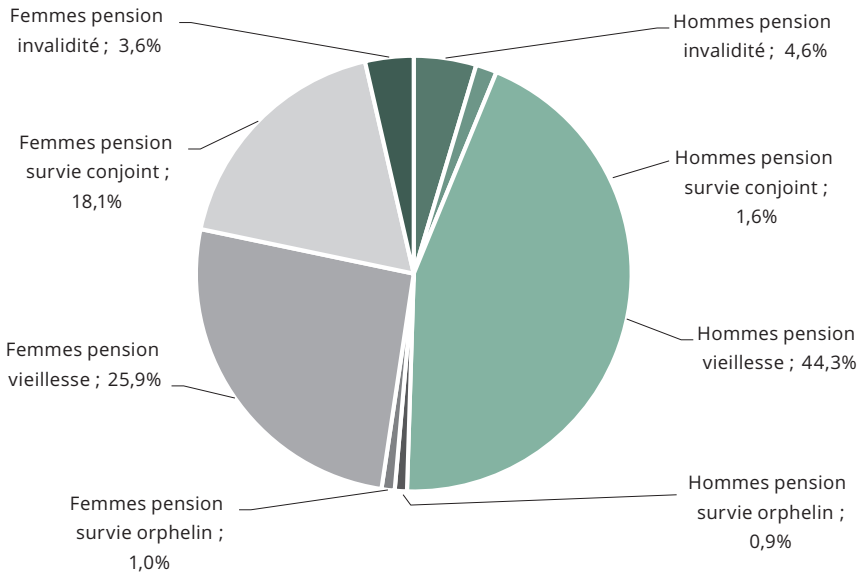
a. Prestations liquidées pour décembre de chaque année.

## 1.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS

Les pensions personnelles, regroupant 148 608 pensions de vieillesse et pensions de vieillesse anticipées et 17 434 pensions d'invalidité, représentent 78,4% de l'ensemble des pensions versées en décembre 2022. Parmi les pensions de vieillesse figurent 24 993 pensions initialement attribuées comme pensions d'invalidité et reconduites à l'âge de 65 ans.

62,4% des bénéficiaires de pensions personnelles sont des hommes, tandis que 92,1% des 41 660 bénéficiaires d'une pension de survie-conjoint sont des femmes. Pour les 3 970 pensions de survie-orphelins, la répartition des deux sexes est quasiment équilibrée.

**Graphique 1: Répartition des pensions par type de pension et sexe du bénéficiaire en 2022 [a]**




a. Pensions payées pour décembre 2020, y inclus avances et allocations trimestrielles.

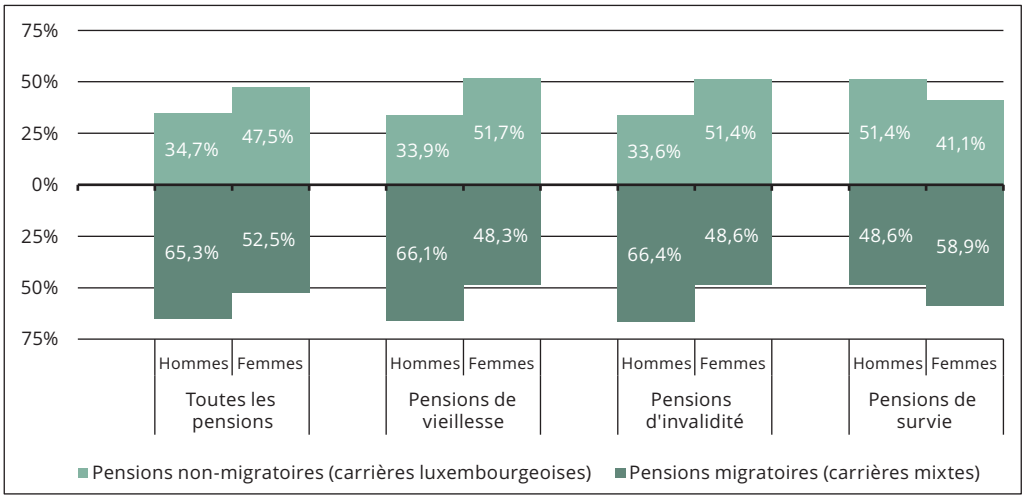
## 1.3. LES PENSIONS MIGRATOIRES ET LES PENSIONS TRANSFÉRÉES

Le caractère international du Luxembourg, avec une part de 47,4% [5] de résidents de nationalité étrangère et 214 000 frontaliers [6] présents sur le marché de travail luxembourgeois, se manifeste aussi au niveau du régime général d'assurance pension.

En 2022, une part de 40,9% des pensions du régime général d'assurance pension est basée sur des carrières d'assurance exclusivement luxembourgeoises. Les autres bénéficiaires affichent des carrières mixtes et ont accumulé des périodes d'assurance auprès de régimes de pension étrangers. Ils sont potentiellement éligibles pour des pensions (partielles) dans ces pays et les pensions dont ils bénéficient s'appellent pensions migratoires.

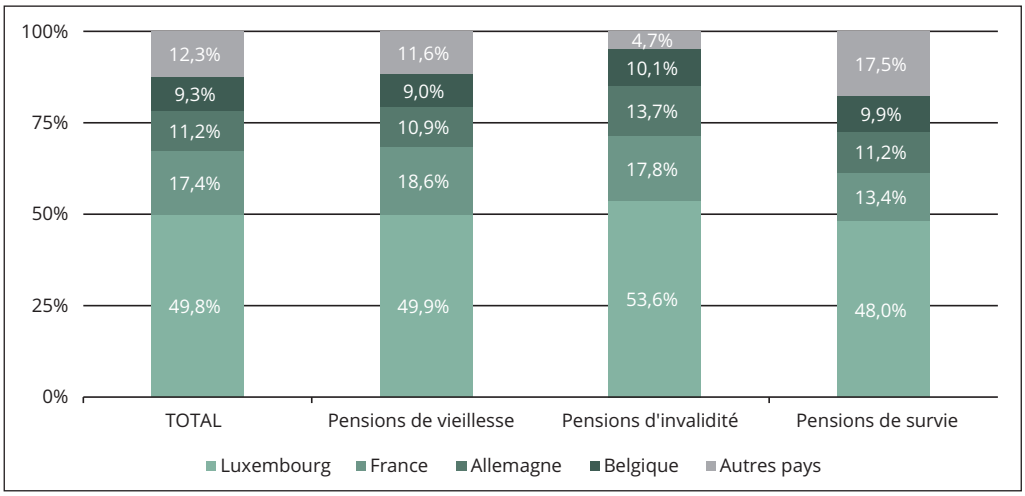
5. Données 2023 - STATEC Le Luxembourg en chiffres 2023.
6. Frontaliers non-résidents 2022 - STATEC Le Luxembourg en chiffres 2023.

**Graphique 2: Part des pensions migratoires par type de pension en 2022**




50,2% des pensions de décembre 2022 sont versées à des bénéficiaires non-résidents. En 1995, ce taux représentait moins d'un quart de l'ensemble des pensions, pour ensuite dépasser le tiers dès 2000. En décembre 2022, 103 321 pensions sont versées à des bénéficiaires vivant dans un pays de l'Union européenne et 2 858 à des bénéficiaires vivant dans quelques 80 pays du reste du monde.

**Graphique 3: Répartition des pensions par pays de destination en 2021**




En 2022, les trois pays limitrophes représentent les premiers pays destinataires avec, en premier lieu la France avec 36 800 pensions, suivie par l'Allemagne avec 23 614 pensions et la Belgique avec 19 704 de pensions.

## 1.4. LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS

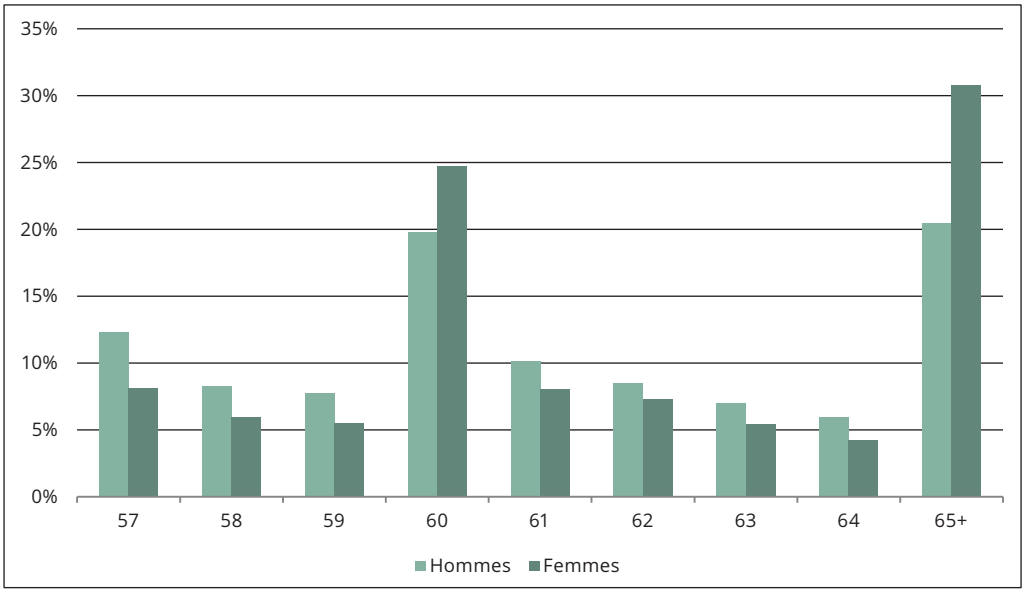
11 008 bénéficiaires d'une pension de décembre 2022, dont 7 972 pensions de vieillesse, 1 004 pensions d'invalidité, 1 787 pensions de survie-conjoint et 245 pensions d'orphelin ont reçu leur première pension durant l'année. Le taux des pensions migratoires parmi les nouvelles pensions est de 60,8%.

Pour les bénéficiaires de nouvelles pensions de vieillesse, 24,9% ont moins de 60 ans [7] et 50,6% sont âgés entre 60 et 64 ans.

Les bénéficiaires d'une pension vieillesse attribuée en 2022 à l'âge de 65 ans ou plus, ont fait valoir en moyenne respectivement 25,9 années (pensions non-migratoires) et 13,0 années (pensions migratoires) de périodes d'assurance obligatoires au Luxembourg.

En 2022, 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 2022**



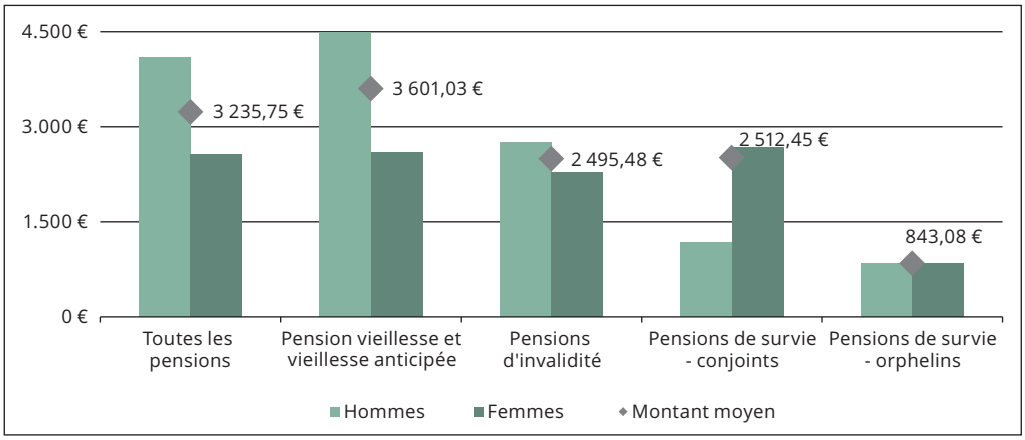

## 1.5. LE MONTANT MOYEN DES PENSIONS

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 des pensions versées pour décembre 2022 s'élève à 2 174,4 EUR pour l'ensemble des pensions et à 2 398,2 EUR pour les pensions de vieillesse. Le montant moyen des pensions basées sur une carrière d'assurance exclusivement luxembourgeoise (pensions non-migratoires) s'élève à 3 235,8 EUR, tandis que celui des pensions migratoires n'atteint que 1 438,8 EUR. Les bénéficiaires de ces dernières sont, le cas échéant, aussi éligibles à des pensions (partielles) provenant d'autres pays.

7. Il s'agit de l'âge en fin d'année et donc pas forcément de l'âge au moment d'attribution.

**Graphique 5: Montant moyen des pensions non-migratoires par type de pension en 2022 (en EUR)**




## 1.6. LES ASSURÉS COTISANTS

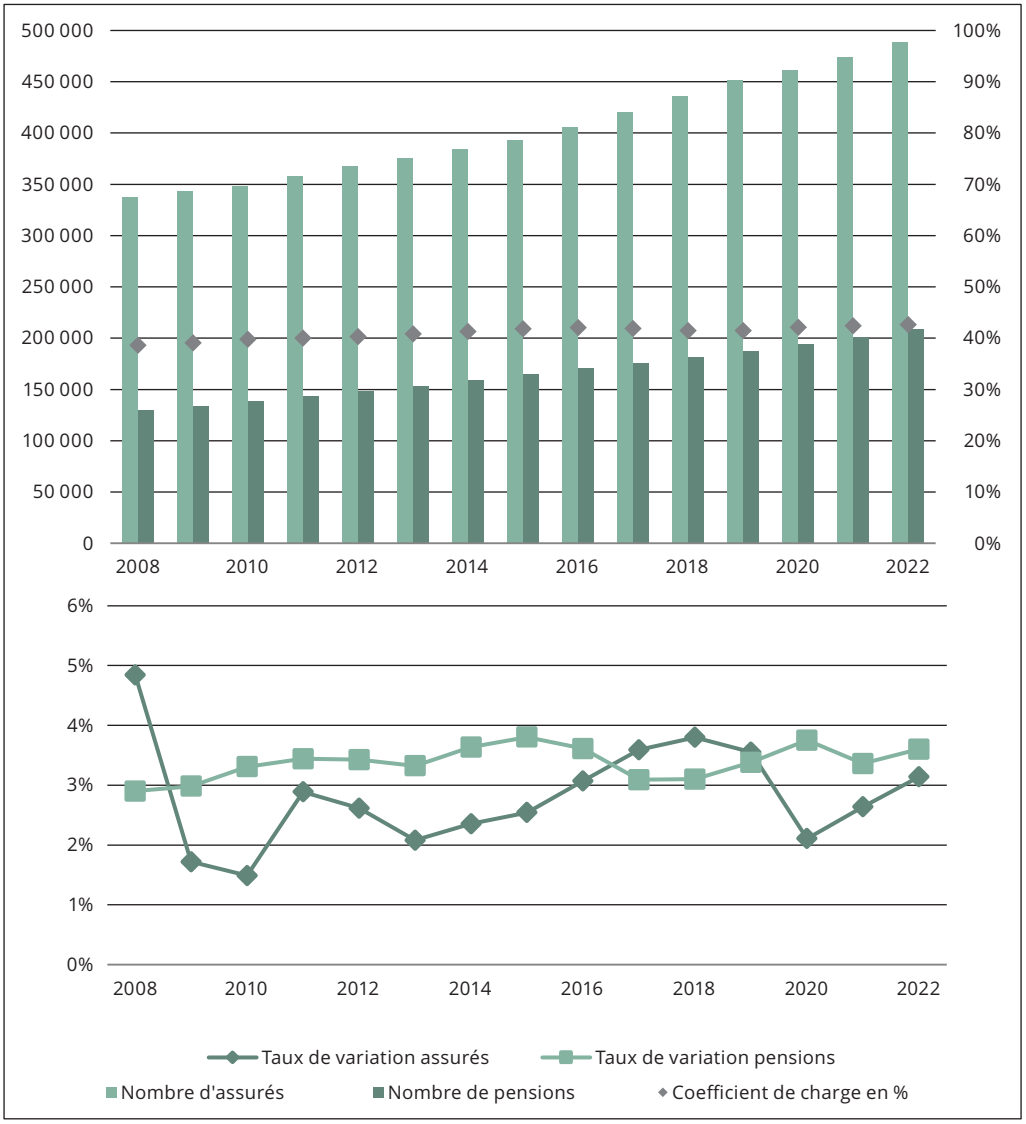
Le nombre moyen des assurés cotisants du régime général d'assurance pension progresse de 3,1% pour atteindre 488 361 personnes en 2022. Il se compose de 59,0% d'hommes et de 53,3% d'assurés résidents. En moyenne, 461 480 (94,5%) assurés sont salariés (ou bénéficiaires d'un revenu de remplacement cotisable), 21 931 (4,5%) cotisent sur base d'une activité indépendante et 4 950 (1,0%) sur base volontaire.

**Tableau 2: Évolution des assurés cotisant**

| Nombre | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Assurés cotisant** | **436 318** | **451 824** | **461 345** | **473 508** | **488 361** |
| *Variation en %* | *3,8%* | *3,6%* | *2,1%* | *2,6%* | *3,1%* |
| dont | | | | | |
| Assurance obligatoire | 432 306 | 447 562 | 456 848 | 468 857 | 483 411 |
| Assurance volontaire | 4 012 | 4 263 | 4 498 | 4 651 | 4 950 |
| dont | | | | | |
| Résidant au Luxembourg | 238 850 | 245 340 | 250 253 | 254 589 | 260 339 |
| Résidant en France | 101 497 | 107 296 | 109 595 | 114 461 | 120 883 |
| Résidant en Belgique | 48 025 | 49 488 | 50 300 | 51 722 | 53 077 |
| Résidant en Allemagne | 47 946 | 49 701 | 51 197 | 52 737 | 54 062 |

En 2022, la croissance du nombre de pensions dépasse celle du nombre d'assurés cotisant (+3,6% contre 3,1%). Le coefficient de charge [8] passe à 42,6 (42,4 en 2021).

**Graphique 6: Évolution du nombre moyen d'assurés et de pensions**




8. Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.

# 2. LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION

Pour 2022, le décompte consolidé du régime général d'assurance pension affiche un solde négatif de 2 542 millions EUR, qui s'explique en premier lieu par une dévaluation des fonds de la réserve (écart de réévaluation sur parts OPC).

**Tableau 3: Évolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension (en millions EUR)**

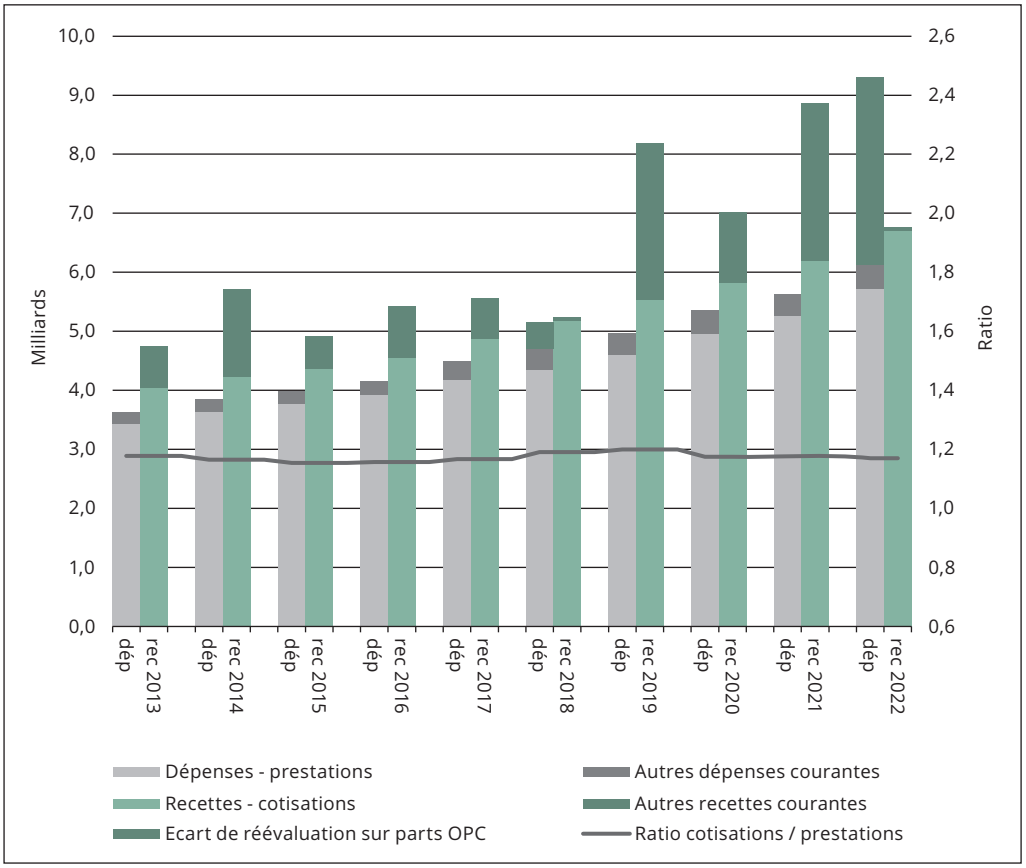
| Exercice | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| **RECETTES** | | | | | |
| Cotisations des assurés et des employeurs | **3 460** | **3 687** | **3 889** | **4 123** | **4 464** |
| *Variation annuelle en %* | *6,3%* | *6,6%* | *5,5%* | *6,0%* | *8,3 %* |
| Cotisations à charge des pouvoirs publics | 1 729 | 1 843 | 1 944 | 2 061 | 2 132 |
| Participation de tiers | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Transferts provenant d'autres organismes | 5 | 6 | 4 | 4 | 6 |
| Revenus sur immobilisation | 42 | 44 | 44 | 45 | 46 |
| Produits divers de tiers | 7 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| Produits financiers | 2 | 2 599 | 1 131 | 2 629 | 7 |
| Autres recettes | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| **TOTAL DES RECETTES COURANTES** | **5 245** | **8 187** | **7 015** | **8 865** | **6 762** |
| *Variation annuelle en %* | *-5,7%* | *56,1%* | *-14,3%* | *26,4%* | *-23,7%* |
| **DEPENSES** | | | | | |
| Frais d'administration | 47 | 49 | 52 | 54 | 56 |
| Prestations en espèces | 4 359 | 4 611 | 4 967 | 5 252 | 5 726 |
| *Variation annuelle en %* | *4,2%* | *5,8%* | *7,7%* | *5,8%* | *9,0%* |
| Transfert de cotisations à d'autres organismes | 276 | 279 | 302 | 286 | 295 |
| Décharges et restitutions à d'autres organismes | 8 | 11 | 14 | 10 | 29 |
| Frais de gestion du patrimoine | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Charges financières | 442 | 0 | 2 | 3 | 3 177 |
| Dotations aux provisions et aux amortissements | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| Autres dépenses | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL DES DEPENSES COURANTES** | **5 155** | **4 972** | **5 358** | **5 627** | **9 304** |
| *Variation annuelle en %* | *14,8%* | *-3,5%* | *7,8%* | *5,0%* | *65,3%* |
| **SOLDE DES OPERATIONS COURANTES** | **90** | **3 215** | **1 657** | **3 238** | **-2 542** |
| Réserve minimale | 6 539 | 6 917 | 7 450 | 7 878 | 8 589 |
| Excédent/découvert cumulé (après op. sur réserve) | 12 431 | 15 268 | 16 391 | 19 201 | 15 947 |
| **RESERVE GLOBALE** | 18 970 | 22 184 | 23 841 | 27 079 | 24 537 |
| *Variation annuelle en %* | *0,5%* | *16,9%* | *7,5%* | *13,6%* | *-9,4%* |

Source : Compte d'exploitation et bilan consolidé du régime général d'assurance pension.

Les recettes en cotisations dépassent les dépenses en prestations de 969,9 millions EUR, soit un surplus de 14,5%. L'excédent courant de la CNAP (hors FDC) s'élève à 602,8 millions EUR pour 2022. Après dotation au fonds de roulement minimal [9], la CNAP a ainsi pu transférer 545,6 millions EUR au FDC.

La prime de répartition pure, qui mesure le rapport entre les dépenses courantes de la CNAP et la masse cotisable, s'élève à 21,89% en 2022.

**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.

9. La loi prévoit un niveau correspondant à 20% des prestations de l'année précédente.

## 2.1. LES RECETTES

Les recettes courantes du régime général s'élèvent à 6 762,8 millions EUR, dont 52,2 millions EUR de recettes sur réserve réalisés par le FDC (revenus sur immobilisations et produits financiers).

Les recettes en cotisations atteignent 6 695.7 millions EUR et augmentent ainsi de 8,3% en 2022 (+6,0% en 2021).

## 2.2. LES DÉPENSES

Les dépenses courantes du régime général d'assurance pension s'élèvent à 9 304 millions EUR et augmentent donc de 65,3% par rapport à 2021.

Les postes les plus importants sont les prestations avec 5 726 millions EUR (+9,0%) et l'écart de réévaluation sur parts OPC (négatif) en hauteur de 3 175 millions EUR. L'écart de réévaluation mesure la perte 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. En 2021 l'écart de réévaluation sur parts OPC affichait une plus-value (recette) de 2 629 millions EUR.

Les pensions proprement dites (pensions personnelles et pensions de survie) représentent 5 615 millions EUR, soit environ 98% des dépenses en prestations. Le coût des indemnités d'attente s'élève à 49,8 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.

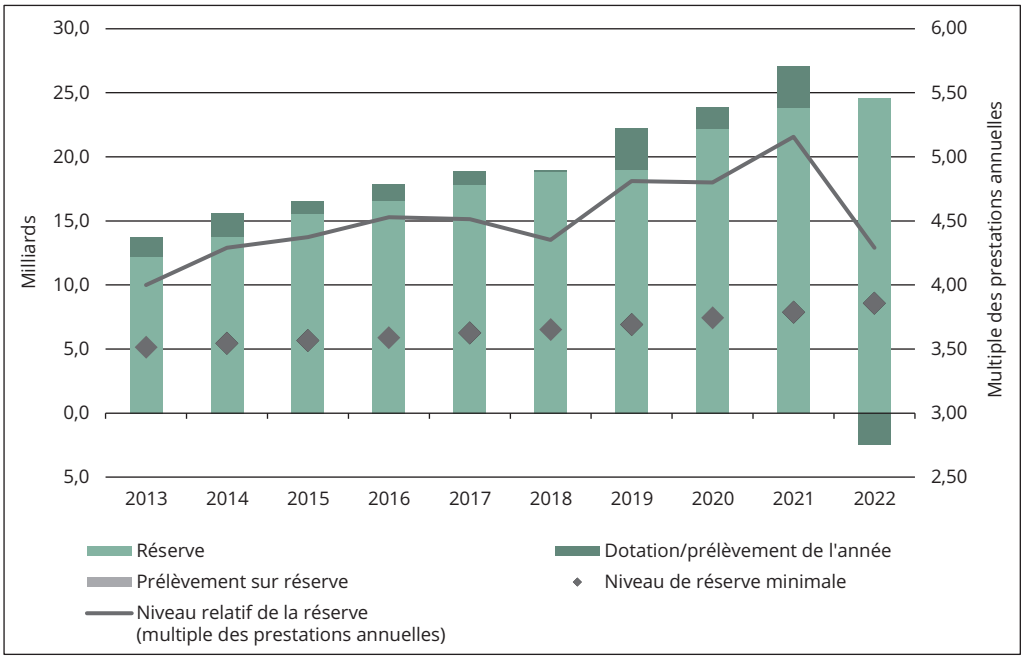
**Tableau 4: Évolution des principales dépenses en prestations (en millions EUR)**

| Dépenses en prestations | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensions | 4 250,8 | 4 506,6 | 4 864,3 | 5 150,2 | 5 615,0 |
| *Variation annuelle en %* | *4,6%* | *6,0%* | *7,9%* | *5,9%* | *9,0%* |
| Indemnités d'attente | 80,4 | 72,4 | 67,2 | 56,9 | 49,8 |
| *Variation annuelle en %* | *-14,0%* | *-10,0%* | *-7,2%* | *-15,2%* | *-12,5%* |
| Indemnités professionnelle d'attente | 1,7 | 5,0 | 8,1 | 12,7 | 17,2 |
| *Variation annuelle en %* | | *191,1%* | *61,6%* | *57,0%* | *35,2%* |
| Indemnités de préretraite | 21,2 | 21,7 | 21,8 | 25,9 | 36,9 |
| *Variation annuelle en %* | *-0,7%* | *2,0%* | *0,7%* | *19,0%* | *42,3%* |

## 2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE

Le résultat consolidé du régime général d'assurance pension (CNAP et FDC) pour l'exercice 2022 est de -2 542,4 millions EUR (solde négatif), de sorte que la réserve diminue à 24 536,5 millions EUR. Au 31 décembre 2022, la réserve constituée par 1 050,6 millions EUR de fonds de roulement (CNAP) et 23 486,1 millions EUR de réserve de compensation (FDC) correspond à 4,29 fois le montant des prestations annuelles et dépasse le seuil minimum requis de 1,5.

**Graphique 8: Évolution de la réserve du régime général d'assurance pension**




Au 31 décembre 2022, les actifs du FDC comprennent entre autres 22 501,3 millions EUR de valeurs mobilières, placées en grandes parties dans l'OPC : « Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS » et 538,1 millions EUR d'immobilisations, dont 499,7 millions EUR d'immobilisations corporelles (terrains, immeubles, installations et mobilier).

**Tableau 5: Évolution de la situation financière du régime général d'assurance pension**

| Année | Coefficient de charge [a] | Prime de répartition pure [b] | Niveau relatif de la réserve [c] |
|---|---|---|---|
| 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 |
| 2022 | 42,6 | 21,89% | 4,29 |

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. Les maladies professionnelles et les accidents de trajet s'y ajoutent en 1928 respectivement en 1933.

Sont assurés obligatoirement contre les accidents du travail, les accidents de trajet et contre les maladies professionnelles l'ensemble des salariés, y compris les fonctionnaires et les employés de l'État, des communes et des établissements publics, 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 2022, la population protégée par l'assurance accident se chiffre en moyenne à 512 936 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 (CNS) 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 ou à une maladie professionnelle sont intégralement pris en charge par l'assurance accident sans que l'assuré ait à avancer les frais des prestations.

### Les prestations de l'assurance dépendance

L'assuré qui, à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle, a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition, de la mobilité, de l'élimination ou de l'habillement, a droit aux prestations en nature et en espèces prévues en matière d'assurance dépendance.

### Indemnisation des dégâts matériels

Si l'accident a donné lieu à une lésion corporelle, l'assuré a droit à la réparation des dégâts matériels accessoires causés par l'accident. En outre, même en l'absence de lésions corporelles, l'assuré sera indemnisé des dégâts causés au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu ou aux prothèses sur la voirie publique sous certaines conditions et dans certaines limites.

## ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT

La gestion de l'assurance accident incombe à l'Association d'assurance accident (AAA), qui est un établissement public chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents et des maladies professionnelles.

L'AAA est placée sous la tutelle du Ministère 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'AAA applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve. Celle-ci ne peut être inférieure au montant des dépenses courantes de l'avant-dernier exercice.

Les charges du régime général sont essentiellement financées par des cotisations. Celles-ci sont à payer par les employeurs et les assurés non-salariés. Le taux de cotisation pour l'exercice à venir est fixé chaque année par le Conseil d'administration de l'AAA.

Le financement des régimes spéciaux incombe à l'État, qui rembourse à l'AAA les prestations payées pour les personnes assurées dans le cadre des régimes spéciaux.

# 1. PRINCIPALES DONNÉES STATISTIQUES

Les informations contenues dans cette section proviennent soit des données comptables, soit des données statistiques de l'Association d'assurance accident.

**Encadré méthodologique**

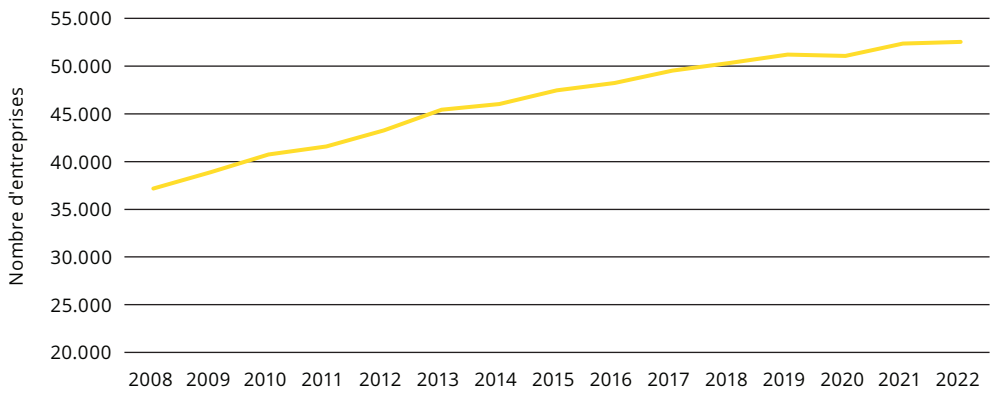
Pour la détermination des statistiques sont pris en compte :

- le nombre d'affiliés à l'assurance accident qui correspond à celui retenu au 31 décembre de l'exercice concerné ;
- le nombre de prestations qui correspond 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 ou du trajet avant le 2 septembre de l'année suivante.

## 1.1. LES EMPLOYEURS

Le graphique suivant illustre l'évolution du nombre des employeurs affiliés à l'assurance accident depuis 2008.

**Graphique 1: Évolution du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)**




Source: Association d'assurance accident (AAA).

Après avoir diminué en 2020 suite aux répercussions de la pandémie liée à la COVID-19, le nombre d'employeurs affiliées à l'assurance accident s'accroît de nouveau. En 2022, il se situe à 52 545 unités, ce qui correspond à une très légère croissance de 0,3% par rapport à 2021. Le taux de croissance annuel moyen s'élève à 2,8% sur la période allant de 2008 à 2022.

**Tableau 1: Évolution récente du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)**

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Employeurs** | **50 353** | **51 219** | **51 076** | **52 381** | **52 545** |
| dont ménages | 20 126 | 20 579 | 20 837 | 21 028 | 21 018 |
| dont employeurs hors ménages | 30 227 | 30 640 | 30 239 | 31 353 | 31 527 |
| **Travailleurs-unité** | **423 213** | **435 681** | **453 434** | **469 166** | **488 118** |

Source: Association d'assurance accident (AAA).

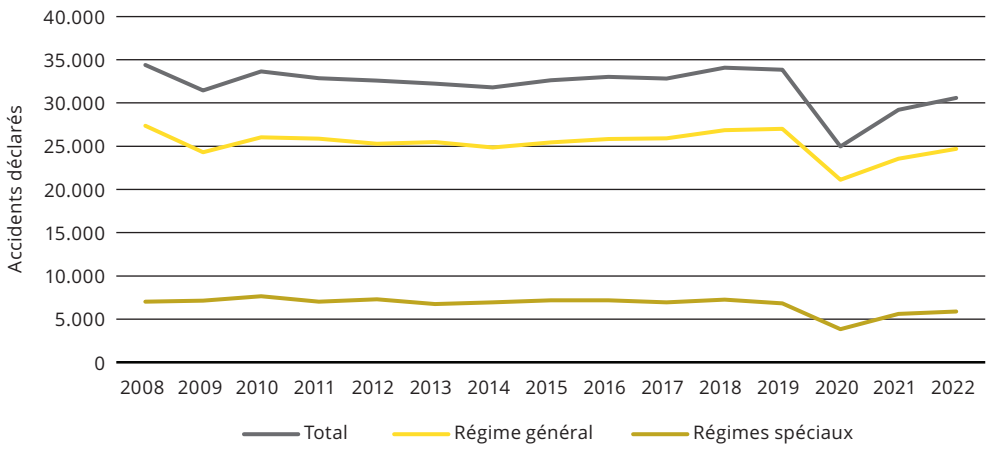
En 2022, le nombre des employeurs hors ménages évolue de 0,5% et celui des ménages stagne. Entre 2018 et 2022, le nombre des employeurs hors ménages et le nombre des ménages augmente de 1,1% en moyenne annuelle.

Afin de calculer un taux de fréquence des accidents, la notion de travailleurs-unité s'avère indispensable. Un travailleur-unité correspond au total des heures de travail déclarées divisé par le temps de travail moyen annuel. Le nombre de travailleurs-unités se situe en 2022 à 488 118, ce qui correspond à une hausse de 4,0% par rapport à 2021.

## 1.2. LES ACCIDENTS

En 2022, le nombre d'accidents déclarés à l'assurance accident s'élève à 30 572, dont 24 686 (80,7%) relèvent du régime général et 5 886 (19,3%) des régimes spéciaux.

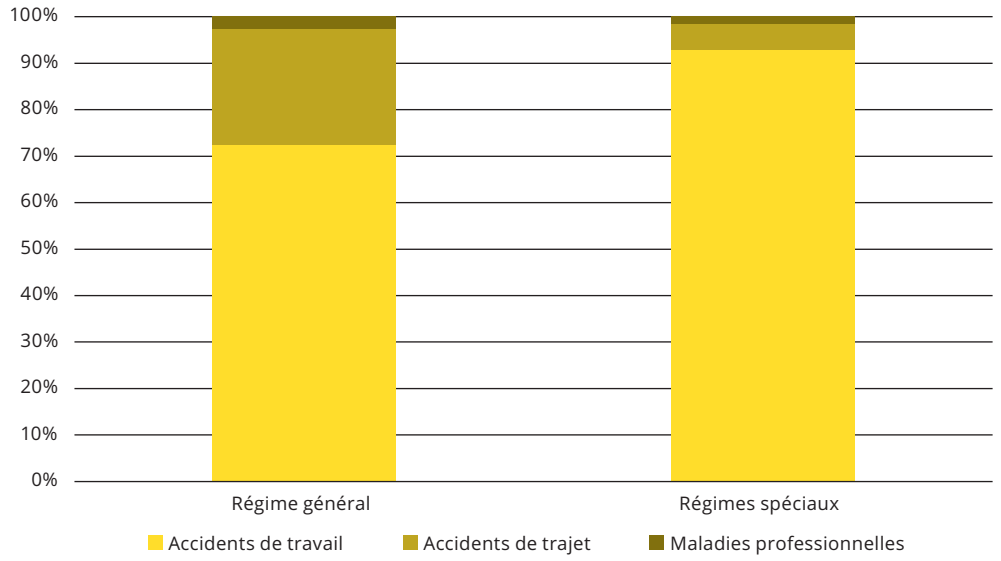
**Graphique 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés par régime**




Source: Association d'assurance accident (AAA).

L'évolution du nombre d'accidents au cours des 15 dernières années met en évidence la situation extraordinaire qui se présente depuis 2020, année de début de la pandémie liée à la COVID-19. En effet, après une chute du nombre d'accidents déclarés de 26,2% en 2020, qui témoigne de l'application des mesures de confinement, celui-ci augmente en 2021 et continue sa hausse en 2022. Ainsi, le nombre d'accidents évolue de 4,7% en 2022 contre 16,8% en 2021. 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**




Source: Association d'assurance accident (AAA).

Dans l'ensemble des cas déclarés au régime général en 2022, 72,6% concernent des accidents du travail proprement dits, 24,8% des accidents de trajet et 2,6% des maladies professionnelles. Dans le cadre des régimes spéciaux, les accidents du travail proprement dits représentent 92,8% des accidents déclarés, les accidents de trajet 5,6% et les maladies professionnelles 1,6%. Cette distribution différente s'explique par le fait que les régimes spéciaux incluent les écoliers, élèves et étudiants.

Toute personne assurée devenue victime d'un accident du travail ou de trajet, respectivement d'une maladie professionnelle, est tenue d'informer sans retard son employeur. Celui-ci doit déclarer l'accident du travail à l'assurance accident en fournissant toutes les indications demandées sur un formulaire prescrit. Le refus de considérer comme accident du travail ou de trajet, ou comme maladie professionnelle un accident déclaré se fait par une décision de l'AAA.

**Tableau 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général par type d'accident**

| Année | Accidents (tous) | | | Accidents du travail proprement dits | | | Accidents de trajet | | | Maladies professionnelles | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Déclarés | **Reconnus** | Taux | Déclarés | **Reconnus** | Taux | Déclarés | **Reconnus** | Taux | Déclarés | **Reconnus** | Taux |
| **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** | 35,3% |
| **2022** | 24 686 | **17 163** | 69,5% | 17 915 | **13 868** | 77,4% | 6 117 | **3 095** | 50,6% | 654 | **200** | 30,6% |

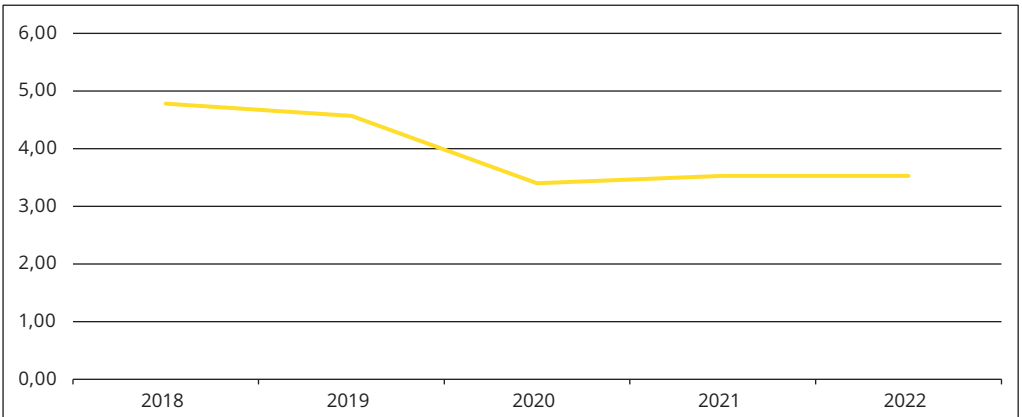
Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2022, le nombre d'accidents reconnus par l'assurance accident s'élève à 22 266, soit 72,8% 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 17 163 accidents reconnus, ce qui correspond à un taux de 69,5%, tandis que 5 103 accidents sont reconnus pour les régimes spéciaux, ce qui équivaut à une proportion de 86,7%.

Le taux des accidents reconnus du régime général varie fortement en fonction du type d'accident déclaré. Ainsi, 77,4% des accidents du travail proprement dits sont reconnus, alors que seulement 50,6% des accidents de trajet et 30,6% des maladies professionnelles déclarées sont reconnues par l'assurance accident.

De plus, le taux global d'accidents reconnus par l'assurance accident diminue au cours des 5 dernières années.

**Graphique 4: Évolution du taux de fréquence des accidents**




Source: Association d'assurance accident (AAA).

Le taux de fréquence des accidents est obtenu en calculant le quotient du nombre d'accidents reconnus par le nombre de travailleurs-unité, multiplié par 100. 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 et en 2022, le taux augmente légèrement. Alors qu'il se situe encore à 4,76% en 2018, sa valeur n'affiche plus que 3,33% en 2020. En 2021, il s'accroît légèrement pour atteindre 3,47% et en 2022, il se situe à 3,48%.

## 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, de trajet ou d'une maladie professionnelle.

**Tableau 3: Évolution du nombre de prestations en espèces pendant les 78 premières semaines**

| Catégorie | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| Indemnités du type Lohnfortzahlung | 6 351 | 10 878 | 14 275 |
| Indemnités pécuniaires liquidées par la CNS | 3 658 | 2 203 | 2 338 |

Source: Association d'assurance accident (AAA).

Après une baisse importante en 2020 liée à la crise de la COVID-19, le nombre d'indemnités du type « Lohnfortzahlung » payées par l'assurance accident dépasse le nombre d'indemnités payées en 2019. En effet, il s'élève dorénavant à 14 275 unités, ce qui correspond à une augmentation de 31,2% par rapport à 2021. Le nombre d'indemnités pécuniaires liquidées par la CNS, après avoir diminué en 2021 pour la première fois depuis la réforme des prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité de 2018, s'élève à 2 338 unités et affiche ainsi une augmentation de 6,1% par rapport à 2021.

#### 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 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| Rentes complètes | 504 | 497 | 543 |
| Rentes partielles | 16 | 16 | 20 |
| Rentes professionnelles d'attente | 485 | 486 | 532 |
| Rentes de survie | 225 | 231 | 245 |
| **TOTAL** | **1 230** | **1 230** | **1 340** |

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2022, le nombre total de rentes accordées s'élève à 1 340 unités, ce qui correspond à une augmentation de 8,9% par rapport à 2021. Le nombre de rentes complètes augmente de 9,3% ce qui correspond à une évolution similaire du nombre de rentes d'attente, qui affiche une croissance de 9,5%. Le nombre de rentes partielles se situe à 20 unités et celui des rentes de survie à 245 unités.

### 1.3.1.3. Les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Le tableau qui suit présente l'évolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux entre 2020 et 2022.

**Tableau 5: Évolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux**

| Catégorie | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| Indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément (capital) | 865 | 734 | 719 |
| Indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément (mensuel) | 495 | 564 | 620 |
| Indemnités forfaitaires pour douleurs physiques endurées | 896 | 772 | 751 |
| Indemnités forfaitaires pour préjudice esthétique | 535 | 494 | 502 |
| Indemnités forfaitaires pour dommage moral (survivants) | 25 | 20 | 22 |
| **TOTAL** | **2 816** | **2 584** | **2 614** |

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2022, 2 614 indemnisations sont accordées pour des préjudices extrapatrimoniaux, ce qui correspond à une légère augmentation de 1,2% par rapport à 2021, où 2 584 indemnisations sont enregistrées.

En 2022, 1 339 unités, c'est-à-dire un peu plus que la moitié des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux est versée pour des préjudices physiologiques et d'agrément. Parmi ces indemnités, 719 unités représentent des indemnités versées en capital, tandis que 620 concernent des paiements mensuels. Alors que les paiements mensuels augmentent de 9,9%, les versements en capital diminuent de 2,0% et affichent ainsi un niveau de 734 indemnisations.

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 772 en 2021 à 751 en 2022, ce qui correspond à une baisse de 2,7%. Les indemnités pour préjudice esthétique et les indemnités forfaitaires pour dommage moral des survivants augmentent légèrement. Leur nombre s'élève à 502 respectivement 22 unités en 2022.

### 1.3.1.4. Prestations pour soins de santé

Le tableau qui suit présente l'évolution du nombre d'accidents pour lesquels des prestations pour soins de santé ont été liquidées par la CNS entre 2020 et 2022.

**Tableau 6: Évolution du nombre d'accidents pour lesquels des prestations pour soins de santé ont été liquidées par la CNS**

| Catégorie | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| Prestations pour soins de santé | 29 711 | 28 137 | 28 319 |

Source: Association d'assurance accident (AAA).

Les prestations pour soins de santé liquidées par la CNS se rapportent à un total de 28 319 accidents en 2021, ce qui correspond à une hausse de 0,6% par rapport à 2021.

#### 1.3.1.5. Indemnisation des dégâts matériels

Les statistiques présentées ci-dessous distinguent entre les dégâts aux véhicules automoteurs et les dégâts aux matériels accessoires, ces derniers incluant notamment les prothèses.

**Tableau 7: Évolution du nombre des dégâts matériels**

| Catégorie | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| Dégât aux véhicules automoteurs | 313 | 285 | 267 |
| Dégât accessoire | 73 | 64 | 77 |
| **TOTAL** | **386** | **349** | **344** |

Source: Association d'assurance accident (AAA).

Alors que 349 indemnités sont payées en 2021, un total de 344 indemnités est mis en compte pour 2022, ce qui équivaut à une légère baisse de 1,4%. La hausse continue des contrats d'assurance « dommages matériels » (Casco) contribue à l'évolution observée des dégâts aux véhicules automoteurs, étant donné que le droit à l'indemnisation par l'assurance accident n'existe pas si le préjudice est indemnisable à ce type de contrat d'assurance conclu avec une compagnie d'assurance privée.

### 1.3.2. Les rentes accordées avant la réforme de l'assurance accident

Le tableau qui suit illustre l'évolution du nombre de rentes accordées avant la réforme et le nombre de rachats de vente entre 2020 et 2022.

**Tableau 8: Évolution des rentes avant la réforme et rachats de rentes**

| Catégorie | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| **Rentes** | **11 227** | **10 869** | **10 742** |
| Rentes viagères | 10 555 | 10 227 | 10 105 |
| Rentes transitoires pour blessés | 20 | 16 | 14 |
| Rentes pour survivants | 652 | 626 | 623 |
| **Rachats de rentes** | **36** | **38** | **21** |
| **TOTAL** | **11 263** | **10 907** | **10 763** |

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2022, le nombre total des rentes accordées avant la réforme s'élève à 10 742 unités, ce qui représente une diminution de 1,1% par rapport aux 10 869 unités en 2021.

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 allant de 2018 à 2022, le solde des opérations courantes de l'assurance accident est en moyenne légèrement négatif, avec un déficit de 5,0 millions EUR par an.

En 2022, ce solde se situe à 5,4 millions EUR, avec des recettes courantes de 241,4 millions EUR et des dépenses courantes de 236,0 millions EUR. Entre 2018 et 2022, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes se situe à -0,2% (au nombre indice 100) ce qui correspond à une progression plus lente des dépenses de l'assurance accident par rapport à celle des dépenses des autres branches de la sécurité sociale. Les recettes courantes diminuent en moyenne de 1,3% (au nombre indice 100), suite à de multiples révisions à la baisse du taux de cotisation global.

**Tableau 9: Évolution des recettes et des dépenses courantes de l'assurance accident (en millions EUR)**

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| **RECETTES** | | | | | |
| Cotisations | 210,1 | 200,2 | 191,8 | 207,1 | 226,4 |
| Participations de tiers | 6,2 | 6,5 | 5,5 | 6,3 | 6,2 |
| Transferts de cotisations | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,0 |
| Produits divers provenant de tiers | 11,4 | 10,0 | 10,0 | 7,8 | 8,3 |
| Produits financiers | 0,5 | 0,6 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| Autres recettes | 0,0 | 1,9 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| **TOTAL DES RECETTES COURANTES** | **228,2** | **219,2** | **208,0** | **221,9** | **241,4** |
| *Variation annuelle en %* | *-3,7%* | *-3,9%* | *-5,1%* | *6,7%* | *8,8%* |
| **DEPENSES** | | | | | |
| Frais d'administration | 14,4 | 14,6 | 15,9 | 16,0 | 17,4 |
| Prestations en espèces | 159,9 | 165,7 | 163,9 | 164,4 | 173,5 |
| Prestations en nature | 36,8 | 37,3 | 39,3 | 38,9 | 37,3 |
| Transferts de cotisations à d'autres organismes | 3,2 | 3,6 | 4,1 | 4,0 | 4,5 |
| Autres dépenses | 3,1 | 0,9 | 1,5 | 0,3 | 3,4 |
| **TOTAL DES DEPENSES COURANTES** | **217,3** | **222,2** | **224,7** | **223,5** | **236,0** |
| *Variation annuelle en %* | *-0,2%* | *2,3%* | *1,1%* | *-0,5%* | *5,6%* |
| **Solde des opérations courantes** | **10,9** | **-2,9** | **-2,9** | **-1,6** | **5,4** |

Source : Compte de résultat et bilan de l'Association d'assurance accident.

En 2022 les recettes courantes augmentent de 8,8%, le taux de cotisation étant au même niveau que 2021 c'est-à-dire à 0,75%. Les dépenses courantes augmentent de 5,6%, ce qui s'explique notamment par la croissance des dépenses pour prestations en espèces. Le solde des opérations courantes est positif pour la première fois depuis 2018.

## 2.2. LES RECETTES COURANTES

La loi du 17 décembre 2010 a introduit un taux de cotisation unique pour l'assurance accident qui est fixé annuellement par le Conseil d'administration de l'AAA. Il s'élève à 0,75% en 2022 et reste ainsi inchangé par rapport à l'année précédente.

**Tableau 10: Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2022 (en millions EUR)**

| Recettes | Montants | En % du total |
|---|---|---|
| Cotisations | 226,4 | 93,8% |
| Participation de l'Etat | 6,2 | 2,6% |
| Produits financiers et recettes diverses | 8,8 | 3,7% |
| **TOTAL** | **241,4** | **100,0%** |

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2022, les recettes courantes de l'assurance accident se composent de 93,8% de cotisations et de 2,6% de la prise en charge par l'Etat des dépenses dans le cadre des régimes spéciaux. Les 3,7% qui restent correspondent entre autres aux produits financiers.

Les recettes en cotisations augmentent de 9,3% par rapport à 2021 et se situent actuellement à 226,4 millions EUR.

## 2.3. LES DÉPENSES COURANTES

La répartition des dépenses courantes de l'assurance accident est illustrée dans le tableau suivant.

**Tableau 11: Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2022 (en millions EUR)**

| Dépenses | Montants | En % du total |
|---|---|---|
| Frais d'administration | 17,4 | 7,4% |
| Prestations en espèces | 173,5 | 73,5% |
| Prestations en nature | 37,3 | 15,8% |
| Dépenses diverses [a] | 7,9 | 3,3% |
| **TOTAL** | **236,0** | **100,0%** |

a. Les dépenses diverses regroupent les transferts entre ISS et les décharges et restitutions de cotisations.

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2022, les dépenses courantes de l'assurance accident se composent de 89,3% de prestations, de 7,4% de frais d'administration et de 3,3% 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)**

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Prestations en espèces** | **157,8** | **163,7** | **161,6** | **162,1** | **171,0** |
| *Indemnités pécuniaires* | *29,5* | *32,2* | *30,9* | *31,6* | *33,5* |
| *Rentes* | *110,3* | *110,9* | *112,2* | *111,9* | *117,6* |
| *Rachats de rentes* | *2,6* | *1,5* | *1,2* | *1,3* | *0,9* |
| *Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux* | *15,5* | *19,1* | *17,4* | *17,3* | *19,0* |
| **Prestations en nature** | **33,1** | **33,2** | **36,6** | **35,3** | **34,1** |
| **TOTAL DES PRESTATIONS** | **190,9** | **196,9** | **198,2** | **197,4** | **205,1** |

Source: Association d'assurance accident (AAA).

En 2022, la progression des montants des prestations du régime général s'explique notamment par la variation de l'échelle mobile des salaires de 3,8%, 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 diminuent..

## 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 5,7 millions EUR en 2022 et n'évoluent ainsi guère par rapport à l'exercice précédent.

# PRESTATIONS FAMILIALES

## INTRODUCTION

Les prestations familiales ont été introduites pendant la première guerre mondiale sous la forme d'un sursalaire alloué par certains employeurs du secteur de la sidérurgie aux travailleurs ayant des enfants à charge. La première base légale qui a créé les allocations familiales en faveur de tous les salariés date de 1947. Depuis, le champ des prestations familiales s'est fortement élargi et leurs objectifs se sont diversifiés pour s'adapter aux changements sociétaux, notamment l'accès de plus en plus large des femmes au marché du travail et l'évolution des structures familiales. L'indexation du montant des allocations familiales de base et de celui des majorations d'âge est réintroduite à partir du mois d'octobre 2021 afin de protéger le pouvoir d'achat des familles ayant des enfants. Cette indexation n'était plus en application depuis l'année 2006. En 2022, trois hausses indiciaires ont pris effet pour les allocations familiales et les majorations d'âge, le montant de l'indemnité de congé parental a été indexé une fois.

## OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES

Dès leur première introduction, les prestations familiales visent à compenser les familles pour les charges qu'elles supportent en raison de la présence d'enfants. A cet objectif de redistribution des familles sans enfants vers les familles avec enfants, des objectifs de santé publique, de conciliation vie familiale/vie professionnelle et de libre choix se sont ajoutés. Les objectifs affichés des réformes en 2016 sont, quant à eux, à favoriser l'égalité des chances, à harmoniser la vie familiale et la vie professionnelle, à individualiser les droits de l'enfant, à rendre cohérent les différentes prestations familiales et à promouvoir les prestations en nature par rapport aux prestations en espèce.

L'allocation pour l'avenir de enfants, l'allocation de rentrée scolaire et l'allocation spéciale supplémentaire (qui compense partiellement les charges occasionnées par la présence d'enfants handicapés), contribuent principalement à l'objectif de redistribution en faveur des familles avec enfants. Les prestations de naissance poursuivent quant à elles surtout un objectif de santé publique, à savoir la réduction de risques d'accidents de la grossesse et de mortalité infantile. Enfin, le congé parental est un instrument favorisant l'équilibre entre la vie familiale et la vie professionnelle et l'égalité des chances. Il permet aux parents d'interrompre ou de réduire leur activité professionnelle pour se consacrer à l'éducation de leur enfant, pour une durée qui varie selon le modèle du congé parental choisi. Les 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 d'éducation et d'accueil d'enfants.

## ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES

La Caisse pour l'avenir des enfants (CAE), créée en 2016, a pour mission de s'occuper de la gestion et du paiement des prestations familiales en espèces. Le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse (MENJE), de concert avec les communes pour les résidents et avec la CAE pour les non-résidents, s'occupe des prestations familiales en nature. La suite de ce chapitre analysera presqu'exclusivement les prestations familiales en espèces gérées par la CAE. Néanmoins, quelques ordres de grandeur relatifs aux chèques-service accueil sont proposés.

## FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES

Les réformes des prestations familiales de 2016 ont profondément modifié le système de financement des prestations familiales en espèces et de l'indemnité du congé parental à partir du 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 [1]. 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. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2016/07/23/n2/jo

# 1. LES PRESTATIONS

Le nombre de bénéficiaires des prestations familiales en espèces, donc le nombre d'enfants et le nombre de naissances, est déterminant pour leur coût financier. L'indicateur conjoncturel de fécondité et le taux de natalité permettent de prévoir l'évolution du nombre d'enfants résidents. En 2022, l'indicateur conjoncturel de fécondité atteint [2] 1,31 contre 1,38 en 2021, et le taux de natalité [3] est de 9,9 contre 10,5 en 2021. L'évolution du nombre d'enfants non-résidents peut être estimée à partir de la variation du nombre de travailleurs frontaliers, qui augmente [4] de 3,6% entre décembre 2021 et décembre 2022.

Les enfants sont bénéficiaires de l'allocation familiale de base, des majorations d'âge, de l'allocation spéciale supplémentaire (s'ils sont touchés par un handicap permanent), et de l'allocation de rentrée scolaire. Les (futures) mères sont les bénéficiaires des prestations de naissance (regroupant l'allocation prénatale, l'allocation de naissance et l'allocation postnatale). Finalement, les parents peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'une indemnité de congé parental ou de l'allocation d'éducation (cette dernière a été abolie au 1er juin 2015).

**Encadré méthodologique**

Deux sources de données alimentent le chapitre sur les prestations familiales : les comptes annuels publiés par la CAE et, pour le point concernant l'allocation familiale de base, les bases de données de la CAE stockées auprès du Centre commun de la sécurité sociale (CCSS). Ces bases de données contiennent les informations liées aux paiements courants et aux paiements uniques en matière de prestations familiales et notamment en matière d'allocations familiales. Pour ces dernières, ces paiements concernent l'ensemble des enfants bénéficiaires résidents et non-résidents à partir de novembre 2017 alors que jusqu'octobre 2017 inclus, une partie seulement des enfants bénéficiaires non-résidents est renseignée. En effet, dès lors que les enfants non-résidents, en grande majorité des enfants de travailleurs frontaliers, bénéficient de prestations familiales dans leur pays de résidence, le Luxembourg verse des prestations différentielles, c'est-à-dire la différence entre le montant de l'ensemble des prestations familiales auxquelles un enfant non-résident 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. [...]

2. Source : Statec - Indicateurs démographiques. L'indicateur conjoncturel de fécondité mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.
3. Source : Statec - Taux de natalité. Le taux de natalité exprime le nombre de naissances par an pour 1 000 habitants.
4. Source : IGSS - Emploi au 30 décembre 2022.

**Encadré méthodologique (suite)**

[...]

Malgré ces considérations, la rubrique « Allocations différentielles » dans le tableau 1 renseigne l'évolution du nombre de bénéficiaires d'allocations différentielles, à partir de l'année 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.

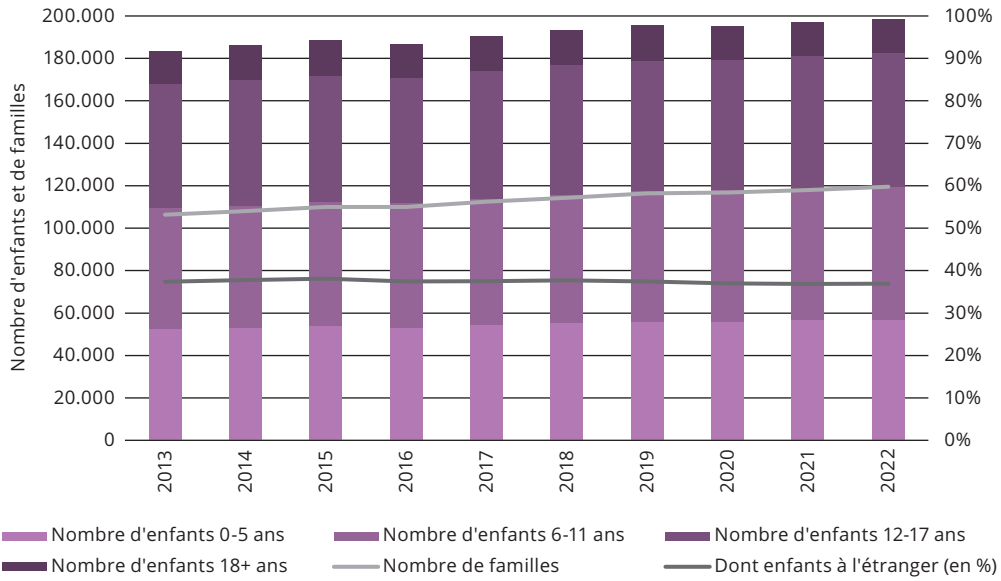
### 1.1.1. L'allocation familiale de base

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.

Comme précisé plus haut, les allocations familiales de base et les majorations d'âge sont de nouveau indexées à partir d'octobre 2021. En 2022, dans un contexte de hausse soutenue du coût de la vie, la décision de décaler à avril 2023 la prochaine adaptation de l'indice s'accompagne de l'introduction d'une échelle mobile des allocations familiales (EMAF) [5]. L'EMAF permet au montant des allocations familiales d'être néanmoins ajusté aux évolutions du coût de la vie. L'effet conjoint de ces mesures est qu'au cours de l'année 2022 trois indexations des allocations familiales prennent effet : tout d'abord, le montant résultant de la réindexation pour les trois derniers mois de 2021 est versé rétroactivement en janvier 2022. Puis une hausse indiciaire de 2,5% s'applique en avril 2022. Enfin, la première hausse des prestations familiales en lien avec l'EMAF se produit en juillet 2022. Ainsi pour la deuxième moitié de l'année 2022 l'indice applicable aux allocations familiales est plus élevé que celui applicable aux revenus salariaux, aux pensions et aux revenus de remplacement tel que le congé parental.

5. Voir la loi du 29 juin 2022 portant transposition de certaines mesures prévues par l'« Accord entre le Gouvernement et l'Union des Entreprises luxembourgeoises et les organisations syndicales LCGB et CGFP » du 31 mars 2022 (https://www.legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2022/06/29/a317/jo).

**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).
Source : CCSS, calcul IGSS.

Entre 2013 et 2022, deux périodes se distinguent en matière de nombre de bénéficiaires d'allocations familiales (graphique 1).

Entre 2013 et 2015, le nombre total de bénéficiaires croit pour diminuer ensuite 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 qui se poursuit en 2022. En décembre 2022, la CAE a versé des allocations familiales (paiements courants) à 198 696 enfants issus de 119 533 familles, ce qui équivaut à une hausse du nombre des enfants de 1 775 unités (0,9%) et à un accroissement du nombre des familles de 1 548 unités (1,3%) par rapport à 2021. 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 2013 et 2022, la taille moyenne des groupes familiaux est passée de 1,73 à 1,66.

De 2013 à 2022, le pourcentage d'enfants non-résidents, bénéficiaires de paiements courants, est resté assez constant (autour de 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. Tout comme les allocations familiales de base, les majorations d'âge sont revalorisées trois fois au cours de l'année 2022. Au 31 décembre 2022, les montants des majorations d'âge sont de 21,57 EUR par mois dès que l'enfant atteint 6 ans et de 53,85 EUR par mois dès que l'enfant atteint 12 ans. En décembre 2022, 141 594 enfants ont bénéficié d'une majoration d'âge, dont 79 327 (56,0%) 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 qui incombent aux familles ayant un enfant handicapé à charge. Chaque enfant, bénéficiaire de l'allocation pour l'avenir des enfants et atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou diminution permanente d'au moins 50% de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge, a droit à l'ASS. L'entrée en vigueur le 1er juin 2004 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées a eu pour effet de supprimer le droit à l'ASS aux bénéficiaires non-résidents percevant une prestation ou un revenu étranger en rapport avec leur handicap et donc de réduire subitement le nombre de bénéficiaires d'une ASS. A partir de 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 de 185,6 EUR par mois à 200 EUR par mois, contre 185,60 EUR/mois jusque-là. En 2022, le nombre de bénéficiaires de cette allocation s'établit à 1 952 enfants, contre 2 113 enfants en 2021 (-7,6%).

## 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 différent selon l'âge : 115 EUR par an pour les enfants de plus de 6 ans et 235 EUR par an pour ceux âgés de plus de 12 ans. Le nombre des allocations de rentrée scolaire, payées au mois d'août, s'établit pour 2022 à 130 667, soit une augmentation de 1,2% par rapport à 2021.

## 1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE

Les prestations de naissance font partie des prestations familiales les plus anciennes. Elles apparaissent dans la première base légale qui régit les prestations familiales en 1947. Actuellement, elles sont divisées en 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 2022, la CAE a liquidé 7 677 allocations prénatales, 7 742 allocations de naissance proprement dites et 7 507 allocations postnatales. Au total, 22 926 prestations de naissance, dont 23,0% à des non-résidents, ont été versées en 2022, ce qui constitue une augmentation de 0,9% par rapport à 2021.

## 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 tableau 1 ci-dessous regroupe le nombre de bénéficiaires des différentes prestations de la CAE pour les années 2018 à 2022.

**Tableau 1: Évolution du nombre de bénéficiaires des prestations familiales en espèces [a]**

| Prestations | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | *Variation 2021/22* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Allocation pour l'avenir des enfants (paiements courants) | 193.106 | 195.621 | 195.310 | 196.921 | 198.697 | *0,9%* |
| Majorations d'âge (paiements courants) | 137.917 | 139.637 | 139.151 | 140.209 | 141.594 | *1,0%* |
| Allocation spéciale supplémentaire (paiements courants) | 2.648 | 2.570 | 2.316 | 2.113 | 1.952 | *-7,6%* |
| Allocation de rentrée scolaire [b] | 126.607 | 126.764 | 128.499 | 129.075 | 130.667 | *1,2%* |
| Prestations de naissance (total sur l'année) | 21.295 | 21.744 | 22.328 | 22.728 | 22.926 | *0,9%* |
| Indemnité de congé parental | 9.596 | 10.387 | 10.886 | 11.636 | 12.698 | *9,1%* |
| Allocation d'éducation (abrogée en 2015) | 385 | 1 | 1 | - | - | - |
| *Allocations différentielles (nombre d'enfants par année)* | *82.159* | *84.405* | *85.876* | *87.097* | *88.865* | *2,0%* |

a. Situation au 31 décembre (uniquement paiements courants).

b. Situation au 31 août pour l'allocation de rentrée scolaire.

Source : CCSS, calcul IGSS.

Le nombre de bénéficiaires de l'indemnité de congé parental est en augmentation depuis sa création en 1999, avec une accélération sans précédent depuis la réforme du 1er décembre 2016. En décembre 2022, cette prestation compte 12 698 bénéficiaires, ce qui représente une augmentation de 9,1% par rapport à décembre 2021.

**Tableau 2: Évolution du nombre d'indemnités de congé parental selon le sexe et le type de congé parental [a]**

| | | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Femmes | Plein-temps | Premiers | 3.017 | 3.055 | 3.253 | 3.451 | 3.518 |
| | | Seconds | 166 | 168 | 158 | 200 | 228 |
| | Mi-temps | Premiers | 1.012 | 1.009 | 964 | 1.041 | 994 |
| | | Seconds | 151 | 137 | 128 | 148 | 171 |
| | Fractionné | Premiers | 258 | 300 | 338 | 390 | 395 |
| | | Seconds | 271 | 275 | 243 | 220 | 223 |
| **Total Femmes** | | | **4.875** | **4.944** | **5.084** | **5.450** | **5.529** |
| Hommes | Plein-temps | Premiers | 140 | 159 | 189 | 208 | 208 |
| | | Seconds | 1.226 | 1.410 | 1.513 | 1.588 | 1.939 |
| | Mi-temps | Premiers | 120 | 122 | 109 | 136 | 144 |
| | | Seconds | 1.206 | 1.209 | 1.188 | 1.300 | 1.430 |
| | Fractionné | Premiers | 142 | 175 | 188 | 179 | 212 |
| | | Seconds | 1.887 | 2.368 | 2.615 | 2.775 | 3.236 |
| **Total Hommes** | | | **4.721** | **5.443** | **5.802** | **6.186** | **7.169** |
| **TOTAL GENERAL** | | | **9.596** | **10.387** | **10.886** | **11.636** | **12.698** |

a. Congés en cours au 31 décembre (paiements courants), à partir de décembre 2016: nouveau système de congé parental; ancien et nouveau système

Source : CCSS, calcul IGSS.

La réforme du congé parental en décembre 2016, caractérisée par davantage de flexibilité et un revenu de remplacement plus avantageux que l'indemnité forfaitaire en vigueur jusque-là, porte ses fruits dès la première année de son lancement. Avant la réforme les hommes bénéficient davantage de congés à mi-temps, alors que depuis la réforme ils optent plus pour les congés parentaux à plein-temps que pour ceux à mi-temps. Mais dès l'entrée en vigueur de la réforme, le choix des hommes se porte le plus souvent sur le congé fractionné nouvellement introduit. En décembre 2022, 48,1% des congés parentaux pris par des hommes sont des congés fractionnés, 29,9% sont des congés à plein-temps et 22,0% sont des congés à mi-temps. Chez les femmes, 67,8% des congés parentaux sont des congés à temps plein, 21,1% sont des congés à mi-temps et 11,2% sont des congés fractionnés.

En 2017 la part des congés parentaux pris par des hommes marque une très nette augmentation (44,5% des congés parentaux en décembre 2017, contre 24,6% en décembre 2016), La tendance à la hausse se poursuit depuis. Les hommes représentent 56,5% des bénéficiaires en décembre 2022, contre environ un quart des bénéficiaires au mois de décembre pour les années précédant la reforme. La part des congés parentaux pris par des hommes à un moment donné dans le temps est toutefois un indicateur biaisé de la répartition entre hommes et femmes du temps consacré au congé parental: puisque les hommes optent plus souvent pour un congé parental fractionné, qui s'étale sur un maximum de 20 mois, alors que les femmes prennent le plus souvent leurs congés parentaux en blocs de 4, 6, 8 ou 12 mois, alors la probabilité, à un moment donné dans les temps, que le congé parental d'un homme soit en cours est plus grande que la probabilité que le congé parental d'une femme soit en cours. Lorsqu'ils sont exprimés en équivalents temps plein, seulement environ 45% des congés parentaux en cours au 31 décembre 2022 sont pris par des hommes.

## 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 extrascolaire des enfants. Il s'adresse à tous les enfants entre 0 et 12 ans qui résident au Luxembourg et qui sont accueillis dans une structure agréée prestataire CSA. Depuis septembre 2016, les enfants dont au moins un parent est travailleur frontalier et qui sont accueillis dans une structure agréée prestataire CSA, peuvent également bénéficier du CSA.

Le montant de la participation de l'État varie en fonction du revenu des parents, du rang de l'enfant dans une fratrie, du nombre d'heures d'accueil hebdomadaire dont bénéficie l'enfant et du type de la structure assurant l'accueil éducatif. Dès la mise en place du CSA, une gratuité d'au moins 3 heures d'accueil éducatif hebdomadaire est introduite au profit des familles [6]. Le nombre d'heures d'accueil gratuit, ainsi que le montant de la participation de l'État aux frais d'accueil et de restauration, augmentent par paliers au fur et à mesure que le revenu des parents diminue. Des reformes en 2012, 2017 et en 2022 étendent successivement l'ampleur et/ou le champ de cette gratuité. Depuis octobre 2017, les enfants non scolarisés âgés de 1 à 4 ans qui fréquentent une crèche ou une mini-crèche prestataires CSA bénéficient, pendant 46 semaines par an, d'un accueil gratuit de 20 heures par semaine. Les enfants qui fréquentent l'éducation précoce à temps partiel bénéficient également de 10 heures gratuites [7] par semaine, pendant 46 semaines par an. À partir de septembre 2022, l'accueil dans des structures d'éducation non-formelle (maisons-relais, foyers, assistants parentaux, mini-crèches) et le repas principal deviennent gratuits pendant les semaines d'école (du lundi au vendredi, de 7:00 à 19:00), pour les enfants scolarisés à l'enseignement fondamental [8]. Le repas principal est également gratuit pendant les semaines de vacances pour les enfants faisant partie d'un ménage dont le revenu imposable ne dépasse pas 2 fois le salaire social minimum catégorie « 18 ans et plus, non qualifié ».

Au 31 décembre 2022, 58 894 enfants bénéficient du CSA dont 3 301 enfants frontaliers [9]. La progression du nombre d'enfants bénéficiaires du CSA s'établit à 7,5% par rapport à l'année précédente et par rapport à 2009, année de lancement du CSA, le nombre d'enfants bénéficiaires du CSA a plus que doublé. Le MENJE estime qu'environ 62% des enfants résidents de 0 à 12 ans bénéficient du CSA fin 2022 pour un taux qui se situait à seulement environ 34% fin 2009.

98,0% des dépenses du Service de l'éducation et de l'accueil du MENJE sont consacrées au CSA. Lesdites dépenses s'établissent à 628,6 millions EUR en 2022 et évoluent ainsi de 8,9% par rapport à 2021. En 2009, ces dépenses atteignaient seulement 86,8 millions EUR. Cette hausse des dépenses depuis le lancement du CSA résulte à la fois de la hausse du nombre de bénéficiaires du CSA et des différentes réformes du CSA qui sont intervenues depuis son lancement.

---

6. La gratuité pour les parents s'applique dans le cadre du barème du CSA tel que défini dans la loi : la participation horaire à la charge des parents telle que prévue dans le barème est alors prise en charge par l'État. Le supplément éventuel demandé par une structure d'accueil, hors barème CSA, reste toutefois à la charge des parents.
7. Sur ces 20 heures ou 10 heures gratuites, aucun dépassement ne peut être facturé par les structures prestataires du CSA.
8. La gratuité de l'accueil dans des structures d'éducation non-formelle s'applique uniquement à partir du moment de la scolarisation obligatoire de l'enfant (4 ans révolus au 1er septembre). Ainsi les enfants scolarisés à l'éducation précoce ne sont pas concernés.
9. Les chiffres relatifs au CSA sont extraits du rapport d'activité 2022 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 2022, les recettes et les dépenses augmentent de 8,5% par rapport à 2021. Cette hausse est principalement due aux indexations successives des montants des allocations familiales en lien avec la hausse du coût de la vie ainsi qu'à l'accroissement du nombre de bénéficiaires des congés parentaux. En 2018, 2019, 2020 et 2021 les recettes et les dépenses augmentent sous l'effet de la réforme du congé parental de décembre 2016 à un rythme de 4,0%, respectivement 2,1%, 1,2% et 0,5%. L'effet de la réforme du congé parental diminue avec le temps durant ces quatre années, mais s'accentue de nouveau en 2022.

La suite de ce chapitre analyse en détail l'évolution du coût des différentes prestations, l'évolution des recettes courantes et des dépenses courantes, ainsi que les transferts à l'étranger.

**Tableau 3: Évolution des recettes et des dépenses courantes de la CAE (en millions EUR)**

| EXERCICE | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| **RECETTES** | | | | | |
| Cotisations | 60,9 | 64,4 | 69,0 | 72,8 | 78,1 |
| Participation de l'Etat | 1.179,9 | 1.202,9 | 1.213,8 | 1.215,2 | 1.319,8 |
| Autres recettes | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 1,2 | 0,7 |
| **TOTAL DES RECETTES COURANTES** | **1.240,9** | **1.267,3** | **1.283,0** | **1.289,2** | **1.398,7** |
| Participation Etat-déficit | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| **TOTAL DES RECETTES** | **1.240,9** | **1.267,3** | **1.283,0** | **1.289,2** | **1.398,7** |
| *Variation annuelle en %* | *4,0%* | *2,1%* | *1,2%* | *0,5%* | *8,5%* |
| **DEPENSES** | | | | | |
| Frais d'administration | 19,1 | 19,6 | 20,4 | 20,8 | 22,0 |
| Prestations | 1.219,1 | 1.245,7 | 1.259,6 | 1.267,7 | 1.376,1 |
| dont: | | | | | |
| Allocations familiales [a] | 946,8 | 953,5 | 944,7 | 939,1 | 1.001,0 |
| Boni pour enfant | 0,9 | 0,5 | 0,4 | 0,2 | 0,1 |
| Allocation d'éducation | 6,6 | 0,9 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Indemnité de congé parental | 221,3 | 246,9 | 270,3 | 283,5 | 329,7 |
| Allocation de rentrée scolaire | 31,1 | 31,4 | 31,2 | 31,7 | 32,0 |
| Prestations de naissance | 12,4 | 12,6 | 13,0 | 13,2 | 13,3 |
| Allocations de maternité | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Autres dépenses [b] | 2,7 | 2,0 | 3,0 | 0,7 | 0,5 |
| **TOTAL DES DEPENSES COURANTES** | **1.240,9** | **1.267,3** | **1.283,0** | **1.289,2** | **1.398,7** |
| *Variation annuelle en %* | *4,0%* | *2,1%* | *1,2%* | *0,5%* | *8,5%* |
| **SOLDE** | **0,0** | **0,0** | **0,0** | **0,0** | **0,0** |

a. Comprennent les allocations familiales de base, les majorations d'âge et l'allocation spéciale supplémentaire; à partir de 2016: allocation pour l'avenir des enfants

b. Décharges, restitutions et extournes de cotisations et frais de gestion du patrimoine.

Source(s): Comptes annuels de la CAE.

Les dépenses pour les prestations d'allocations familiales (allocations familiales de base, majorations d'âge, allocations spéciales supplémentaires et boni pour enfant) ont progressé en 2022 de 61,9 millions EUR pour atteindre 1001,0 millions EUR, contre 939,1 millions EUR en 2021. Cette progression s'explique en grande partie par les réindexations répétés qui ont pris effet en 2022. La valeur annuelle moyenne de l'indice appliqué aux allocations familiales de base et aux majorations d'âge a augmenté de 5,1% entre 2021 et 2022. L'effet de ces adaptations indiciaires se manifeste également chez les bénéficiaires non-résidents : les dépenses au titre d'allocations familiales différentielles repartent à la hausse en 2022, alors qu'elles avaient marqué un recul en 2021. La progression des montants des allocations familiales octroyées par le Luxembourg en 2022 a entrainé des versements plus importants d'allocations familiales différentielles envers les familles dont la législation allemande, belge ou française est prioritaire en matière d'allocations familiales. En 2022, l'Allemagne et la Belgique n'ont pas majoré le montant de leurs allocations familiales. La France a procédé à une revalorisation des allocations familiales au 1er avril 2022 (1,8%), puis une deuxième fois au 1er juillet 2022 (4,0%), mais cette deuxième revalorisation ne fait pas encore sentir ses effets dans les allocations différentielles que le Luxembourg a versé en 2022 [10] et la première est plus modérée que les revalorisations effectuées par le Luxembourg.

Avec une dépense de 912,0 millions EUR en 2022, 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 83,1 millions EUR et les allocations spéciales supplémentaires 0,7% du total avec une dépense de 5,8 millions EUR en 2022.

Les dépenses au titre de l'allocation de rentrée scolaire sont passées de 31,7 millions EUR en 2021 à 32,0 millions EUR en 2022, soit une hausse de 1,0%.

Le montant total des prestations de naissance passe de 13,2 millions EUR en 2021 à 13,3 millions EUR en 2022, soit une hausse de 0,9%.

Les dépenses relatives à l'indemnité de congé parental affichent une augmentation de 16,3% en 2022, passant ainsi de 283,5 millions EUR en 2021 à 329,7 millions EUR en 2022. Cette hausse résulte d'une part de l'introduction de deux tranches indiciaires, qui ont entraîné une hausse de la valeur annuelle moyenne de l'indice de 3,8% entre 2021 et 2022, et d'autre part de la hausse du nombre de congés parentaux (+9,1% entre décembre 2021 et décembre 2022).

En 2015, l'allocation d'éducation est abolie, mais les droits à cette allocation ouverts avant son abolition continuent à courir en 2022 et ce, jusqu'à leur extinction. Les dépenses pour l'allocation d'éducation s'élèvent à 0,01 million EUR en 2022, contre 0,03 million EUR en 2021.

10. Les prestations différentielles sont généralement versées deux fois par an. En janvier de l'année t, ce sont les prestations différentielles correspondant aux mois de juillet à décembre de t-1 qui sont versées et en juillet de l'année t, ce sont les prestations différentielles correspondant aux mois de janvier à juin de l'année t qui sont versées. Les effets d'une réforme des allocations familiales dans un des pays voisins sur les prestations différentielles versées par le Luxembourg peuvent ainsi être décalés de 6 mois.

## 2.1. LES RECETTES COURANTES

Les recettes courantes se composent des cotisations de certains employeurs (l'État, les institutions de la sécurité sociale, les communes, les syndicats de communes et les chambres professionnelles), mais principalement de la dotation annuelle de l'État visant la couverture de l'excédent des dépenses sur les recettes. En 2022, les recettes en cotisations représentent ainsi 5,6% des recettes courantes et la part de la participation de l'État s'élève à 94,4%.

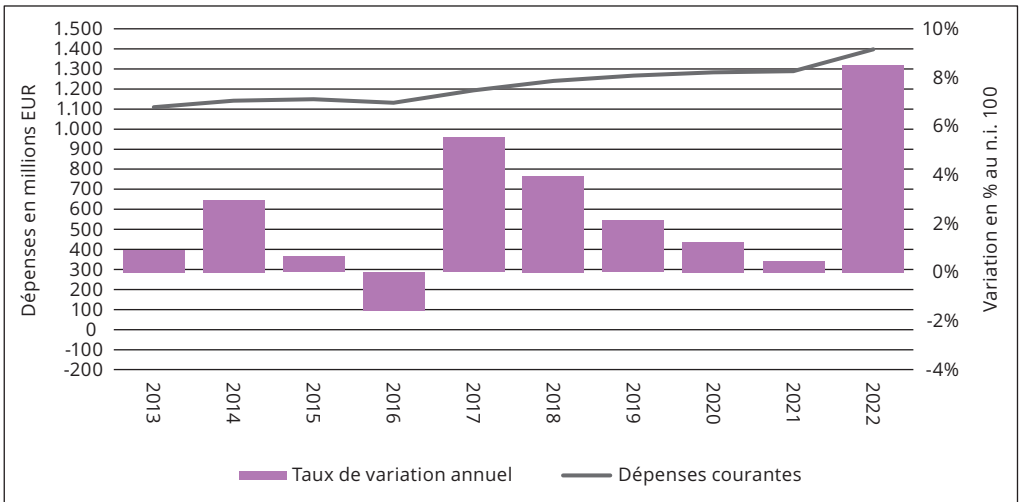
La participation annuelle de l'État dans les prestations et les frais d'administration est de 1 319,8 millions EUR en 2022, contre 1 215,2 millions EUR en 2021, soit une hausse de 8,6%.

## 2.2. LES DÉPENSES COURANTES

L'analyse de l'évolution des dépenses courantes montre que pour les années qui ont vu l'application de modifications législatives, les taux de variation des dépenses exprimés au nombre indice 100 de l'échelle mobile des salaires ont été plus forts.

L'évolution des dépenses courantes dépend exclusivement de l'évolution des dépenses liées aux prestations qui représentent 98,4% des dépenses courantes en 2022 et varie en fonction de l'évolution du niveau de ces prestations et du nombre de bénéficiaires.

**Graphique 2: Évolution des dépenses courantes**




Source : Comptes annuels de la Caisse pour l'avenir des enfants (CAE), calcul IGSS.

La période allant de 2013 à 2016 est marquée par une relative stabilité des dépenses courantes. Entre 2017 et 2021, les dépenses augmentent suite à la réforme du congé parental de décembre 2016: les dépenses liées aux indemnités du congé parental de 2017 sont près du double de celles de 2016, elles augmentent de 33,0% en 2018, de 11,5% en 2019, de 9,5% en 2020 et de 4,9% en 2021. En 2022, les dépenses courantes évoluent de 8,6% par rapport à 2021, et ce principalement en raison du taux de croissance (16,3%) des dépenses pour indemniser le congé parental et de la reindexation des allocations familiales (6,6%).

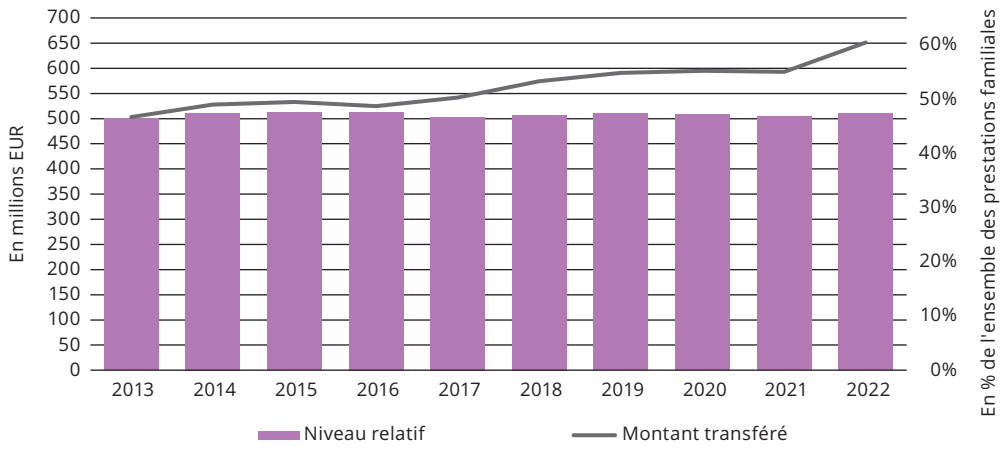
En 2022, les dépenses courantes s'élèvent à 1 398,7 millions EUR, contre 1 289,2 millions EUR en 2021. Les dépenses liées aux prestations représentent presque la totalité des dépenses totales de la CAE. Ainsi, en 2022, le montant total des prestations payées par la CAE atteint 1 376,1 millions EUR contre 1 267,7 millions EUR pour l'année précédente.

Les frais d'administration ne représentent que 1,6% du total des dépenses en 2022 et affichent 22,0 millions EUR, par rapport à 20,8 millions EUR en 2021. Les frais de personnel représentent 65,8% 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 2022 à 651,0 millions EUR (contre 593,1 millions EUR en 2021), représentant 47,3% des prestations.

**Graphique 3: Évolution des prestations familiales transférées à l'étranger**




Source : Comptes annuels de la Caisse pour l'avenir des enfants (CAE).

Les transferts à l'étranger dépendent à la fois de la conjoncture économique et, pour les bénéficiaires d'allocations différentielles, de l'écart entre le montant des prestations familiales versé dans le pays de résidence et celui versé par le Luxembourg. Les périodes de forte croissance des transferts à l'étranger correspondent en effet aux périodes avec un embauchage important de main-d'œuvre étrangère (frontalière ou non), qui a droit, pour elle ou sa famille, à certaines prestations familiales indépendamment du lieu de résidence. Entre 2013 et 2014, les transferts à l'étranger augmentent puis restent relativement stables entre 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 2022, les effets de la réforme du congé parental de décembre 2016 se traduisent par une augmentation des dépenses destinées aux bénéficiaires non-résidents. Ces effets sont atténués en 2020 et 2021 par un recul du montant des allocations différentielles, de sorte que globalement le montant des transferts à l'étranger a diminué en 2020 et en 2021. En 2022 les trois indexations des allocations familiales entrainent une hausse des dépenses au titre de prestations différentielles, tendance qui est renforcée par l'accroissement des montants d'indemnités de congé parental transférés à l'étranger.

**Tableau 4: Évolution du montant et de la part des différentes prestations familiales transférées à l'étranger (montants en millions EUR)**

| Année | Allocation pour l'avenir des enfants [a] | | Allocation de rentrée scolaire | | Indemnité de congé parental | | Prestations de naissance (total) | | Allocation d'éducation | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Montant transféré à l'étranger | Niveau relatif | Montant transféré à l'étranger | Niveau relatif | Montant transféré à l'étranger | Niveau relatif | Montant transféré à l'étranger | Niveau relatif | Montant transféré à l'étranger | Niveau relatif |
| 2018 | 457,9 | 48,4% | 15,4 | 49,6% | 94,2 | 42,6% | 2,5 | 20,0% | 3,7 | 55,2% |
| 2019 | 464,6 | 48,7% | 15,6 | 49,8% | 106,7 | 43,2% | 2,6 | 20,7% | - | - |
| 2020 | 455,4 | 48,2% | 15,8 | 50,8% | 120,8 | 44,7% | 2,7 | 21,2% | - | - |
| 2021 | 448,7 | 47,8% | 15,7 | 49,5% | 125,7 | 44,3% | 2,9 | 21,8% | - | - |
| 2022 | 479,1 | 47,9% | 15,8 | 49,5% | 152,9 | 46,4% | 3,1 | 23,0% | - | - |

a. Comprend les allocations familiales de base, les majorations d'âge et les allocations spéciales supplémentaires.

Source : Comptes annuels de la Caisse pour l'avenir des enfants (CAE).

En 2022, le montant transféré à l'étranger au titre d'allocations familiales de base, de majorations d'âge et d'allocations spéciales supplémentaires transférées à l'étranger a progressé de 30,4 millions EUR par rapport à 2021. La part de ces allocations transférées à l'étranger reste toutefois stable, autour de 48%, depuis 2018. Le constat d'une évolution stable est fait également pour l'allocation de rentrée scolaire. Or, concernant l'indemnité de congé parental, le montant de la dépense et la part transférée à l'étranger suivent une tendance à la hausse (+27,2 millions EUR entre 2021 et 2022).

Les prestations de naissance connaissent beaucoup moins de succès à l'étranger (23,0% des montants en 2022). 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.

L'analyse de l'évolution des prestations familiales transférées à l'étranger sous l'angle du nombre des bénéficiaires de paiements courants, présentée ci-dessous, conduit aux mêmes conclusions.

**Tableau 5: Évolution du nombre et de la part des bénéficiaires des prestations familiales transférées à l'étranger**

| Année | Allocation pour l'avenir des enfants [a] | | Allocation de rentrée scolaire [b] | | Indemnité de congé parental | | Prestations de naissance (total) | | Allocation d'éducation | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nombre de bénéficiaires (paiements courants) à l'étranger | Pourcent | Nombre de bénéficiaires (paiements courants) à l'étranger | Pourcent | Nombre de bénéficiaires (paiements courants) à l'étranger | Pourcent | Nombre de bénéficiaires (paiements courants) à l'étranger | Pourcent | Nombre de bénéficiaires (paiements courants) à l'étranger | Pourcent |
| 2018 | 72.278 | 37,4% | 48.781 | 38,5% | 4.276 | 44,6% | 4.253 | 20,0% | 157 | 40,8% |
| 2019 | 73.289 | 37,5% | 48.876 | 38,6% | 4.738 | 45,6% | 4.495 | 20,7% | - | - |
| 2020 | 72.211 | 37,0% | 49.104 | 38,2% | 5.030 | 46,2% | 4.736 | 21,2% | - | - |
| 2021 | 72.628 | 36,9% | 48.882 | 37,9% | 5.348 | 46,0% | 4.961 | 21,8% | - | - |
| 2022 | 73.327 | 36,9% | 49.658 | 38,0% | 6.276 | 49,4% | 5.266 | 23,0% | - | - |

a. Situation au 31 décembre. A côté des paiements courants, ont bénéficié d'une allocation différentielle 88.865 enfants au cours de l'année 2022, 87061 enfants au cours de l'année 2021, 85876 enfants au cours de l'année 2020, 84405 enfants au cours de l'année 2019 et 82159 enfants au cours de l'année 2018.

b. Situation au 31 août.

Source : CAE.

# INCLUSION SOCIALE

## INTRODUCTION

Selon la Commission européenne, l'inclusion sociale est un processus qui garantit que les personnes en risque de pauvreté et d'exclusion sociale obtiennent les possibilités et les ressources nécessaires pour participer pleinement à la vie économique, sociale et culturelle et qu'elles jouissent d'un niveau de vie et de bien-être considéré comme normal pour la société dans laquelle elles vivent. L'inclusion sociale leur garantit une meilleure participation aux processus de prise de décision qui affectent leur vie et un meilleur accès à leurs droits fondamentaux.[1]

Au Luxembourg, l'inclusion sociale est un des principaux risques ou besoins couverts par la protection sociale et relève de la solidarité nationale. La solidarité nationale s'exprime par la prise en charge de risques ou besoins sans contrepartie de cotisations (logique d'assistance).

En principe, l'inclusion sociale est un volet de la protection sociale réservé aux personnes résidentes au Grand-Duché de Luxembourg. En 2022, environ 121 000 personnes sont en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale [2]. Pour toutes les prestations (sauf le forfait d'éducation), la situation économique des personnes est prise en compte pour déterminer le droit à la prestation.

## OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE

L'inclusion sociale vise à aider à couvrir les besoins individuels des personnes défavorisées afin de leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Au Luxembourg, chaque ménage a le droit d'appeler à la solidarité au cas où ses revenus tombent en-dessous d'un seuil garanti, indépendamment de toute cause qui est à la base de l'insuffisance des ressources.

L'inclusion sociale assure aux personnes dans le besoin et à leur famille l'accès aux biens et aux services adaptés à leur situation particulière, afin de les aider à acquérir ou à préserver leur autonomie et à s'adapter au milieu social environnant. Ces secours sont apportés par les collectivités publiques aux personnes dont les ressources sont insuffisantes.

---

1. Source : Rapport conjoint sur l'inclusion sociale 2004, p. 11. (http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/final_joint_inclusion_report_2003_fr.pdf).
2. STATEC, Analyses 2-2023: Rapport « Travail et Cohésion sociale » (https://statistiques.public.lu/fr/publications/series/analyses/2023/analyses-02-231.html).

## LES PRESTATIONS DE L'INCLUSION SOCIALE

A l'heure actuelle, les prestations de la solidarité nationale suivantes sont fournies par le Fonds national de solidarité (FNS) :

- le revenu d'inclusion sociale (REVIS) qui remplace le revenu minimum garanti (RMG) depuis le 1er janvier 2019;
- le forfait d'éducation (« Mammerent ») ;
- le revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) ;
- l'allocation de vie chère ;
- la prime énergie ;
- 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 [3] 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 [4], les offices sociaux hébergent également les agents régionaux d'inclusion sociale (ARIS).

La suite de ce chapitre analyse exclusivement les prestations fournies par le FNS et l'ONIS.

## FINANCEMENT DE L'INCLUSION SOCIALE

Le financement du FNS prévu à sa création est appliqué jusqu'aujourd'hui. Il se compose essentiellement d'une dotation de l'État et d'une part dans le produit de la Loterie Nationale. De plus, dès le début, les prestations sont restituables.

3. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/12/18/n14/jo
4. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2018/07/28/a630/jo

# 1. LES PRESTATIONS

Les prestations dont la gestion et le paiement sont à la charge du FNS sont des prestations d'assistance sociale.

**Encadré méthodologique**

Les statistiques présentées dans ce chapitre se basent sur des données issues du FNS et stockées auprès du Centre commun de la sécurité sociale (CCSS). L'extraction des données est faite par l'IGSS.

Le tableau sur les comptes financiers provient des comptes annuels du FNS.

## 1.1. LE REVENU D'INCLUSION SOCIALE

Le revenu d'inclusion sociale (REVIS), entré en vigueur le 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. A partir du mois de juillet 2022 un équivalent crédit d'impôt [5] (ECI) de 84 EUR par mois est accordé aux bénéficiaires du montant forfaitaire de base par adulte de l'allocation d'inclusion.

**Encadré méthodologique**

Les données statistiques qui suivent tiennent compte des communautés domestiques qui touchent :

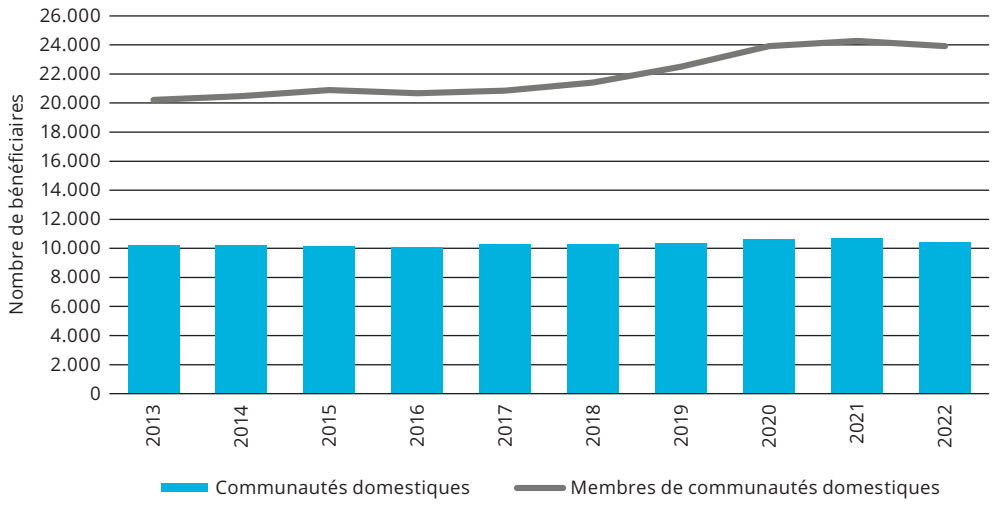
- soit une allocation d'inclusion destinée à parfaire les seuils du REVIS ;
- soit une allocation d'inclusion combinée à une allocation d'activation, sans pour autant pouvoir dépasser les limites fixées par la loi ;
- soit une allocation d'activation seule.

Le nombre de communautés domestiques provient du rapport d'activité du FNS, le nombre de membres du rapport d'activité du Ministère 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 allant de 2013 à 2022, l'évolution du nombre de communautés domestiques est relativement stable.

5. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2022/06/29/a317/jo

**Graphique 1: Évolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille [a]**




a. Situation au 31 décembre.
Sources : Fonds national de solidarité (FNS), Service national de l'action sociale (SNAS)/ Office national de l'inclusion sociale (ONIS), calcul IGSS.

Au 31 décembre 2022, le FNS compte 10 434 communautés domestiques bénéficiant du REVIS (-2,7% par rapport à 2021) composées de 23 910 membres (-1,5% par rapport à 2021). Fin 2022, 9 884 communautés domestiques bénéficient d'une allocation d'inclusion et 1 495 bénéficient d'une allocation d'activation pour une activité d'insertion professionnelle. Ces chiffres étaient de 10 167 et 1 457 un an plus tôt. A noter qu'une communauté domestique peut bénéficier en même temps d'une allocation d'inclusion et d'une allocation d'activation.

## 1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION

La loi du 28 juin 2002 crée un forfait d'éducation [6] (« Mammerent ») qui est accordé au parent qui s'est consacré à l'éducation d'un enfant à condition que sa pension ou celle de son conjoint ne comporte pas, pour l'enfant en question, la mise en compte de baby-years. Depuis 2011, le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 65 ans (60 ans auparavant) ou au moment de l'octroi d'une pension personnelle.

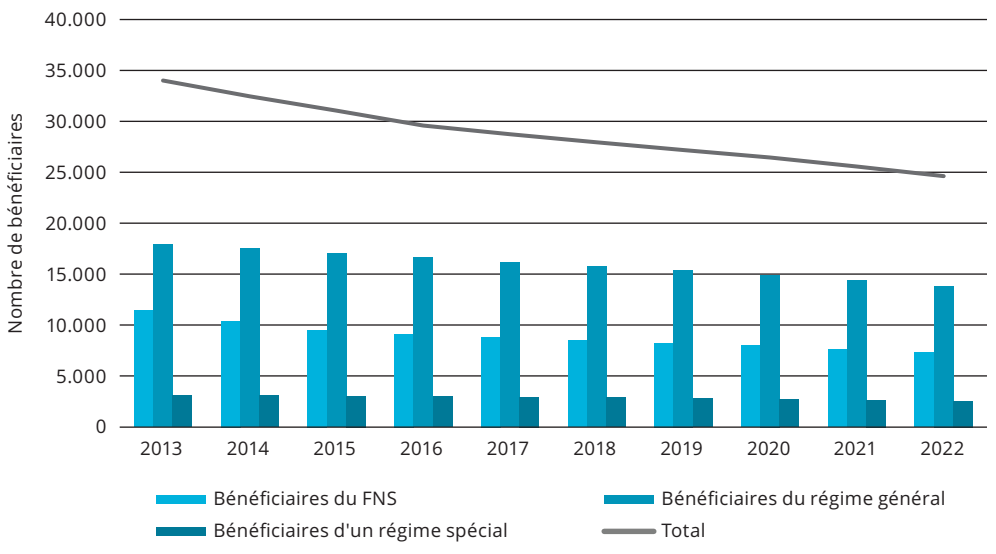
Pour les bénéficiaires de pension, le montant du forfait d'éducation s'élève à 130,5 EUR par mois et par enfant en moyenne en 2022, contre 124,4 EUR par mois et par enfant en 2021. Ce montant est adapté à l'indice du coût de la vie et ajusté au niveau de vie à l'instar des pensions. Il est soumis aux mêmes charges sociales et fiscales que les pensions. Ce forfait d'éducation est avancé par les caisses de pension pour le compte du FNS.

Le forfait d'éducation pour les ayants droit qui ne touchent pas de pension est liquidé directement par le FNS. Le montant est figé à 86,54 EUR par mois et par enfant par la loi [7] du 27 juin 2006 adaptant certaines modalités d'application de l'échelle mobile des salaires et des traitements et modifiant (...) la loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation.

6. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2002/06/28/n2/jo
7. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2006/06/27/n1/jo

Les différents forfaits d'éducation sont intégralement à charge de l'État. La loi [8] du 19 décembre 2008 élargit le cercle des bénéficiaires aux personnes relevant d'un instrument bi- ou multilatéral [9], en enlevant la condition de domiciliation et de résidence.

**Graphique 2: Évolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension [a]**




a. Situation au 31 décembre.
Source : CCSS, calcul IGSS.

En décembre 2022, le FNS enregistre 7 322 paiements mensuels, les régimes spéciaux renseignent 2 553 liquidations, et la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) enregistre 13 846 bénéficiaires. Au total, 23 721 bénéficiaires sont dénombrés en décembre 2022, contre 24 637 bénéficiaires en décembre 2021. La régression observée depuis 2013 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. Le nombre moyen, par bénéficiaire, des enfants pour lesquels le forfait d'éducation est accordé, est de deux.

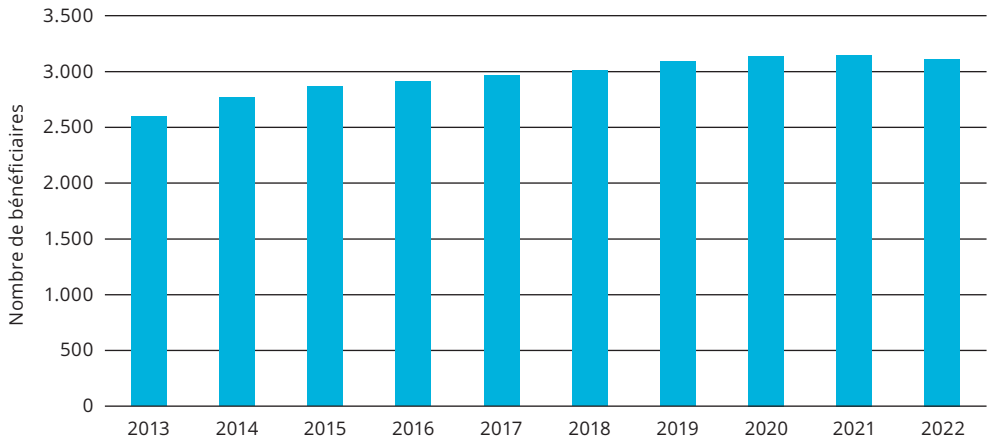
## 1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES

La loi [10] 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

8. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2008/12/19/n13/jo
9. Dans le domaine de la sécurité sociale, les règlements européens relatifs à la coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi que les conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par le Luxembourg comportent notamment des dispositions visant à assurer d'une part l'égalité de traitement des personnes concernées par ces règlements et conventions et d'autre part l'exportation des prestations de pension. En vertu d'une telle disposition, le bénéfice d'une prestation versée par le système de sécurité sociale luxembourgeois doit être accordé aux personnes affiliées à ce système mais résidant dans un autre pays auquel s'applique le règlement ou la convention en question.
10. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2003/09/12/n1/jo

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 : CCSS, calcul IGSS.

Cette dernière prestation est à charge du FNS. Le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2022 est de 3 111, contre 3 148 pour l'année 2021, soit une baisse de 1,2%. Le nombre de bénéficiaires a progressé de 20% entre 2013 et 2022. Dans le contexte des mesures visant la préservation du pouvoir d'achat des ménages [11], il est octroyé aux bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapés un équivalent crédit énergie à hauteur de 84 EUR par mois, à partir du mois de juillet 2022.

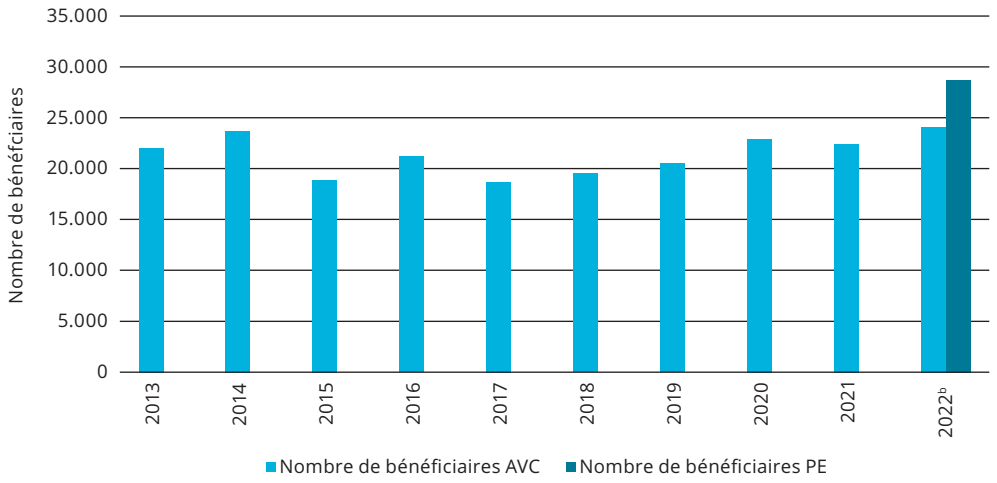
## 1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE ET LA PRIME ÉNERGIE

Le règlement [12] du Gouvernement en Conseil du 19 décembre 2008 introduit, à partir de l'année 2009, une allocation de vie chère en lieu et place de l'allocation de chauffage (créée en 1983) en faveur des ménages à revenu modeste. Les montants de cette nouvelle allocation de vie chère sont deux fois plus élevés que les montants de l'allocation de chauffage. 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. Afin de pallier à la forte hausse des prix de l'énergie en 2022, le Gouvernement a rehaussé de 13,8% les montants de l'allocation de vie chère et a introduit une prime énergie [13] en faveur des ménages à revenu modeste. Le montant annuel de la prime varie entre 200 et 400 EUR en fonction de la composition du ménage et du niveau de ses revenus. La prime énergie est destinée aux

11. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2022/06/29/a317/jo
12. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgc/2008/12/19/n2/jo
13. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgc/2022/03/18/a129/jo

bénéficiaires de l'allocation de vie chère, ainsi qu'aux ménages dont les revenus ne dépassent pas de plus de 25% les plafonds de revenu conditionnant l'octroi de l'allocation de vie chère.

**Graphique 4: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère et de la prime énergie [a]**




a. Situation au 31 décembre.
b. A partir de l'année 2022 une prime énergie est octroyée en complément à l'allocation de vie chère.
Source : CCSS, calcul IGSS.

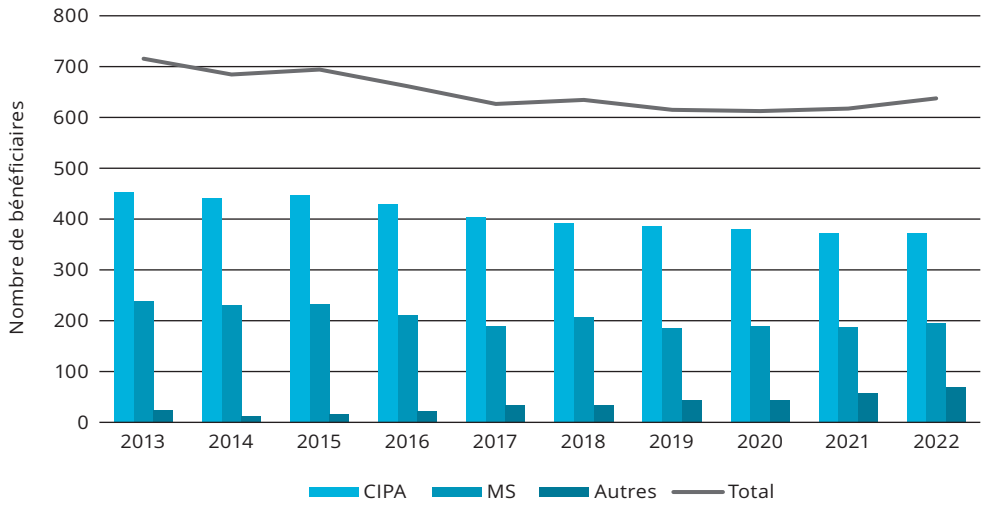
En 2021, 22 393 ménages bénéficient de l'allocation de vie chère, contre 22 899 en 2020, soit une baisse de 2,2%.

## 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 [14] à participer également aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit, dont notamment certains logements encadrés.

14. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2004/04/30/n1/jo

**Graphique 5: Évolution du nombre de bénéficiaires du complément accueil gérontologique par lieu de séjour [a]**




a. Situation au 31 décembre.
Note : Autres = établissements médico-sociaux assurant un accueil de jour et de nuit pour lesquels le FNS peut participer aux prix des prestations fournies suivant la loi du 30 avril 2004 (notamment logements encadrés pour personnes âgées).
Source : CCSS, calcul IGSS.

Depuis 2013, 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 2022, 58,4% des bénéficiaires résident dans un CIPA, 30,6% résident dans une maison de soins, et 11,0% dans un autre établissement. Au 31 décembre 2022, 637 compléments sont versés, contre 617 en 2021.

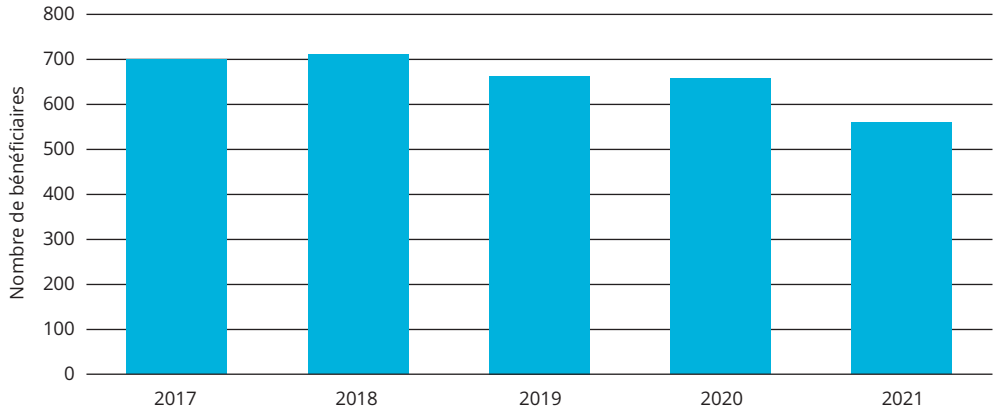
## 1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES

La loi [15] du 26 juillet 1980 et le règlement grand-ducal [16] du 2 décembre 1983 règlent l'avance et le recouvrement par le FNS de pensions alimentaires dues à un conjoint, un ascendant ou un descendant.

Tout ayant droit d'une pension alimentaire fixée par décision judiciaire exécutoire au Grand-Duché de Luxembourg non payée par son débiteur, peut faire une demande auprès du FNS pour toucher une avance sur la pension alimentaire. La condition est que le bénéficiaire se trouve dans une situation économique difficile et ait personnellement épuisé toutes les possibilités légales pour obtenir son droit.

15. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/1980/07/26/n2/jo
16. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/1983/12/02/n6/jo

**Graphique 6: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire [a]**




a. Situation au 31 décembre.
Source : Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

Au 31 décembre 2022, 547 personnes sont bénéficiaires, contre 560 personnes en 2021.

## 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 110 au 31 décembre 2022. 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 personnes qui étaient bénéficiaires de cette allocation en 1999. Le nombre de bénéficiaires de l'APGH est passé de 2 713 personnes au 31 décembre 1999 à 475 personnes au 31 décembre 2022.

# 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 graduellement mis en en place, notamment par le paiement d'une pension de solidarité, basée sur les ressources. Le financement y prévu est appliqué jusqu'aujourd'hui.

## 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** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Recettes** | | | | | |
| Dotations de l'État | 300,6 | 313,1 | 359,7 | 329,7 | 354,8 |
| Participation d'autres organismes [a] | 7,1 | 7,7 | 7,3 | 7,4 | 8,8 |
| Participation de l'État aux frais d'administration | 9,0 | 9,3 | 10,4 | 10,9 | 11,9 |
| Restitutions et pensions alimentaires recouvrées | 18,1 | 20,8 | 21,2 | 25,3 | 21,0 |
| Autres recettes | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| **TOTAL DES RECETTES** | **335,1** | **351,2** | **398,6** | **373,5** | **396,8** |
| *Variation annuelle en %* | *2,0%* | *4,8%* | *13,5%* | *-6,3%* | *6,2%* |
| **Dépenses** | | | | | |
| Frais d'administration | 9,0 | 9,3 | 10,4 | 10,9 | 11,9 |
| Prestations | 325,6 | 340,8 | 387,6 | 360,7 | 383,4 |
| dont: | | | | | |
| Revenu minimum garanti (RMG) / Revenu d'inclusion sociale (REVIS) [b] | 179,7 | 192,2 | 195,3 | 204,9 | 209,2 |
| Forfait d'éducation (« Mammerent ») | 54,6 | 53,1 | 51,5 | 49,6 | 48,0 |
| Revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) | 46,5 | 49,2 | 50,7 | 52,5 | 54,9 |
| Allocation de vie chère (AVC) | 34,5 | 36,3 | 79,9 | 43,5 | 60,3 |
| Accueil gérontologique | 8,0 | 7,9 | 8,0 | 8,2 | 8,2 |
| Pensions alimentaires | 2,2 | 2,0 | 2,0 | 1,9 | 1,7 |
| Allocations compensatoires | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,9 |
| Autres dépenses | 0,5 | 1,0 | 0,7 | 1,9 | 2,3 |
| **TOTAL DES DEPENSES** | **335,1** | **351,2** | **398,6** | **373,5** | **396,8** |
| *Variation annuelle en %* | *2,0%* | *4,8%* | *13,5%* | *-6,3%* | *6,2%* |
| **Solde des opérations courantes** | **0,0** | **0,0** | **0,0** | **0,0** | **0,0** |

a. Loterie nationale et Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte
b. Revenu d'inclusion sociale (REVIS) à partir de 2019.
Source : Comptes de résultat du Fonds National de Solidarité (FNS).

Les dépenses se composent principalement des prestations qui sont au nombre de huit et qui représentent plus de 97,0% des dépenses totales.

Le coût total des prestations REVIS [17], charges sociales comprises, atteint un montant de 209,2 millions EUR en 2022, soit une augmentation de 2,1% par rapport à 2021. Cette hausse reflète, hormis la prise d'effet d'une tranche indiciaire au 1er avril 2022, l'introduction à partir du mois de juillet 2022 d'un équivalent crédit d'impôt de 84 EUR par mois pour les bénéficiaires du montant forfaitaire de base de l'allocation d'inclusion. Parmi les prestations REVIS, les allocations d'inclusion représentent un montant de 174,0 millions EUR, et les allocations d'activation un montant de 35,2 millions EUR.

Les dépenses totales relatives au forfait d'éducation pour l'exercice 2022 s'élèvent à 48,0 millions EUR, contre 49,6 millions EUR en 2021. Cette baisse de 3,2% s'explique par une diminution du nombre de bénéficiaires. Les prestations liquidées directement par le FNS se chiffrent à 16,7 millions EUR. Les régimes spéciaux de pension ont payé 5,5 millions EUR et le régime général d'assurance pension a alloué 25,8 millions EUR.

Pour 2022, les dépenses annuelles du revenu pour personnes gravement handicapées se chiffrent à 54,9 millions EUR, contre 52,5 millions EUR pour 2021 (cotisations sociales comprises). L'augmentation de 4,6% des dépenses s'explique par l'introduction d'un équivalent crédit impôt pour les bénéficiaires de cette prestation et par l'indexation de ce revenu en avril 2022 (+2,5%).

Les dépenses annuelles pour l'exercice 2022 relative à l'allocation de vie chère s'élèvent à 60,3 millions EUR, contre 43,5 millions EUR en 2021. Cette hausse s'explique par l'augmentation de 13,8% des montants de l'allocation de vie chère et l'octroi de la prime énergie aux bénéficiaires de l'allocation de vie chère ainsi qu'aux ménages dont les revenus ne dépassent pas de plus de 25,0% le plafond de revenu pour l'éligibilité à l'allocation de vie chère.

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 2022, le montant des dépenses augmente de 0,2% pour un nombre de bénéficiaires quasiment constant par rapport à 2021.

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 montant fixé par décision judiciaire, à savoir que le législateur n'a pas fixé de plafonds. Ainsi, la fourchette des montants avancés est assez large. En 2022, ce coût atteint 1,7 million EUR, contre 1,9 million EUR en 2021.

Le montant des dépenses des allocations compensatoires continue à diminuer (0,09 million EUR en 2022 contre 0,11 million EUR en 2021).

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 2022, les dépenses pour l'allocation pour personnes gravement handicapées s'élèvent à 4,5 millions EUR, affichant une baisse de -0,4% par rapport à 2021.

---

17. Les prestations REVIS comprennent l'allocation d'inclusion, l'allocation d'activation, les cotisations d'assurance pension selon l'art.6(3) de la loi du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale et les prestations de participation aux frais de personnel en cas d'engagement d'un bénéficiaire de l'allocation d'activation moyennant contrat de travail selon l'art.51 de la loi précitée.

## 2.2. LES RECETTES COURANTES

Les recettes courantes s'élèvent à 396,8 millions EUR en 2022, soit une hausse de 6,2% par rapport à 2021. Les dotations de l'État au financement des différentes prestations, qui composent la très grande part des recettes, s'élèvent à 354,8 millions EUR en 2022 contre 329,7 millions EUR en 2021. Depuis 2013, la quote-part au profit du FNS dans le produit de l'Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte a été relevée à un tiers [18], contre un quart auparavant. En 2022, ces recettes se situent à 8,8 millions EUR. Les restitutions de prestations, qui se composent de restitutions de prestations indûment touchées ou de restitutions de prestations dûment touchées de la part de bénéficiaires revenus à meilleure fortune, affichent 21,0 millions EUR en 2022.

## 2.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les prestations constituent la presque totalité des dépenses courantes, les frais d'administration ne représentant en 2022 que 3,0% du total, soit 11,9 millions EUR. En 2022, le montant total des prestations payées par le FNS atteint 383,4 millions EUR, contre 360,7 millions EUR pour l'année précédente. Le total des dépenses courantes atteint 396,8 millions EUR, contre 373,5 millions EUR en 2021, soit une augmentation de 6,2%.

18. https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2013/01/16/n1/jo

# SOMMAIRE DES TABLEAUX


**Protection sociale** **11**

Tableau 1: Panorama de la protection sociale 12
Tableau 2: Évolution des recettes et dépenses totales de protection sociale (en millions EUR) 24
Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2022 (moyenne annuelle) 28
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2022 (moyenne annuelle) 29
Tableau 5: Évolution du nombre de personnes protégées entre 2018 et 2022 (moyenne annuelle) 30
Tableau 6: Évolution annuelle de la population protégée entre 2018 et 2022 (moyenne annuelle) 30

**Assurance maladie-maternité** **33**

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 46
Tableau 6: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2023 47
Tableau 7: Nombre de pharmacies ouvertes au public selon le canton en 2022 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 2019 à 2022 56
Tableau 11: Evolution du nombre de consultations et de visites réalisées en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2022 58
Tableau 12: Part de l'activité des maisons médicales de garde dans les consultations et visites urgentes en milieu extrahospitaliers entre 2019 et 2022 60
Tableau 13: Évolution du volume des honoraires des médecins depuis 2013 (en millions EUR) 62
Tableau 14: Évolution du Top 10 du nombre d'admissions en hôpital de jour par diagnostic principal 71
Tableau 15: Évolution du Top 10 du nombre d'admissions en hospitalisation avec nuitée par diagnostic principal 72
Tableau 16: Relevé de certaines unités d'œuvre fournies aux patients COVID-19 dans les établissements hospitaliers 73
Tableau 17: Le type d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus entre 2020 et 2022 74
Tableau 18: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2022 85
Tableau 19: Évolution des dépenses pour les autres soins de santé de 2013 à 2022 (en millions EUR) 90
Tableau 20: Évolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger entre 2020 et 2022 93
Tableau 21: Décomposition de la progression du taux d'absentéisme maladie de 2020 à 2022 98
Tableau 22: Évolution des dépenses pour prestations en espèces de maladie entre 2020 et 2022 (en millions EUR) 105
Tableau 23: Évolution du nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge de 2020 à 2022 108
Tableau 24: Part des femmes avec un congé de maternité et ayant bénéficié d'une dispense de travail selon le secteur d'activité de 2020 à 2022 111
Tableau 25: Évolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'une dispense de travail pour femmes enceintes selon le secteur d'activité de 2020 à 2022 111
Tableau 26: Évolution des dépenses pour prestations en espèces en cas de maternité de 2020 à 2022 115
Tableau 27: Évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR) 119
Tableau 28: Évolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité de 2018 à 2022 (en millions EUR) 122
Tableau 29: Évolution des dépenses pour soins de santé de 2018 à 2022 (en millions EUR) 123

Tableau 30: Évolution des dépenses pour prestations en espèces de 2018 à 2022 (en millions EUR) 124
Tableau 31: Évolution des recettes et dépenses de la Mutualité des Employeurs entre 2018 et 2022 (en millions EUR) 125

## Assurance dépendance 127

Tableau 1: Évolution des effectifs du personnel 133
Tableau 2: Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée par qualification 134
Tableau 3: Évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance 136
Tableau 4: Évolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour 138
Tableau 5: Évolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour 138
Tableau 6: Évolution du nombre de bénéficiaires par groupe d'âge et lieu de séjour 139
Tableau 7: Évolution de l'âge moyen et de l'âge médian des bénéficiaires de l'assurance dépendance 139
Tableau 8: Évaluation de la répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et par type d'affection 140
Tableau 9: Évolution du nombre de bénéficiaires d'un forfait « Décès » ou d'un forfait « Soins palliatifs » 141
Tableau 10: Évolution de l'âge moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type d'affection 141
Tableau 11: Évolution de l'âge moyen des bénéficiaires d'un forfait « Décès » ou « Soins palliatifs » 142
Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2022 (en % du total) 144
Tableau 13: Classification des causes de la dépendance selon la AEC 145
Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2022 (en % du total) 145
Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2022 (en % du total) 146
Tableau 16: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance 148
Tableau 17: Évolution de la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance et par lieu de séjour en 2022 (en % du total) 149
Tableau 18: Évolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV) 150
Tableau 19: Répartition des personnes vivant à domicile selon leur synthèse de prise en charge en 2022 (en %) 151
Tableau 20: Répartition des personnes vivant dans un ESC selon leur synthèse de prise en charge en 20212 (en %) 152
Tableau 21: Répartition des personnes résidant dans un ESI selon leur synthèse de prise en charge en 2022 (en %) 153
Tableau 22: Répartition des bénéficiaires d'AAI par cause de dépendance principale et lieu de séjour en 2022 (en %) 153
Tableau 23: Les bénéficiaires vivant à domicile ayant droit à une formation en fonction de l'origine du plan en 2022 156
Tableau 24: Évolution de la répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage 157
Tableau 25: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par groupe d'âge en 2022 157
Tableau 26: Répartition des bénéficiaires vivant à domicile par type de partage et par sexe en 2022 158
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 2022 158
Tableau 28: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale 160
Tableau 29: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO 160
Tableau 30: Évolution du nombre de titulaires d'une décision positive pour une adaptation du logement 161
Tableau 31: Évolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2013 (en millions EUR) 163
Tableau 32: Évolution des dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance par groupe d'âge et lieu de séjour du bénéficiaire (en millions EUR) 164

Tableau 33: Évolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions EUR) 166
Tableau 34: Évolution du coût des prestations en nature par type de prestation et lieu de séjour au Luxembourg (en millions EUR) 167
Tableau 35: Évolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature (en millions EUR) 167
Tableau 36: Répartition des dépenses pour certains types de prestations en nature par groupe d'âge du bénéficiaire en 2022 (en millions EUR) 168
Tableau 37: Évolution des dépenses pour les prestations forfaitaires de l'assurance dépendance (en milliers EUR) 169
Tableau 38: Évolution des dépenses pour prestations à domicile par type de partage (en millions EUR) 169
Tableau 39: Évolution des dépenses pour les aides techniques (en millions EUR) 170
Tableau 40: Évolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance (en millions EUR) 171
Tableau 41: Évolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance 172

**Assurance pension** **175**

Tableau 1: Évolution des prestations en cours de paiement 178
Tableau 2: Évolution des assurés cotisant 182
Tableau 3: Évolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension (en millions EUR) 184
Tableau 4: Évolution des principales dépenses en prestations (en millions EUR) 186
Tableau 5: Évolution de la situation financière du régime général d'assurance pension 187

**Assurance accident** **189**

Tableau 1: Évolution récente du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général) 193
Tableau 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général par type d'accident 194
Tableau 3: Évolution du nombre de prestations en espèces pendant les 78 premières semaines 196
Tableau 4: Évolution du nombre des rentes 196
Tableau 5: Évolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux 197
Tableau 6: Évolution du nombre d'accidents pour lesquels des prestations pour soins de santé ont été liquidées par la CNS 197
Tableau 7: Évolution du nombre des dégâts matériels 198
Tableau 8: Évolution des rentes avant la réforme et rachats de rentes 198
Tableau 9: Évolution des recettes et des dépenses courantes de l'assurance accident (en millions EUR) 199
Tableau 10: Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2022 (en millions EUR) 200
Tableau 11: Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2022 (en millions EUR) 200
Tableau 12: Évolution du montant des prestations du régime général (en millions EUR) 201
Tableau 13: Évolution du montant des prestations des régimes spéciaux (en millions EUR) 201

**Prestations familiales** **203**

Tableau 1: Évolution du nombre de bénéficiaires des prestations familiales en espèces 209
Tableau 2: Évolution du nombre d'indemnités de congé parental selon le sexe et le type de congé parental 210
Tableau 3: Évolution des recettes et des dépenses courantes de la CAE (en millions EUR) 212
Tableau 4: Évolution du nombre et de la part des bénéficiaires des prestations familiales transférées à l'étranger 216
Tableau 5: Évolution du montant et de la part des différentes prestations familiales transférées à l'étranger (montants en millions EUR) 216

**Inclusion sociale** **217**

Tableau 1: Évolution des recettes et des dépenses globales du FNS (en millions EUR) 226

# SOMMAIRE DES GRAPHIQUES


**Protection sociale** **11**

Graphique 1: Évolution des recettes courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %) 16
Graphique 2: Évolution du financement de la protection sociale (en % des recettes courantes) 17
Graphique 3: Évolution de la participation de l'État au financement de la protection sociale (en % du budget des dépenses courantes de l'État) 18
Graphique 4: Répartition de la participation de l'État au financement des régimes de protection sociale (en % des recettes courantes - valeurs moyennes sur la période 2018-2022) 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 2022 (moyenne annuelle) 29
Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2018-2022 31

**Assurance maladie-maternité** **33**

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 2014 et 2023 42
Graphique 5: Comparaison de la structure d'âge des médecins hospitaliers féminins en 2014 et 2023 43
Graphique 6: Évolution des dépenses pour soins de santé 49
Graphique 7: Répartition des dépenses pour soins de santé au Luxembourg en 2022 (en % du total) 52
Graphique 8: Composition des soins de santé pris en charge pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients bénéficiant des montants pris en charge les plus élevés en 2022 (en % du total) 53
Graphique 9: Répartition du nombre de patients et du montant moyen de prise en charge par groupe d'âge et sexe en 2022 54
Graphique 10: Répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2022 55
Graphique 11: Répartition des contacts médicaux par groupe d'âge et type de contact en 2022 57
Graphique 12: Évolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2020 à 2022 57
Graphique 13: Évolution mensuelle du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier entre 2019 et 2022 59
Graphique 14: Évolution du nombre de consultations et de visites urgentes en milieu extrahospitalier par jour et semaine entre 2019 et 2022 60
Graphique 15: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2022 (en milliers EUR) 62
Graphique 16: Évolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2018 et 2022 (par ordre décroissant pour 2022) 63
Graphique 17: Évolution des dépenses pour soins de médecine 63
Graphique 18: Évolution des dépenses pour soins de médecine dentaire 64
Graphique 19: Évolution des dépenses pour soins hospitaliers 65
Graphique 20: Évolution des journées d'hospitalisation par type d'hospitalisation 66
Graphique 21: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2022 (en %) 67
Graphique 22: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2022 (en %) 68
Graphique 23: Évolution du nombre d'admissions par type d'hospitalisation 70

Graphique 24: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2022 70
Graphique 25: Nombre d'admissions liées à la COVID-19 par groupe d'âge et sexe en 2022 73
Graphique 26: Durée moyenne de séjour par groupe d'âge et sexe en 2022 (hôpitaux aigus) 75
Graphique 27: Évolution mensuelle du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par centre hospitalier entre 2019 et 2022 76
Graphique 28: Évolution du nombre de passages aux urgences en milieu hospitalier par jour de semaine en 2019, 2020, 2021 et 2022 76
Graphique 29: Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins en milieu hospitalier par groupe d'âge des patients en 2019, 2020, 2021 et 2022 79
Graphique 30: Évolution du nombre de consultations urgentes des sous-sections 3, 4, 6 et 7 de la section 4, du chapitre 1, de la partie 1 de la nomenclature des actes et services des médecins par niveau d'urgence défini selon l'échelle canadienne de triage par groupe d'âge des patients entre 2019 et 2022 81
Graphique 31: Évolution des dépenses pour prestations en nature de maternité (en millions EUR) 82
Graphique 32: Le nombre d'accouchements par césarienne et le nombre d'accouchements normaux en 2013 et 2022 83
Graphique 33: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2013 et 2022 83
Graphique 34: Évolution des dépenses relatives aux médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public 84
Graphique 35: Part des médicaments génériques dans l'ensemble des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public 85
Graphique 36: Évolution des dépenses totales relatives aux médicaments 86
Graphique 37: Évolution des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale 87
Graphique 38: Évolution des dépenses pour soins infirmiers 88
Graphique 39: Évolution des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie 89
Graphique 40: Répartition des doses de vaccination contre la COVID-19 par lieu de prestation en 2022 91
Graphique 41: Évolution des dépenses pour prestations à l'étranger 92
Graphique 42: Évolution du nombre de demandes S2 accordées par pays de destination de 2018 à 2022 94
Graphique 43: Évolution du nombre de demandes S2 accordées par type de traitement de 2018 à 2022 95
Graphique 44: Évolution du taux d'absentéisme de 2013 à 2022 97
Graphique 45: Évolution mensuelle du taux d'absentéisme de 2020 à 2022 99
Graphique 46: Évolution mensuelle du nombre de personnes absentes de 2020 à 2022 99
Graphique 47: Taux d'absentéisme par groupe d'âge et sexe de 2020 à 2022 100
Graphique 48: Taux d'absentéisme par lieu de résidence et sexe de 2020 à 2022 101
Graphique 49: Taux d'absentéisme par secteur d'activité de 2020 à 2022 102
Graphique 50: Répartition du nombre de jours et du nombre d'épisodes de maladie des salariés résidents de 2020 à 2022, selon la raison médicale 103
Graphique 51: Contribution d'une raison médicale au taux d'absentéisme des salariés résidents de 2020 à 2022 104
Graphique 52: Évolution des indemnités pécuniaires de maladie proprement dites à charge de la CNS (en millions EUR) 106
Graphique 53: Évolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité et la part de ces femmes par rapport au total des femmes en emploi âgées entre 15 et 50 ans de 2013 à 2022 108
Graphique 54: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 2004, 2008, 2012, 2017, 2022 109
Graphique 55: Évolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'une dispense de travail pour femmes enceintes et la part de ces femmes par rapport au total des femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité de 2013 à 2022 110

Graphique 56: Évolution du nombre de bénéficiaires du congé pour raisons familiales (CPRF) et la part des salariés et indépendants en emploi ayant bénéficié du CPRF selon le sexe 113
Graphique 57: Nombre de femmes ayant bénéficié du congé pour raisons familiales par groupe d'âge de 2020 à 2022 114
Graphique 58: Nombre d'hommes ayant bénéficié du congé pour raisons familiales par groupe d'âge de 2020 à 2022 114
Graphique 59: Évolution des indemnités pécuniaires de maternité proprement dites (en millions EUR) 116
Graphique 60: Évolution des indemnités pécuniaires de maternité pour la protection des femmes enceintes (dispenses) (en millions EUR) 116
Graphique 61: Évolution du coût du congé pour raisons familiales (en millions EUR) 117
Graphique 62: Évolution du solde des opérations courantes de 2018 à 2022 (en millions EUR) 120
Graphique 63: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2018 à 2022 120
Graphique 64: Évolution des recettes et dépenses courantes de 2018 à 2022 121
Graphique 65: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2022 (en % du total) 122

**Assurance dépendance** **127**

Graphique 1: Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance 137
Graphique 2: Évolution du temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge 150
Graphique 3: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour les AEV (en heures) par groupe d'âge en 2021 154
Graphique 4: Répartition des bénéficiaires d'AAI et du temps moyen requis pour AEV (en heures) par cause de dépendance principale en 2022155
Graphique 5: Évolution des dépenses pour prestations par groupe d'âge et sexe du bénéficiaire 165
Graphique 6: Évolution des dépenses pour prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire 165
Graphique 7: Évolution de la participation de l'État aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR) 173
Graphique 8: Évolution de la réserve globale au 31 décembre en % des dépenses courantes 174

Assurance pension 175

Graphique 9: Répartition des pensions par type de pension et sexe du bénéficiaire en 2022 179
Graphique 10: Part des pensions migratoires par type de pension en 2022 180
Graphique 11: Répartition des pensions par pays de destination en 2021 180
Graphique 12: Répartition par âge du bénéficiaire des pensions de vieillesse attribuées en 2022 181
Graphique 13: Montant moyen des pensions non-migratoires par type de pension en 2022 (en EUR) 182
Graphique 14: Évolution du nombre moyen d'assurés et de pensions 183
Graphique 15: Évolution des recettes et des dépenses courantes du régime général d'assurance pension 185
Graphique 16: Évolution de la réserve du régime général d'assurance pension 187

**Assurance accident** **189**

Graphique 1: Évolution du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général) 192
Graphique 2: Évolution du nombre d'accidents déclarés par régime 193
Graphique 3: Nombre d'accidents déclarés du régime général et des régimes spéciaux par type d'accident 194
Graphique 4: Évolution du taux de fréquence des accidents 195

**Prestations familiales** **203**

Graphique 1: Évolution du nombre d'enfants bénéficiaires par groupe d'âge et du nombre de familles attributaires 207
Graphique 2: Évolution des dépenses courantes 214
Graphique 3: Évolution des prestations familiales transférées à l'étranger 215

## Inclusion sociale 217

Graphique 1: Évolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille 220
Graphique 2: Évolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension 221
Graphique 3: Évolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées 222
Graphique 4: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère et de la prime énergie 223
Graphique 5: Évolution du nombre de bénéficiaires du complément accueil gérontologique par lieu de séjour 224
Graphique 6: Évolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire 225

| | |
|---|---|
| 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 :<br>• en prévenant une diminution des capacités motrices, cognitives et psychiques ;<br>• en entretenant les capacités motrices, cognitives et psychiques ;<br>• 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 :<br>• nettoyer et ranger les pièces de vie ;<br>• faire la vaisselle et nettoyer l'équipement de la cuisine ;<br>• s'assurer de la comestibilité des aliments ;<br>• acheter les denrées alimentaires et les produits de première nécessité pour la personne ;<br>• changer la literie ;<br>• 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.<br>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.<br>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.<br>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:<br>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;<br>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 ;<br>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).<br>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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>Les prestations de naissance sont allouées en trois tranches :<br>1. l'allocation prénatale ;<br>2. l'allocation de naissance proprement dite ;<br>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 :<br>• d'assurer l'exécution des dispositions prévues au chapitre II de la loi RMG (indemnité d'insertion);<br>• de coordonner à cet effet l'action et l'apport des instances et organismes concernés;<br>• d'assurer le secrétariat du comité interministériel et du conseil supérieur de l'action sociale;<br>• de recueillir les données statistiques nécessaires relatives aux prestations accordées aux bénéficiaires.<br>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 |

- 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