

 LA SÉCURITÉ SOCIALE - 2018

RAPPORT GÉNÉRAL



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

Inspection générale de la sécurité sociale

www.igss.gouvernement.lu
www.statsecu.public.lu

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

2018



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

Inspection générale de la sécurité sociale

Luxembourg
Janvier 2019

AVANT-PROPOS

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

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

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



Romain Schneider
Ministre de la Sécurité sociale



Avant-propos	3
Protection sociale	9
1. LE SYSTÈME DE LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG	9
2. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE	11
2.1. LES RECETTES DE LA PROTECTION SOCIALE	12
2.2. LES DÉPENSES DE LA PROTECTION SOCIALE	15
2.3. SITUATION GLOBALE	18
3. LES PERSONNES PROTÉGÉES PAR LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE ET LES PERSONNES BÉNÉFICIAIRES	20
3.1. APERÇU GÉNÉRAL DU NOMBRE DE PERSONNES PROTÉGÉES ET BÉNÉFICIAIRES SELON LES RISQUES	20
3.2. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES PROTÉGÉES PAR LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE LUXEMBOURGEOIS	23
3.3. ÉVOLUTION DU NOMBRE TOTAL DE PERSONNES PROTÉGÉES DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE LUXEMBOURGEOIS	24
Assurance maladie-maternité	27
INTRODUCTION	27
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	27
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	27
ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	28
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	28
1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ	30
1.1. LES RESSOURCES HUMAINES	30
1.2. LES RESSOURCES MATÉRIELLES	40
2. SOINS DE SANTÉ	42
2.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SELON LE DÉCOMPTE DE LA CNS	42
2.2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SELON LA DATE DE LA PRESTATION	47
3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES	64
3.1. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE	64
3.2. L'ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MALADIE	65
3.3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MATERNITÉ	72
3.4. L'ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MATERNITÉ	72
4. LA SITUATION FINANCIÈRE	78
4.1. SITUATION GLOBALE	78
4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES	80
4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS	81
Assurance dépendance	85
INTRODUCTION	85
RÉFORME DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	85
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	85
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	86
ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	86
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	87
1. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE	87
1.1. LA CONVENTION-CADRE	88
1.2. LE CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES	89
1.3. LE PERSONNEL	89

2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	92
2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DEPENDANCE	92
2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES	96
2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS PALLIATIFS	97
2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE	97
3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	103
3.1. LES PRESTATIONS REQUISES RETENUES DANS LES PLANS DE PRISE EN CHARGE	103
3.2. LES AIDES TECHNIQUES ET LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT	115
3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES	118
4. LA SITUATION FINANCIERE	127
4.1. LA SITUATION GLOBALE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	128
4.2. LES RECETTES COURANTES	129
4.3. LES DÉPENSES COURANTES	130
4.4. LA RESERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	130
Assurance pension	133
INTRODUCTION	133
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION	133
RÉGIMES D'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG	133
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE PENSION	133
ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION	135
FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION	135
1. LES PRESTATIONS	135
1.1. LES PENSIONS PAYÉES	136
1.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS	136
1.3. LES PENSIONS MIGRATOIRES	137
1.4. LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS	138
1.5. LES ASSURÉS COTISANTS	139
1.6. LE NIVEAU MOYEN DES PENSIONS	141
2. LA SITUATION FINANCIERE DU REGIME GENERAL D'ASSURANCE PENSION	142
2.1. LES RECETTES	143
2.2. LES DÉPENSES	144
2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE	144
Assurance Accident	147
INTRODUCTION	147
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT	147
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT	147
ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT	147
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT	148
1. PRINCIPALES DONNEES STATISTIQUES	148
1.1. AFFILIATION DES ENTREPRISES	149
1.2. STATISTIQUES SUR LES ACCIDENTS	149
1.3. LES RENTES ET AUTRES PRESTATIONS	150
2. LA SITUATION FINANCIERE	154
2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES	154
2.2. LES RECETTES COURANTES	156
2.3. LES DÉPENSES COURANTES	157

Prestations familiales	161
INTRODUCTION	161
OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES	161
LES PRESTATIONS POUR LES FAMILLES ET LES ENFANTS	161
ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES	162
FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES	162
1. LES PRESTATIONS	162
1.1. L'ALLOCATION POUR L'AVENIR DES ENFANTS	163
1.2. L'ALLOCATION SPÉCIALE SUPPLÉMENTAIRE	165
1.3. L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE	165
1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE	165
1.5. L'INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL	166
1.6. LES ALLOCATIONS ABROGÉES	166
2. LA SITUATION FINANCIERE	167
2.1. LES RECETTES COURANTES	169
2.2. LES DÉPENSES COURANTES	170
2.3. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER	171
Inclusion sociale	173
INTRODUCTION	173
OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE	173
LES PRESTATIONS DE L'INCLUSION SOCIALE	173
ORGANISATION DE L'INCLUSION SOCIALE	174
FINANCEMENT DE L'INCLUSION SOCIALE	174
LA RÉFORME DU REVENU MINIMUM GARANTI (RMG)	174
1. LES PRESTATIONS	175
1.1. LE REVENU MINIMUM GARANTI	176
1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION	177
1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES	178
1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE	179
1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE	180
1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES	181
1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES	181
2. LA SITUATION FINANCIÈRE	182
2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES	182
2.2. LES RECETTES COURANTES	184
2.3. LES DÉPENSES COURANTES	184
SOMMAIRE DES TABLEAUX	185
SOMMAIRE DES GRAPHIQUES	189
GLOSSAIRE	193
LISTE DES ABRÉVIATIONS	209
RÉFÉRENCES LÉGALES	213



PROTECTION SOCIALE

1. LE SYSTÈME DE LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG

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

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

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

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

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

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

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

- les institutions de sécurité sociale proprement dites, définies à l'article 396 du Code de la sécurité sociale ;
- l'Etat, via, par exemple, le Fonds pour l'emploi, le Fonds national de solidarité ou encore la gestion et le paiement des pensions du régime statutaire ou du chèque-service accueil ;
- les communes via les offices sociaux ;
- les sociétés de secours mutuels¹ ;
- les organisations caritatives.

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

Tableau 1: Panorama de la protection sociale

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

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

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

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

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

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

2. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

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

Encadré méthodologique

La méthodologie SESPROS, qui vise à répondre au besoin d'un instrument spécifique d'observation statistique de la protection sociale dans les Etats membres de l'Union européenne, est retenue pour déterminer les recettes et dépenses de la protection sociale au Luxembourg^a. Les recettes et les dépenses courantes n'incluent toutefois ni les prélèvements ni les dotations aux réserves. Et, les transferts entre régimes ainsi que les cotisations réacheminées sont exclus.

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

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

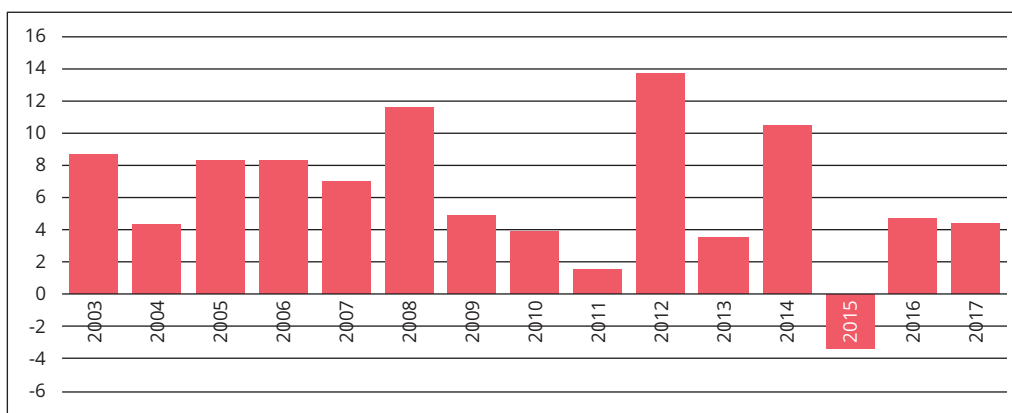
a. <http://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-12-014>

2.1. LES RECETTES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2017, les recettes courantes s'élèvent à 13 728,7 millions EUR, présentant une progression de 4,4% en comparaison avec l'année 2016 (13 155,4 millions EUR).

Depuis 2003, la progression des recettes se fait par à-coups. La participation de l'Etat pour financer le boni pour enfant génère une progression accentuée des recettes en 2008. Les ressources financières supplémentaires nécessaires dans le cadre des mesures d'emploi et d'aide sociale impactent la croissance des recettes en 2009 et 2010. Depuis 2011, l'évolution des recettes courantes de la protection sociale est impactée par les fluctuations importantes des résultats du Fonds de compensation commun au régime général de pension (le Fonds)². Le Fonds subit l'extrême volatilité des marchés financiers et ses recettes, composées pour une part importante de produits financiers, varient fortement d'une année sur l'autre. En 2017, le Fonds connaît un recul de ses recettes de près de 200 millions EUR par rapport à 2016, année marquée par une hausse importante de ces dernières (graphique 1).

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

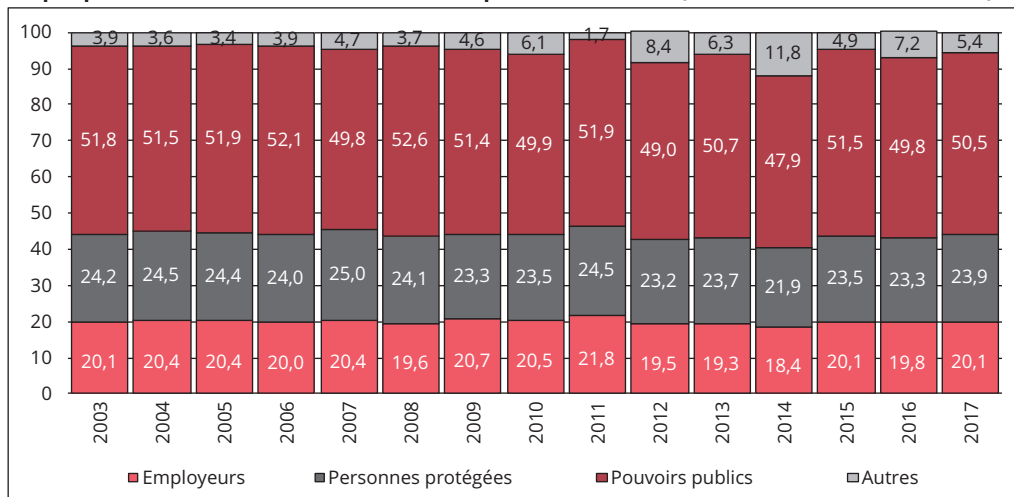


Côté sources de financement, quatre sources peuvent être isolées : les pouvoirs publics, les employeurs, les personnes protégées et les autres sources, composées principalement des revenus de la propriété. Les prélèvements pour couvrir les dépenses sont effectués selon deux types de mécanismes : les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

2. Résultats réalisés et non réalisés.

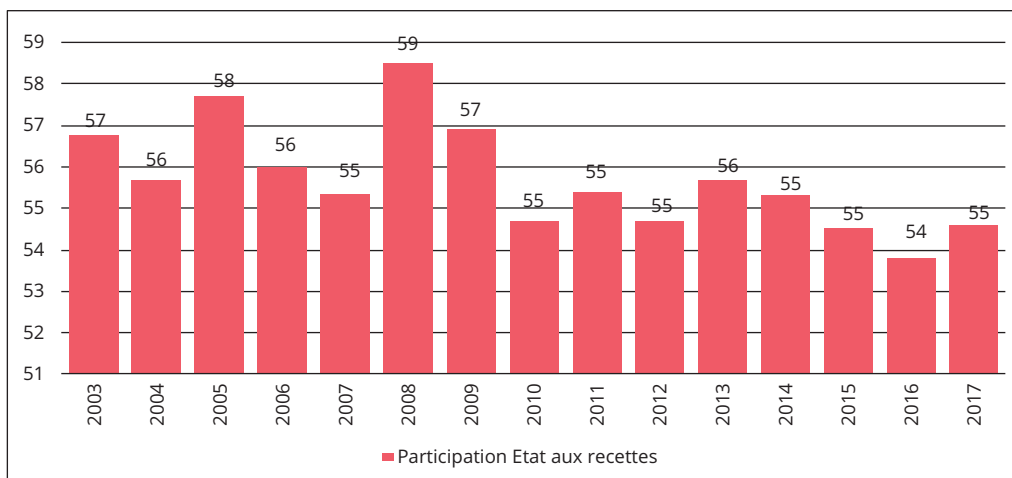
Les cotisations des employeurs (hors la part employeur pour le financement des pensions statutaires) représentent 20,1% des recettes courantes en 2017 tandis que la participation des personnes protégées atteint 23,9%. Les pouvoirs publics interviennent quant à eux à hauteur de 50,5% (les pouvoirs publics regroupent les contributions publiques, y compris la part employeur pour le financement des pensions statutaires). Les 5,4% restants proviennent principalement des revenus de la propriété du Fonds de compensation commun au régime général de pension. Entre 2003 et 2017, la répartition entre les trois sources de financement de la protection sociale que sont les employeurs, les personnes protégées et les pouvoirs publics se maintient. Par contre, la quatrième source de financement fluctue fortement et plus particulièrement depuis 2008 (graphique 2).

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



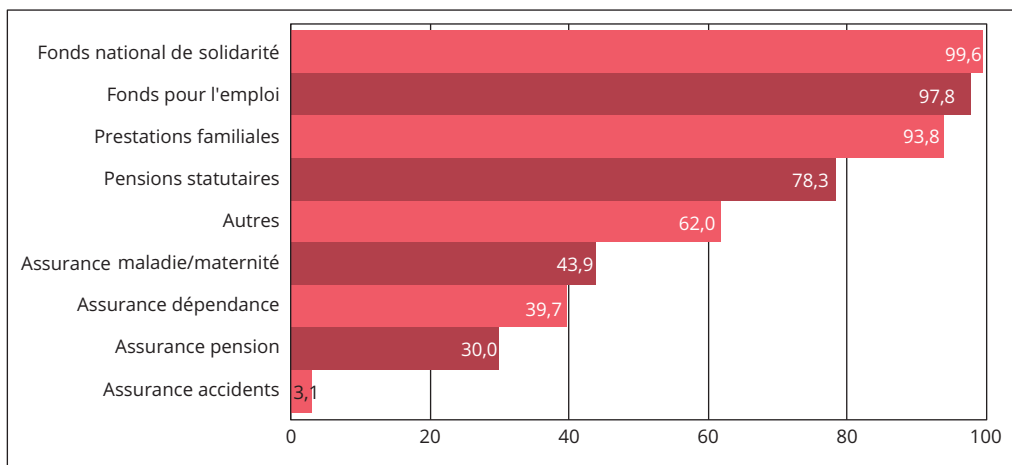
L'Etat est le premier contributeur au financement de la protection sociale et sa participation représente une part importante des dépenses courantes de l'Etat. Entre 2003 et 2017, cette part oscille entre 54% et 59%. En temps de conjoncture faible, la rigidité des dépenses budgétaires envers la protection sociale implique des taux plus élevés. La participation élevée à partir de 2003 résulte de la contribution de l'Etat au financement de la prestation du forfait d'éducation liquidée par le régime Fonds national de solidarité et au financement des prestations du régime assurance dépendance. Le recul de la part relative de la participation de l'Etat en 2007 est notamment dû à la désindexation des prestations familiales et au plafonnement de la participation au financement de l'assurance dépendance. Néanmoins cette réduction des dépenses budgétaires de l'Etat est largement compensée à partir de 2008 par l'introduction du boni pour enfant. Les dépenses relatives aux mesures d'emploi et d'aide sociale impactent la participation de l'Etat à partir de 2009 et depuis 2012, l'Etat a sérieusement augmenté sa contribution au financement de l'assurance dépendance. En 2017, les dépenses importantes relatives au congé parental " nouvelle version " introduit en décembre 2016 sont venues renforcer la participation de l'Etat au financement de la protection sociale (graphique 3).

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



La contribution de l'Etat au financement de la protection sociale varie fortement selon les régimes. Sur la période 2013-2017, cette contribution est la plus faible pour le régime assurance accidents dont le financement est très majoritairement assuré par les employeurs. L'assurance pension est financée à parts égales entre les employeurs, les assurés et les pouvoirs publics. L'Etat finance l'assurance dépendance à hauteur de 262 millions EUR en 2017, soit près de 40% de ses recettes ; le reste est financé par les personnes protégées. Le financement de l'assurance maladie-maternité est réparti par parts égales entre assurés et employeurs et l'Etat supporte 40% des cotisations auxquelles s'ajoutent les cotisations prises en charge par l'Etat pour certaines catégories de personnes protégées. Les pensions statutaires sont majoritairement financées par les pouvoirs publics. Les recettes des régimes prestations familiales, du Fonds pour l'emploi et du Fonds national de solidarité proviennent principalement des pouvoirs publics (graphique 4).

Graphique 4: Répartition de la participation de l'Etat au financement des régimes de protection sociale (en % des recettes courantes - valeurs moyennes sur la période 2013-2017)



La particularité du marché du travail luxembourgeois, qui occupe aujourd'hui plus de 40% de non-résidents dans le secteur salarié, mérite qu'un rappel soit fait concernant leur participation au système national de protection sociale. Au même titre que les résidents, les non-résidents contribuent au système et, comme cela sera développé au point suivant, ils en sont bénéficiaires. Les travailleurs non-résidents participent à hauteur de 43% à la contribution des personnes protégées au régime assurance pension. Pour les régimes assurance maladie-maternité, assurance dépendance et assurance accidents³, ces taux sont respectivement de 34,1%, 33,1% et 21,2%.

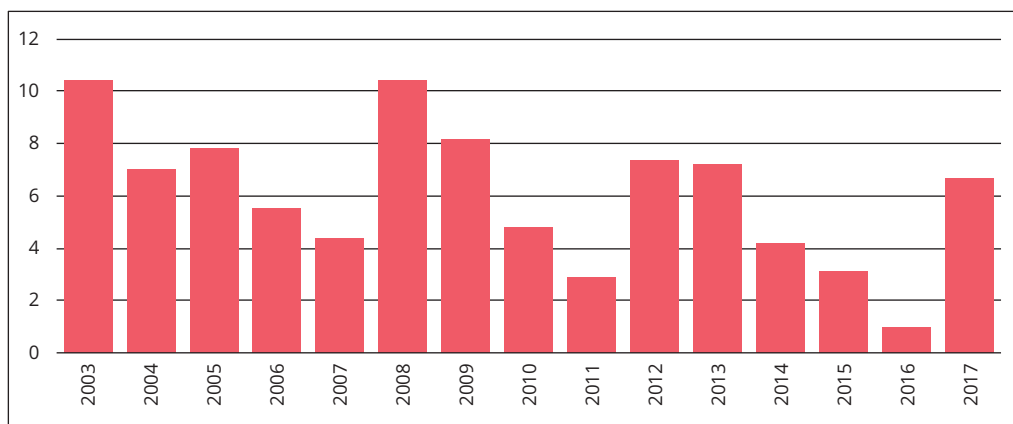
2.2. LES DÉPENSES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2017, les dépenses courantes atteignent 12 442,3 millions EUR soit une augmentation de 6,7% par rapport à l'année 2016 (11 664,1 millions EUR).

Sur la période 2003-2017, la croissance nominale annuelle des dépenses évolue en dents de scie avec des pics qui reflètent l'introduction et/ou la revalorisation de prestations. L'adaptation des prestations du régime assurance pension et l'introduction d'un forfait d'éducation courant 2002 se traduisent par le taux soutenu de 2003. L'entrée en vigueur du boni pour enfant en 2008 déclenche la forte progression des dépenses pour cette même année. Le taux élevé qui perdure en 2009 résulte du recours aux instruments de maintien dans l'emploi ainsi que de la demande soutenue d'assistance sociale. Après deux années (2010 et 2011) de ralentissement des dépenses dû à la réforme de l'assurance maladie-maternité en termes de consolidation financière et à la baisse du nombre de bénéficiaires de prestations familiales suite à l'introduction, fin 2010, de la nouvelle loi sur l'aide financière de l'Etat pour études supérieures dont les dépenses ne figurent pas dans la nomenclature SESPROS, 2012 et 2013 renouent avec une poussée significative. 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 (graphique 5).

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

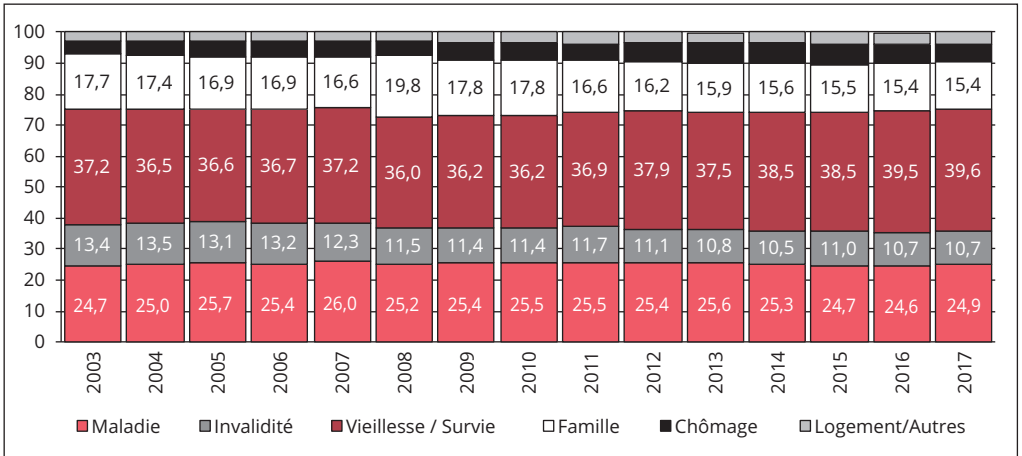
Graphique 5: Evolution des dépenses courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)



En 2017, 68% des prestations sont dispensées sous forme de prestations en espèces et 32% sous forme de prestations en nature. Les prestations de la fonction vieillesse/survie (39,6%) et les prestations de la fonction maladie (24,9%) forment près de 65% des dépenses.

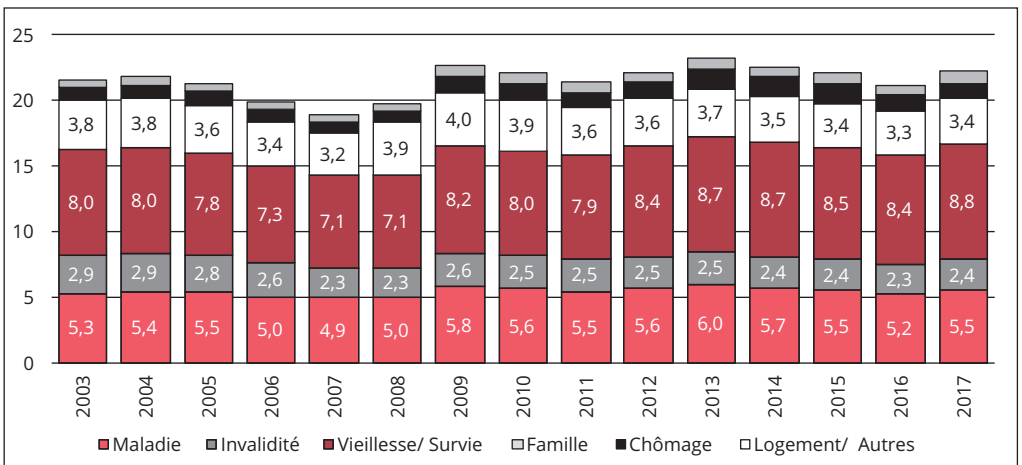
Au fil des ans, entre 2003 et 2017, la structure des dépenses de protection sociale a changé. Ces changements sont le résultat de l'interaction entre les réformes des prestations du système de protection sociale, la conjoncture économique, l'évolution démographique de l'ensemble de la population et de celle de la population en emploi. Entre 2003 et 2008, le poids des prestations de vieillesse/survie a diminué de manière quasi-constante au profit de celui des prestations familiales et de celui des prestations de chômage pour regagner une part de plus en plus importante à partir de 2008. Le relèvement du montant des allocations familiales en 2002, l'introduction du boni pour enfant en 2008 et l'expansion du nombre de bénéficiaires de prestations familiales résultant de la dynamique de l'emploi au cours des quinze dernières années participent à cette évolution. Mais, suite à la désindexation des prestations familiales en 2006 et à la baisse du nombre de bénéficiaires d'allocations familiales depuis la loi du 26 juillet 2010 sur les aides financières de l'Etat pour études supérieures, le poids des prestations familiales recule. Bien que la part des prestations de chômage dans les dépenses de protection sociale (5,4%) est en recul en 2017 par rapport aux pics atteints entre 2013 et 2015, leur poids a presque doublé par rapport au début des années 2000. 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: Evolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes)



En 2017, par fonction et rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut), ce sont les prestations de vieillesse et de survie et les dépenses de soins de santé qui représentent les dépenses les plus importantes avec respectivement 8,8% et 5,5% du PIB. Les prestations familiales interviennent pour 3,4% et les prestations d'invalidité (y compris les prestations de l'assurance dépendance) comptent pour 2,4%. Les prestations de vieillesse et de maladie absorbent une part importante du PIB et leur progression relative en 2009 s'explique, d'une part, par la croissance soutenue des dépenses courantes et, d'autre part, par un rythme de progression freiné du PIB en 2009 (graphique 7).

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



Comme souligné au point précédent, les travailleurs non-résidents contribuent au système national de protection sociale. Par conséquent, ils en bénéficient. Une partie non-négligeable des prestations en espèces est donc exportée à l'étranger. Concernant le régime assurance maladie-maternité, 50,2% des prestations en espèces sont versées aux non-résidents. De même, 39,7% des prestations du régime prestations familiales, 42,9% des prestations du régime assurance accident et 26,1% du régime assurance pension sont exportées à l'étranger. En ce qui concerne les prestations en nature⁴, 19,7% des prestations en nature de l'assurance accident, 16,3% des soins de santé de l'assurance maladie-maternité et 1,5% des prestations de l'assurance dépendance sont consommés par les non-résidents.

Le faible taux de prestations en espèces de l'assurance pension exportées (26,1%) trouve deux explications majeures : le nombre et le montant des pensions exportées. Au cours des 50 dernières années, le développement de l'économie a dépassé celui de la démographie et le déficit n'a pu être comblé que par une immigration soutenue et, plus tard, par le recours à des travailleurs non-résidents. Une partie non-négligeable des immigrants s'est implantée au Luxembourg. Ceux qui sont retournés dans leur pays ont plus souvent connu des carrières partielles au Luxembourg et bénéficient donc de prestations de l'assurance pension réduites puisque calculées sur la durée d'affiliation. Le caractère encore récent de l'afflux, sur le marché du travail, d'une population active non-résidente relativement jeune ne permet pas encore à un grand nombre d'entre eux d'ouvrir les droits pour bénéficier de prestations de pension.

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

2.3. SITUATION GLOBALE

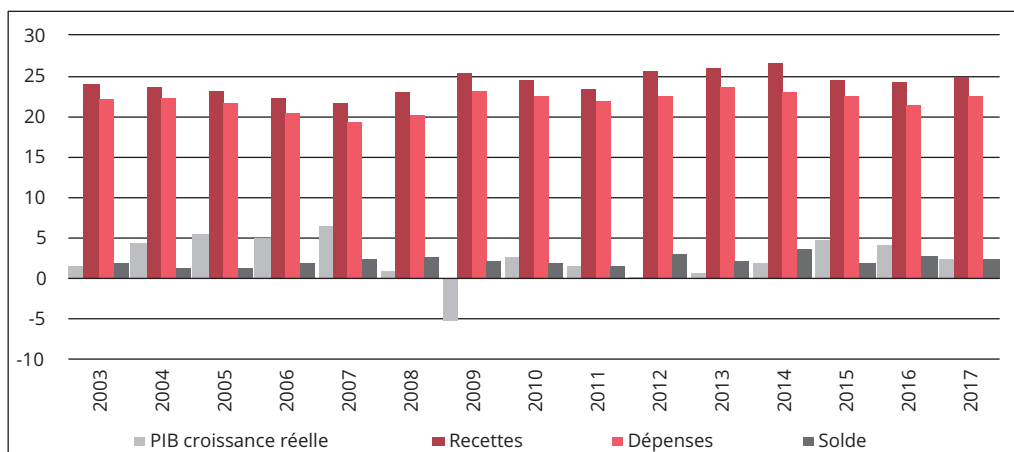
Au regard des recettes et des dépenses de la protection sociale décrites ci-dessus, le bilan de l'année 2017 présente un solde global positif de 1 285,6 millions EUR (1 491,3 millions EUR en 2016).

Avec un ratio des recettes rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut) de 24,8% et un ratio des dépenses rapportées au PIB de 22,5%, le solde global de la protection sociale représente 2,3% du PIB en 2017.

Depuis 2003, recettes et dépenses rapportées au PIB évoluent dans le même sens avec, pour chaque année, un avantage aux recettes. Le solde positif qui se maintient tout au long de la période s'explique par les dispositions de financement qui prévoient une participation directe de l'Etat dans certaines prestations et par l'effet combiné de l'évolution dynamique de l'emploi et des prestations/recettes y relatives (graphique 8).

4. Les prestations en nature exportées peuvent connaître des variations annuelles fortes du fait de la liquidation ou de la régularisation des décomptes étrangers en décalage important avec la date de prestation. Les pourcentages présentés ici reflètent la situation sur la période 2014-2017.

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



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

Enfin, pour une vue d'ensemble de la situation financière de la protection sociale, le tableau suivant détaille les recettes et les dépenses totales de protection sociale (y compris les cotisations réacheminées, les transferts entre régimes et les prélèvements et les dotations aux réserves) pour la période 2008-2017.

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
RECETTES										
Cotisations employeurs	2 335,3	2 559,4	2 607,4	2 771,7	2 909,2	3 017,2	3 174,9	3 364,7	3 467,9	3 603,9
Cotisations personnes protégées	2 178,9	2 204,3	2 311,7	2 450,1	2 635,0	2 730,1	2 849,3	2 947,4	3 059,8	3 286,5
Cotisations réacheminées	168,0	189,5	201,3	216,8	236,1	255,5	264,9	274,8	280,8	294,4
Recettes fiscales	4 184,4	4 276,8	4 325,5	4 599,0	4 869,9	5 271,6	5 442,4	5 637,4	5 686,5	6 097,2
Transferts entre régimes	70,0	75,1	76,2	80,4	87,6	90,0	99,9	87,6	89,7	167,2
Autres recettes	333,8	438,5	601,2	173,8	951,7	749,4	1 537,7	615,6	941,2	741,2
Prélèvements	12,0	91,7	340,5	47,3	70,6	140,8	105,1	73,4	43,4	13,9
TOTAL	9 282,3	9 835,2	10 463,7	10 339,1	11 760,1	12 254,5	13 474,2	13 000,9	13 569,3	14 204,3

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
DEPENSES										
Prestations en espèces	5 468,0	5 974,3	6 204,7	6 400,8	6 874,1	7 283,7	7 618,7	7 907,3	7 992,6	8 418,0
Prestations en nature	2 373,6	2 518,2	2 694,6	2 769,4	2 981,3	3 281,7	3 406,1	3 422,9	3 480,4	3 829,5
Cotisations réacheminées	168,0	189,5	201,3	216,8	236,1	255,5	264,9	274,8	280,8	287,4
Frais de fonctionnement	123,7	127,8	136,2	139,3	144,1	154,5	158,3	161,3	164,5	176,9
Transferts entre régimes	70,0	75,1	76,2	80,4	87,6	90,0	99,9	87,6	89,7	174,2
Autres dépenses	20,8	24,3	29,1	21,1	25,6	29,4	21,6	64,8	26,6	17,9
Dotations	1 058,2	926,0	1 121,5	711,3	1 411,3	1 159,8	1 904,7	1 082,2	1 534,6	1 300,4
TOTAL	9 282,3	9 835,2	10 463,7	10 339,1	11 760,1	12 254,5	13 474,2	13 000,9	13 569,3	14 204,3

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

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

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

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

Les risques couverts par un régime non contributif sont les suivants : famille, exclusion sociale, handicap et logement⁵. Pour ces derniers, la protection sociale s'ouvre à toutes les personnes résidant sur le territoire luxembourgeois, ce qui signifie que toute la population résidente est potentiellement protégée. Notons que certaines prestations familiales sont liées non pas au pays de résidence mais au pays de travail. Le cas échéant, ces prestations sont exportables et versées aux travailleurs frontaliers.

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

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

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

dépendance, vieillesse, invalidité, accident et chômage⁶. La protection contre le chômage dépend quant à elle du pays de résidence et non du pays de travail. En conséquence, l'indemnité de chômage luxembourgeoise n'est pas versée aux travailleurs frontaliers. Le fait d'être bénéficiaire d'une pension de vieillesse, du revenu minimum garanti (RMG) ou d'un revenu de remplacement permet également d'être protégé contre les risques précités. Les revenus de remplacement sont les suivants : l'indemnité pécuniaire de maladie, d'accident, de maternité ou le congé d'accueil, l'indemnité de chômage, la préretraite et le congé parental⁷. Les pensionnés sont également protégés contre la maladie et la dépendance.

- La deuxième catégorie correspond aux assurés volontaires. Il s'agit de personnes n'exerçant plus d'activité professionnelle mais qui peuvent, sous certaines conditions liées à leur activité antérieure, s'acquitter de cotisations qui ouvrent droit à une protection sociale, mais uniquement contre les risques maladie-maternité et vieillesse⁸.
- La troisième catégorie correspond aux personnes bénéficiant de droits dérivés. Les droits dérivés sont des droits dont peuvent se prévaloir d'autres personnes que celles qui ont payé des cotisations, à condition que les intéressés (conjoint et enfants) ne soient pas affiliés personnellement et qu'ils résident au Luxembourg (sauf en cas d'études ou de formation professionnelle). Les droits dérivés s'appliquent dans deux cas : d'abord pour les conjoints ou enfants des cotisants, qui en tant que membres de famille, sont couverts contre le risque maladie (uniquement pour les prestations en nature, c'est-à-dire les soins de santé); ensuite pour les conjoints survivants⁹, qui bénéficient de prestations de réversion concernant l'assurance pension et l'assurance invalidité. En tant que bénéficiaires d'une prestation de réversion, les personnes concernées restent protégées contre le risque maladie (prestations en nature). La condition de résidence peut être levée dans certains cas pour les travailleurs frontaliers. Pour ces derniers, la situation diffère selon la situation du conjoint. S'il est inactif, le conjoint comme les enfants sont coassurés au Luxembourg ; si le conjoint est actif au Luxembourg, il est assuré à titre personnel au Luxembourg et les enfants sont coassurés au Luxembourg. En revanche, si le conjoint est actif dans son pays de résidence, les enfants sont coassurés dans leur pays de résidence et n'apparaîtront donc pas dans la population protégée par le système luxembourgeois.

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

Le tableau 3 propose, pour 2017, 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.

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

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

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

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

Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2017 (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	398 287	566 824	566 824	416 455	416 455	441 994 ^d	232 018			
au titre de l'occupation professionnelle	398 287	445 466 ^e	445 466 ^e	416 455	416 455 ^e	441 994	232 018			
au titre d'une pension		112 258	112 258							
au titre d'un autre revenu		8 634	8 634							
RMG		7 290	7 290							
Préretraite		1 343	1 343							
autres assurées obligatoires		466	466							
Assurance volontaire		5 784	5 784	3 707						
Assurance au titre d'un droit dérivé		262 394	262 394							
Total personnes protégées par risque	398 287	835 002	835 002	420 162	416 455	441 994	232 018			
Nombre de personnes bénéficiaires par risque	236 421 ^f	521 871 ^g	13 845 ^b	116 697 ^h	16 950 ^h	32 833 ⁱ	7 277	198 448 ^j	20 858 ^k	5 471 ^l

- a. Résidents.
- b. Au 31 décembre.
- c. Seulement les salariés du secteur privé.
- d. Salariés, indépendants, chômage, service volontaire, volontaires de l'armée, au pair, sportifs d'élite.
- e. Y compris indemnité de maladie, de maternité, d'accident, de chômage et de congé parental.
- f. Sans dispenses et congés pour raisons familiales.
- g. Bénéficiaires résidents d'au moins un acte pendant l'exercice en cours.
- h. Pensions personnelles y inclus avances et allocations trimestrielles.
- i. Accidents déclarés pendant l'exercice en cours.
- j. Allocation pour l'avenir des enfants et congé parental, boni abrogé.
- k. Membres de familles bénéficiaires de l'RMG.
- l. Comprend les bénéficiaires du supplément pour enfant handicapé et du revenu pour adulte gravement handicapé. Une partie des adultes handicapés seulement sont couverts par l'assurance dépendance.

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

Au total, la population protégée des régimes contributifs s'élève, pour 2017 en moyenne annuelle, à 835 002 personnes. Parmi elles, 65,5% sont des résidents et 34,5% des non résidents (tableau 4). La structure de la population protégée en fonction du statut d'assuré à titre personnel (actif ou pensionné) ou de coassuré est très différente selon qu'il s'agit de la population résidente ou non résidente (tableau 4). Les différences les plus importantes sont les suivantes :

- le poids des assurés pensionnés est beaucoup plus élevé dans la population résidente que dans la population non résidente ;
- en contrepartie, le poids des assurés à titre personnel actifs est beaucoup plus faible pour les résidents par rapport aux non résidents ;
- le rapport entre coassurés et assurés à titre personnel est différent pour les deux populations ; chez les résidents, on compte 48,2 coassurés pour 100 assurés à titre personnel contre 41,6 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.

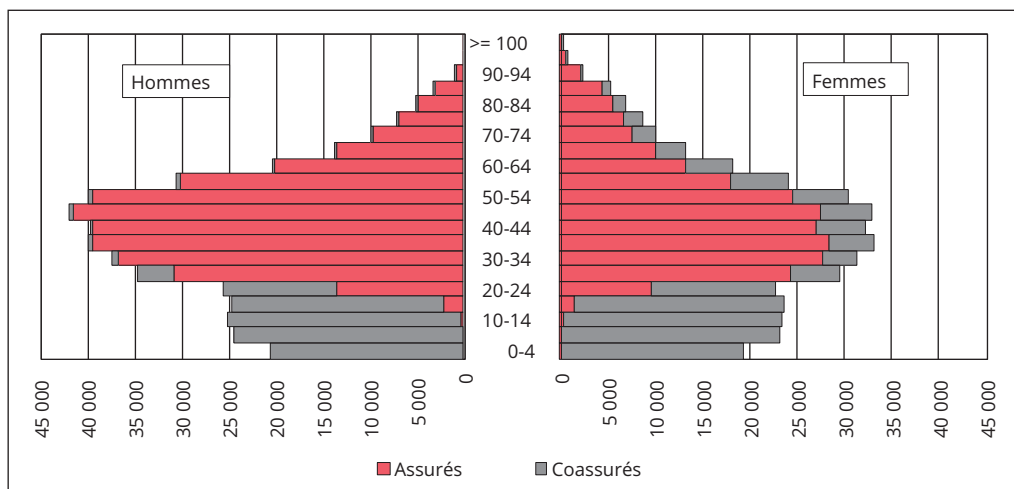
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2017 ^a (moyenne annuelle)

	Résidents	Non résidents	Total
Actifs assurés	271 064	189 285	460 350
Pensionnés	97 802	14 457	112 258
Coassurés	177 657	84 737	262 394
Total	546 523	288 479	835 002

a. Aux arrondis près.

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

Graphique 9: Répartition de la population protégée par âge en 2017 (moyenne annuelle)



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

Au cours des dernières années, le nombre total de personnes protégées (liées au régime contributif) n'a cessé d'augmenter (tableau 5). Entre 2013 et 2017, il est passé de 756 185 à 835 002 personnes (+10,4%), soit un taux de croissance annuel moyen sur la période de 2,5%. Cette augmentation résulte de plusieurs évolutions combinées (tableau 6) :

- l'augmentation quasi continue de la population active (sur la période 2013-2017, la croissance de la population active contribue à hauteur de 59,6% à l'augmentation de la population protégée - cette contribution se partage de la façon suivante entre actifs résidents et actifs non résidents ; 30,8% de l'augmentation de la population protégée sont le fait de la croissance du nombre d'actifs résidents tandis que 28,8% proviennent des non résidents - graphique 10) ;
- l'évolution concomitante des coassurés (la croissance de la population coassurée résidente contribue à hauteur de 6,3% à l'augmentation de la population protégée, tandis que la croissance de la population coassurée non résidente y contribue pour 17,7%) ;
- l'augmentation du nombre de pensionnés résidents (qui représente 10,9% de l'évolution de la population protégée entre 2013 et 2017).

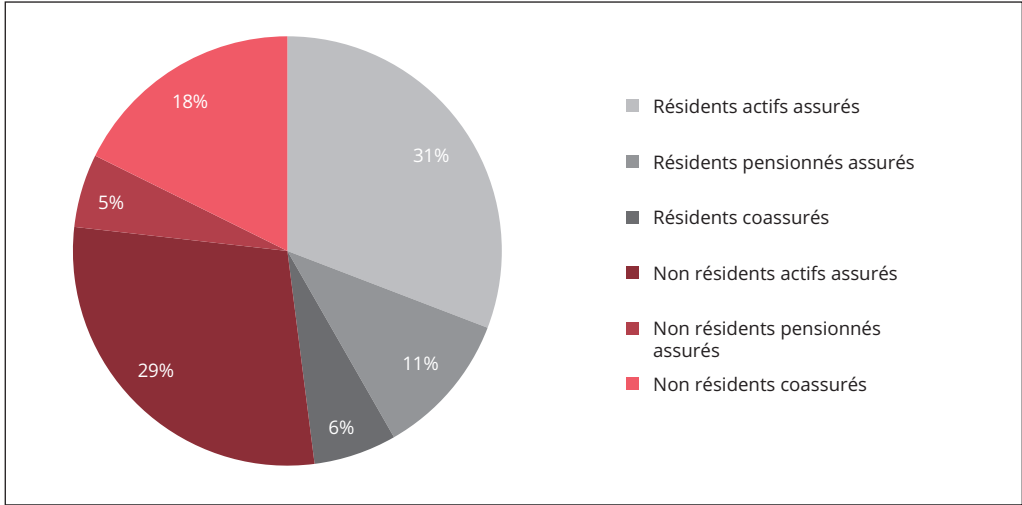
Tableau 5: Evolution du nombre de personnes protégées entre 2013 et 2017 (moyenne annuelle)

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionnés assurés	Résidents coassurés	Non résidents actifs assurés	Non résidents pensionnés assurés	Non résidents coassurés	Total
2013	246 770	89 216	172 727	166 572	10 099	70 802	756 185
2014	252 137	91 617	174 414	170 345	11 315	73 234	773 061
2015	257 048	94 054	175 410	175 363	12 466	78 701	793 044
2016	263 360	96 186	176 877	181 932	13 579	81 191	813 124
2017	271 064	97 802	177 657	189 285	14 457	84 737	835 002

Tableau 6: Evolution annuelle de la population protégée entre 2013 et 2017 (moyenne annuelle)

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionnés assurés	Résidents coassurés	Non résidents actifs assurés	Non résidents pensionnés assurés	Non résidents coassurés	Total
2013-2014	2,2%	2,7%	1,0%	2,3%	12,0%	3,4%	2,2%
2014-2015	1,9%	2,7%	0,6%	2,9%	10,2%	7,5%	2,6%
2015-2016	2,5%	2,3%	0,8%	3,7%	8,9%	3,2%	2,5%
2016-2017	2,9%	1,7%	0,4%	4,0%	6,5%	4,4%	2,7%

Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2013-2017





INTRODUCTION

En 2017, la population protégée par l'assurance maladie-maternité pour les soins de santé s'élève à 835 002 personnes en moyenne annuelle. 65,5% de cette population est résidente, 34,5% est non-résidente. 398 287 personnes, soit 47,7% de la population protégée a droit aux prestations en espèces payées en cas de maladie ou de maternité. 521 871 personnes protégées résidentes ont bénéficié d'un remboursement de la Caisse nationale de santé (CNS) en 2017.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

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

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

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

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

1. Le SSM mensuel est fixé à 1 998,59 EUR (indice courant) au 1^{er} janvier 2017.

ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

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

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

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

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

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

Le comité quadripartite peut proposer ensuite toutes les mesures qu'il juge opportunes pour améliorer l'efficacité et l'efficacité 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'Etat supporte 40% des cotisations. Actuellement, le taux de cotisation de l'assurance maladie-maternité est fixé à 5,6%. Ce taux est majoré de 0,5% pour les assurés ayant droit aux prestations en espèces.

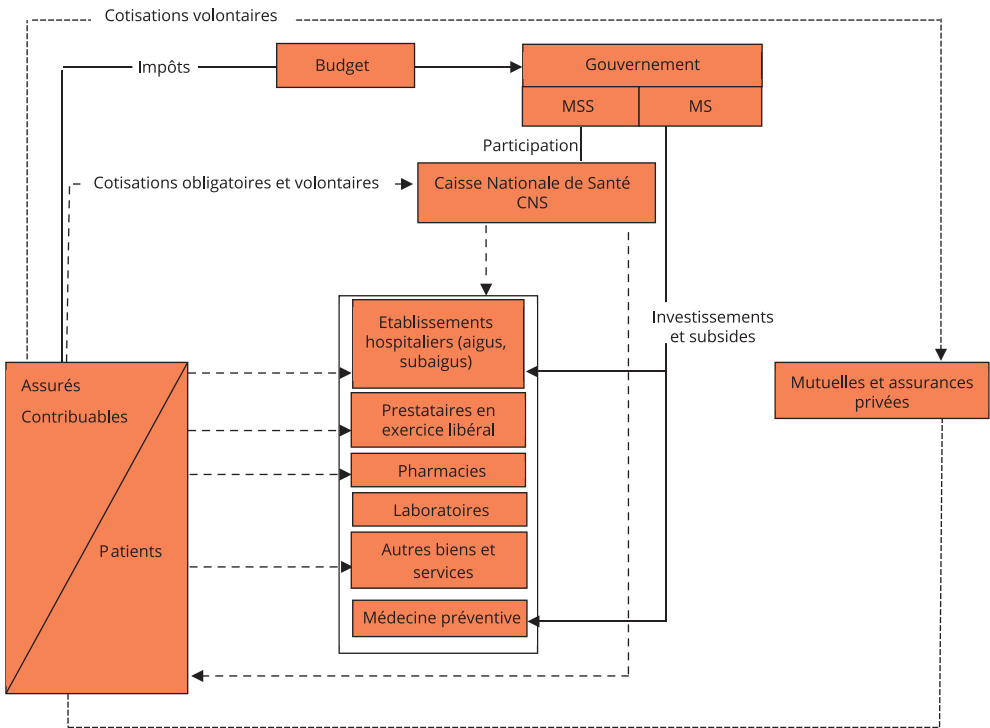
Jusqu'au 31 décembre 2018, suite à la réforme du système des soins de santé en 2010, l'Etat compense les charges occasionnées par l'intégration des prestations de maternité par une dotation annuelle de 20 millions EUR.

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

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

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

Graphique 1: Organigramme des soins de santé au Luxembourg en 2017



- Système de financement de l'administration publique
- - - - - Système de financement de la sécurité sociale
- · - · - Système de financement privé

1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

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

1.1. LES RESSOURCES HUMAINES

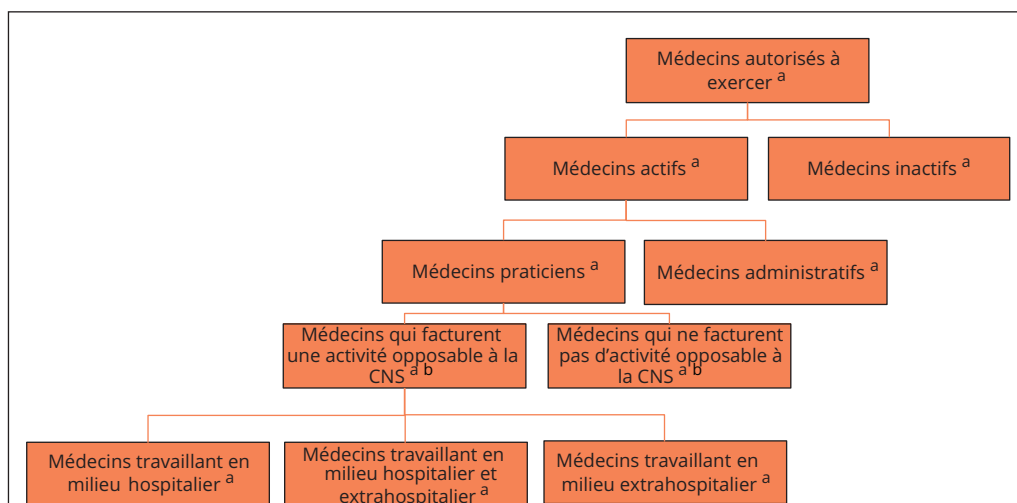
La sous-section " ressources humaines " traite d'une part des médecins et d'autre part des autres professions de santé.

1.1.1. Les médecins

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

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

Graphique 2: Catégories des médecins



^a. Médecins généralistes, médecins spécialistes, médecins dentistes.

^b. Cf. critères dans l'encadré méthodologique suivant.

Source : IGSS

Encadré méthodologique

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

A Les médecins autorisés à exercer

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

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

Les statistiques illustrent la démographie médicale au Luxembourg au 31 décembre de l'année considérée. Un changement de méthodologie dans la saisie affecte les données pour 2015.

B Les médecins professionnellement actifs

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

Sont inclus :

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

Sont exclus :

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

Les statistiques présentent la situation au 31 décembre de l'année considérée. Un changement de méthodologie dans la saisie affecte les données pour 2015.

.../...

Encadré méthodologique

.../...

C Les médecins praticiens

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

Sont inclus :

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

Sont exclus :

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

Les chiffres sur le nombre des médecins praticiens proviennent du Ministère de la Santé et sont établis au 31 décembre de l'année considérée. Un changement de méthodologie dans la saisie affecte les données pour 2015.

Les données sur les MEVS proviennent de la base de données des prestataires, gérée par la CNS. La même source de données est utilisée pour établir les statistiques sur les médecins exerçant une activité opposable à la CNS et pour lesquels au moins un remboursement a été fait par la CNS au cours de l'année considérée.

D Les médecins hospitaliers

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

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

1.1.1.1. Les médecins autorisés à exercer

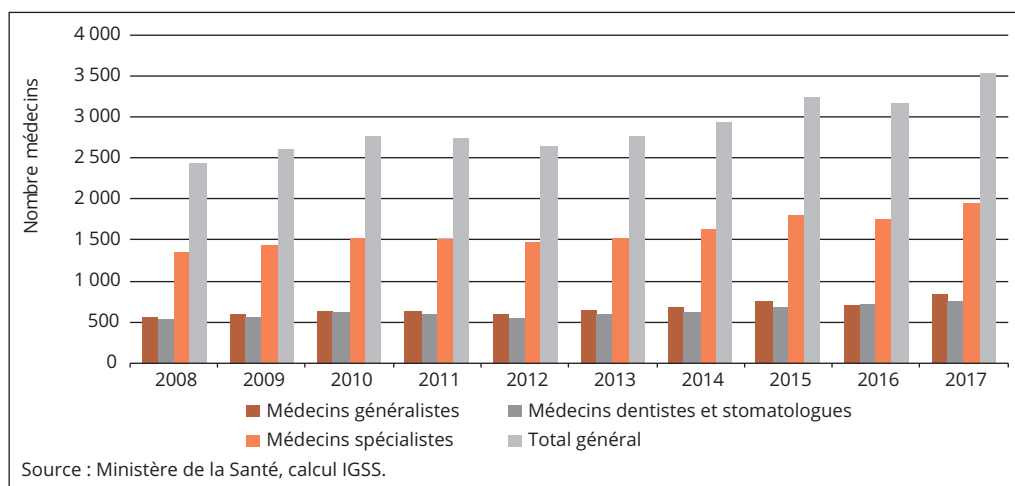
Les médecins autorisés à exercer incluent :

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

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

En 2017, le nombre de médecins autorisés à exercer s'établit à 3 540. En 2008, ce nombre n'était que de 2 443 (graphique 3). L'augmentation de 11,8% constatée entre 2016 et 2017 s'explique par une hausse importante du nombre des médecins généralistes (+17,5%) et des médecins spécialistes (+11,7%) autorisés à exercer.

Graphique 3: Evolution du nombre de médecins autorisés à exercer par catégorie de 2008 à 2017

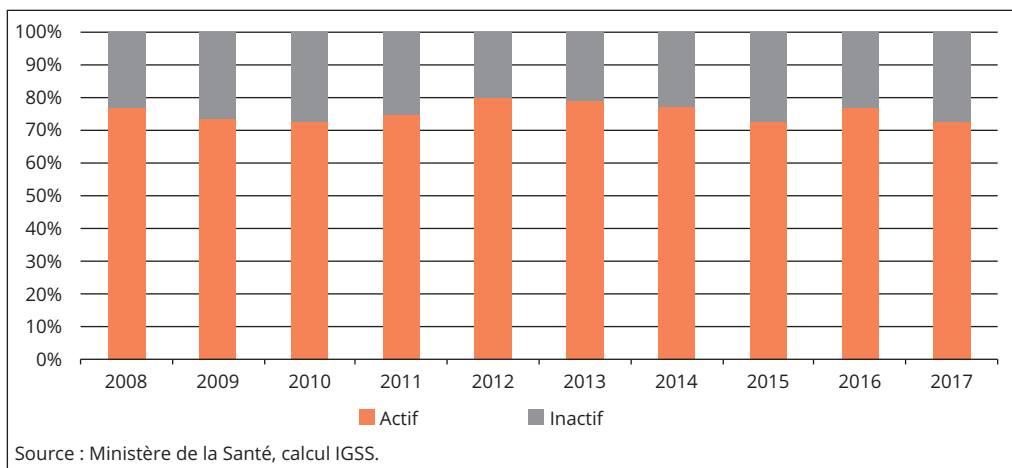


1.1.1.2. Les médecins professionnellement actifs

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

Parmi les 3 540 médecins autorisés à exercer en 2017, 2 569 sont actifs, soit 72,6%. Les médecins professionnellement actifs peuvent être groupés en 91,9% de médecins praticiens et 8,1% de médecins administratifs. Entre 2008 et 2017 le rapport entre les médecins actifs et inactifs fluctue autour de 75% (graphique 4). Comme la notification de l'inactivité d'un médecin est effectuée avec un certain retard, les statistiques sur le nombre des médecins actifs sont biaisées. En 2017, les médecins inactifs ont en moyenne 50,6 ans tandis que les médecins actifs 50,8 ans.

Graphique 4: Rapport des médecins autorisés à exercer et des médecins professionnellement actifs de 2008 à 2017



En 2017, 207 médecins occupent un poste administratif, de médecine du travail, de management, de direction ou ont travaillé dans le secteur de la recherche et du développement. En 2017 environ 71,0% des médecins administratifs sont des médecins spécialistes, alors qu'en 2008 la proportion n'était que de 58,3%. Toutefois, le nombre de médecins administratifs dentistes est très faible (5 médecins dentistes en 2017). Une large majorité (90,8%) de médecins généralistes et de médecins spécialistes (89,3%) pratiquent auprès du patient, voire 99,2% des médecins dentistes.

Les médecins praticiens exercent dans le cadre d'une prise en charge par l'assurance maladie-maternité des actes et services. En considérant les critères d'inclusion (cf. encadré méthodologique), la CNS a enregistré une activité de 2 362 médecins, dont 23,2% de médecins généralistes, 51,9% de médecins spécialistes et 24,9% de médecins dentistes et stomatologues. Par ailleurs, le nombre de MEVS est de 79 pour 2017. On retrouve dans les 2 362 médecins des MEVS qui ont terminé leur formation médicale pendant l'année.

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

En 2017, 62,4% des médecins professionnellement actifs sont des hommes et 37,6% d'entre eux sont des médecins praticiens. Chez les femmes, qui représentent 37,6% des médecins professionnellement actifs, la part des médecins praticiens est moins élevée que chez leurs homologues masculins (88,7%). En termes d'évolution, il faut noter que la part des femmes dans les médecins professionnellement actifs est grandissante. En effet, elle n'était que 30,7% en 2008 contre 37,6% en 2017.

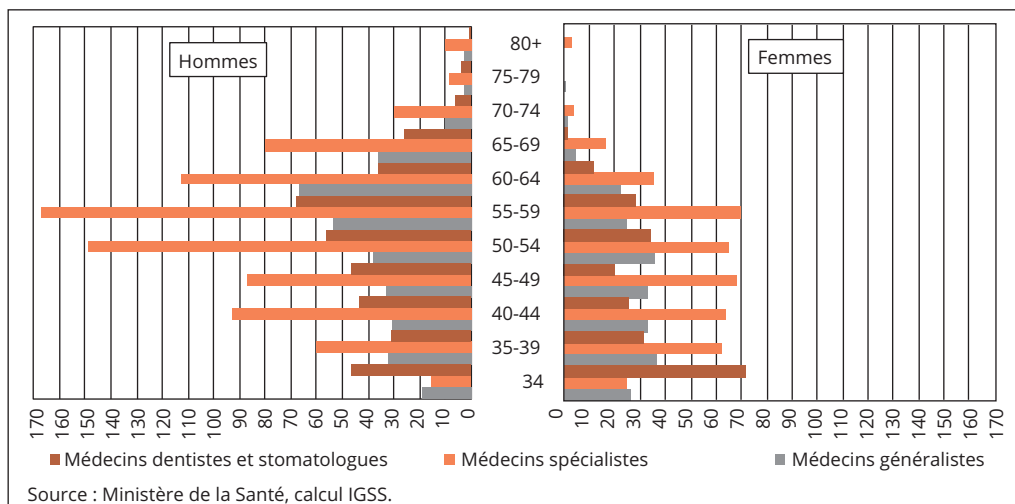
Tableau 1: Médecins professionnellement actifs par catégorie et sexe au 31 décembre 2017

	Hommes	En % du total	Femmes	En % du total	Total
Médecins praticiens	1 505	63,7%	857	36,3%	2 362
Médecins généralistes	326	59,6%	221	40,4%	547
Médecins spécialistes	813	66,3%	413	33,7%	1 226
Médecins dentistes et stomatologues	366	62,1%	223	37,9%	589
Médecins administratifs	98	47,3%	109	52,7%	207
TOTAL	1 603	62,4%	966	37,6%	2 569

Source : Ministère de la Santé, calcul IGSS.

En 2017, 40,2% des médecins praticiens ont plus de 55 ans. Les médecins dentistes et stomatologues sont les plus jeunes avec une moyenne d'âge de 46,8 ans. Les médecins généralistes par contre sont en moyenne âgés de 50,9 ans et les médecins spécialistes de 52,3 ans. Une analyse par sexe met en évidence que les médecins dentistes femmes ont un âge moyen de 42,3 ans en 2017 contre 49,6 ans chez leurs confrères masculins. Le même phénomène s'observe chez les autres catégories de médecins : les femmes sont nettement plus jeunes que les hommes. L'écart maximal de différence d'âge se situe à 7,3 ans et se présente chez les médecins dentistes et stomatologues.

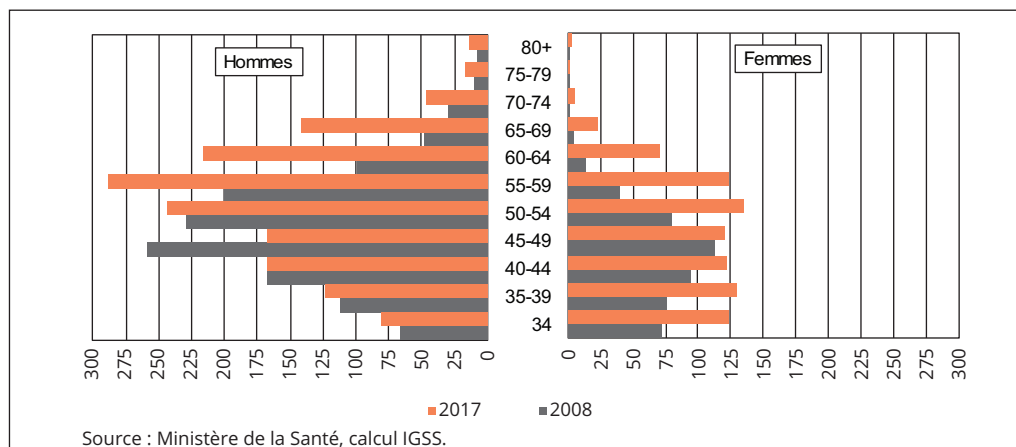
Graphique 5: Pyramide des âges des médecins praticiens par catégorie et sexe au 31 décembre 2017



La pyramide des âges du graphique 6 illustre que les médecins praticiens hommes sont plus vieux que les médecins praticiens femmes. En effet, 48,0% des hommes ont plus de 55 ans contre 26,4% des femmes.

De plus, la population des médecins praticiens vieillit. En 2008, 26,5% d'entre eux avait plus de 55 ans contre 40,2% en 2017. Chez les médecins praticiens femmes la proportion est passée de 12,7% en 2008 à 26,4% en 2017, et chez les hommes de 32,1% à 48,0%.

Graphique 6: Pyramide des âges des médecins praticiens par sexe au 31 décembre 2008 et 2017



Évolution de la densité médicale des médecins praticiens

La densité médicale est un indicateur couramment utilisé pour mesurer les ressources humaines de la santé. Au Luxembourg, la densité médicale a augmenté au cours des dernières années. En effet, elle passe de 2,8 médecins pour 1 000 personnes protégées résidentes en 2013 à 2,9 médecins pour 1 000 personnes protégées résidentes en 2017.

Tableau 2: Évolution de la densité médicale pour 1 000 personnes protégées résidentes de 2013 à 2017

Année	2013	2014	2015	2016	2017
Médecins	2,8	2,9	2,9	2,9	2,9

Source : OCDE Health Data

1.1.1.3. Les médecins hospitaliers

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

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

Tableau 3: Evolution du nombre des médecins hospitaliers de 2014 à 2018^a

	2014	2015	2016	2017	2018
Médecins hospitaliers	990	995	1 021	1 044	1 046
MEVS	57	61	61	79	89
TOTAL	1047	1056	1 082	1 123	1 135

a. Situation au 1^{er} janvier.

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

1.1.2. Les autres professions de santé

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

Le tableau 4 présente l'évolution du nombre de professions de santé, exprimé en " Equivalents Temps Plein " (ETP), dans les établissements hospitaliers entre 2013 et 2017. L'effectif total a légèrement augmenté au cours des années 2013 à 2017 : son taux de croissance annuel moyen s'élève à 0,8%. En 2017 l'évolution s'accélère (+2,5%) et le nombre s'élève à 4 469,7 ETP. Par spécification, les variations sont relativement différenciées.

Tableau 4: Evolution du nombre de professions de santé dans les établissements hospitaliers (exprimées en ETP) de 2013 à 2017

Spécification	2013	2014	2015	2016	2017	Taux moyen de variation 2013/2017
Aide-soignants	369,0	349,3	344,7	334,5	323,3	-3,3%
Infirmiers	2 143,4	2 170,4	2 177,7	2 189,5	2 241,5	1,1%
Assistants techniques méd. de radiologie	238,2	243,1	238,8	236,9	238,4	0,0%
Assistants techniques méd. de laboratoire	72,4	70,0	66,7	74,4	76,7	1,5%
Infirmiers en psychiatrie	154,1	156,7	151,1	150,5	149,7	-0,7%
Infirmiers en pédiatrie	134,4	139,8	138,4	140,5	143,5	1,7%
Assistants techniques méd. de chirurgie	179,7	170,0	172,9	181,4	185,2	0,8%
Infirmiers en anesthésie et réanimation	344,4	346,5	343,6	341,9	341,8	-0,2%
Masseurs	-	-	-	-	-	-
Sages-femmes	134,8	136,3	137,1	138,4	146,0	2,0%
Infirmiers gradués	83,0	83,8	84,3	94,4	82,8	0,0%
Laborantins	99,3	100,9	94,2	94,0	99,2	0,0%
Diététiciens	21,6	23,2	22,5	22,5	22,2	0,7%
Ergothérapeutes	82,3	78,7	81,6	82,5	80,8	-0,5%
Psychomotriciens	9,8	9,8	10,5	10,0	10,9	2,6%
Assistants d'hygiène sociale	5,7	4,0	3,7	3,8	4,5	-6,0%
Assistants sociaux	39,2	38,9	39,3	39,9	39,6	0,3%
Orthophonistes	6,0	5,6	6,5	7,1	7,5	5,8%
Kinésithérapeutes	142,0	137,8	139,1	135,8	135,2	-1,2%
Autres ^a	70,2	75,6	83,7	80,7	141,0	19,1%
TOTAL	4 329,1	4 340,2	4 336,5	4 358,6	4 469,7	0,8%

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

Source : CNS.

Evolution de la densité des infirmiers

L'analyse de l'évolution de la densité des infirmiers praticiens montre que le nombre des infirmiers pour 1 000 habitants est stable et se situe à 11,7 au cours des deux dernières années.

Tableau 5: Evolution de la densité d'infirmiers pour 1000 personnes protégées résidentes entre 2013 et 2017

Année	2013	2014	2015	2016	2017
Infirmiers	11,9	12,0	11,9	11,7	11,7

Source: OCDE http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

Revenu moyen des infirmiers hospitaliers

Tableau 6: Evolution des revenus moyens annuels des infirmiers hospitaliers^a de 2013 à 2017 (en EUR)

Année	Revenus moyens bruts ^b	Variation en %
2013	80 821	3,0%
2014	82 964	2,7%
2015	83 049	0,1%
2016	83 275	0,3%
2017	93 841	12,7%

a. Sont considérées les professions suivantes: infirmier, infirmier en anesthésie et réanimation, infirmier en pédiatrie, infirmier psychiatrique, assistant technique médical de chirurgie travaillant dans les établissements hospitaliers aigus.

b. Salaire annuel brut avant impôts.

Source : FHL.

En 2017 le revenu des infirmiers se caractérise par une hausse importante de 12,7%. Cette augmentation s'explique principalement par la transposition de la réforme de la fonction publique dans le secteur hospitalier, avec en particulier l'impact important de la revalorisation des carrières.

Les pharmaciens

Le tableau ci-après montre l'évolution du nombre de pharmaciens selon leur secteur d'activité à partir de 2008.

Tableau 7: Evolution du nombre des pharmaciens^a de 2008 à 2017

Pharmaciens en activité par secteur	2008	2012	2017	Variation moyenne annuelle 2008/2017
Pharmacies ouvertes au public	344	383	416	2,1%
Pharmacies d'hôpitaux	32	38	51	5,3%
Laboratoires d'analyses médicales	8	4	18	9,4%
Distribution en gros	13	9	16	2,3%
Fonction publique	5	6	9	6,7%
Autres secteurs	6	7	4	-4,4%
Total	408	447	514	2,6%

a. Situation au 31 décembre de l'année.

Source STATEC.

Les salariés du secteur hospitalier

Encadré méthodologique

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

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

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

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

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

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

Le secteur hospitalier est un important pourvoyeur d'emploi, avec 8 739 salariés au 31 mars 2018. Ce nombre a augmenté de 1,9% par rapport à la même date de l'année précédente. Le nombre de salariés résidant au Luxembourg représente le groupe le plus important, suivi par les salariés résidant en France, en Belgique et en Allemagne. Toutefois, la part des salariés résidant au Luxembourg diminue au cours des trois dernières années passées. Elle passe de 60,7% en 2014 à 57,9% en 2018.

Tableau 8: Evolution du nombre de salariés du secteur hospitalier par sexe et pays de résidence en 2017 et 2018

	Luxembourg	France	Belgique	Allemagne	Total
Situation au 31.03.2017					
Hommes	1 191	383	233	293	2 100
Femmes	3 849	1 449	712	470	6 480
TOTAL	5 040	1 832	945	763	8 580
Situation au 31.03.2018					
Hommes	1 207	420	233	301	2 161
Femmes	3 852	1 535	732	459	6 578
TOTAL	5 059	1 955	965	760	8 739

1.2. LES RESSOURCES MATÉRIELLES

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

Lits des établissements hospitaliers

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

Le nombre de lits effectivement utilisé par les établissements hospitaliers est communiqué dans le cadre des négociations budgétaires par les établissements hospitaliers à la CNS. Ces lits, appelés " lits budgétisés " sont affichés dans le tableau 9 et leur nombre ne peut pas dépasser celui autorisé par la loi hospitalière².

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

Tableau 9: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2018

Nom de l'établissement	TOTAL	dont 1ère classe	Soins normaux	dont psychiatrie	dont rééducation	Soins intensifs	Places de surveillance	Places de dialyse	Lits portes
Centre Hospitalier du Luxembourg	668	133	524	48	0	55	55	26	8
Centre Hospitalier Emile Mayrisch	622	57	550	45	36 ^a	41	9	16	6
Centre Hospitalier du Nord	389	83	337	41	30 ^a	20	20	12	0
Hôpitaux Robert Schuman	857	196	672	68	30 ^a	33	123	29	0
Centre Hospitalier Neuropsychiatrique (+ annexes) ^b	237	0	237	237	0	0	0	0	0
Centre François Baclesse	2	0	2	0	0	0	0	0	0
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle	33	5	9	0	0	10	14	0	0
Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation	72	0	72	0	72	0	0	0	0
Hôpital Intercommunal de Steinfort	30	6	30	0	30 ^a	0	0	0	0
Haus Omega	15	0	15	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2 925	480	2 448	439	198	159	221	83	14

a. Concerne: lits de rééducation gériatrique.

b. Centres thérapeutiques de Manternach (toxicomanie) et Useldange.

Source : CNS.

Maisons médicales

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

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

Les officines de pharmacie

Le tableau ci-après montre l'évolution du nombre d'officines de pharmacie entre 2008 et 2017.

Tableau 10: Evolution du nombre de concessions de pharmacie^a

Concessions de pharmacies	2008	2012	2017
Ouvertes au public	96	100	100
Hospitalières ^b	89	93	95
Total	7	7	5

a. Situation au 31 décembre de l'année.

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

Source: STATEC.

2. SOINS DE SANTÉ

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

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

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

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

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

Encadré méthodologique

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

Evolution des prestations de soins de santé

Selon les données comptables, les dépenses pour prestations de soins de santé atteignent 2 318,1 millions EUR en 2017 contre 2 125,7 millions EUR en 2016, soit une augmentation de 9,1%. Le taux de 2017 résulte d'une croissance des prestations au Luxembourg de 9,5% et d'une augmentation des prestations à l'étranger de 7,0%.

L'évolution des soins de santé au Luxembourg de 9,5% en 2017 s'explique par une évolution des honoraires médicaux (+13,4%) et médico-dentaires (+13,1%), par la croissance des frais pour les autres professions de santé de 11,9% et des autres soins de santé de 20,4% avec notamment l'introduction d'une nouvelle nomenclature pour les soins palliatifs prestés dans le secteur extrahospitalier à partir du 1^{er} janvier 2017.

Tableau 11: Evolution des dépenses pour soins de santé (en millions EUR) de 2013 à 2017 ^a

Type de prestation	2013	2014	2015	2016	2017
Frais hospitaliers	749,5	764,7	781,4	809,0	917,4
Honoraires médicaux ^b	351,3	343,1	352,8	362,4	382,0
Honoraires médico-dentaires	76,1	71,4	72,0	73,4	83,0
Produits pharmaceutiques (en dehors des hôpitaux)	187,2	195,0	205,1	212,3	215,1
Dispositifs médicaux (en dehors des hôpitaux)	40,5	41,9	44,0	45,8	47,1
Analyses de laboratoire (en ambulatoire)	83,1	77,0	63,5	71,5	73,2
Honoraires des autres professions de santé	113,2	99,6	114,9	117,2	131,1
Autres soins de santé ^c	34,4	33,2	35,9	35,3	42,5
TOTAL DES PRESTATIONS AU LUXEMBOURG	1 635,4	1 625,9	1 669,5	1 726,9	1 891,4
TOTAL DES PRESTATIONS A L'ETRANGER	413,6	342,3	435,1	398,7	426,7
TOTAL SOINS DE SANTE	2 049,0	1 968,2	2 104,6	2 125,6	2 318,1
<i>Variation annuelle</i>	8,3%	-3,9%	6,9%	1,0%	9,1%

a. Elimination du biais des écritures de provisions pour prestations. Sont considérés également les reports qui se réfèrent à des prestations fournies, mais dont les factures n'ont pas encore été introduites.

b. Y compris les prestations de maternité.

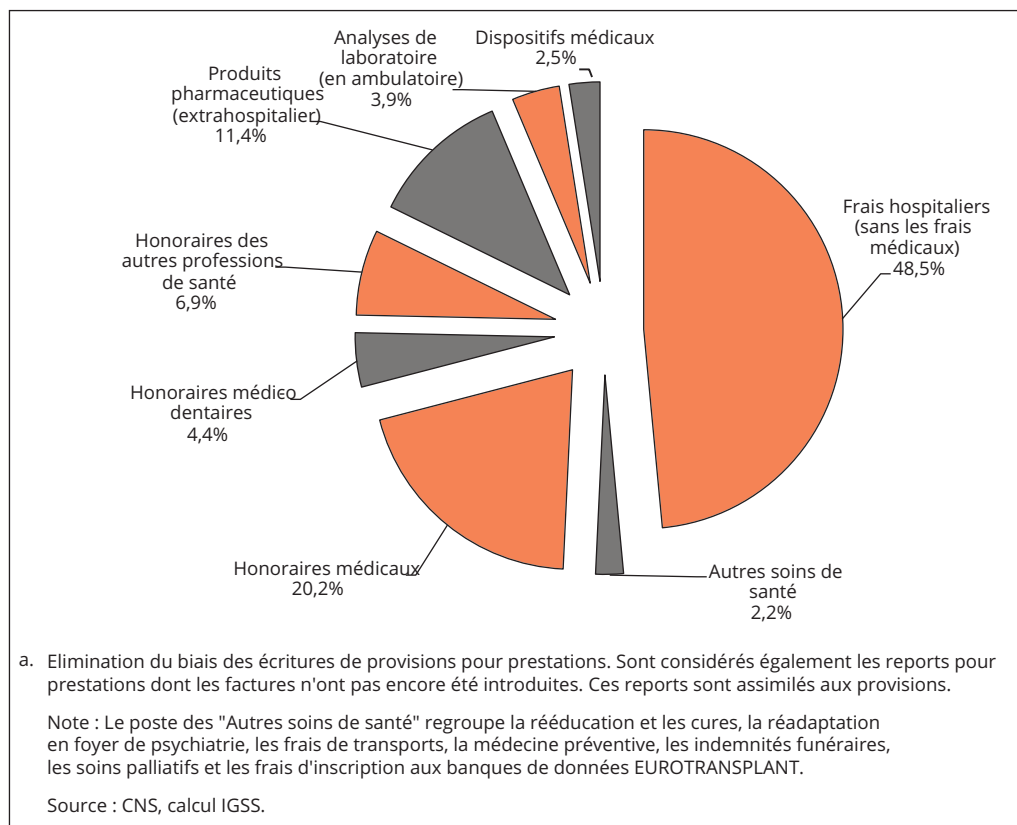
c. Le poste des "Autres soins de santé" regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive, les indemnités funéraires, les soins palliatifs et les frais d'inscription aux banques de données EUROTRANSPLANT.

Source : CNS, calcul IGSS.

2.1.1. Les prestations de soins de santé au Luxembourg

Sur les 2 318,1 millions EUR liquidés par l'assurance maladie-maternité pour soins de santé en 2017, 1 891,4 millions EUR, soit 81,6%, sont dépensés pour les prestations délivrées principalement à la population protégée résidente³ au Luxembourg.

Graphique 7: Répartition des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2017 (en % du total) ^a



Les frais hospitaliers représentent près de la moitié des dépenses (48,5%) pour soins de santé au Luxembourg. Les honoraires médicaux (20,2%) et les produits pharmaceutiques (11,4%) complètent le podium des premières dépenses. Ces trois postes représentent à eux seuls 80,1% de l'ensemble des dépenses en soins de santé au Luxembourg et 65,3% de l'ensemble des dépenses en soins de santé (au Luxembourg et à l'étranger).

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

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

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

Avec 426,7 millions EUR, les prestations à l'étranger représentent 18,4% du total des frais pour soins de santé liquidés en 2017. En raison de systèmes de classification et de tarification divergents dans les pays respectifs, une ventilation identique à celle appliquée aux prestations au Luxembourg n'est pas possible.

Les prestations de soins de santé à l'étranger ont connu des variations importantes passant d'une baisse de 17,2% en 2014 à une hausse de 27,1% en 2015 pour diminuer de 8,3% en 2016 et augmenter à nouveau en 2017 de 7,0%. Ces variations s'expliquent d'un côté par les différents montants comptabilisés en relation avec les dettes de la CNS envers les institutions de sécurité sociale étrangères : 160 millions EUR en 2014, 40 millions EUR en 2015 et 26,8 millions EUR en 2016 et de l'autre côté par l'introduction différée des factures par les institutions étrangères. Ces chiffres montrent les limites à l'utilisation des décomptes pour décrire une évolution.

Tableau 12: Evolution des prestations de soins de santé à l'étranger de 2013 à 2017 (en millions EUR)

	2013	2014	2015	2016	2017
Prestations de soins de santé, dont:	413,5	342,2	435,0	398,7	426,6
- Conventions internationales (tiers payant) ^{ab}	404,1	332,8	424,7	387,7	412,2
- Autres prestations à l'étranger (remboursement de prestations)	9,4	9,4	10,3	11,0	14,4
Indemnités funéraires	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
TOTAL DES PRESTATIONS	413,6	342,3	435,1	398,8	426,7

a. Montants ajustés en fonction des dotations aux provisions.

b. Y compris les prestations de maternité.

Source : CNS, calcul IGSS.

En 2017, 12 638 demandes d'autorisation dans le cadre du règlement CEE 883/2004 ont été reçues par la CNS. Ces demandes ont été introduites par 7 782 patients. La plupart des demandes concernent des traitements stationnaires et des consultations ou examens. Dans 77,4% des cas, la demande d'autorisation a été accordée sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), 12,1% des demandes ont été refusées et 10,5% des cas sont encore en instance.

Comparé à l'année précédente, le nombre total des demandes d'autorisation a diminué de 2,0% : moins de demandes ont été accordées (-24,1%) et moins de demandes sont encore en instance (-89,7%) .

Tableau 13: Evolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger^a entre 2015 et 2017

	2015		2016		2017		Variation 2015/ 2016	Variation 2016/ 2017
	Nombre d'autori- sations	En % du total	Nombre d'autori- sations	En % du total	Nombre d'autori- sations	En % du total		
Accordé	15 286	88,3%	12 892	79,9%	9 779	77,4%	-15,7%	-24,1%
En instance	1 221	7,1%	1 289	8,0%	1 332	10,5%	5,6%	-89,7%
Refusé	810	4,7%	1 956	12,1%	1 527	12,1%	141,5%	-88,2%
TOTAL	17 317	100,0%	16 137	100,0%	12 638	100,0%	-6,8%	-2,0%
	Nombre de patients		Nombre de patients		Nombre de patients			
Accordé	8 284		7 523		6 205		-9,2%	-17,5%
En instance	1 016		1 109		1 131		9,2%	2,0%
Refusé	710		1 712		1 356		141,1%	-20,8%
TOTAL	9 397		9 125		7 782		-2,9%	-14,7%

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

Source : CNS, calcul IGSS.

La très grande majorité (96,3%) de demandes de transferts est destinée aux trois pays limitrophes (Allemagne, Belgique, France). Plus de la moitié des autorisations est accordée pour l'Allemagne (58,2%) et 26,2% pour la Belgique. Cependant, les chiffres présentés ne donnent pas d'indication sur les traitements effectivement obtenus.

Tableau 14: Répartition du total des autorisations sollicitées par pays fournisseur en 2017^a

Pays fournisseur	Nombre d'autorisations			Total	Nombre de patients			Total	Répartition par pays des autorisations accordées	Répartition par pays du total des autorisations
	Accordé	En instance	Refusé		Accordé	En instance	Refusé			
Allemagne	5 691	779	644	7 114	3 750	654	587	4 566	58,2%	56,3%
Belgique	2 560	205	434	3 199	1 561	181	373	1 877	26,2%	25,3%
France	1 170	116	294	1 580	741	103	258	970	12,0%	12,5%
Suisse	171	25	33	229	98	20	30	134	1,7%	1,8%
Italie	65	27	25	117	44	26	24	79	0,7%	0,9%
Portugal	28	43	27	98	18	38	24	75	0,3%	0,8%
Pays-Bas	55	6	9	70	35	5	8	44	0,6%	0,6%
Autres pays	39	131	61	231	29	111	55	180	0,4%	1,8%
TOTAL	9 779	1 332	1 527	12 638	6 205	1 131	1 356	7 782	100,0%	100,0%

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

Source : CNS, calcul IGSS.

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

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

Encadré méthodologique

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

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

Depuis 2003 les tarifs des prestataires de soins de santé sont adaptés à l'évolution de l'indice pondéré du coût de la vie.

2.2.1. La consommation médicale

En 2017, la CNS a dépensé 1 638,4 millions EUR pour soins de santé délivrés à la population protégée résidente. Sur les 546 523 personnes protégées résidentes, 521 871 ont bénéficié d'un remboursement de la CNS⁴. En moyenne, ce remboursement a été effectué à hauteur de 3 139,5 EUR par bénéficiaire. Il convient de préciser qu'il s'agit de la moyenne remboursée pour l'ensemble des prestations en 2017 par personne bénéficiaire, et non pas d'une moyenne par acte ou par prestation.

La consommation médicale dépend de trois facteurs, dont les facteurs de prédisposition (les facteurs individuels, les caractéristiques sociales et les attitudes concernant le système de santé, les facteurs contextuels), les facteurs de capacité (facteurs financiers et organisationnels) et les facteurs de besoin (le besoin perçu)⁵. Ces trois facteurs majeurs ont une influence sur la répartition de remboursement et expliquent l'inégalité.

Pour l'année 2017 on constate que :

- la moitié des bénéficiaires a touché un remboursement inférieur à 965,2 EUR (remboursement médian) ;
- environ quatre cinquièmes des bénéficiaires (80%) ont touché un montant inférieur au remboursement moyen (3 139,5 EUR) ;
- 98% des bénéficiaires ont touché 67,5% de l'ensemble des soins remboursés ;
- 2% des patients les plus remboursés (ca. 10 438 personnes) ont eu un remboursement supérieur à 22 961,3 EUR et ont donc touché 32,5% des remboursements de soins de santé ;
- le remboursement par personne bénéficiaire le plus élevé en 2017 était de 548 751,7 EUR.

4. Il faut noter que le nombre de personnes protégées résidentes représente une moyenne annuelle et que le nombre de bénéficiaires représente une valeur absolue.

5. Modèle comportemental d'Andersen, 1995.

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

Tableau 15: Evolution de la distribution des soins consommés

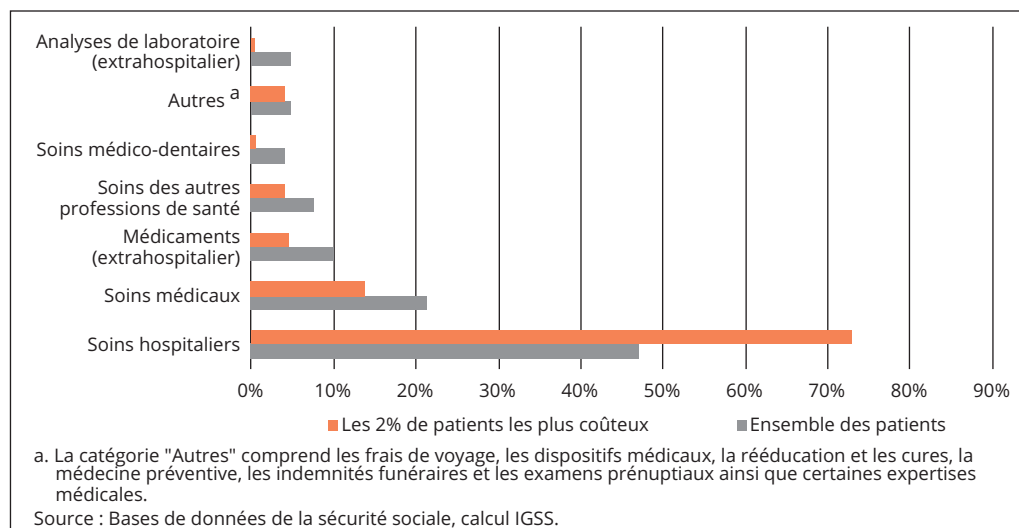
Pourcentage de patients	Part de la consommation totale		
	1997	2007	2017
50% bénéficiant de	7,0%	6,5%	6,6%
75% bénéficiant de	21,0%	18,9%	19,1%
98% bénéficiant de	71,0%	67,4%	67,5%

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

Note de lecture : En 2017, 98% des patients ont consommés 67,5% de l'ensemble des soins de santé.

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

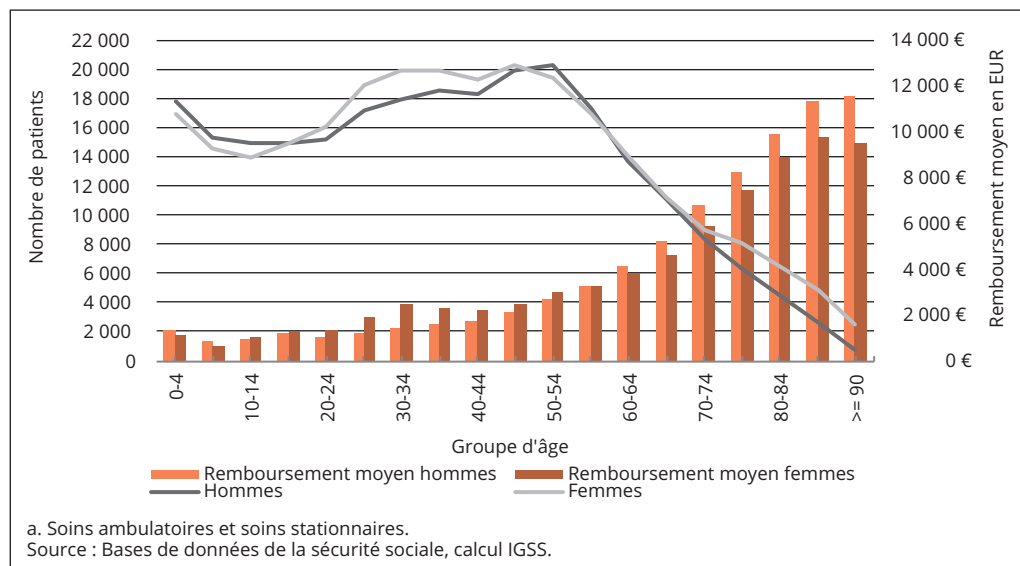
Graphique 8: Répartition des remboursements de soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés en 2017 (en % du total)



Les remboursements pour frais d'hospitalisation représentent 72,7% des remboursements des prestations de soins de santé des 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés, tandis que ces frais ne représentent que 47,2% des remboursements pour l'ensemble des patients.

Entre autres, l'âge et le sexe sont des facteurs qui influencent l'état de santé et donc le volume des soins de santé consommés. L'analyse des remboursements de soins de santé par groupe d'âge et par sexe, est riche d'enseignement.

Graphique 9: Les soins de santé au Luxembourg^a : nombre de patients et remboursement moyen par sexe et âge en 2017



Le graphique 9 illustre, par sexe et par groupe d'âge, le nombre de bénéficiaires et le montant moyen remboursé pour les soins de santé en 2017. A noter que la répartition par sexe de la population protégée résidente ne correspond pas à celle des patients : alors que les hommes prédominent jusqu'à 69 ans dans la population protégée résidente, les patients femmes sont majoritaires dans le groupe d'âge de 15-50 ans. Pour environ ces mêmes groupes d'âge, la moyenne remboursée des femmes est plus élevée. Cette situation peut être attribuée à l'effet maternité. Dans tous les autres groupes d'âge, la moyenne remboursée est plus élevée chez les hommes, même si le nombre de patients féminins dépasse celui des patients masculins.

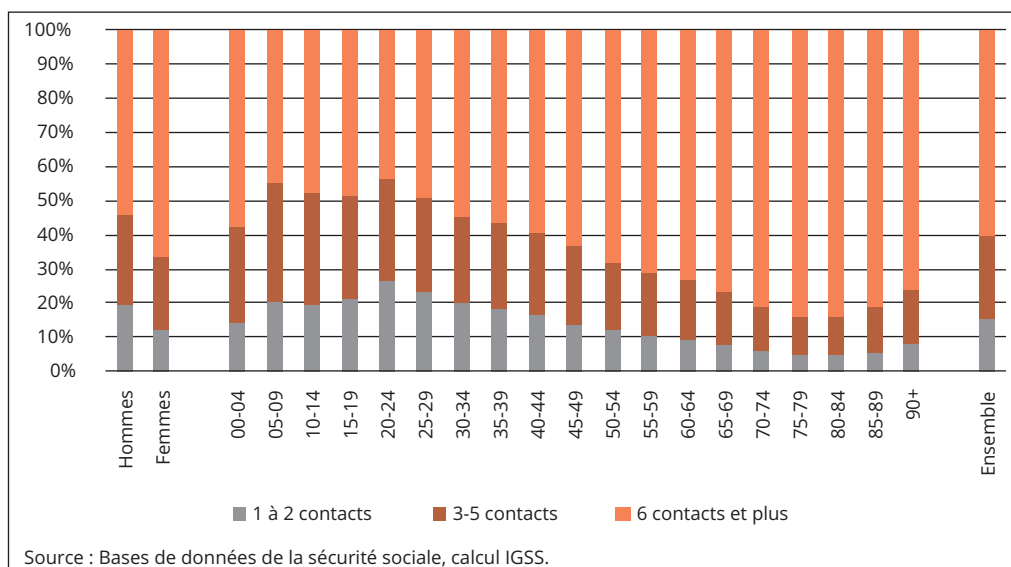
Contacts médicaux

Encadré méthodologique

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

Le pourcentage de patients qui ont eu au moins un contact médical pendant l'année est sous-estimé car il est calculé sur base de la population protégée résidente moyenne et les patients qui 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 donc exclues. De plus, les données utilisées qui se basent sur la date de la prestation pour 2017 sont provisoires.

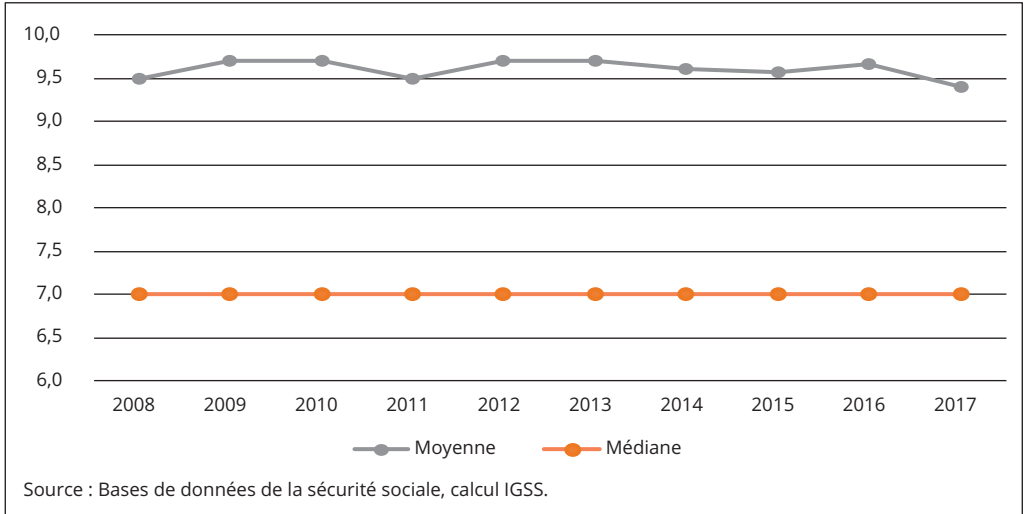
Graphique 10: Contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2017



En 2017, environ 95,5% de la population protégée résidente a eu au moins un contact médical en milieu extrahospitalier⁶. La moitié des patients a eu jusqu'à 7 contacts médicaux (médiane) et la moyenne se situe autour de 9,4 contacts médicaux. Les femmes ont en moyenne plus de contacts médicaux que les hommes (10,4 vs. 8,3). 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 ").

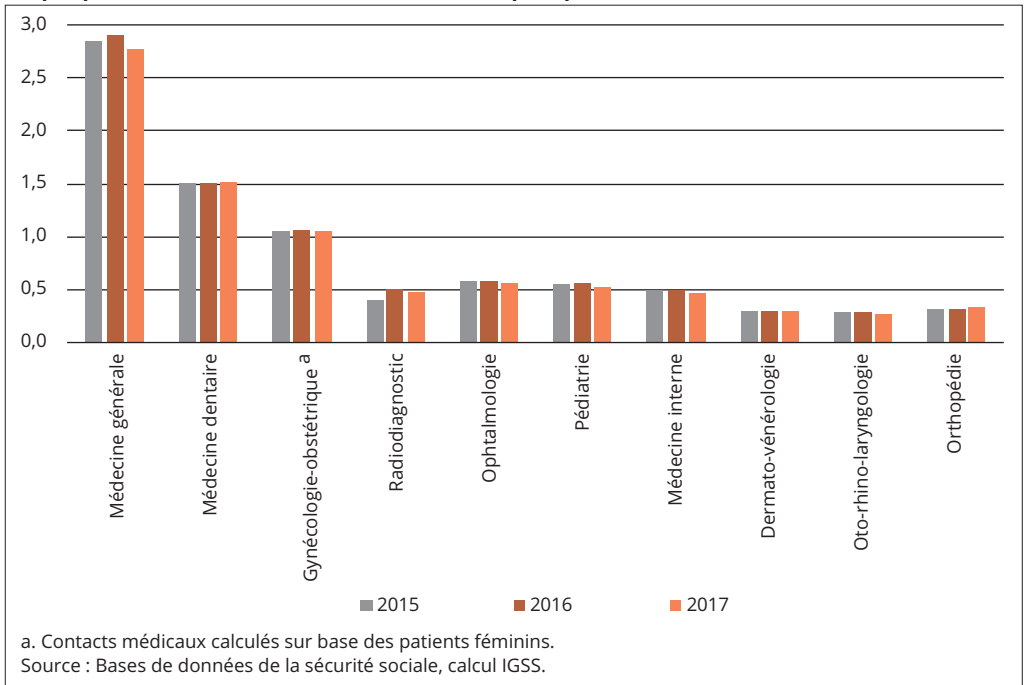
6. Il faut noter que le nombre de personnes protégées résidentes représente une moyenne annuelle et que le nombre de bénéficiaires représente une valeur absolue, il s'agit donc d'une valeur estimée.

Graphique 11: Evolution des contacts médicaux de 2008 à 2017



L'évolution est stable pendant les dix dernières années (graphique 11).

Graphique 12: Evolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2015 à 2017^a



En 2017, les personnes consultent le plus fréquemment les médecins généralistes (en moyenne 2,8 fois/an), les médecins dentistes (1,5 fois/an) et les gynécologues et obstétriciens (1,1 fois/an)⁷. Au cours des 3 dernières années, la distribution des médecins consultés selon leur spécialité est restée stable.

7. Calculée sur base de patients féminines de l'année correspondante.

2.2.2. Les prestataires de soins de santé

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

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

2.2.2.1. L'activité médicale au Luxembourg

Encadré méthodologique

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

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

Un médecin peut être prescripteur et exécutant à la fois.

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

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

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 26 et 70 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 2017, les honoraires de l'ensemble des médecins se sont élevés à 502,2 millions EUR, soit 6,7% de plus qu'en 2016. La plus grande variation peut être observée chez les médecins généralistes avec 9,0%. Cette augmentation s'explique par la venue à terme des mesures d'économies instaurées par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de santé, l'augmentation de la valeur de la lettre-clé de 1,01%, la croissance de l'activité médicale et de l'évolution de l'échelle mobile des salaires. En 2017 le volume des honoraires des médecins spécialistes progresse de 5,3% et celui des médecins dentistes de 8,3% par rapport à 2016.

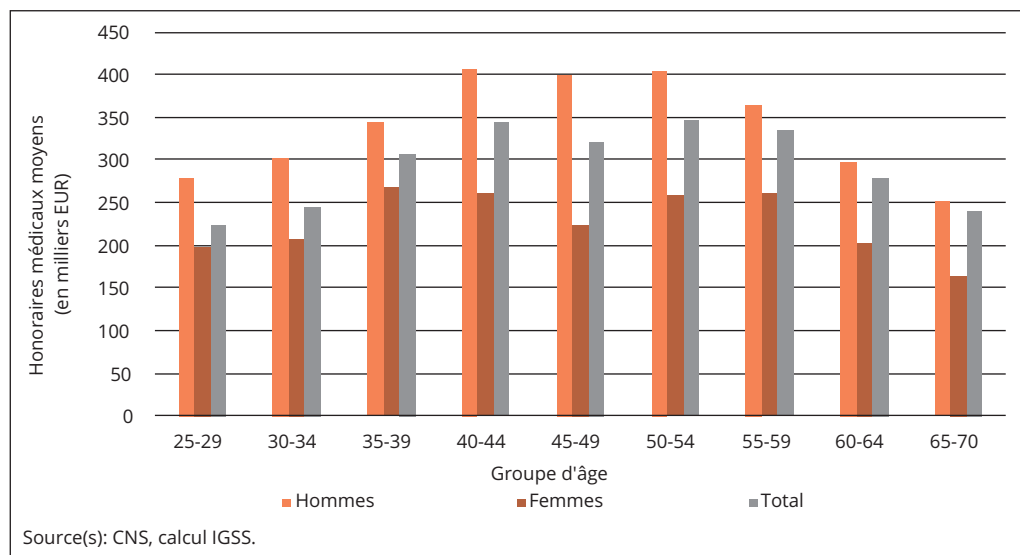
Tableau 16: Evolution du volume des honoraires des médecins depuis 2008 (en millions EUR)

	2008	2012	2017	Variation moyenne annuelle 2008/17
Médecins généralistes	49,4	61,5	79,6	5,4%
Médecins spécialistes	198,5	235,0	280,8	3,9%
Dentistes et stomatologues	96,8	125,0	141,8	4,3%
Total des médecins	344,7	421,5	502,2	4,3%

Source : CNS, calcul IGSS.

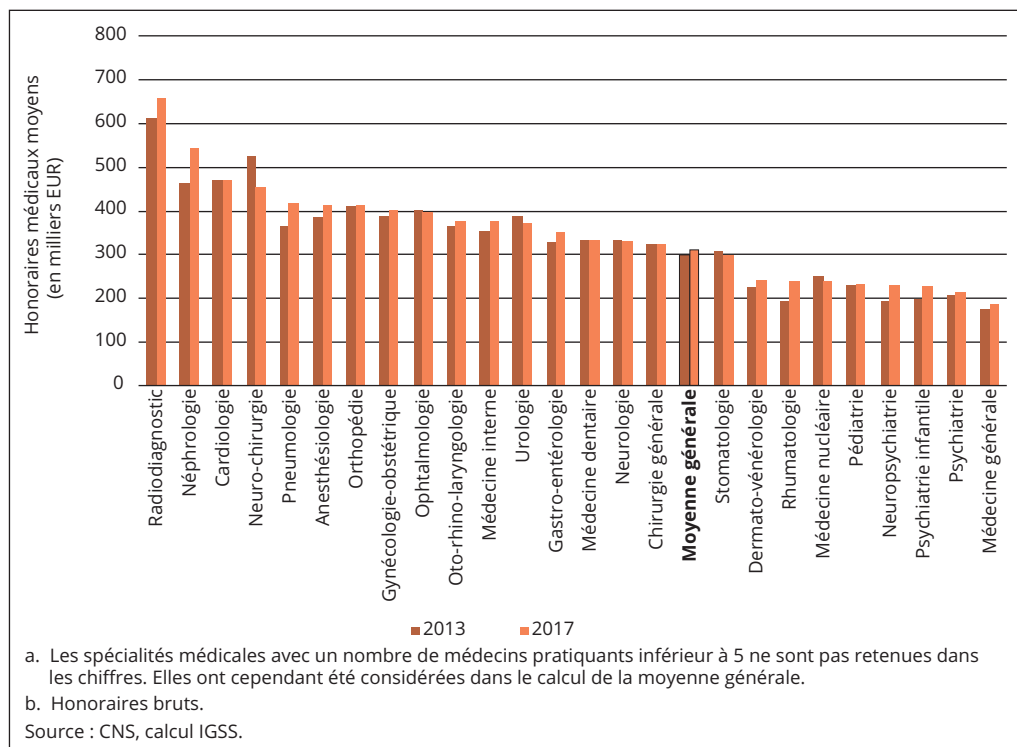
Le graphique 13, qui reproduit le montant moyen des honoraires, ventilé par groupe d'âge et sexe, montre qu'il y a des différences notables entre les honoraires moyens perçus par les hommes et les femmes. Pour tous les groupes d'âge, les femmes perçoivent des honoraires médicaux moins élevés. Ceci est lié à la fois au choix de la spécialité et à l'intensité de travail de celles-ci.

Graphique 13: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2017 (en milliers EUR)



Les écarts d'honoraires moyens sont très importants selon la spécialité médicale. En règle générale, les moyennes les plus faibles se rencontrent chez les spécialités médicales conservatrices (médecins généralistes, pédiatres et psychiatres). Les moyennes les plus élevées sont associées aux spécialités médicales interventionnelles. L'analyse de l'évolution des honoraires médicaux moyens de 2013 à 2017 montre une diminution entre autres chez les urologues, les neurologues, les stomatologues, les ophtalmologues et les médecins spécialisés en neuro-chirurgie et en médecine nucléaire.

Graphique 14: Evolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2013 et 2017^{ab} (par ordre décroissant pour 2017)



2.2.2.2. Les soins hospitaliers

Les soins hospitaliers comprennent l'ensemble des services (soins et hébergement) de court et moyen séjour fournis par les hôpitaux. Les soins médicaux ne sont pas inclus. Les journées d'hospitalisation avec ou sans nuitée, le nombre d'admissions à l'hôpital ainsi que la durée moyenne de séjour sont présentés dans cette sous-section. A noter que les données de 2017 ne permettent plus de présenter des statistiques sur les diagnostics de sortie exhaustives.

Les journées d'hospitalisation

Encadré méthodologique

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

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

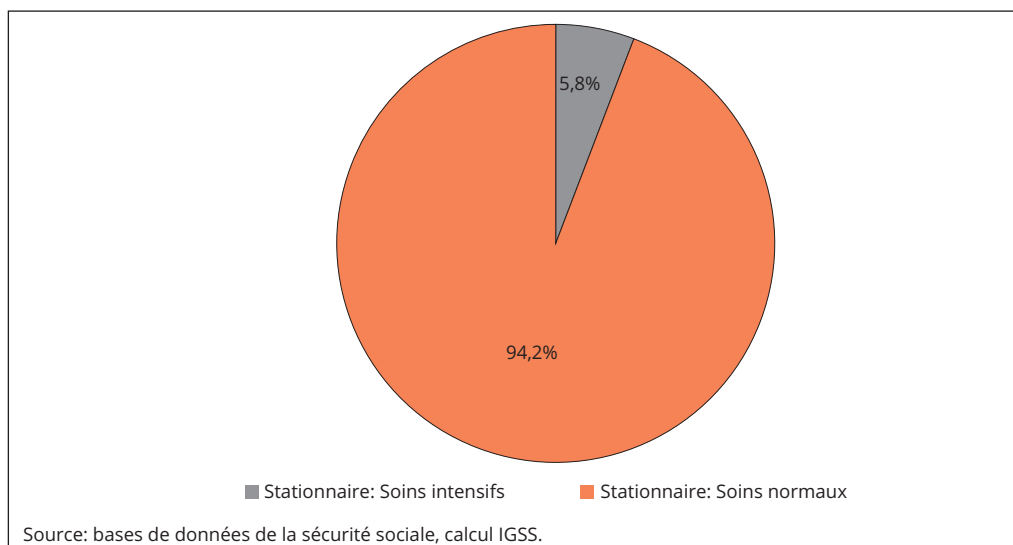
Comme pour toutes les données établies selon la date de la prestation, les données pour les années les plus récentes sont provisoires et probablement sous-estimées.

En 2017, 734 410 journées ont été facturées en milieu hospitalier au Luxembourg⁸. Les journées facturées avec au moins une nuitée s'élèvent à 663 460 en 2017. Elles incluent les journées en soins normaux et soins intensifs. Il faut souligner qu'un épisode hospitalier commencé en place de surveillance ou en hôpital de jour psychiatrique et directement prolongé par une hospitalisation avec au moins une nuitée sera comptabilisé dans les journées facturées avec une nuitée. Les soins normaux sont l'unité d'œuvre la plus souvent facturée avec 94,2%. Les soins intensifs représentent 5,8% de journées facturées avec nuitée.

Les hospitalisations de jour, qui ne sont pas suivies d'une hospitalisation avec nuitée sont au nombre de 70 950 en 2017. Les soins normaux concernent 22,1%, les places de surveillance 40,3% et les hospitalisations de jour en psychiatrie 37,6%. Abstraction faite de ces dernières, 35,4% incombent aux soins normaux et 64,6% aux places de surveillance.

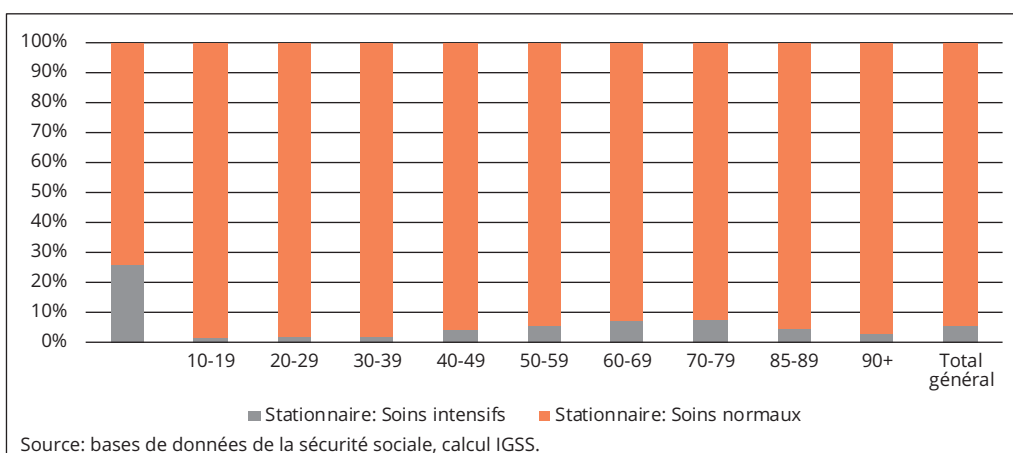
8. Ces journées comprennent les hospitalisations avec nuitée (soins normaux, soins intensifs) et les hospitalisations de jour (places de surveillance, soins normaux, soins intensifs, hôpital de jour en psychiatrie).

Graphique 15: Répartition des types de journées prestées avec nuitée en 2017



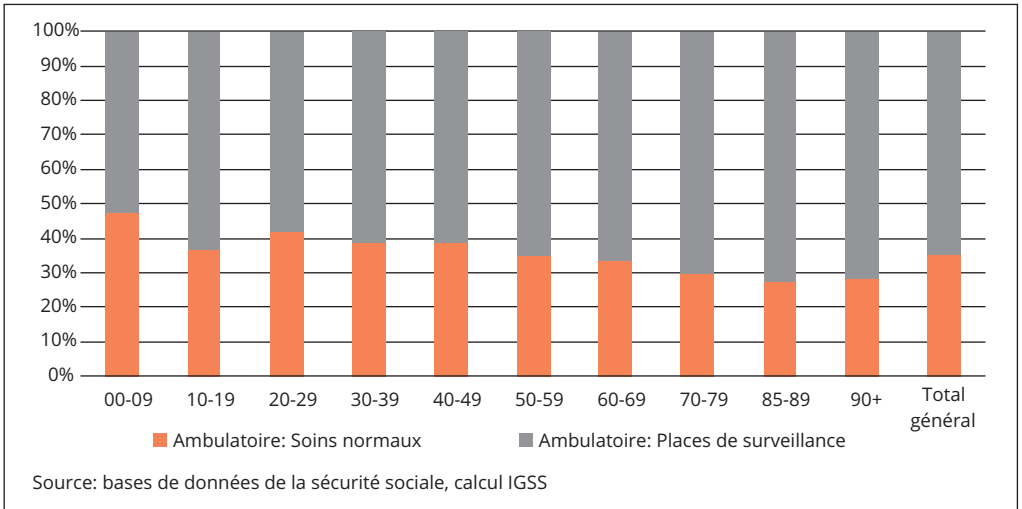
Le graphique 16 illustre, par groupe d'âge, la part des différents types de journées facturées avec nuitée. Les hospitalisations en soins normaux dominent dans tous les groupes d'âge. Pour les nouveau-nés en bonne santé, le séjour normal en maternité après la naissance n'est pas considéré comme une hospitalisation. Ceci explique la proportion en soins intensifs relativement élevée pour les très jeunes. L'ensemble de journées facturées avec nuitée concerne 52 566 personnes.

Graphique 16: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2017 (en %)



Concernant les journées facturées sans nuitée, ce sont les places de surveillance qui occupent la part la plus importante, au-delà de 50% des journées facturées sans nuitée pour tous les groupes d'âge. Les jours concernent un total de 30 843 patients.

Graphique 17: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2017 (en %)



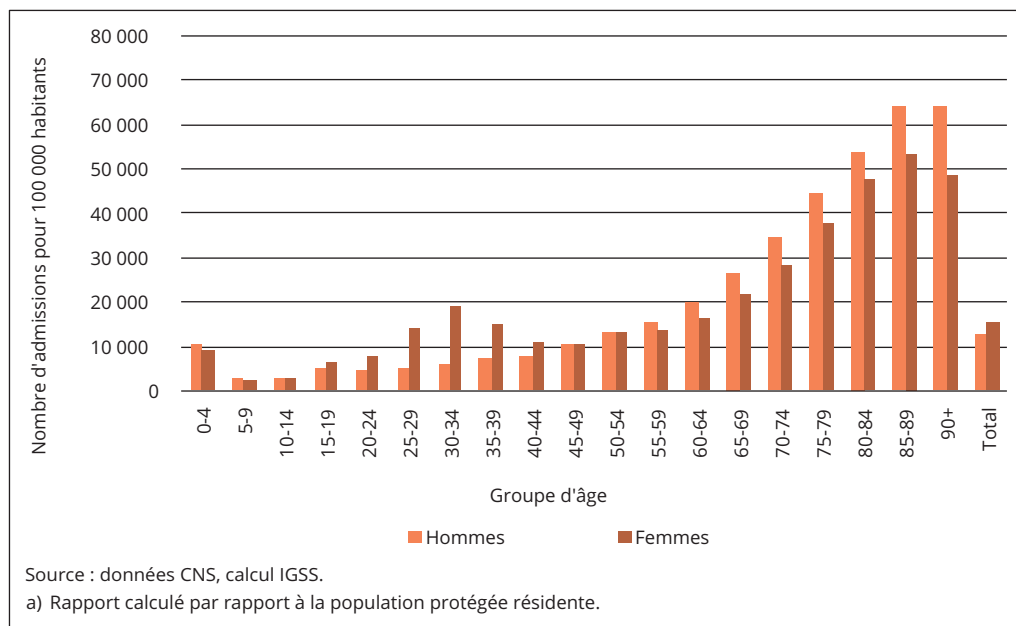
Les admissions à l'hôpital

Encadré méthodologique

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

En 2017 le nombre d'admissions hospitalières avec au moins une nuitée s'élève à 13 969 pour 100 000 personnes protégées résidentes.

Graphique 18: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2017 ^a



Le taux élevé des admissions chez les femmes âgées de 15 à 44 ans par rapport à celui des hommes du même âge s'explique en grande partie par les accouchements qui sont la première cause d'hospitalisations chez les femmes de ces groupes d'âge. Sans surprise, le nombre d'admissions augmente avec l'âge pour atteindre un maximum de 6,4/10 chez les hommes de 90 ans et plus.

La fréquence et la durée de séjour dans les hôpitaux aigus

Encadré méthodologique

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

Pour les données sur les hôpitaux aigus les 4 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 communal de Steinfort, réservé à la rééducation gériatrique.

Le tableau synoptique 17 présente les principaux indicateurs en matière de durée de séjour dans les hôpitaux aigus. Ainsi, sur la période de 2013 à 2017, le nombre des hospitalisations comprenant au moins une nuit à l'hôpital diminue de manière continue et le nombre d'admissions en hospitalisation de jour augmente. En 2017 par contre, la tendance s'inverse. Le rapport entre le nombre d'hospitalisation de jour et le nombre total d'hospitalisation passe de 21,6% en 2013 à 22,1% en 2017. Le taux d'hospitalisation avec une durée inférieure ou égale à 7 jours baisse à partir de 2016 tandis que le taux d'hospitalisation avec une durée inférieure ou égale à 4 jours diminue depuis 2014.

Tableau 17: Evolution du type d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus de 2013 à 2017 ^a

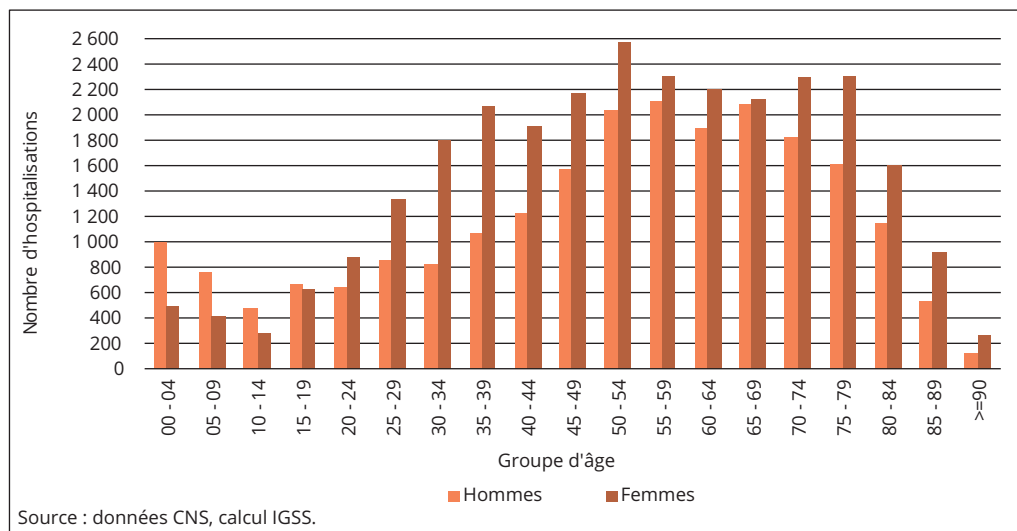
	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de cas d'hospitalisations comprenant au moins une nuit à l'hôpital	76 173	75 721	74 711	74 319	72 558
Nombre d'admissions en hospitalisation de jour (HDJ, sans nuitée)	16 479	17 232	17 463	17 522	16 068
Nombre de patients en place de surveillance ^b (sans nuitée et sans admission formelle)	27 170	29 909	30 987	31 946	35 013
Durée moyenne de séjour ^c	7,4	7,3	7,5	7,5	7,5
<i>Evolution annuelle des hospitalisations complètes</i>	-1,5%	-0,6%	-1,3%	-0,5%	-2,4%
<i>Evolution annuelle des hospitalisations de jour</i>	6,5%	4,6%	1,3%	0,3%	-8,3%
<i>Evolution annuelle des places de surveillance</i>	6,6%	10,1%	3,6%	3,1%	9,6%
Taux d'hospitalisation avec une durée <=4 jours	64,4%	65,1%	64,9%	64,7%	64,3%
Taux d'hospitalisation avec une durée <=7 jours	78,4%	78,6%	79,6%	78,1%	77,8%
Rapport nombre HDJ / Nombre total d'hospitalisations (sans places de surveillance)	21,6%	22,8%	23,4%	23,6%	22,1%

- A l'exclusion des établissements de rééducation psychiatrique et gériatrique, du Haus Omega et du Reha-
center (Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation).
- Après certains examens ou traitements en service ambulatoire de l'hôpital, les patients sont surveillés pen-
dant un laps de temps qui garantit qu'ils soient en mesure de rentrer et d'assumer leur vie quotidienne sans
risques pour leur santé. Les établissements disposent de "places".
- Concerne uniquement les hospitalisations comportant au moins une nuit à l'hôpital.

Source : données CNS, calcul IGSS.

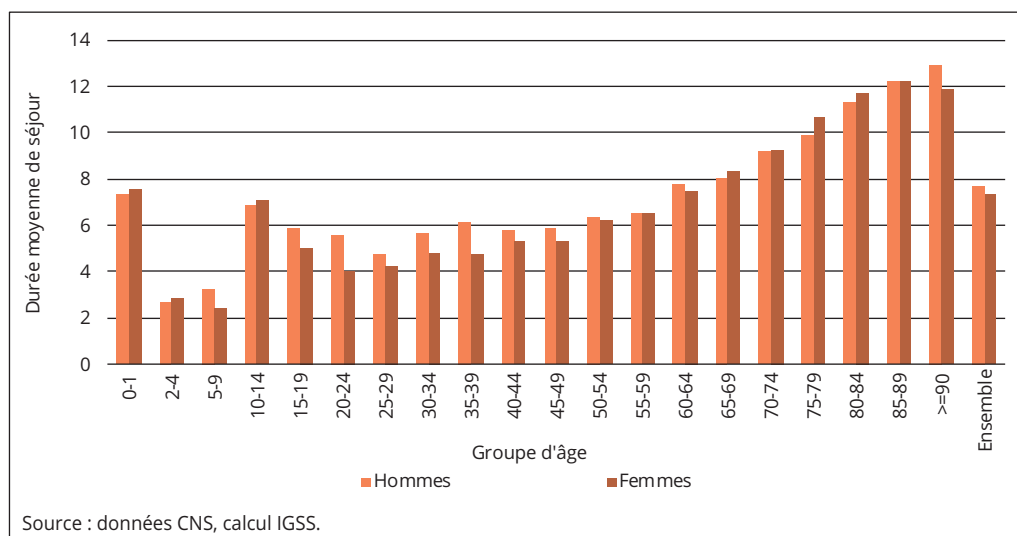
En 2017, 51 081 hospitalisations de jour (y compris places de surveillance) ont été dénombrées. A l'exception des femmes âgées de moins de 19 ans, le nombre d'hospitalisations des femmes est toujours supérieur à celui des hommes. La maternité et l'espérance de vie des femmes supérieure à celle des hommes expliquent cette situation.

Graphique 19: Nombre de cas d'hospitalisations de jour en 2017 par groupe d'âge (hôpitaux aigus)



La durée moyenne de séjour des 72 558 hospitalisations avec au moins une nuitée se situe à 7,5 jours en 2017. Pour les hommes comme pour les femmes, la durée moyenne de séjour progresse avec l'âge. L'exception à cette tendance sont les enfants de moins de 1 an qui affichent une durée moyenne de séjour plus élevée. Cela vient du fait que le séjour à la maternité d'un nouveau-né en bonne santé n'est pas considéré comme une hospitalisation pour le bébé mais pour la mère et n'est donc pas pris en compte dans le calcul de la DMS. Par contre, les accouchements par césarienne ainsi que les nouveau-nés présentant des complications sont inclus.

Graphique 20: Durée moyenne de séjour en 2017 par groupe d'âge et sexe (hôpitaux aigus)



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

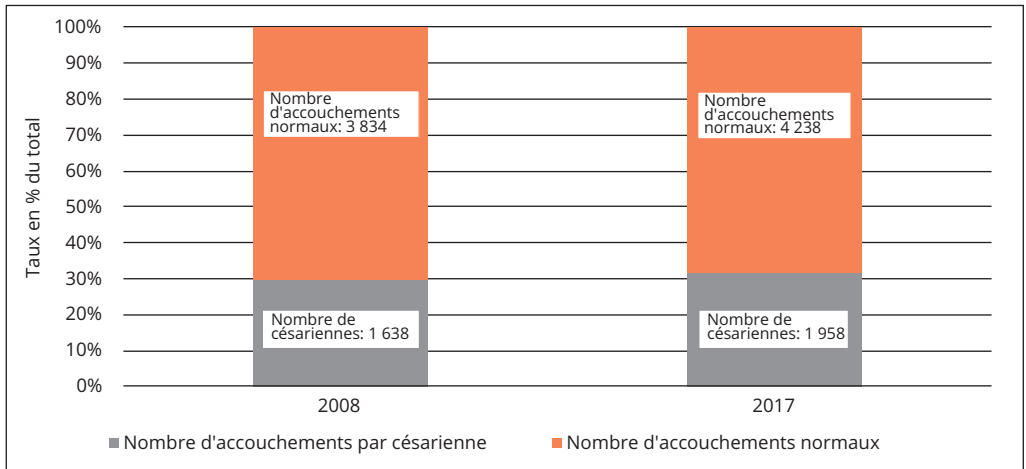
Les soins de maternité lors d'un accouchement à l'hôpital ont été pris en charge forfaitairement par l'Etat jusqu'en 2010. A partir du 1^{er} janvier 2011, le financement des soins en cas de maternité a été intégré au régime général de l'assurance maladie-maternité.

En 2017, le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité est de 6 196. Comparé à 2008, ceci représente une augmentation de 13,2%. Toutefois, la population protégée résidente a également augmenté. Trois points sont mis en évidence :

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

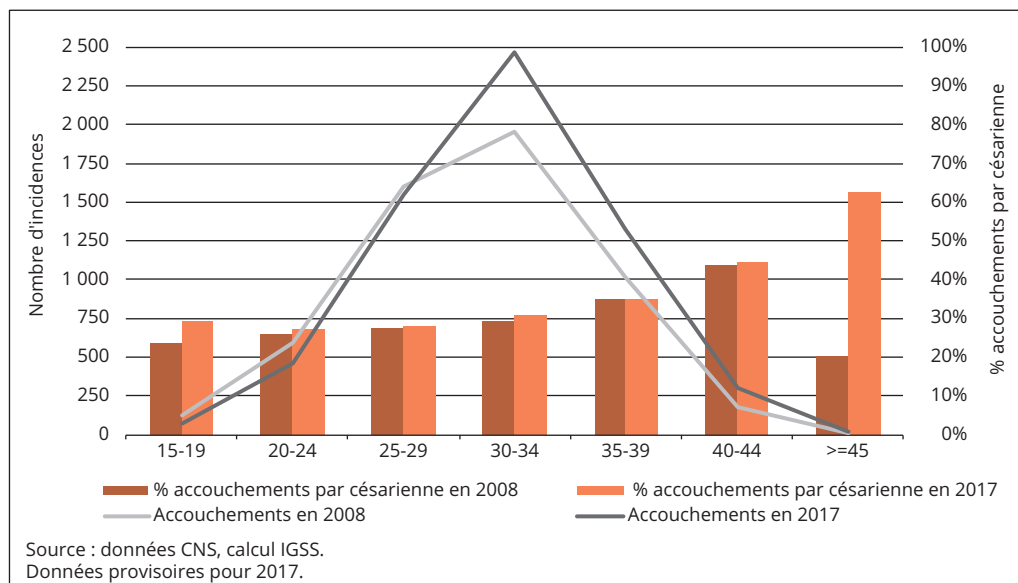
Le taux des césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 31,6% en 2017 contre 29,9% en 2008 (graphique 21).

Graphique 21: Evolution du nombre d'accouchement par césarienne et du nombre d'accouchements normaux de 2008 à 2017



Le graphique 22 indique, en fonction de l'âge de la femme, le nombre d'accouchements des femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité pour les années 2008 et 2017. Ce nombre a diminué chez les adolescentes et a augmenté chez les femmes âgées de plus de 30 ans. De plus, il montre le pourcentage des accouchements par césarienne sur tous les accouchements.

Graphique 22: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2008 et 2017



2.2.2.3. La délivrance de médicaments

Encadré méthodologique

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

En 2017, les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier s'élèvent à 219,1 millions EUR et ont augmenté de 4,5% par rapport à l'année précédente. Les médicaments à délivrance hospitalière présentent un coût de 44,4 millions EUR, soit 20,3% des dépenses pharmaceutiques en milieu extrahospitalier.

Les quatre groupes ATC les plus pris en charge par la CNS en milieu ambulatoire sont présentés au tableau 18. Ils représentent 63% du montant net total.

Tableau 18: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2017

Code ATC 1 ^{er} niveau	Montant net total %	Variation 2016 / 2017 de la consommation DDD
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	17%	0,5%
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	16%	6,4%
Système cardio-vasculaire	16%	-5,8%
Système nerveux central	14%	-0,1%

Source : Décompte CNS.

Soins des autres professions de santé exerçant en profession libérale

L'évolution du montant net des honoraires ou prestations des professions de santé non-médecins pris en charge par la sécurité sociale, est retracée dans le tableau 19. Contrairement au calcul des honoraires de médecins, aucun critère n'a été employé pour ce calcul.

Tableau 19: Evolution des frais des autres professions de santé de 2013 à 2017 (en milliers EUR)

	2013	2014	2015	2016	2017	Variation 2016/2017	Variation 2013/2017
Analyses de laboratoires	69 224	75 579	63 416	66 131,7	68 922,0	4,2%	-0,4%
Massages, kinésithérapie	51 084	57 542	60 390	66 755,4	73 554,3	10,2%	44,0%
Soins infirmiers	38 678	42 244	43 000	44 927,4	48 481,6	7,9%	25,3%
Soins des sages femmes	613	794	817	787,3	1 072,4	36,2%	75,0%
Psychomotriciens	1 123	1 245	1 321	1 193,6	1 185,4	-0,7%	5,5%
Orthophonie	1 505	1 728	2 083	2 223,9	2 239,8	0,7%	48,8%

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

3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

3.1. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE

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

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

	2015	2016	2017
Prestations à charge de la CNS	131,5	127,1	130,9
<i>Variation annuelle en %</i>	3,6%	-3,3%	3,0%
dont Indemnités pécuniaires proprement dites	121,6	115,7	118,1
dont Indemnités pendant périodes d'essais	9,7	11,2	12,6
dont Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,2	0,2	0,22
<i>Majoration du taux de cotisation pour prestations en espèces</i>	0,50%	0,50%	0,50%
Prestations à charge de la Mutualité des Employeurs	350,2	366,2	388,6
<i>Variation annuelle en %</i>	7,3%	4,6%	6,1%

Source : CNS, Mutualité des Employeurs.

L'année 2017 est caractérisée par une augmentation des prestations en espèces à charge de la CNS et par une augmentation importante des prestations en espèces à charge de la Mutualité des Employeurs. Les prestations en espèces à charge de la CNS s'établissent à 130,9 millions EUR en 2017 et sont ainsi de 3,0% plus élevées qu'en 2016. Les prestations en espèces à charge de la Mutualité s'établissent, quant à elles, à 388,6 millions EUR en 2017, contre 366,2 millions EUR l'année passée (+6,1%).

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

Encadré méthodologique

1. Champ étudié

Sont retenues toutes les occupations de tous les salariés de statut privé ayant eu au moins une occupation au cours de l'année. Sont exclus les indépendants ainsi que les salariés n'ayant pas droit à des prestations en espèces de la part de la Caisse Nationale de Santé (fonctionnaires, employés et ouvriers de l'Etat, fonctionnaires et employés communaux). Seul l'absentéisme pour cause de maladie est traité. Les périodes relatives à la maternité et aux accidents sont écartées.

2. Source

Les chiffres sur l'absentéisme s'appuient sur les périodes d'incapacité de travail renseignées au Centre commun de la sécurité sociale par les salariés et par les patrons.

3. Définitions

Taux d'absentéisme

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

Taux d'absentéisme de courte et de longue durée

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

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 22^{ème} et le dernier jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.

Episode de maladie

Un épisode de maladie est une période constituée de jours civils de maladie consécutifs. Une rechute précédée d'une reprise du travail est considérée comme un nouvel épisode.

.../...

Encadré méthodologique

4. Sélection des périodes de maladie

Approche " comptable "

L'approche comptable consiste à considérer uniquement les jours de maladie compris entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année étudiée. Cette approche est retenue pour le calcul des taux d'absentéisme.

Cette approche ne permet pas d'analyser de façon optimale les durées des épisodes de maladie, étant donné que les épisodes commençant et/ou finissant en dehors de l'année sont tronqués. Pour ce type d'analyse, c'est l'approche " durée " définie ci-dessous qui est retenue.

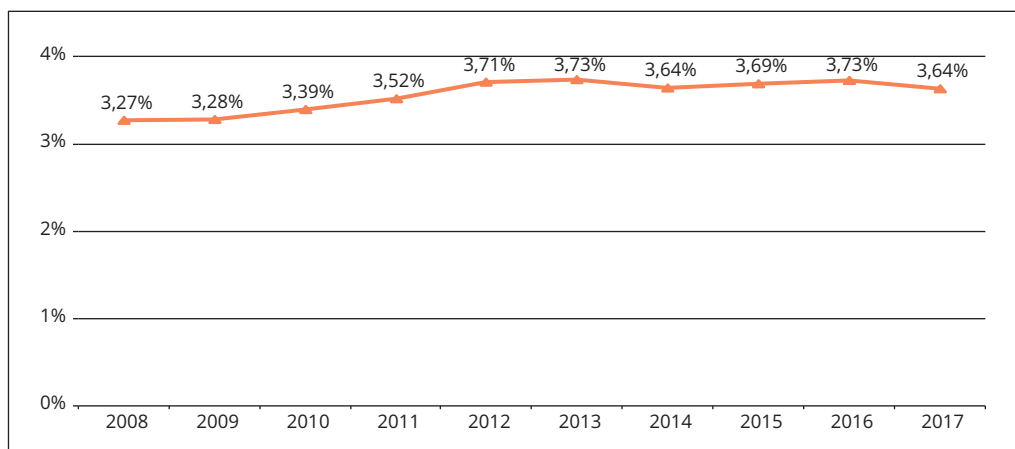
Approche " durée "

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

3.2.1. Principaux chiffres et évolution récente

Près d'un salarié sur deux (47%) n'a pas été malade au cours de l'année 2017. Ceux qui ont été malades ont connu en moyenne 2,6 épisodes de 8,1 jours chacun. Le taux d'absentéisme diminue et passe à 3,64% contre 3,73% l'année passée (graphique 23).

Graphique 23: Evolution du taux d'absentéisme maladie depuis 2008



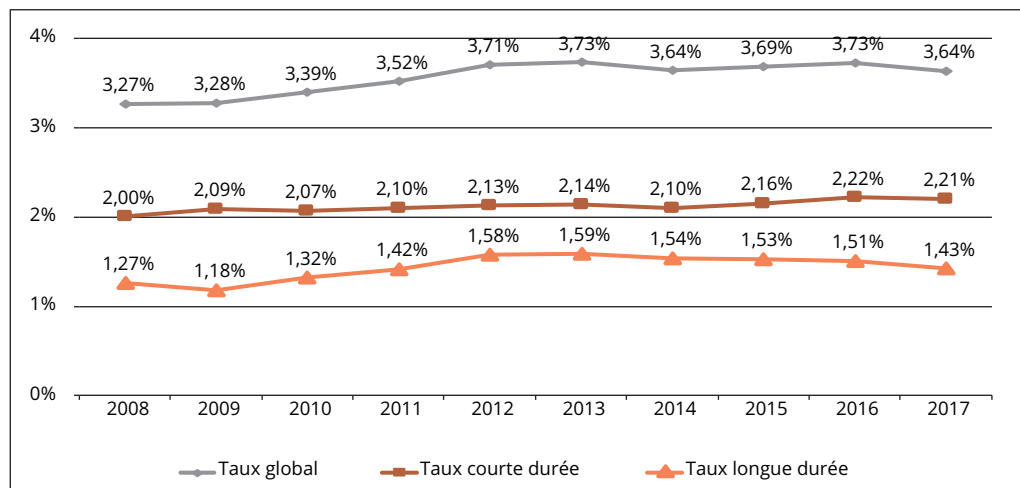
La diminution du taux observée en 2017 résulte à la fois d'une baisse du taux de longue durée (absences de plus de trois semaines) et d'une stabilisation du taux de courte durée (graphique 24).

Concernant la diminution du taux de longue durée, la plus grande précocité du premier contact entre l'assuré et le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) peut être avancée comme un des facteurs y ayant contribué. En effet, depuis octobre 2017, la procédure de

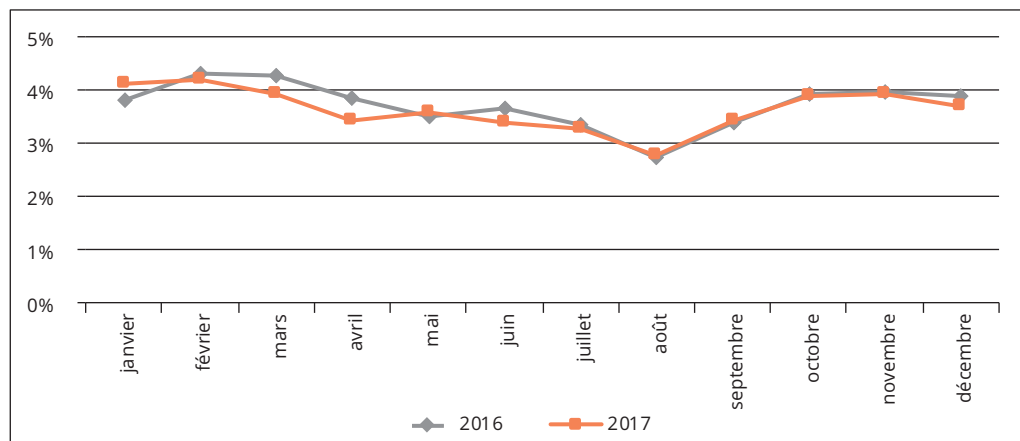
convocation au CMSS est déclenchée après 40 jours d'incapacité, sur une période de 47 jours, contre 77 jours consécutifs auparavant⁹.

Le taux de courte durée est, quant à lui, resté stable en dépit d'un facteur saisonnier qui a agi dans le sens d'une diminution du taux d'absentéisme. Le facteur saisonnier en question correspond à la précocité des épidémies de grippe et de gastro-entérite de la saison 2016/2017. Ce facteur a joué dans le sens d'une diminution du taux d'absentéisme en 2017 puisque l'année 2016 a été impactée à la fois par les épidémies de la saison 2015/2016 et par celles de la saison 2016/2017^{10 11} (graphique 24).

Graphique 24: Evolution des taux d'absentéisme maladie de courte et de longue durée depuis 2008



Graphique 25: Evolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie pour les années 2016 et 2017



9. Contrôle médical de la sécurité sociale - Rapport d'activité 2017

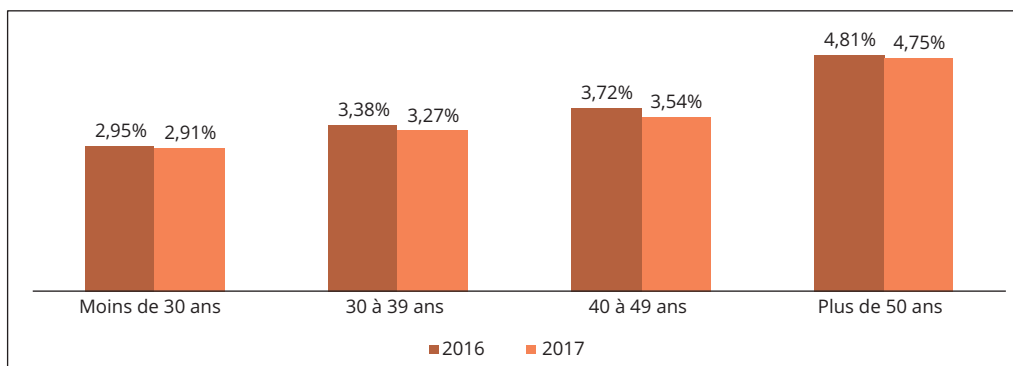
10. Réseau sentinelles - <https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/?page=database>

11. <https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/?page=serie>

3.2.2. Taux d'absentéisme selon quelques caractéristiques individuelles

L'âge est un facteur aggravant de l'absentéisme. Le taux d'absentéisme des plus de 50 ans est 1,6 fois plus élevé que celui des moins de trente ans. Entre 2016 et 2017, le taux d'absentéisme a diminué dans chaque tranche d'âge de la population (graphique 26).

Graphique 26: Taux d'absentéisme maladie selon le groupe d'âge en 2016 et 2017



A côté de l'âge, d'autres caractéristiques individuelles comme le sexe, la résidence ou encore le type d'activité font partie des déterminants de l'absentéisme maladie (tableau 21).

Tableau 21: Taux d'absentéisme maladie 2017 selon la résidence, le sexe et le type d'activité

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

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

Le taux d'absentéisme des femmes (4,0%) est supérieur à celui des hommes (3,3%). Cet écart est souvent expliqué par certaines spécificités physiologiques des femmes ainsi que par une implication plus forte de ces dernières dans les tâches familiales. En 2016, le taux d'absentéisme des femmes était de 4,1% et celui des hommes était de 3,4%.

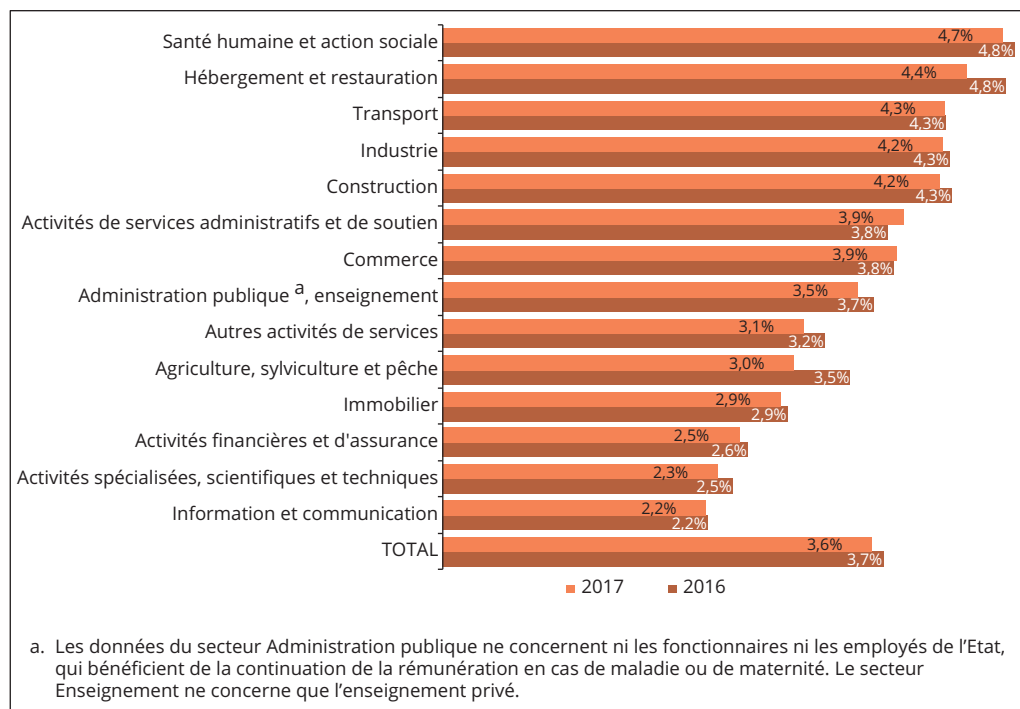
Le taux d'absentéisme des frontaliers (4,0%) est supérieur à celui des résidents (3,3%). Le fait de résider au-delà des frontières est porteur d'un certain nombre de particularités qui peuvent expliquer cet écart. Parmi celles-ci, on peut mentionner les durées de trajet domicile-travail qui sont majorées et qui peuvent être vues comme une source de fatigue et de stress supplémentaire. On peut également supposer l'existence de différences quant aux habitudes des prescripteurs (dans la durée de l'arrêt maladie notamment). En 2016, le taux d'absentéisme des frontaliers était de 4,0% et celui des résidents était de 3,5%.

Le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle (4,7%) est supérieur à celui des autres salariés (2,9%). Cet écart s'explique par la pénibilité du travail manuel par rapport au travail intellectuel. En 2016, le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle était de 4,8% et celui des autres salariés était de 2,9%.

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

Le taux d'absentéisme varie fortement d'un secteur d'activité à l'autre. Ces variations s'expliquent par des conditions de travail spécifiques ainsi que par certaines caractéristiques individuelles des salariés appartenant aux différents secteurs (p.ex. structure d'âge). Le graphique 27 présente les taux d'absentéisme par secteur pour les années 2016 et 2017.

Graphique 27: Taux d'absentéisme maladie selon le secteur d'activité en 2016 et 2017

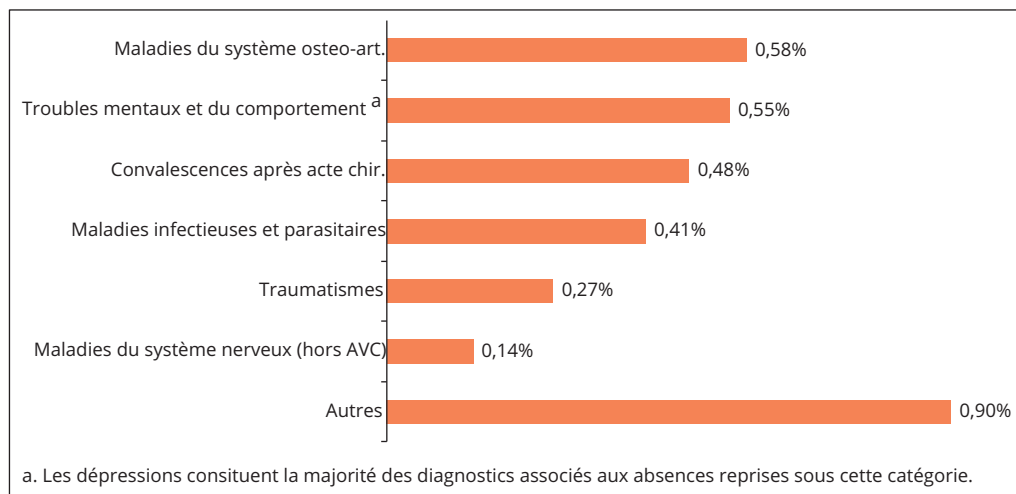


Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale est le secteur ayant le taux d'absentéisme le plus élevé (4,7%). Le secteur de l'agriculture affiche la baisse la plus forte entre 2016 et 2017 (- 0,48 points de %). D'une façon plus générale, à l'exception des secteurs du commerce et des activités de services administratifs et de soutien, tous les secteurs ont vu leur taux diminuer au stagner.

3.2.4. Raisons médicales des absences des résidents^{12 13}

En 2017, ce sont les absences liées aux maladies du système ostéo-articulaire qui ont le plus pesé dans le taux d'absentéisme des salariés résidents. Alors que ce dernier a atteint 3,33%, la part des jours d'absence pour chacune de ces deux raisons médicales dans l'ensemble des jours d'occupation s'est établie à 0,58% (graphique 28).

Graphique 28: Décomposition du taux d'absentéisme maladie (3,33%) selon la raison médicale en 2017



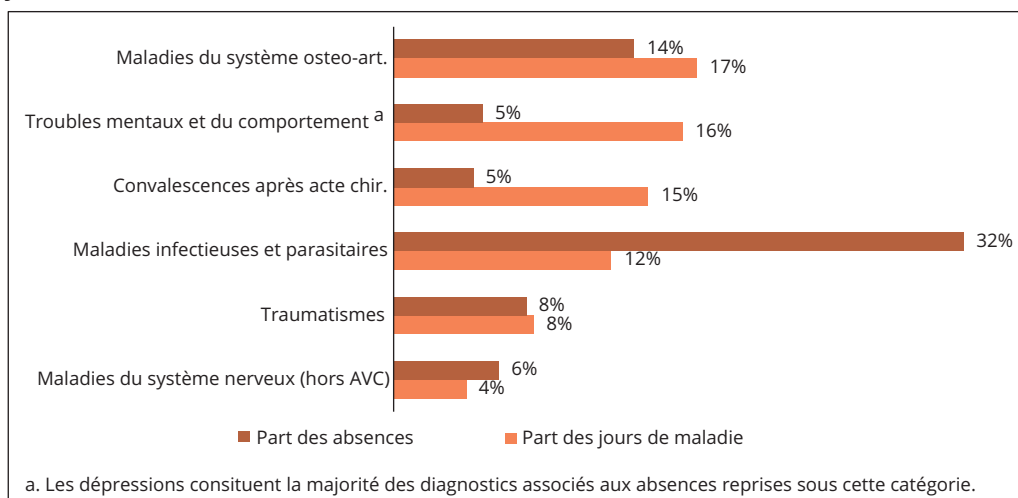
Guide de lecture :

- Pour une année donnée, la somme des contributions des différentes raisons médicales est égale au taux d'absentéisme des salariés résidents.
- En 2017, les maladies du système ostéo-articulaire ont concerné 0,58% des jours pendant lesquels les salariés résidents ont exercé une activité.

Alors que certaines pathologies concernent un grand nombre d'absences dont la durée est relativement courte en moyenne, d'autres concernent un nombre d'absences plus faible mais dont la durée est plus longue en moyenne. Les absences liées aux troubles mentaux et du comportement (principalement des dépressions) ont ainsi représenté 16% des jours de maladie mais seulement 5% des épisodes d'absence. A l'opposé, les absences liées à une maladie infectieuse ou parasitaire (grippe, gastro-entérites, sinusites, otites...) ont représenté 32% des absences mais seulement 12% des jours de maladie (graphique 29).

12. Pour l'analyse des raisons médicales, seuls les salariés résidents sont considérés. Les diagnostics proviennent des déclarations remplies par les médecins. Les données relatives aux frontaliers ne sont pas exploitables car seuls 20% des diagnostics sont codifiés contre 80% pour les résidents.
13. Les raisons médicales mentionnées ici sont celles qui représentent chacune plus de 4% des jours de maladie.

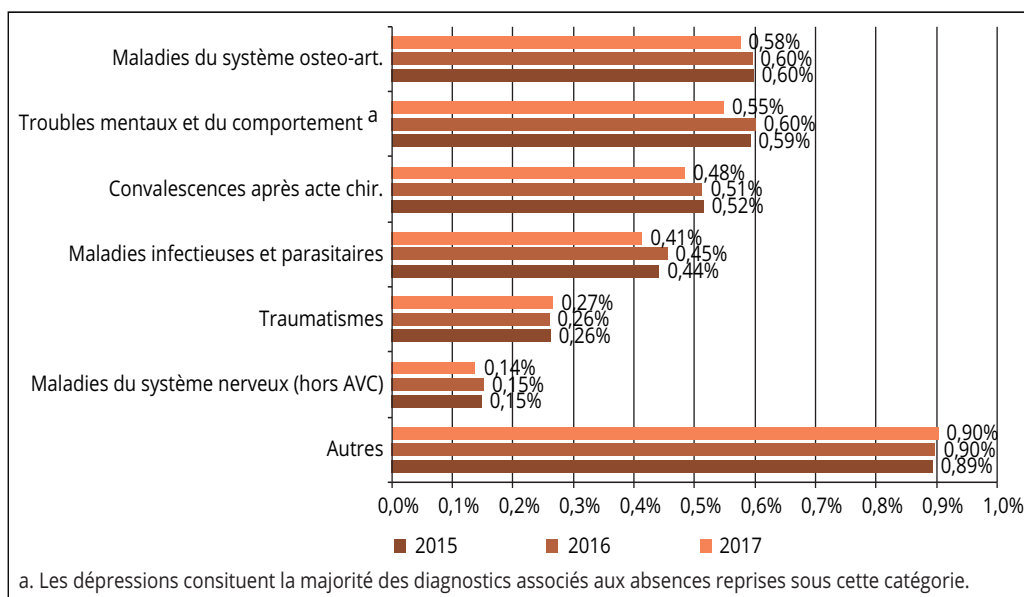
Graphique 29: Poids des principales raisons médicales dans la fréquence et dans le nombre de jours d'absences en 2017



On peut également mentionner le fait que les maladies infectieuses et parasitaires sont la principale raison des arrêts de courte durée (moins de 21 jours). En 2017, ces maladies ont représenté 28,7% des jours de maladie de cette catégorie d'absences. En ce qui concerne les arrêts de longue durée, ce sont les troubles mentaux et du comportement qui en sont la cause principale. En 2017, ces maladies ont représenté 23,5% des jours de maladie de cette catégorie d'absences.

La décomposition du taux d'absentéisme des salariés résidents selon la raison médicale nous indique que la diminution du taux d'absentéisme observée en 2017 s'observe dans presque tous les grands groupes de diagnostics (graphique 30).

Graphique 30: Décomposition du taux d'absentéisme maladie selon la raison médicale - évolution entre 2015 et 2017



3.3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MATERNITÉ

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

Tableau 22: Evolution des prestations en espèces de maternité de 2015 à 2017 (en millions EUR)

	2015	2016	2017
Prestations à charge de la CNS	129,3	128,3	137,1
Variation annuelle en %	2,1%	-0,8%	6,8%
dont Indemnités de maternité proprement dites	94,5	92,5	99,1
dont Indemnités de congé d'accueil	0,2	0,2	0,2
dont Indemnités pour femmes enceintes et allaitantes	24,6	24,4	26,3
dont Indemnités de congé pour raisons familiales	10	11,2	11,5

Source : CNS.

En 2017 les prestations en espèces de maternité (et assimilées) augmentent de 6,8%. Le congé légal augmente de 7,1% et le congé pour raisons familiales augmente de 2,6% (+11,8% en 2016). Le coût relatif aux dispenses de travail pour femmes enceintes, qui affiche depuis 2013 une croissance modérée, augmente à nouveau de manière considérable en 2017 (+7,6%).

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

3.4.1. Les bénéficiaires d'un congé de maternité

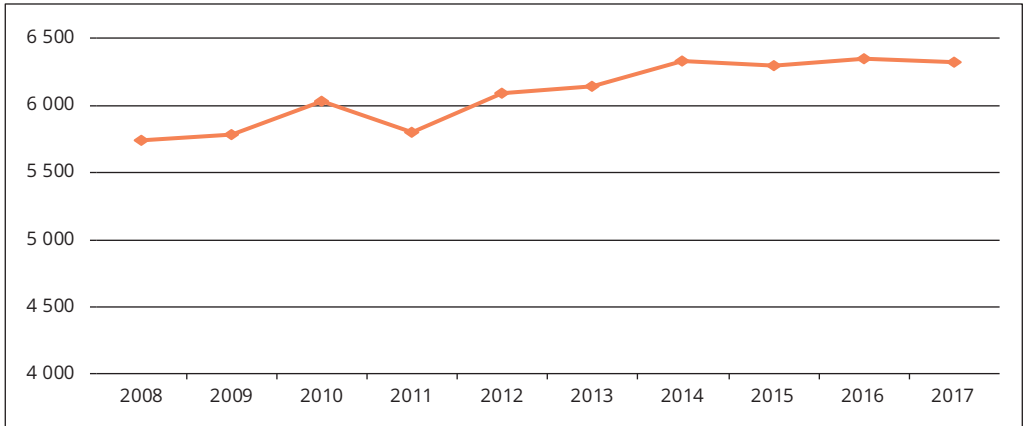
6 323 femmes, soit 4,8% des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans, ont bénéficié d'un congé de maternité en 2017 (ne sont pris en compte que les congés ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Par rapport à l'année passée, ce nombre a diminué de 0,4% (tableau 23).

Tableau 23: Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge en 2017

	Nombre	En % du total
<20 ans	7	0,1%
20-24	234	3,7%
25-29	1 470	23,2%
30-34	2 602	41,2%
35-39	1 593	25,2%
>= 40 ans	417	6,6%
TOTAL	6 323	100,0%
<i>Variation annuelle</i>	<i>-0,4%</i>	

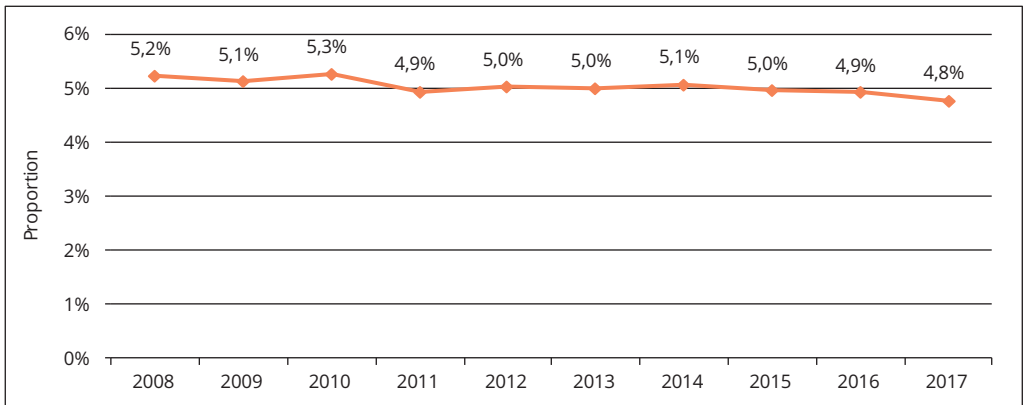
Entre 2008 et 2017, le nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité est passé de 5 742 à 6 323 ce qui constitue une augmentation moyenne de 1,1% par année (graphique 31).

Graphique 31: Evolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité



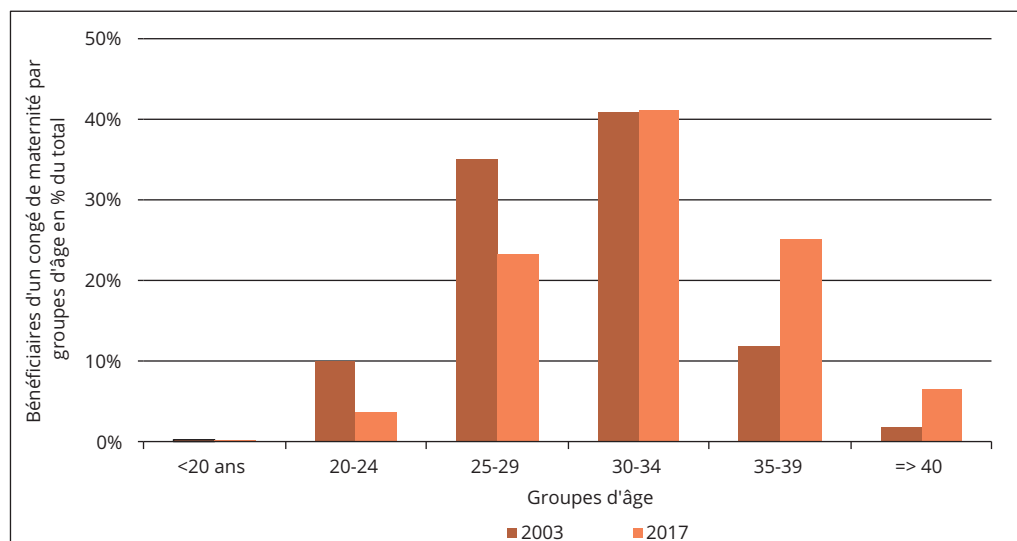
Etant donné que l'évolution constatée en 2017 s'explique essentiellement par la progression du nombre de femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans (+2,6%), elle ne se traduit pas par une augmentation de la proportion de femmes actives ayant bénéficié d'un congé de maternité. Cette dernière diminuant légèrement pour passer de 4,9% à 4,8% (graphique 32).

Graphique 32: Evolution de la proportion des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans ayant bénéficié d'un congé de maternité



Concernant la répartition des bénéficiaires d'un congé de maternité selon l'âge, force est de constater que les comportements en termes de natalité ont profondément changé entre 2003 et 2017. Si en 2003, 55% des bénéficiaires avaient plus de 30 ans, on constate dorénavant que ce taux atteint 73% (graphique 33).

Graphique 33: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 2003 et 2017



3.4.2. Accouchements multiples - accouchements prématurés

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

8,0% des accouchements, liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2017, ont été prématurés et 2,1% ont été multiples (tableau 24).

Tableau 24: Accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2017, selon le type et le groupe d'âge

Groupes d'âge	Multiple	Prématuré	Normal	TOTAL
<20 ans	1	6	7	
20-24	1	19	214	234
25-29	22	114	1 334	1 470
30-34	69	194	2 339	2 602
35-39	31	130	1 432	1 593
>= 40 ans	12	47	358	417
TOTAL	135	505	5 683	6 323

3.4.3. Allaitement

Tout comme dans le cas des accouchements prématurés ou multiples, le congé postnatal est prolongé de 4 semaines pour les mères allaitantes. En 2017, cette prolongation a été accordée dans 83% des congés de maternité classiques.

Il ressort de la littérature médicale que l'âge de la mère est un des facteurs influant positivement sur le choix d'allaiter ou non son enfant. Le fait que la population concernée dans ce chapitre soit restreinte aux femmes actives pourrait expliquer que la relation entre l'âge de la mère et la proportion de femmes allaitantes ne soit pas véritablement prononcée (tableau 25).

Tableau 25: Proportion, par groupe d'âge, des accouchements suivis d'un allaitement, parmi l'ensemble des accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2017

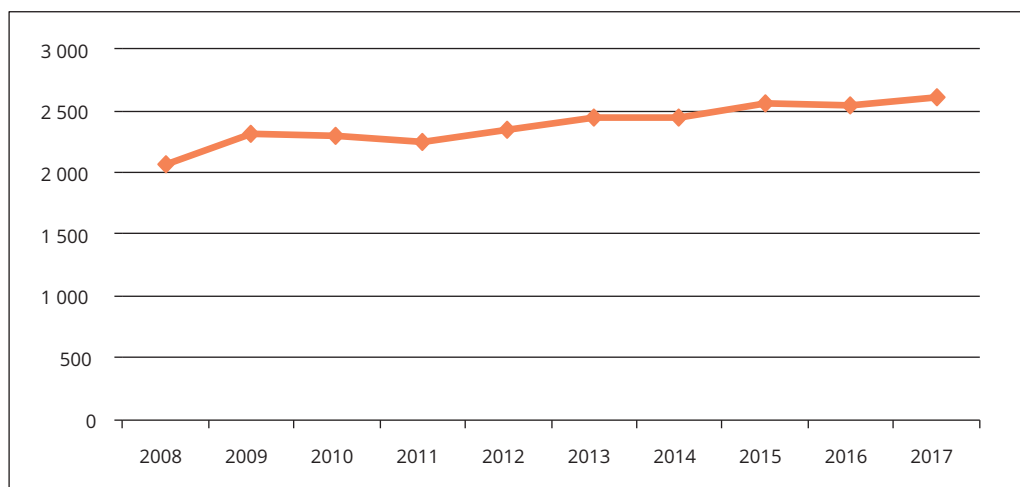
Groupes d'âge	Proportion
<20 ans	57%
20-24	76%
25-29	81%
30-34	83%
35-39	84%
>= 40 ans	82%
TOTAL	83%

3.4.4. Les dispenses de travail pour femmes enceintes

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

En 2017, 2 617 femmes ont bénéficié d'une dispense de travail (ne sont pris en compte que les dispenses ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Ce nombre est en augmentation de 3,1% par rapport à l'année passée (graphique 34).

Graphique 34: Evolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail

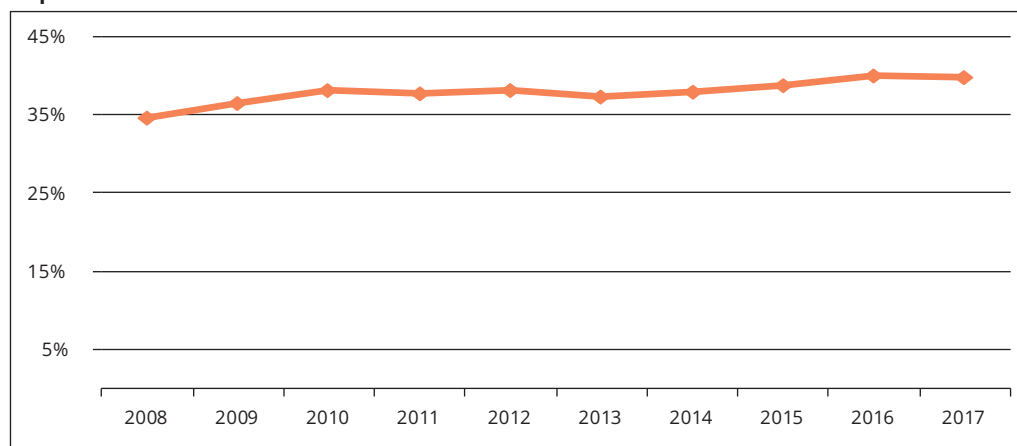


Outre l'évolution du nombre de congés de maternité, reflétant l'évolution du nombre de femmes actives enceintes, les mécanismes de demande et d'attribution des dispenses jouent un rôle essentiel dans l'évolution du nombre de ces dernières.

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

Tout comme l'année passée, la proportion de congés de maternité précédés d'une dispense s'établit à près de 40% en 2017 (graphique 35).

Graphique 35: Evolution de la proportion de congés de maternité qui ont été précédés d'une dispense



En 2017, quatre secteurs ont concentré à eux seuls plus de 80% des dispenses : le secteur de la santé humaine et de l'action sociale (41%), le secteur de l'hébergement et de la restauration (13%), le secteur des activités de services administratifs et de soutien (12%) et le secteur du commerce (18%) (tableau 26).

Tableau 26: Répartition sectorielle des dispenses ayant pris fin au cours de l'année 2017

SECTEUR D'ACTIVITÉ	Nombre	En % du total
Santé humaine et action sociale	1 072	41,0%
Commerce	464	17,7%
Hébergement et restauration	336	12,8%
Activités de services administratifs et de soutien	309	11,8%
Spectacles et loisirs, réparation d'articles domestiques et autres services	180	6,9%
Administration publique ^a , enseignement	95	3,6%
Industrie	59	2,3%
Transport	33	1,3%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	25	1,0%
Activités financières et d'assurance	14	0,5%
Construction	11	0,4%
Information et communication	7	0,3%
Immobilier	6	0,2%
Agriculture, sylviculture et pêche	3	0,1%
Non-déterminés	3	0,1%
TOTAL	2 617	100,0%

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

En particulier, dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale ainsi que dans le secteur de l'hébergement et de la restauration, plus de 70% des congés de maternité ayant pris fin en 2017 ont été précédés d'une dispense (tableau 27). Ces secteurs ont la particularité de regrouper un grand nombre de métiers nécessitant une station debout prolongée.

Tableau 27: Proportion de congés de maternité, ayant pris fin au cours de l'année 2017, précédés d'une dispense, selon le secteur d'activité

SECTEUR D'ACTIVITÉ	Proportion
Santé humaine et action sociale	80%
Hébergement et restauration	77%
Activités de services administratifs et de soutien	63%
Commerce	54%
Autres secteurs	13%
TOTAL	40%

3.4.5. Le congé pour raisons familiales

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

26 970 travailleurs, soit 6,2% des actifs, ont bénéficié d'un congé pour raisons familiales en 2017 (ne sont pris en compte que les congés ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Cette proportion est en recul de 0,5 points de % par rapport à 2016. En absolu comme en relatif, ce sont les femmes qui y recourent le plus fréquemment (tableau 28).

Tableau 28: Proportion de travailleurs ayant bénéficié d'un congé pour raisons familiales qui a pris fin au cours de l'année considérée

Année	Hommes	Femmes	Total
2013	3,5%	8,7%	5,5%
2014	3,5%	8,6%	5,5%
2015	3,9%	9,2%	6,0%
2016	4,5%	10,1%	6,7%
2017	4,2%	9,2%	6,2%

4. LA SITUATION FINANCIÈRE

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

4.1. SITUATION GLOBALE

Le tableau 29 retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité pour les exercices 2013-2017.

Tableau 29: Evolution financière globale de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

Exercice	2013	2014	2015	2016	2017
N.i. du coût de la vie (moyenne annuelle)	761,00	775,17	775,17	775,17	794,54
Recettes					
Cotisations	1 396,7	1 465,0	1 512,7	1 567,9	1 677,6
Cotisations forfaitaires Etat	931,0	976,5	1 008,2	1 045,2	1 118,4
Autres contributions de l'Etat ^a	20,1	20,1	20,1	20,1	20,1
Autres recettes	32,6	34,9	39,8	39,6	36,3
TOTAL DES RECETTES COURANTES	2 380,5	2 496,6	2 580,7	2 672,9	2 852,5
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>4,8%</i>	<i>4,9%</i>	<i>3,4%</i>	<i>3,6%</i>	<i>6,7%</i>
Dépenses					
Frais d'administration	77,8	77,0	79,9	83,3	87,0
Prestations en espèces ^b	271,4	277,9	285,7	279,5	293,6
Prestations en nature	2 048,9	2 128,3	2 104,6	2 125,4	2 318,2
Autres dépenses	4,9	7,6	5,4	3,0	3,7
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	2 403,0	2 490,7	2 475,6	2 491,2	2 702,4
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>7,8%</i>	<i>3,7%</i>	<i>-0,6%</i>	<i>0,6%</i>	<i>8,5%</i>
Solde des opérations courantes	-22,5	5,9	105,1	181,7	150,0
Participation de l'Etat (en % des recettes courantes)	40,0%	39,9%	39,8%	39,9%	39,9%
Réserve globale	294,5	300,3	405,5	587,1	737,2
Réserve minimale ^c	180,2	211,7	247,6	249,1	270,2
Taux réserve globale / dépenses courantes	12,3%	12,1%	16,4%	23,6%	27,3%
Taux réserve minimum / dépenses courantes	7,5%	8,5%	10,0%	10,0%	10,0%
Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)	114,2	88,6	157,9	338,0	466,9
Taux de cotisation unique pour prestations en nature	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%
Majoration pour assurés couverts par une prestation en espèce	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
Taux d'équilibre de l'exercice	5,75%	5,66%	5,44%	5,19%	5,33%

a. L'article 14 de la loi du 27 décembre 2010 prévoit le paiement par l'Etat d'une dotation annuelle de 20 millions pour compenser les charges supplémentaires incombant à la CNS, du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général. Cette disposition est prolongée par la loi relative au budget des recettes et des dépenses de l'Etat jusqu'au 31 décembre 2018.

b. Y compris la part patronale dans les prestations.

c. Le niveau de la réserve minimale a été abaissé de 10% des dépenses courantes à 5,5% pour les exercices 2010 et 2011. Pour 2012, la réserve est fixée à 6,5%, pour 2013 à 7,5%, pour 2014 à 8,5% et pour 2015 elle atteint à nouveau 10%.

Source : CNS, décomptes annuels.

La décroissance sensible de l'excédent cumulé poursuivie en 2013 aboutit au niveau minimal de 88,6 millions EUR en 2014. En 2015 par contre, la situation financière se redresse et l'excédent cumulé augmente de 78,2% pour se situer à 157,9 millions EUR.

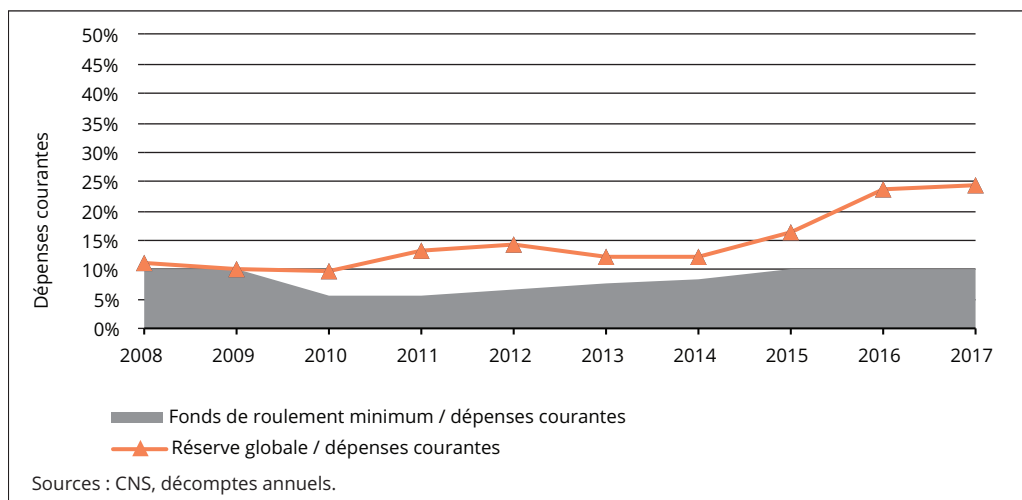
En 2013, la baisse de l'excédent cumulé est surtout due à l'augmentation des dépenses courantes suite à des provisions supplémentaires créées par des adaptations de la méthode comptable (+58,7 millions EUR en 2013) et à la prolongation de 6 semaines du délai d'introduction des décomptes des institutions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

En 2014, un montant de 160 millions EUR (première tranche de remboursement comprenant environ 60% du total) de dettes envers les institutions de la sécurité sociale étrangères a été provisionné. En 2015 ce montant ne s'élève plus qu'à 40 millions EUR, ce qui explique le ralentissement des dépenses.

Du côté des recettes, une hausse effective de 3,4% s'affiche en 2015, comparée à une baisse de 0,6% des dépenses effectives. Comme illustré par la suite, les recettes de l'assurance maladie-maternité proviennent essentiellement des cotisations en provenance des assurés et employeurs ainsi que de la participation de l'Etat.

Concernant l'exercice 2015, le ralentissement des dépenses par rapport à 2014 s'explique notamment par le fait qu'un montant de 160 millions EUR de dettes envers les institutions de la sécurité sociale étrangères a été provisionné en 2014, contre un montant de 40 millions EUR en 2015. En 2016, on observe une hausse des recettes effectives de 3,6% et des dépenses effectives de 0,6%. En 2017 les recettes effectives augmentent de 6,7%, et les dépenses de 8,5%.

Graphique 36: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2008 à 2017

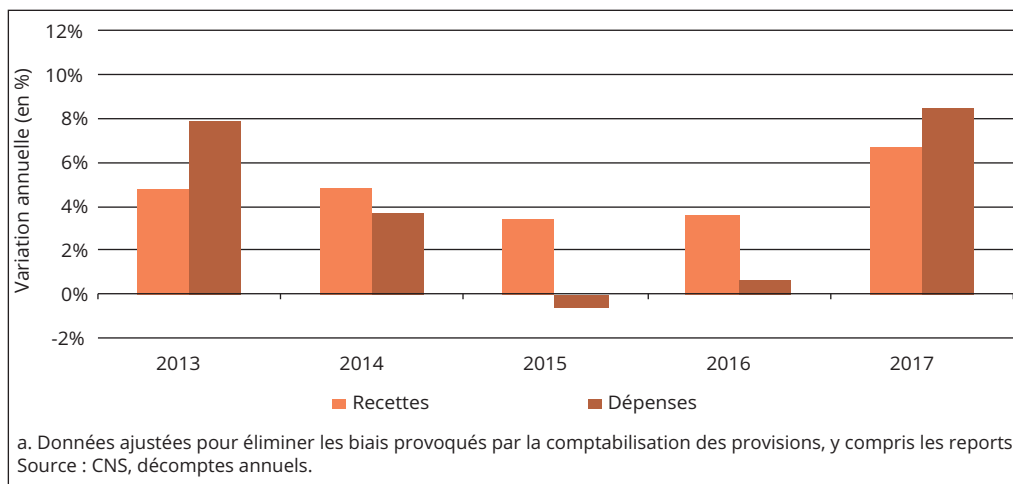


Le graphique 36 présente l'évolution de la réserve par rapport aux dépenses courantes pour la période de 2008 à 2017. Bien qu'on puisse constater un excédent de financement apparemment important en valeur absolue, il faut retenir que celui-ci ne représente qu'un pourcentage réduit de la masse des dépenses. A rappeler également que pour les années 2010 à 2015, l'excédent est surévalué en raison de l'abaissement du taux de la réserve légale mentionné ci-avant.

4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES

Le graphique 37 montre l'évolution des recettes et dépenses des 5 dernières années et illustre qu'après 2013, année marquée par un écart recettes / dépenses en faveur des dépenses, la situation s'est renversée en 2014 pour clôturer avec un excédent des recettes.

Graphique 37: Evolution des recettes et dépenses courantes ^a à partir de 2013



Le tableau 30 et le graphique 38 illustrent l'évolution des recettes, influencée par la participation de l'Etat et les cotisations payées par les assurés et employeurs.

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

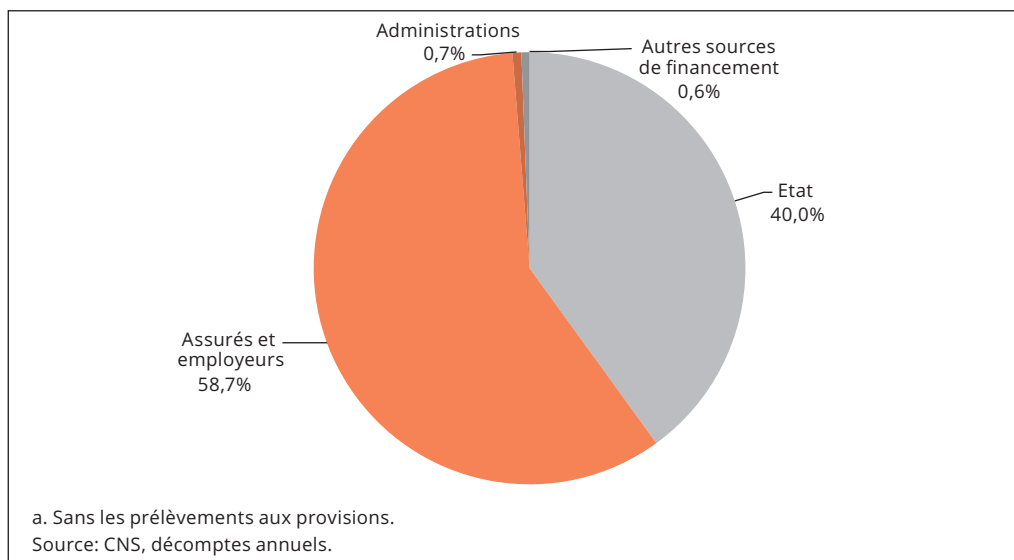
Exercice	2013	2014	2015	2016	2017
Etat	953,9	999,3	1 030,9	1 068,0	1 141,2
Assurés et employeurs	1 394,0	1 462,4	1 510,1	1 565,3	1 675,1
Administrations	16,7	17,5	17,0	17,9	18,9
Autres sources de financement	15,9	17,4	22,8	21,7	17,3
TOTAL RECETTES COURANTES	2 380,5	2 496,6	2 580,7	2 672,9	2 852,5

a. Sans les prélèvements aux provisions.

Source : CNS, décomptes annuels.

Le poids des différents intervenants dans le financement demeure stable au fil des années. L'Etat supporte 40% de l'ensemble des cotisations. A côté de cette participation, l'Etat verse depuis 2011 et cela jusqu'en 2018 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.

Graphique 38: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2017 ^a
(en % du total)



La participation de l'Etat dans le financement de l'assurance maladie-maternité s'élève à 1 141,2 0 millions EUR en 2017, contre 1 068,0 millions EUR en 2016 (+6,9%). Les cotisations payées par les assurés et employeurs se chiffrent à 1 675,1 millions EUR, soit une augmentation de 7,0% par rapport à 2016.

4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS

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

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

Le financement de la Mutualité repose sur un système de classes de risque au sein desquelles les entreprises sont réparties. A chaque classe (4 au total) correspond un taux de cotisation différent. Ces derniers sont adaptés chaque année. L'appartenance à une classe de risque dépend du taux d'absentéisme financier constaté au cours d'une fenêtre d'observation donnée.

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

Le tableau qui suit retrace l'évolution financière globale de la Mutualité des Employeurs depuis 2013.

Tableau 31: Evolution des recettes et dépenses globales de la Mutualité des Employeurs entre 2013 et 2017 (en millions EUR)

Exercice	2013	2014	2015	2016	2017
RECETTES					
Cotisations	246,8	254,8	299,5	298,2	321,7
<i>dont Surprime</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Participation de tiers (Etat)	94,5	86,5	88,5	39,8 ^a	70,0
Autres recettes	0,8	0,8	0,9	0,8	0,7
TOTAL DES RECETTES COURANTES	342,1	342,0	389,0	338,8	392,3
<i>Variation annuelle en %</i>	9,2%	0,0%	13,7%	-12,9%	15,8%
DEPENSES					
Frais d'administration	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4
Prestations en espèces	323,9	326,3	350,2	366,2	388,6
Autres dépenses ^{b c}	25,2	25,5	25,0	0,0	0,0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	350,3	353,1	376,5	367,6	390,1
<i>Variation annuelle en %</i>	7,7%	0,8%	6,6%	-2,4%	6,1%
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	-8,2	-11,0	12,5	-28,8	2,2
Réserve globale	64,0	53,0	65,5	36,8	39,0
Réserve minimale	35,0	35,3	30,1	36,8	36,8
Taux réserve globale / dépenses courantes	18,2%	15,0%	17,4%	10,0%	10,0%
Taux réserve minimum / prestations	10,0%	10,0%	8,0%	10,0%	10,0%
Excédent / découvert cumulé (après op.sur réserve)	29,0	17,7	35,4	0,0	0,0
Taux de cotisation moyen	1,81%	1,81%	2,03%	1,95%	1,95%

- a. Dont Cotisations forfaitaires de l'Etat (8,2 millions EUR) permettant d'assurer un taux de cotisation moyen égal à 1,95% (accord du 16 février 2016 entre le Gouvernement et l'Union des entreprises luxembourgeoises).
- b. Transfert de la Mutualité des Employeurs au bénéfice des patrons de 25 millions EUR perçus par l'Etat en guise de compensation de l'augmentation du SSM intervenue au 1^{er} janvier 2011. Ce transfert n'ayant, pour des raisons techniques, pas pu avoir lieu en 2011, il apparaît deux fois dans le décompte 2012 de la Mutualité.
- c. Le décompte 2012 de la Mutualité des Employeurs fait apparaître une participation de tiers de 42 millions EUR. Ce montant se compose des 25 millions définis en 1) ainsi que de 17 millions EUR correspondant à l'utilisation d'une partie du fond de roulement mis à disposition par l'Etat en 2009. Ces 17 millions ont toutefois déjà été comptabilisés en 2009 dans le volet recettes. Ils ne sont donc pas repris dans ce tableau. Idem pour les 10 millions restant du fond de roulement, utilisés en 2013.

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

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

En 2012, la surprime supportée depuis 2009 par les " anciens ouvriers " est passée de 2,1% à 1% de la masse cotisable¹⁴ qui leur est associée. Afin de compenser partiellement cette moins-value, l'Etat est intervenu à raison de 17,1 millions EUR. Cette participation s'est en réalité faite par le biais du fond de roulement initial de 27 millions EUR qui a été mis à disposition de la Mutualité en 2009 et qui était destiné à être remboursé à l'Etat.

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

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

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

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

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

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

La nette accélération de recettes constatée en 2015 (+13,5%) résulte essentiellement du relèvement des taux de cotisation, le taux moyen passant de 1,81% à 2,03%. Côté dépenses, l'augmentation observée (+6,6%) s'explique par la croissance de l'emploi salarié ainsi que par l'augmentation du taux d'absentéisme causée par le caractère plus intense de l'épidémie grippale de l'hiver 2015 par rapport à celle qui a sévi au cours de l'hiver 2014.

En 2016 a pris fin le versement par l'Etat de la subvention forfaitaire de 25 millions EUR qui avait débuté en 2011 afin de compenser l'augmentation du Salaire social minimum. Cette subvention ne constituait pas seulement une recette pour la Mutualité mais également une dépense étant donné qu'elle était intégralement reversée aux employeurs.

Cet événement explique donc la diminution des dépenses observée en 2016 (-2,4%) ainsi qu'une part de la diminution constatée au niveau des recettes (-12,9%). Quant à l'autre part, elle résulte du nouveau mode de calcul de la participation de l'Etat dans le financement de la Mutualité des employeurs, inscrit à l'article 39 de la loi du 18 décembre 2015 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2016 et modifié par l'accord du 16 février 2016 entre le Gouvernement et l'Union des entreprises luxembourgeoises. En effet, la participation de l'Etat ne correspond désormais plus à une fraction de l'assiette

14. Masse cotisable assurance maladie - prestations en espèces.

cotisable obligatoire mais à l'excédent des dépenses courantes sur les recettes courantes dans la limite permettant de maintenir le taux de cotisation moyen des employeurs à 1,95%, tout en assurant une réserve équivalant à 10% du montant annuel des dépenses. Aussi, le fait que la Mutualité des employeurs dispose d'un excédent cumulé confortable à l'issu de l'exercice 2015 a permis à l'Etat de réduire sensiblement sa participation tout en respectant les dispositions énoncées plus haut. En 2016, cette dernière s'élève à 40 millions EUR contre 63,5 millions EUR (hors subvention forfaitaire de 25 millions EUR) engagés en 2015.

L'accélération des recettes courantes constatée en 2017 (+15,8%) s'explique, d'une part, par la dynamique des recettes de cotisation engendrée par la croissance de l'emploi salarié (+3,7%) ainsi que l'indexation des salaires (+2,5%) et, d'autre part, par un effet de base dû à la baisse des recettes en 2016 expliquée au paragraphe précédent. Du côté des dépenses, l'accélération observée (+6,1%) s'explique principalement par un effet de base dû à la diminution des dépenses en 2016 expliquée, elle aussi, au paragraphe précédent.

INTRODUCTION

Le cercle des personnes protégées de l'assurance dépendance est identique à celui de l'assurance maladie-maternité. Au 31 décembre 2017, 13 860 personnes sont prises en charge par l'assurance dépendance.

RÉFORME DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le 1^{er} janvier 2018 est entrée en vigueur la réforme de l'assurance dépendance¹. Cette réforme a introduit de grands changements au niveau de l'organisation de l'assurance dépendance, mais n'a pas remis en question les quatre principes directeurs de l'assurance dépendance, à savoir :

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

La Cellule d'évaluation et d'orientation, qui avait pour mission l'évaluation et la détermination des aides et soins, le conseil et le contrôle, devient l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

La réforme a introduit entre autres une plus grande flexibilité au niveau des actes essentiels de la vie par l'introduction d'une facturation par forfait, des changements au niveau de l'organisation et du temps accordé pour les activités de soutien, les tâches domestiques et les activités de conseil (remplacées par des activités d'appui à l'indépendance, des activités d'accompagnement et des activités de maintien à domicile) et la possibilité d'une garde individuelle de nuit à domicile.

Les chapitres qui suivent font référence à la situation avant réforme, comme les données analysées couvrent la période 2008 à 2017.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

Les actes essentiels de la vie comprennent :

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

1. <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2017/08/29/a778/jo>

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

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

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

La Caisse nationale de santé

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

La Cellule d'évaluation et d'orientation

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

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

Elle est en outre chargée d'une mission de contrôle de la qualité des prestations fournies et de l'adéquation entre les prestations dispensées et les besoins de la personne dépendante.

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

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

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

La Commission consultative

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

La Commission de qualité des prestations

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

L'Action concertée

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

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

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

Pour pouvoir opérer dans le cadre de l'assurance dépendance, les prestataires doivent exercer leur activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministère de tutelle, soit en vertu d'une autre disposition légale. Ils doivent également adhérer à la convention-cadre négociée entre la CNS et l'association représentative des prestataires ou s'engager avec la CNS par un contrat de prestations de services².

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

1.1. LA CONVENTION-CADRE

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

En adhérant à la convention-cadre, les prestataires s'engagent à prêter les aides et soins conformément au plan de prise en charge établi par la CEO et à fournir ces prestations conformément aux dispositions relatives à la qualité.

On distingue quatre catégories de prestataires

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

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

1.1.1. Les réseaux d'aides et de soins

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

Au 31 décembre 2017, 24 prestataires ont conclu un contrat en tant que réseau d'aides et de soins. On y compte 13 réseaux se destinant à l'ensemble de la population dépendante dans tout le pays et un réseau spécialisé dans la prise en charge de personnes atteintes de troubles psycho-gériatriques. 10 réseaux s'adressent spécifiquement aux personnes handicapées³. Vu que le réseau d'aides et de soins doit apporter l'ensemble des prestations du maintien à domicile, le réseau intègre des centres semi-stationnaires ou s'assure leur collaboration par un contrat de sous-traitance.

1.1.2. Les centres semi-stationnaires

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

En décembre 2017, on compte 52 centres semi-stationnaires, sous l'égide de 22 prestataires différents. 39 exercent leur activité sur base d'un agrément de centre psycho-gériatrique et 13 sont des centres de jour pour personnes handicapées³.

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

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

3. Source : CNS.

Ainsi, au 31 décembre 2017, on compte 52 établissements de ce type, dont 23 maisons de soins et 29 centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) qui ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS.

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

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

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

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

Au 31 décembre 2017, on compte 44 structures disposant d'un contrat d'aides et de soins du type de l'établissement à séjour intermittent⁵.

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 2017, l'assurance dépendance s'adresse à près de 170 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 soins⁶, 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.

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

5. Source : CNS.

6. Y compris le personnel relevant de l'assurance maladie.

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. Il s'agit des données communiquées à la CNS pour la négociation des valeurs monétaires⁷.

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

	2014	En % du total	2015	En % du total	2016	En % du total
Réseaux d'aides et de soins	2 480,2	26,8%	2 442,5	25,9%	2 467,7	26,3%
Centres semi-stationnaires	436,8	4,7%	443,1	4,7%	422,4	4,5%
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	5 379,9	58,1%	5 530,4	58,7%	5 500,8	58,6%
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	967,4	10,4%	1 011,2	10,7%	1 001,5	10,7%
TOTAL	9 264,4	100,0%	9 427,3	100,0%	9 392,3	100,0%

a. Le personnel est exprimé en ETP.

b. Moyenne annuelle.

c. Source : données CNS - relevé non exhaustif.

Le personnel employé⁸ par le secteur des soins de longue durée représente en 2016 un total de 9 392,3 équivalents temps plein. Parmi ce total, 58,6% sont occupés dans les établissements à séjour continu (maisons de soins et centres intégrés). Suivent les réseaux d'aides et de soins et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et finalement les centres semi-stationnaires qui occupent 4,5% de l'effectif total considéré.

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

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

Type de prestataire	2014	2015	2016
Réseaux d'aides et de soins	2 480,2	2 442,5	2 467,7
Personnel d'assistance et de soins	2 260,1	2 212,4	2 254,8
Personnel socio-éducatif	40,6	40,0	23,9
Personnel administratif	151,8	151,0	140,8
Personnel technique et logistique	27,7	39,1	48,1
Centres semi-stationnaires	436,8	443,1	422,4
Personnel d'assistance et de soins	244,5	230,6	223,4
Personnel socio-éducatif	100,0	121,5	115,8
Personnel administratif	27,3	28,5	23,9
Personnel technique et logistique	65,1	62,5	59,3
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	5 379,9	5 530,4	5 500,8
Personnel d'assistance et de soins	3 648,8	3 747,5	3 720,8
Personnel socio-éducatif	175,6	193,0	188,8
Personnel administratif	278,1	282,7	284,7

7. Les données sont communiquées à la CNS par les prestataires sur base volontaire, il s'agit d'un relevé non exhaustif.

8. Et communiqué à la CNS.

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

Type de prestataire	2014	2015	2016
Personnel technique et logistique	1 277,4	1 307,2	1 306,5
Établissements d'aides et de soins à séjour intermittent	967,4	1 011,2	1 001,5
Personnel d'assistance et de soins	383,9	403,6	397,4
Personnel socio-éducatif	422,3	444,2	440,8
Personnel administratif	58,5	57,9	58,5
Personnel technique et logistique	102,7	105,6	104,8
TOTAL	9 264,4	9 427,3	9 392,3
<i>Variation en %</i>	5,9%	1,8%	-0,4%
Nombre d'ETP prestant des soins	6 537,3	6 594,1	6 596,4
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	70,6%	69,9%	70,2%

a. Le personnel est exprimé en ETP.

b. Moyenne annuelle.

c. Source : données CNS - relevé non exhaustif.

Après des années de fortes croissances (croissance moyenne entre 3,2% et 4,1% pour les années 2012-2015), l'année 2016 se caractérise par une baisse de 0,4%. Néanmoins les réseaux d'aides et de soins affichent une croissance de 1,0% au niveau des ETP. Pour les autres prestataires d'aides et de soins un léger recul peut être observé : -4,7% pour les établissements d'aides et de soins à séjour continu, -1,0% pour les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et -0,5% pour les centres semi-stationnaires. L'analyse des ETP par qualification montre que la plus grande majorité de l'effectif se compose de personnel chargé des soins. Dans les réseaux, il représente 91,4% de l'ensemble du personnel employé en 2016.

Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, qui assurent la prise en charge de personnes handicapées et nécessitent par conséquent un personnel issu de disciplines différentes, affichent un pourcentage du personnel socio-éducatif qui dépasse celui des professionnels chargés spécifiquement des soins. En cela, ils se distinguent fortement des trois autres types de prestataires.

2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Encadré méthodologique

Les chiffres qui suivent rendent compte d'une situation instantanée et non d'une situation dynamique. Ils concernent les personnes qui, à la date du 31 décembre de l'année concernée (sauf indication contraire), ont obtenu une décision positive de la CNS. Chaque personne s'y retrouve une seule fois avec la dernière décision relative à son dossier. Ces chiffres ne concernent que les bénéficiaires en vie en date du 31 décembre de l'année concernée. Une comparaison avec les moyennes calculées annuellement pour les besoins de la comptabilité de la CNS n'est pas possible.

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

2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La population des personnes dépendantes au 31 décembre 2017 peut se dessiner en quelques grands traits :

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

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

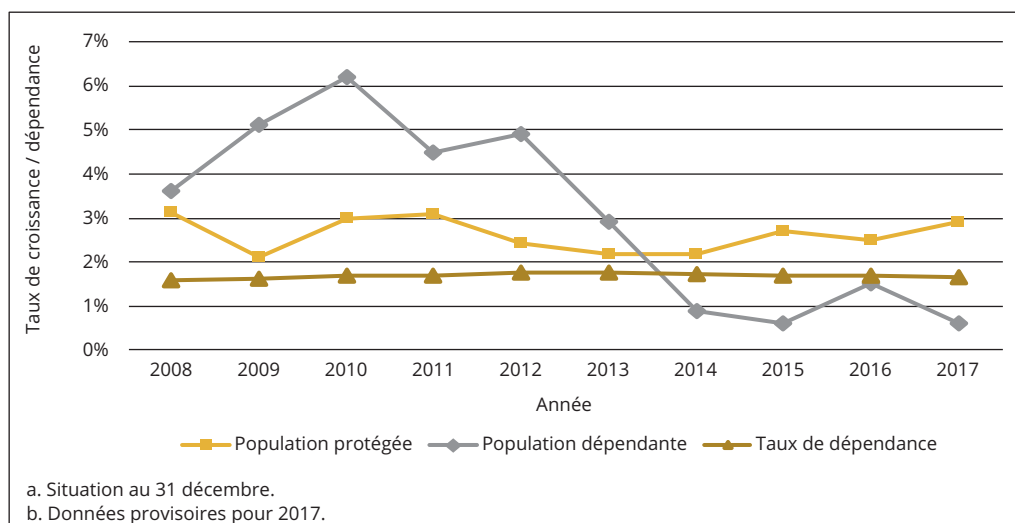
Année	Nombre	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2008	10 621	3,6%	10 274	96,7%
2009	11 159	5,1%	10 799	96,8%
2010	11 847	6,2%	11 451	96,7%
2011	12 386	4,5%	11 987	96,8%
2012	12 999	4,9%	12 589	96,8%
2013	13 378	2,9%	12 967	96,9%
2014	13 492	0,9%	13 063	96,8%
2015	13 568	0,6%	13 122	96,7%
2016	13 774	1,5%	13 321	96,7%
2017 ^b	13 860	0,6%	13 387	96,6%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Après une augmentation annuelle observée entre 2009 et 2012 autour de 5%, un ralentissement de la croissance peut être observé depuis 2013. Le nombre de bénéficiaires affiche en 10 ans une croissance de 30,5%. Le tableau 3 illustre que la part des bénéficiaires non-résidents est restée relativement stable au courant des dernières années. Il convient de noter qu'au-delà du nombre de bénéficiaires par année repris dans cette partie (c.à.d. les personnes dépendantes qui au 31 décembre de l'année respective sont bénéficiaires sur base d'un plan de prise en charge), d'autres personnes ont reçu des prestations de l'assurance dépendance durant l'année en question (personnes rétablies, personnes décédées, bénéficiaires d'aides techniques etc.).

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



Le graphique 1 met en parallèle le taux de croissance de la population protégée et celui de la population dépendante. Alors que le taux de croissance de la population dépendante se situait au-dessus du taux de croissance de la population protégée sur la période de 1999 à 2013, la situation s'inverse à partir de 2014. En effet, la population protégée connaît dorénavant une plus forte croissance que la population dépendante.

Le taux de dépendance en 2017 reste stable par rapport à 2016 avec 1,6% de la population protégée. Toutefois, il faut noter que le nombre de personnes bénéficiant de prestations et résidant à l'étranger est très faible alors que la population protégée résidant à l'étranger est importante. Le rapport de la population dépendante résidente à la population protégée résidente est beaucoup plus élevé que le taux de dépendance global (résidents et non-résidents). Au 31 décembre 2017, les personnes dépendantes au Luxembourg représentent 2,4% de la population protégée résidente. Le taux de dépendance des personnes ayant atteint au moins 65 ans s'élève quant à lui en 2017 à 13,2%.

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

Année	Domicile	En % du total	Variation en %	Etablissement	En % du total	Variation en %	Total	Variation en %
2015	9 069	66,8%	-0,4%	4 499	33,2%	2,5%	13 568	0,6%
2016	9 214	66,9%	1,6%	4 560	33,1%	1,4%	13 774	1,5%
2017 ^b	9 270	66,9%	0,6%	4 590	33,1%	0,7%	13 860	0,6%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Le maintien à domicile avant l'hébergement en institution était l'objectif majeur recherché par le législateur lors de l'introduction de l'assurance dépendance. En 2017 la part des bénéficiaires à domicile se situe à 66,9%, ce qui veut dire que deux bénéficiaires sur trois reçoivent des prestations à domicile.

Le nombre de bénéficiaires à domicile augmente en 2017 de 0,6% par rapport à 2016, celui des bénéficiaires en établissement affiche une croissance de 0,7%.

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

Année	Domicile		Etablissement		Total		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
2015	3 796	5 273	1 136	3 363	4 932	8 636	13 568
2016	3 879	5 335	1 131	3 429	5 010	8 764	13 774
2017 ^b	3 883	5 387	1 206	3 384	5 089	8 771	13 860

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

En 2017, sur les 13 860 bénéficiaires, on recense 8 771 femmes, soit 63,3% de la population dépendante, et 5 089 hommes. Avec 76,3%, la grande majorité des hommes réside à domicile, tandis que chez les femmes ce même taux n'est que de 61,4%. Ainsi, les hommes représentent 41,9% des bénéficiaires à domicile, alors qu'ils ne représentent que 36,7% de l'ensemble des bénéficiaires. Sachant que l'âge moyen des bénéficiaires en établissement est beaucoup plus élevé, ce phénomène s'explique notamment par l'espérance de vie plus élevée des femmes.

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

Groupe d'âge	2015			2016			2017 ^b		
	Domicile	Etablissement	Total	Domicile	Etablissement	Total	Domicile	Etablissement	Total
0-19	952	0	952	974	0	974	1 030	0	1 030
20-39	572	4	576	576	4	580	608	4	612
40-59	1 184	48	1 232	1 183	57	1 240	1 181	60	1 241
60-69	1 050	192	1 242	1 061	201	1 262	1 099	196	1 295
70-79	1 729	633	2 362	1 779	654	2 433	1 681	670	2 351
80-89	2 844	2 393	5 237	2 862	2 394	5 256	2 821	2 342	5 163
>=90	738	1 229	1 967	779	1 250	2 029	850	1 318	2 168
TOTAL	9 069	4 499	13 568	9 214	4 560	13 774	9 270	4 590	13 860

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Les personnes de moins de 60 ans sont peu nombreuses en établissement (et ceci, malgré l'intégration depuis 2007 d'une partie des institutions destinées aux personnes handicapées dans la catégorie des établissements à séjour intermittent⁹). En ce qui concerne les personnes âgées de plus de 60 ans, 28,5% des septuagénaires, 45% des octogénaires et 60,8% des nonagénaires sont pris en charge dans un établissement d'aides et de soins en 2017.

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

	2015			2016			2017 ^b		
	Domicile	Etablissement	Total	Domicile	Etablissement	Total	Domicile	Etablissement	Total
Age moyen ^c	65,5	84,6	71,8	65,6	84,7	71,9	65,2	84,8	71,7
Age médian ^d	75	86	80	75	86	81	75	86	81

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

c. L'âge moyen correspond au rapport somme des âges des personnes.

d. L'âge médian est l'âge "x" tel qu'il divise une population en deux groupes d'effectifs égaux, l'un composé uniquement des individus d'âge supérieur à "x", l'autre des individus d'âge inférieur à "x".

Entre 2015 et 2017, on constate peu de variation au niveau des groupes d'âge et du lieu de séjour. En 10 ans, l'âge moyen à domicile a cependant baissé de 1,2 ans et se situe à 65,2 ans en 2017. Par contre, l'âge moyen dans les établissements a augmenté de 1,1 ans depuis 2008 pour atteindre 84,8 ans en 2017. La différence d'âge moyen entre bénéficiaires à domicile et dans un établissement s'élève à 19,6 ans en 2017.

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

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.

Le règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités de la détermination de la dépendance prévoit l'octroi de prestations forfaitaires pour les personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication et les personnes atteintes de spina bifida.

Pour les personnes atteintes de ces affections, le législateur a introduit des dispositions particulières permettant de déroger au principe du besoin minimum d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie. Les personnes présentant les affections décrites ci-dessus ont alors droit à une prestation en espèces forfaitaire correspondant à six heures d'aides et de soins par semaine.

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

Type	2015			2016			2017 ^d		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Surdité/troubles de la communication	89	82	171	91	83	174	92	82	174
C�cicit�	104	143	247	113	151	264	116	153	269
Spina bifida	22	20	42	21	20	41	19	19	38
TOTAL	215	245	460	225	254	479	227	254	481

a. Art 305 point 3 du CSS.

b. Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

c. Nombre annuel.

d. Données provisoires.

En 2017, 481 personnes bénéficient de prestations forfaitaires. Ce groupe représente 5,2% de l'ensemble des bénéficiaires se trouvant à domicile. Les personnes atteintes de c cicit  représentent 55,9% des cas, et les personnes qui sont sourdes 36,2%.

Une analyse par sexe met en évidence que les femmes sont plus nombreuses parmi les bénéficiaires de prestations en raison de c cicit , alors que la répartition entre hommes et femmes pour les deux autres affectations est relativement équilibrée.

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

Année	Surdité / troubles de la communication	C�cicit�	Spina bifida	Ensemble des bénéficiaires
2015	53,6	63,6	30,2	56,9
2016	54,1	64,3	30,8	57,7
2017 ^d	54,5	63,4	33,6	57,8

a. Art 305 point 3 du CSS.

b. Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

c. Nombre annuel.

d. Données provisoires.

Les personnes bénéficiant d'un forfait en raison de spina bifida sont beaucoup plus jeunes que les bénéficiaires appartenant aux deux autres groupes. Les bénéficiaires de prestations en raison d'une d ficiance visuelle présentent l'âge moyen le plus élevé.

2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS PALLIATIFS

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

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

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

	2013	2014	2015	2016	2017 ^b
Avec soins facturés	254	309	341	383	370
Sans soins facturés	289	372	373	397	472
Total	543	681	714	780	842

a. Nombre annuel.

b. Données provisoires.

En 2017, 842 personnes disposant d'un accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier de soins palliatifs sont décédées. Les prestataires de l'assurance dépendance ont introduit des factures pour 370 personnes bénéficiant d'un accord et décédées en 2017 (extraction en date du 9 octobre 2018), dont 163 hommes et 207 femmes.

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

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

	2015	2016	2017 ^a
Age moyen global	78,2	77,8	78,6
Hommes	76,5	76,3	77,1
Femmes	79,8	79,2	79,9
Age médian global	81	83	82
Hommes	79	80	81
Femmes	83	84	84

a. Données provisoires.

Le tableau 11 présente l'âge moyen et médian des bénéficiaires d'un accord. Au niveau de l'âge moyen, une différence de 2,8 ans en faveur des femmes est observée.

2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE

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

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

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

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

Encadré méthodologique

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

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

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

Les tableaux présentés portent sur les bénéficiaires d'aides et de soins de l'assurance dépendance en vie au 31 décembre 2016 (y compris les bénéficiaires de prestations forfaitaires). Ces tableaux ne reprennent pas les personnes qui bénéficient seulement d'aides techniques ou d'adaptations du logement.

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

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

Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2017^{a b} (en % du total)

Chapitre de la classification CIM 10	Hommes	Femmes	Total
Chapitre I.			
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0,6%	0,5%	0,5%
Chapitre II.			
Tumeurs	2,1%	2,0%	2,1%
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	1,4%	2,1%	1,8%
Chapitre V.			
Troubles mentaux et du comportement	22,9%	21,2%	21,8%
Chapitre VI.			
Maladies du système nerveux	21,5%	14,8%	17,2%

Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2017^{a b} (en % du total) (Suite)

Chapitre de la classification CIM 10	Hommes	Femmes	Total
Chapitre VII.			
Maladies de l'œil et de ses annexes	2,7%	2,9%	2,8%
Chapitre VIII.			
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1,2%	0,8%	1,0%
Chapitre IX.			
Maladies de l'appareil circulatoire	8,3%	7,2%	7,6%
Chapitre X.			
Maladies de l'appareil respiratoire	1,7%	1,4%	1,5%
Chapitre XI.			
Maladies de l'appareil digestif	0,4%	0,4%	0,4%
Chapitre XII.			
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,1%	0,1%	0,1%
Chapitre XIII.			
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	8,0%	20,6%	16,0%
Chapitre XIV.			
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,5%	0,2%	0,3%
Chapitre XV.			
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0,0%	0,0%	0,0%
Chapitre XVI .			
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,3%	0,1%	0,2%
Chapitre XVII.			
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	5,0%	2,4%	3,4%
Chapitre XVIII.			
Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	7,4%	8,9%	8,4%
Chapitre XIX.			
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	3,6%	4,6%	4,2%
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	2,0%	1,6%	1,8%
Cause non codée	10,0%	7,9%	8,7%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%

a. Situation au 31 décembre 2017.

b. Données provisoires.

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

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

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

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

Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2017^{a b} (en % du total)

Classification CEO	0-19	20-39	40-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
Groupe 1.								
Démences et troubles des fonctions cognitives	0,2%	0,3%	1,2%	5,4%	16,1%	25,3%	26,8%	17,0%
Groupe 2.								
Troubles psychiatriques	27,1%	12,6%	9,3%	12,7%	8,7%	4,1%	3,1%	8,1%
Groupe 3.								
Maladies du système cardio-vasculaire	0,0%	0,2%	2,7%	4,6%	6,0%	8,2%	8,3%	6,0%
Groupe 4.								
Maladies du système nerveux	19,9%	32,7%	33,8%	31,2%	21,1%	11,7%	6,4%	17,8%
Groupe 5								
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	36,5%	34,5%	14,3%	6,9%	2,2%	0,4%	0,2%	6,7%
Groupe 6.								
Maladies du système ostéo-articulaire	1,0%	3,4%	10,4%	13,8%	21,1%	29,5%	38,0%	23,0%
Groupe 7.								
Troubles sensoriels	2,0%	8,5%	9,6%	4,2%	2,8%	2,8%	3,9%	3,9%
Groupe 8.								
Tumeurs malignes	0,9%	0,5%	2,1%	2,8%	2,8%	1,9%	1,3%	1,9%
Groupe 9.								
Autres	2,5%	3,6%	7,5%	8,4%	8,7%	7,2%	5,9%	6,9%
Cause non codée	9,9%	3,8%	9,0%	9,9%	10,5%	8,9%	6,0%	8,7%
Nombre de bénéficiaires	1 030	612	1 241	1 295	2 351	5 163	2 168	13 860

a. Situation au 31 décembre 2017.

b. Données provisoires.

En se référant à la classification du tableau 13, trois grandes tendances dans les causes de dépendance sont observées :

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

Le cumul des effectifs de ces trois groupes représente 57,7% de la population dépendante au 31 décembre 2017.

Les maladies du système ostéo-articulaire sont la première cause de dépendance. Elles concernent 23,0% des bénéficiaires. Elles sont suivies par les maladies du système nerveux (17,8%) et par la démence et troubles des fonctions cognitives (17,0%).

En fonction de l'âge du bénéficiaire, on constate que les malformations congénitales et retards du développement moteur et mental constituent la première cause de dépendance chez les jeunes de moins de 40 ans. Les maladies du système nerveux deviennent ensuite la cause principale jusqu'à l'âge de 80 ans. Les maladies du système ostéo-articulaires, deuxième cause chez les sexagénaires et septuagénaires, prennent la première place au-delà des 80 ans.

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

Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2017^{a b} (en % du total)

Classification CEO	Hommes			Femmes		
	Domicile	Etablissement	Total	Domicile	Etablissement	Total
Groupe 1.						
Démences et troubles des fonctions cognitives	7,9%	29,9%	13,1%	10,2%	33,7%	19,3%
Groupe 2.						
Troubles psychiatriques	10,7%	10,2%	10,6%	6,4%	7,0%	6,6%
Groupe 3.						
Maladies du système cardio-vasculaire	5,5%	6,4%	5,7%	6,5%	5,8%	6,2%
Groupe 4.						
Maladies du système nerveux	25,4%	21,4%	24,5%	16,4%	10,0%	13,9%
Groupe 5.						
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	13,1%	1,8%	10,4%	7,2%	0,6%	4,6%
Groupe 6.						
Maladies du système ostéo-articulaire	13,1%	15,5%	13,6%	28,6%	28,0%	28,4%
Groupe 7.						
Troubles sensoriels	4,8%	1,7%	4,1%	4,8%	2,3%	3,8%
Groupe 8.						
Tumeurs malignes	2,3%	1,2%	2,0%	2,3%	1,3%	1,9%
Groupe 9.						
Autres	6,1%	5,8%	6,0%	8,3%	6,0%	7,4%
Cause non codée	11,2%	6,2%	10,0%	9,5%	5,3%	7,9%
Nombre de bénéficiaires	3 883	1 206	5 089	5 387	3 384	8 771

a. Situation au 31 décembre 2017.

b. Données provisoires.

La cause la plus répandue chez les hommes en 2017 sont des maladies du système nerveux (24,5%) alors que les maladies du système ostéo-articulaire sont la première cause de dépendance chez les femmes (28,4%).

3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, dans les trois domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité ;

- l'aide pour les tâches domestiques ;
- les activités de soutien ;
- les conseils ;
- les produits nécessaires aux aides et soins ;
- les aides techniques ;
- les adaptations du logement.

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

La deuxième partie de la section porte sur les prestations auxquelles les personnes protégées peuvent prétendre, sans nécessairement bénéficier d'un plan de prise en charge.

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

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

Encadré méthodologique

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

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

Encadré méthodologique

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

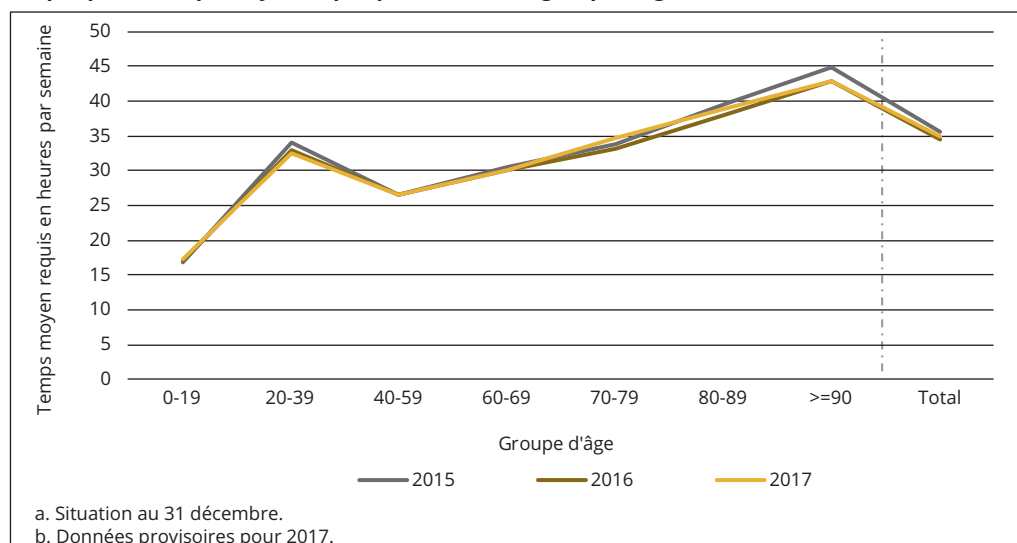
En revanche, ceci s'applique tout particulièrement aux activités de soutien et plus directement aux activités de soutien en groupe. Le coefficient d'intensité appliqué à la durée d'une activité spécialisée en groupe est de 0,25. Il est de 0,125 pour une activité non spécialisée en groupe. A partir du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

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

3.1.1. Temps total non pondéré requis

Le temps moyen non pondéré requis par semaine augmente par rapport à 2016 et s'élève à 35,0 heures en 2017.

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



Comme le montre le graphique 2 le temps total moyen requis augmente avec l'âge du bénéficiaire, et ceci est vrai pour les trois années considérées. Aux âges les plus élevés, les personnes dépendantes bénéficient des temps moyens requis les plus élevés : la moyenne de la classe d'âge des septuagénaires se situe légèrement en dessous de la moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires. Pour cette classe, le temps moyen requis représente 34,7 heures. Les nonagénaires bénéficient d'un temps moyen requis équivalant à 43,0 heures par semaine, soit 8,0 heures de plus que la moyenne générale.

Le temps moyen requis pour les femmes est supérieur à la moyenne générale. Il est de 36,2 heures par semaine contre 33,0 heures par semaine pour les hommes.

Le temps moyen requis pour les bénéficiaires accueillis en établissement d'aides et de soins correspond à 51,1 heures par semaine alors qu'il représente 27,1 heures pour les bénéficiaires séjournant à domicile.

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

Tableau 16: Evolution du temps total moyen requis par semaine ^a

Année	En minutes	En heures	Variation en %	Nombre de bénéficiaires
2015	2 132	35,5	-5,7%	13 568
2016	2 065	34,4	-3,1%	13 774
2017 ^b	2 101	35,0	1,8%	13 860

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

En 2017, on constate une augmentation de 1,8% du temps total moyen requis par rapport à 2016, après deux années de baisse liée notamment aux mesures prises dans le cadre du budget de nouvelle génération (BNG).

Tableau 17: Répartition des bénéficiaires selon le temps total non pondéré requis par semaine ^a

Classe de temps	2015	En % du total	2016	En % du total	2017 ^b	En % du total
De 3,5 à 13,99 h	4 562	33,6%	4 705	34,2%	4 650	33,5%
De 14 à 23,99 h	1 706	12,6%	1 553	11,3%	1 450	10,5%
De 24 à 33,99 h	578	4,3%	506	3,7%	438	3,2%
De 34 à 43,99 h	1 651	12,2%	2 011	14,6%	2 195	15,8%
De 44 à 63,99 h	2 633	19,4%	3 058	22,2%	3 275	23,6%
>= 64h	2 438	18,0%	1 941	14,1%	1 852	13,4%
TOTAL	13 568	100,0%	13 774	100,0%	13 860	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

La part des personnes dépendantes ayant droit à un temps total requis de plus de 64h continue à diminuer en 2017 et passe de 14,1% en 2016 à 13,4% en 2017. La part des personnes ayant droit à un temps requis entre 44h et 64h continue à augmenter (+1,4%).

3.1.2. Analyse du détail des prestations requises

3.1.2.1. Les prestations pour les actes essentiels de la vie

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

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

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

Pour se faire une première idée de l'évolution du temps requis pour les actes essentiels de la vie, on peut examiner, à l'instar de ce qui a été fait pour le temps total non pondéré requis, la répartition des bénéficiaires par classes. Ces classes ont été construites par paliers de 3,5 heures¹⁰.

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

Classe de temps	2015	En % du total	2016	En % du total	2017 ^b	En % du total
De 3,5 à 6,99 h	5 091	37,5%	5 273	38,3%	5 343	38,5%
De 7 à 10,49 h	2 205	16,3%	2 259	16,4%	2 315	16,7%
De 10,5 à 13,99 h	1 432	10,6%	1 434	10,4%	1 462	10,5%
De 14 à 17,49 h	1 188	8,8%	1 195	8,7%	1 278	9,2%
De 17,5 à 20,99 h	1 139	8,4%	1 167	8,5%	1 154	8,3%
De 21 à 24,49 h	850	6,3%	880	6,4%	833	6,0%
De 24,5 à 38,5 h	1 230	9,1%	1 121	8,1%	1 028	7,4%
Prestation forfaitaire	433	3,2%	445	3,2%	447	3,2%
TOTAL	13 568	100,0%	13 774	100,0%	13 860	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Dans l'ensemble, une légère diminution du temps requis pour les actes essentiels de la vie peut être observée. La répartition des bénéficiaires selon les différentes classes de temps n'affiche guère de variations sur les dernières années en ce qui concerne les classes intermédiaires. Entre 2015 et 2017, la part des bénéficiaires ayant un temps moyen requis inférieur à 10,49h augmente de 1,4% alors que la part des bénéficiaires dans la classe maximale de 24,5 à 38,5h baisse de 1,7%.

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

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

Année	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
2015	700	11,7	13 568
2016	687	11,4	13 774
2017 ^b	675	11,3	13 860

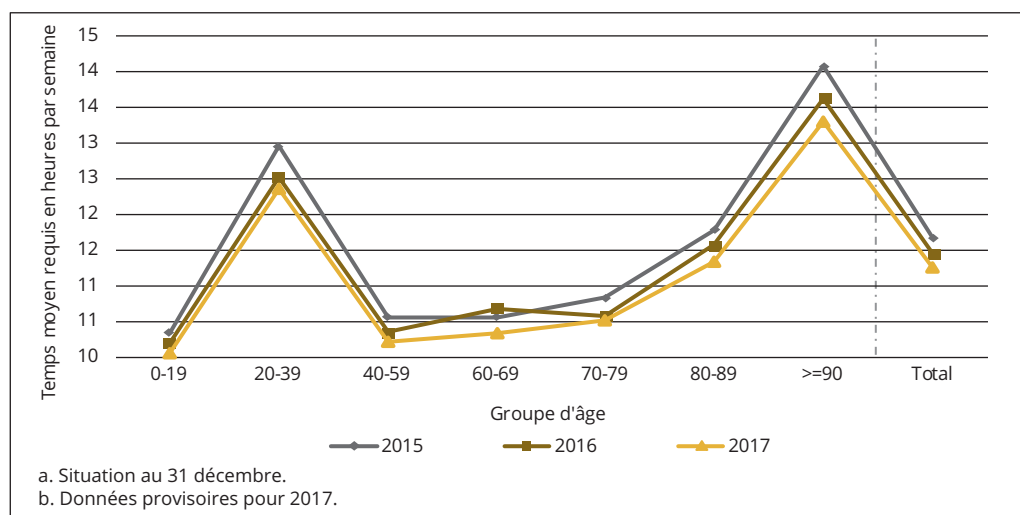
a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

La moyenne du temps requis pour les actes essentiels de la vie s'élève à 11,3 heures en 2017. L'écart entre le temps moyen requis pour les femmes et les hommes s'élève à 15,5 minutes en 2017.

La différence entre le temps moyen requis à domicile et en établissement est de 6,4 heures en 2017. Le temps moyen accordée à domicile s'élève à 9,1 heures contre 15,5 heures qui sont accordées en moyenne en établissement pour les actes essentiels de la vie.

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



A partir de 40 ans, le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie augmente avec l'âge du bénéficiaire, et ceci est vrai pour les trois années considérées.

3.1.2.2. Les tâches domestiques

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

Comme toutes les prestations de l'assurance dépendance, les tâches domestiques sont accordées pour répondre à un besoin spécifique et identifié. Le forfait normal est une prestation accordée à presque tous les bénéficiaires, à l'exception des bénéficiaires de dispositions particulières. Ce forfait est accordé à 96,6% des bénéficiaires d'aides et soins en 2017. Parmi ceux-ci, 1,0% reçoivent le forfait pour tâches domestiques exceptionnelles.

3.1.2.3. Les activités de soutien

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

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

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

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

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

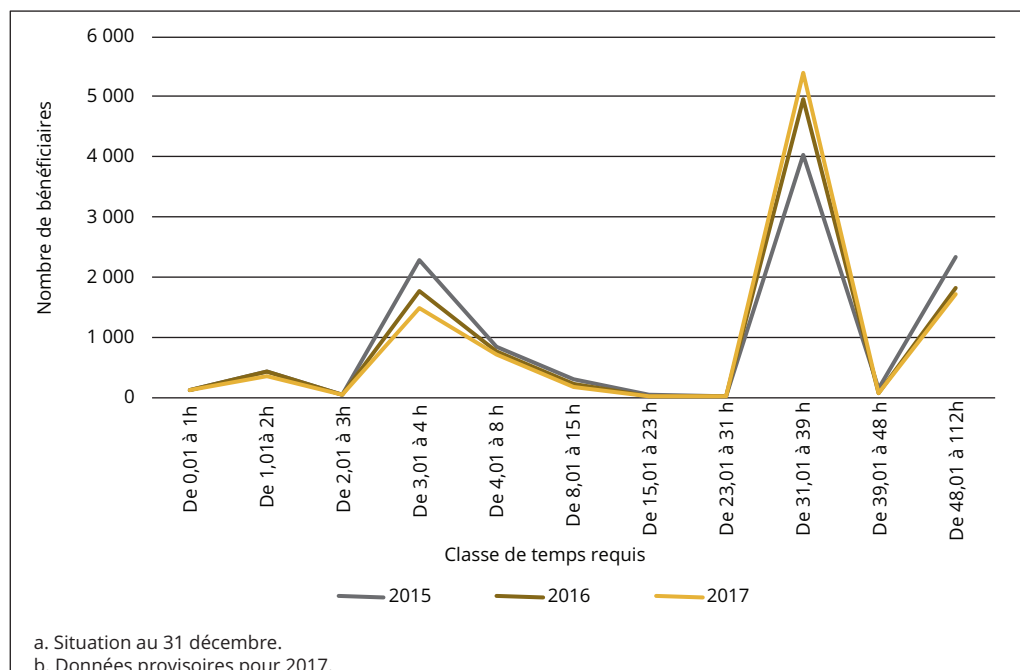
	2015	2016	2017 ^b
Nombre de bénéficiaires	10 539	10 204	10 038
En % du total des bénéficiaires	77,7%	74,1%	72,4%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

L'application plus stricte des critères d'attribution décidée dans le cadre du budget de la nouvelle génération entraîne pour la première fois depuis son introduction en 1999 une diminution du nombre des personnes dépendantes ayant droit à des activités de soutien à partir de 2015. Ainsi 72,4% des bénéficiaires reçoivent des activités de soutien en 2017 (niveau le plus bas observé depuis 2006).

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



La classe de temps requis la plus accordée en 2017 est celle de 31,01 à 39 heures, suivi des classes de 48,01 à 112 heures respectivement de 3,01 à 4 heures.

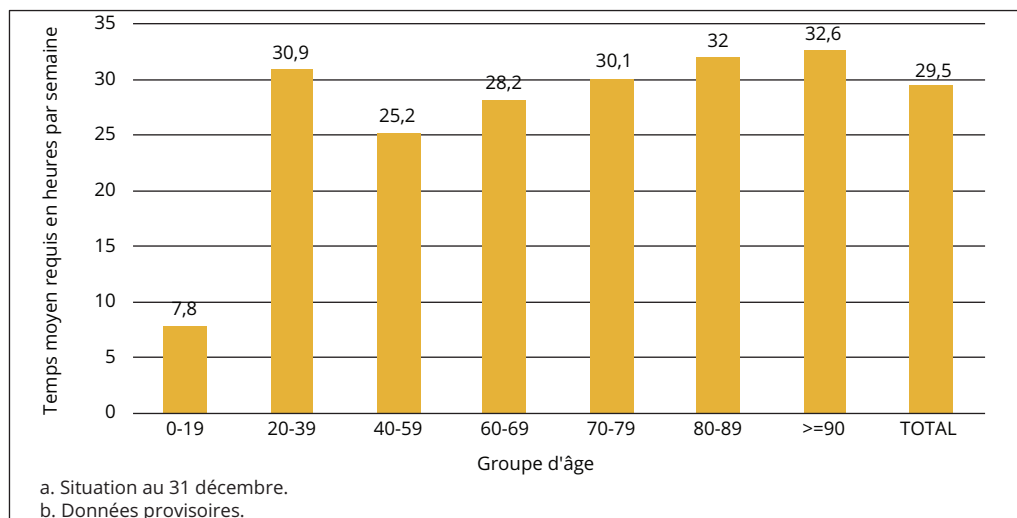
Tableau 22: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien^a

Année	Temps moyen requis en heures par semaine	Nombre de bénéficiaires d'activités de soutien
2013	28,2	10 903
2014	28,0	11 037
2015	27,6	10 539
2016	27,7	10 204
2017 ^b	29,5	10 038

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

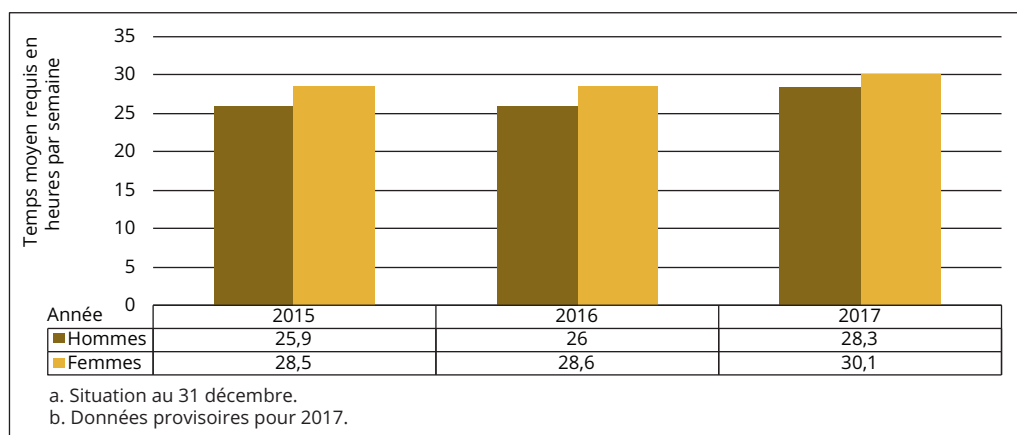
Le temps moyen requis pour les activités de soutien en 2017 augmente considérablement par rapport à 2016 (+6,5%) et atteint, après le recul observé entre 2014 et 2016, un nouveau maximum depuis l'introduction de l'assurance dépendance. Le pourcentage de personnes dépendantes ayant droit à des activités de soutien diminue, mais le temps moyen requis accordés aux personnes concernées augmente.

Graphique 5: Répartition du temps moyen requis par groupe d'âge en 2017^{a b}



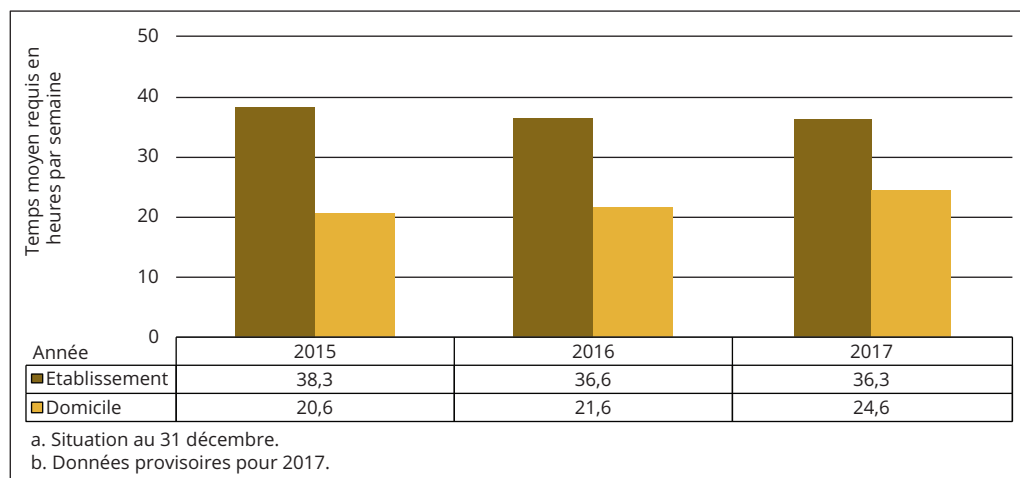
Les temps requis les plus élevés relèvent des classes d'âge élevé (> 80 ans) tout comme pour les 20-39 ans.

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



L'écart entre le temps moyen requis pour les activités de soutien en fonction du sexe du bénéficiaire diminue à 1,8 heures en faveur des femmes.

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



La comparaison selon le lieu de séjour est quant à elle avantageuse aux établissements et ceci de manière tout à fait significative. Si en 2008, l'écart entre les deux formes de séjour s'élevait à 10,5 heures, il atteint encore 11,7 heures en 2017 après une différence maximale observée de 21,4 heures en 2013. Une diminution du temps moyen requis de 0,3 heures est observée dans les établissements en 2017, à domicile par contre le temps moyen requis augmente de 3,0 heures.

3.1.2.4. Les activités de conseil

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

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

242 personnes sont titulaires d'une décision comportant des activités de conseil au 31 décembre 2017.

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

Classe de temps	2015	En % du total	2016	En % du total	2017 ^b	En % du total
1 h	8	0,1%	6	0,1%	5	0,1%
2 h	23	0,3%	24	0,3%	27	0,3%
4 h	7	0,1%	9	0,1%	6	0,1%
Plus de 4 h	228	2,5%	228	2,5%	204	2,2%
<i>Sous-total</i>	266		267		242	
Aucune prestation de conseil	8 803	97,1%	8 947	97,1%	9 028	97,4%
TOTAL	9 069	100,0%	9 214	100,0%	9 270	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

3.1.2.5. Temps moyen requis et causes de la dépendance

La sous-section 2.4 a permis de présenter les causes de la dépendance des bénéficiaires de l'assurance. Il importe maintenant d'établir un lien entre les différentes causes de la dépendance et le temps moyen requis.

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

Tableau 24: Temps moyen requis (en heures) pour les différents types de prestations de l'assurance et cause principale de dépendance en 2017^{a b}

Classification CEO	Actes essentiels de la vie	Tâches domestiques	Activités de soutien	Temps total requis
Groupe 1.				
Démences et troubles des fonctions cognitives	14,9	2,5	37,7	53,9
Groupe 2.				
Troubles psychiatriques	10,4	2,5	26,9	35,5
Groupe 3.				
Maladies du système cardio-vasculaire	8,8	2,5	23,7	26,9
Groupe 4.				
Maladies du système nerveux	13,9	2,5	25,6	34,7
Groupe 5.				
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	10,8	2,5	24,9	30,1
Groupe 6.				
Maladies du système ostéo-articulaire	9,6	2,5	25,7	29,5
Groupe 7.				
Troubles sensoriels	7,7	2,5	27,8	17,2
Groupe 8.				
Tumeurs malignes	8,2	2,5	20,6	22,2
Groupe 9.				
Autres	10,0	2,5	26,1	29,7
TOTAL	11,3	2,5	29,5	35,0

a. Situation au 31 décembre 2017.

b. Données provisoires.

Le groupe 1 (Démences et troubles des fonctions cognitives) affiche un temps moyen requis total de 53,9 heures, et il est suivi par le groupe 2 (Troubles psychiatriques) avec 35,5 heures par semaine et le groupe 4 (Maladie du système nerveux) avec 34,7 heures.

3.1.2.6. 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 tâches domestiques peuvent être remplacées par des prestations en espèces si la personne est à domicile¹¹.

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

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

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

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

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

Tableau 25: Evolution de la répartition des bénéficiaires par type de partage ^a

Année	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
2015	1 639	19,8%	1 167	14,1%	5 453	66,0%	8 259	100,0%
2016	1 752	20,9%	1 313	15,7%	5 314	63,4%	8 379	100,0%
2017 ^b	2 209	26,3%	1 300	15,5%	4 896	58,3%	8 405	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

La part de personnes dépendantes ayant recours à des prestations combinées diminue en 2017 en faveur des prestations en nature. Le type de partage le plus retenu reste cependant celui des prestations combinées (58,3%), suivi des prestations en nature (26,3%) et des prestations en espèces (15,5%).

11. Les personnes bénéficiant de prestations en espèces à l'étranger ainsi que les personnes bénéficiant de prestations forfaitaires (personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication et les personnes atteintes de spina bifida) ne sont pas reprises dans les tableaux qui suivent.

Tableau 26: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par groupe d'âge en 2017^{a b}

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	71	3,2%	100	7,7%	590	12,1%	761	9,1%
20-39	142	6,4%	120	9,2%	248	5,1%	510	6,1%
40-59	395	17,9%	226	17,4%	351	7,2%	972	11,6%
60-69	336	15,2%	228	17,5%	435	8,9%	999	11,9%
70-79	403	18,2%	268	20,6%	929	19,0%	1 600	19,0%
80-89	674	30,5%	295	22,7%	1 768	36,1%	2 737	32,6%
>=90	188	8,5%	63	4,8%	575	11,7%	826	9,8%
TOTAL	2 209	100,0%	1 300	100,0%	4 896	100,0%	8 405	100,0%

a. Situation au 31 décembre 2017.

b. Données provisoires.

Les prestations combinées sont le type de partage préféré pour toutes les groupes d'âge, à part les bénéficiaires âgées entre 40 et 59 ans, qui optent plutôt pour des prestations en nature.

Tableau 27: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par sexe en 2017^{a b}

Sexe	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
Hommes	898	40,7%	602	46,3%	1 936	39,5%	3 436	40,9%
Femmes	1 311	59,3%	698	53,7%	2 960	60,5%	4 969	59,1%
TOTAL	2 209	100,0%	1 300	100,0%	4 896	100,0%	8 405	100,0%

a. Situation au 31 décembre 2017.

b. Données provisoires.

Une analyse du type de partage en fonction du sexe met en évidence qu'aussi bien les hommes que les femmes bénéficient des prestations combinées.

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

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

Tableau 28: Répartition des aidants informels dont la cotisation assurance pension est prise en charge entre le 1^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2017 par groupe d'âge et sexe

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	En % du total
< 25 ans	8	69	77	2,1%
25-29	20	187	207	5,7%
30-34	29	331	360	9,9%
35-39	46	461	507	14,0%
40-44	54	486	540	14,9%
45-49	77	523	600	16,6%
50-54	82	608	690	19,0%
55-59	51	429	480	13,2%
60-64	12	128	140	3,9%
> 64 ans	0	24	24	0,7%
Total	379	3 246	3 625	100%

La loi prévoit que la cotisation à l'assurance pension de cette personne puisse être prise en charge par l'assurance dépendance. Le tableau 28 présente la répartition par sexe et groupe d'âge des aidants pour qui cette cotisation est prise en charge. Il est question ici du nombre "net", ce qui revient à dire que si un aidant a été pris en charge plusieurs fois successivement, il n'est comptabilisé qu'une seule fois. Relevons d'emblée la proportion écrasante de femmes concernées par cette prise en charge, mais aussi l'importante proportion des quadragénaires et quinquagénaires qui représentent près des deux tiers des aidants concernés.

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 la personne atteigne le seuil de 3,5 heures pour les actes essentiels de la vie. Toutefois, leur octroi est toujours subordonné à un avis de la CEO.

3.2.1. Les aides techniques

En cas de maintien à domicile, la personne a droit à la prise en charge des aides techniques qui lui permettront de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie. La liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance a été déterminée par le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006. Le même règlement grand-ducal détermine la liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance lorsque le demandeur est hébergé en établissement.

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 2016 par voie d'acquisition sera comptée sur plusieurs années tandis qu'une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2016 par voie de location ne peut pas se trouver chez une personne au 31.12.2016 (p.ex. en réparation chez SMA) mais le sera de nouveau au 31.12.2017.

Le tableau 29 reprend le Top Ten des aides techniques mises à disposition par la voie d'acquisition qui satisfont aux critères précités au 31 décembre ainsi que toutes les aides techniques mises à disposition par la voie de location au 31 décembre.

Tableau 29: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO ^{a b}

Code ISO	Libellé_ISO	2016			2017		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0912	Aides pour l'hygiène	16 059	0	16 059	17 898	0	17 898
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher	7 632	2 453	10 085	8 373	2 403	10 776
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)	8 578	0	8 578	9 156	0	9 156
1818	Dispositifs de soutien	0	8 768	8 768	2	9 144	9 146
1221	Fauteuils roulants	46	7 776	7 822	144	7 956	8 100
0333	Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels antiescarres)	1 214	4 733	5 947	1 255	5 000	6 255
1830	Dispositifs de changement de niveau	4 479	690	5 169	4 892	685	5 577
0906	Aides de protection portées sur le corps	3 241	0	3 241	3 650	0	3 650
1812	Lits	27	3 067	3 094	27	2 933	2 960
1230	Aides pour le transfert	866	1 481	2 347	874	1 480	2 354

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires pour 2017.

Les aides les plus sollicités en 2017 sont les aides pour l'hygiène suivi des aides pour se laver, baigner et doucher.

Tableau 30: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale ^{a b}

Code ISO	Libellé_ISO	2016			2017		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0300	Aides pour les traitements et l'entraînement	1 494	4 829	6 323	1 556	5 099	6 655
0900	Aides pour les soins personnels et la protection	28 577	2 475	31 052	31 693	2 406	34 099
1200	Aides pour la mobilité personnelle	4 779	19 517	24 296	5 333	20 038	25 371
1500	Aides pour les activités domestiques	2 180	0	2 180	2 377	0	2 377
1800	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles	14 445	4 291	18 736	15 552	4 139	19 691
2100	Aides pour la communication, l'information et la signalisation	4 622	18	4 640	4 893	18	4 911
2400	Aides pour manipuler les produits et les biens	2 350	3	2 353	2 539	3	2 542
TOTAL		58 447	31 133	89 580	63 943	31 703	95 646
<i>Variation en %</i>		<i>8,8%</i>	<i>3,9%</i>	<i>7,1%</i>	<i>9,4%</i>	<i>1,8%</i>	<i>6,8%</i>

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires pour 2017.

Au 31 décembre 2017, 95 646 aides techniques étaient mises à disposition par l'assurance dépendance, 66,9% sous forme d'acquisition et 33,1% sous forme de location. Le nombre total d'aides techniques mises à disposition a augmenté de 6,8% par rapport à 2016.

Les aides techniques mises le plus fréquemment à disposition sont les aides pour les soins personnels et la protection, parmi lesquelles les aides pour l'hygiène occupent la première place. En second lieu viennent les aides pour la mobilité personnelle. Parmi les aides pour le traitement et l'entraînement, le matériel destiné à prévenir les escarres représente le plus gros poste de dépense. Pour rappel, les troubles du système ostéo-articulaire représentent la première cause de dépendance.

3.2.2. Les adaptations du logement

En cas de maintien à domicile, des adaptations du logement peuvent être prises en charge dans le cadre de l'assurance dépendance, dans la mesure où elles permettent, à l'instar des aides techniques, de maintenir et d'accroître l'autonomie de vie de la personne dépendante.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, les personnes peuvent bénéficier des adaptations du logement sans nécessairement présenter le besoin minimum d'aides et de soins pour les actes essentiels de la vie (Art. 349 du CSS).

Tableau 31: Evolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement ^{a b}

Année	Nombre	Variation en %
2015	187	-9,2%
2016	170	-9,1%
2017 ^c	149	-12,4%

a. Données établies selon la date de prestation.

b. Source : Décompte CNS.

c. Données provisoires.

Le tableau 31 présente l'évolution du nombre de titulaires d'une ou plusieurs décisions positives depuis 2015 par la CNS. Il ne s'agit dès lors pas du nombre de demandes, ni du nombre de réalisations pour adaptations du logement présentées ou en cours de traitement durant l'année référencée.

3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES

Encadré méthodologique

Les statistiques sur les prestations dispensées sont basées sur la date de la prestation sans tenir compte de leur liquidation par l'assurance dépendance. Cette méthode s'avère beaucoup plus adéquate pour mesurer l'évolution réelle des prestations dans le temps, qu'une analyse des données comptables. Les fichiers établis sur base de la date des prestations sont des fichiers ouverts. Ils sont alimentés en continu, avec l'inconvénient que l'analyse de ces fichiers en évolution nécessite un certain recul dans le temps pour obtenir des résultats cohérents, raison pour laquelle les extractions sont limitées à l'année 2016. Les données comptables en revanche, figées dès la clôture de l'exercice, permettent certes des analyses cohérentes mais peu conformes à la réalité (en raison notamment des données portant sur les provisions).

Les statistiques publiées dans le présent chapitre se rapportent :

- aux prestataires exerçant au Luxembourg ;
- aux bénéficiaires résidant au Luxembourg et affiliés au régime d'assurance national ;
- aux bénéficiaires résidant en dehors du Luxembourg et affiliés au régime d'assurance national ;
- aux prestations fournies dans le cadre de l'assurance dépendance.

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

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

La loi du 23 décembre 2005 prévoit la négociation d'une valeur monétaire spécifique pour quatre types de prestataires : les réseaux d'aides et de soins, les centres semi-stationnaires, les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.

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

3.3.1. Aperçu global sur les prestations facturées

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

Tableau 32: Evolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2007 (en millions EUR) ^a

Année	Montant	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2007	321,9	3,0%	317,5	98,7%
2008	351,8	9,3%	347,1	98,7%
2009	383,2	8,9%	378,2	98,7%
2010	415,2	8,4%	409,9	98,7%
2011	455,3	9,7%	449,6	98,7%
2012	496,9	9,1%	491,0	98,8%
2013	531,2	6,9%	525,7	99,0%
2014	559,9	5,4%	553,6	98,9%
2015	564,4	0,8%	558,0	98,9%
2016	576,0	2,0%	569,9	98,9%

a. La loi du 23 décembre 2016 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2017 prévoit dans l'article 44 que l'Etat verse une subvention unique maximale de 30 millions EUR afin de compenser les découverts inévitables et imprévisibles au titre des exercices de prestation 2015 à 2017 des prestataires dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la CEO dans le cadre du paquet d'avenir.

Depuis l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance en 1999 jusqu'en 2005, la variation annuelle des dépenses pour prestations se situait chaque année au-dessus de 10%. A partir de 2006, la croissance des dépenses ralentit. En 2007, année de l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance les dépenses n'augmentent que de 3%. Entre 2008 et 2012, les prestations ont connu des croissances qui se situent entre 8,4% et 9,7%. Un nouveau ralentissement de la croissance est observé depuis 2013 qui s'explique notamment par une faible augmentation du nombre de bénéficiaires. De plus, les différentes valeurs monétaires pour 2013, 2014 et 2015 au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1.1.1948 n'ont pas été modifiées par rapport à celles de 2012. Seul l'indice en vigueur a augmenté en 2013. L'année 2015 était marquée par une faible croissance du nombre de bénéficiaires de 0,6% et un recul de 5,7% du temps moyen requis suite aux mesures prises dans le cadre du BNG. Néanmoins, une croissance de 0,8% est observée en 2015 au niveau des prestations facturées. En 2016, le nombre de bénéficiaires augmente de 1,5% et le temps moyen requis recule encore de 3,1% (suite des mesures BNG) alors que les dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance connaissent une croissance de 2,0%.

En moyenne annuelle, 98,9% des dépenses sont imputables aux bénéficiaires résidents. Le poste des bénéficiaires non-résidents se révèle plutôt instable. Les variations s'expliquent par des retards dans l'introduction des factures en provenance d'institutions étrangères mais aussi par le petit nombre de bénéficiaires concernés (453 au 31 décembre 2016). Pour ces raisons, les données qui suivent porteront exclusivement sur le coût engendré par la prise en charge des personnes dépendantes résidant au Luxembourg.

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

Groupe d'âge	2014		2015		2016	
	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement
0-20	11,6	1,7	11,5	1,6	12,4	1,5
20-39	11,1	9,4	11,5	9,5	11,6	9,5
40-59	18,7	22,2	18,7	21,0	18,9	21,7
60-69	22,9	18,4	22,3	19,5	22,3	20,2
70-79	46,7	44,2	46,6	40,9	45,7	44,1
80-89	85,5	149,2	82,7	149,1	84,0	147,2
>=90	26,9	85,1	27,9	85,6	28,6	90,0
TOTAL	223,4	330,2	221,2	327,3	223,5	334,1
<i>Variation en %</i>	<i>4,0%</i>	<i>6,2%</i>	<i>-1,0%</i>	<i>-0,9%</i>	<i>1,0%</i>	<i>2,1%</i>

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

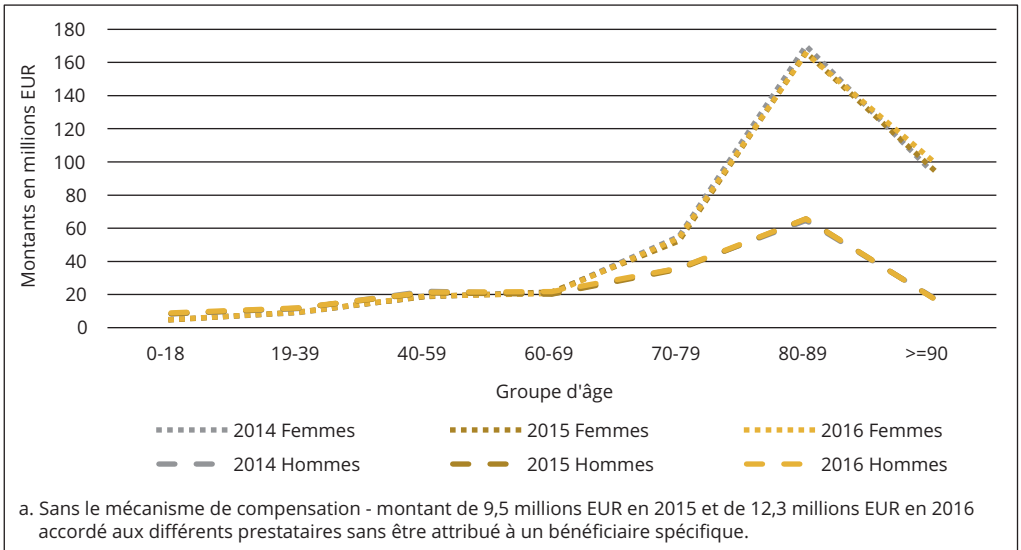
b. Situation au 31 décembre.

c. Sans mécanisme de compensation - montant total de 9,5 millions EUR en 2015 et de 12,3 millions EUR en 2016 accordé aux différents prestataires sans être attribué à un bénéficiaire spécifique.

L'étude sur le coût des prestations de l'assurance dépendance délivrées au Luxembourg met en évidence une nouvelle croissance des dépenses en maintien à domicile tout comme en milieu stationnaire, après un recul en 2015. En effet, la variation annuelle des dépenses pour prestations à domicile s'élève en 2015 à 1,0% et en milieu stationnaire, la variation annuelle est de 2,1% en 2016.

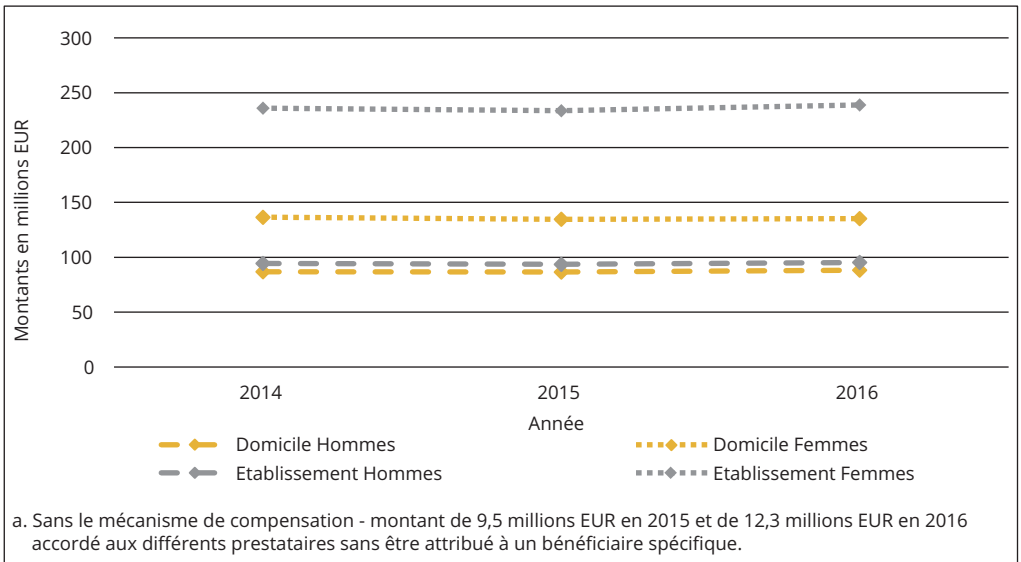
En ventilant les dépenses selon l'âge du bénéficiaire, on constate que le coût le plus élevé se rapporte aux personnes de 70 ans et plus. En 2015, ils représentent 78,8% de l'ensemble des dépenses, 84,2% des dépenses pour les bénéficiaires en établissement et 70,8% pour le domicile.

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



Le coût des prestations pour les femmes dépendantes est en moyenne 2,0 fois plus élevé que celui pour les hommes. Il est même en moyenne 2,5 fois plus élevé pour les femmes âgées de 80 à 89 ans que pour les hommes du même groupe d'âge. Cette forte différence s'explique, entre autres, par une moyenne d'âge plus élevée chez la population féminine dépendante et par un degré de dépendance plus important, car ce dernier augmente en fonction de l'âge.

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



L'analyse du coût par lieu de séjour et par sexe pour l'année 2016 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 au même niveau que celui des prestations en établissement d'aides et de soins ;
- les dépenses totales pour le maintien à domicile chez les femmes sont supérieures à celles des hommes ;
- les dépenses totales engagées pour les soins prestés dans l'établissement aux femmes dépendantes sont supérieures à celles des hommes dépendants.

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

La répartition des dépenses entre les différents types de prestataire est montrée dans le tableau suivant.

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

	2014	2015	2016 ^b
Etablissement à séjour continu	291,1	294,8	302,6
Etablissement à séjour intermittent	37,5	37,8	38,0
Réseau d'aides et de soins	123,5	126,1	129,4
Centre semi-stationnaire	23,0	22,9	24,0
Fournisseur d'aides techniques y compris SMA	12,3	12,3	12,8
Fournisseur dans le cadre des adaptations du logement	3,3	3,1	2,8
International ^c	0,8	0,9	0,1
Pas de prestataire ^d	68,5	66,6	66,3
TOTAL	559,9	564,4	576,0
Variation en %	5,4%	0,8%	2,0%

a. Statistiques établies selon la date prestation.

b. Y compris montant distribué dans le cadre du mécanisme de compensation avec affectation aux différents prestataires en 2015 et 2016.

c. Caisses de maladie étrangères.

d. Les bénéficiaires des dispositions particulières, des prestations en espèces (y compris les prestations en espèces transférées à l'étranger) ou des produits nécessaires aux aides et soins.

En 2016, le coût total des prestations s'élève à 576,0 millions EUR, ce qui représente une augmentation de 2,0% par rapport à 2015. 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 2014, des dépenses pour les différents types de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance.

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

Type de prestation	2014	2015	2016	Variation en %	
				2014/2015	2015/2016
MAINTIEN A DOMICILE	223,4	221,2	223,5	-1,0%	1,0%
Prestation en nature	144,1	144,8	148,8	0,5%	2,7%
Période transitoire ^c	3,8	3,7	4,0	-3,4%	8,0%
Prestations en espèces	56,0	53,6	51,2	-4,3%	-4,4%
Produits nécessaires aux aides et soins	4,0	3,9	4,0	-2,4%	1,3%
Aides techniques	12,2	12,2	12,7	-0,2%	4,3%
Adaptations de logement	3,3	3,1	2,8	-7,1%	-8,1%
ETABLISSEMENT	330,2	327,3	334,1	-0,9%	2,1%
Prestation en nature	330,2	327,3	334,1	-0,9%	2,1%
Mécanisme de compensation ^d		9,5	12,3		30,2%
TOTAL	553,6	558,0	569,9	0,8%	2,1%

- Les prestations en nature englobent les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien et de conseil, qui ont été apportés par un prestataire professionnel.
- Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
- La période transitoire est la période qui s'écoule entre la date de la demande et la date de la décision. Le poste période transitoire ne reprend toutefois que les prestations en nature payées aux prestataires. Les prestations en espèces sont liquidées au moment de la décision et sont enregistrées sous le poste prestations en espèces.
- La loi du 23 décembre 2016 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2017 prévoit dans l'article 44 que l'Etat verse une subvention unique maximale de 30 millions EUR afin de compenser les découverts inévitables et imprévisibles au titre des exercices de prestation 2015 à 2017 des prestataires dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la CEO dans le cadre du paquet d'avenir.

Le tableau 35 met en évidence une croissance des dépenses en 2016 de 2,1% par rapport à 2015. Sans mécanisme de compensation, les dépenses auraient connu une hausse de 1,6% par rapport à 2015.

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, tâches domestiques, activités de soutien et de conseil.

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

Type de prestation	2014	2015	2016	Variation en %	
				2014/2015	2015/2016
Actes essentiels de la vie	284,7	280,8	288,9	-1,4%	2,9%
Tâches domestiques	33,1	33,6	35,2	1,4%	4,8%
Activités de soutien	156,4	157,7	158,7	0,8%	0,7%
Activités de conseil ^c	0,0	0,0	0,0	-2,7%	-14,3%
TOTAL	474,3	472,1	482,9	-0,5%	2,3%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Ne tient pas compte du mécanisme de compensation mis en place pour compenser les découverts dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la CEO dans le cadre du paquet d'avenir (9,5 millions EUR en 2015 et de 12,3 millions EUR en 2016).

c. < 50 000 EUR.

En 2016, les principaux types de prestations en nature affichent à nouveau une croissance par rapport à 2015, une année qui était marquée par une baisse du nombre de bénéficiaires et par des mesures prises dans le cadre du BNG.

En 2016, les dépenses pour les actes essentiels de la vie représentent 288,9 millions EUR, soit 59,8% de l'ensemble des dépenses pour les prestations en nature. Elles sont suivies par les activités de soutien, qui représentent 158,7 millions EUR, soit 32,9% de l'ensemble des dépenses. Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, la part des dépenses pour activités de soutien parmi l'ensemble des dépenses pour prestations en nature a presque doublé (17,1% en 2000). Les tâches domestiques s'élèvent à 35,2 millions EUR et représentent ainsi 7,3% des prestations en nature. Le coût des activités de conseil est négligeable dans l'ensemble (inférieur à 50 000 EUR).

Tableau 37: Répartition des dépenses pour les prestations en nature en 2016 par groupe d'âge des bénéficiaires ^{a b} (en millions EUR)

Groupe d'âge	Actes essentiels de la vie	En % du total	Tâches domestiques	En % du total	Activités de soutien	En % du total
0-19	1,7	0,6%	0,3	0,7%	3,7	2,3%
20-39	8,3	2,9%	0,9	2,5%	6,0	3,8%
40-59	18,7	6,5%	2,4	6,8%	9,9	6,2%
60-69	19,7	6,8%	2,7	7,7%	11,2	7,1%
70-79	45,0	15,6%	5,8	16,6%	25,0	15,8%
80-89	125,7	43,5%	15,6	44,3%	68,2	43,0%
>= 90	69,7	24,1%	7,5	21,4%	34,8	21,9%
TOTAL	288,9	100,0%	35,2	100,0%	158,7	100,0%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Ne tient pas compte du mécanisme de compensation mis en place pour compenser les découverts dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la CEO dans le cadre du paquet d'avenir (9,5 millions EUR en 2015 et de 12,3 millions EUR en 2016).

La part la plus importante des dépenses concerne les personnes des groupes d'âge de 70 ans et plus. 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 2016, les dépenses pour ces groupes d'âge représentent 83,2% du total des dépenses pour les actes essentiels de la vie, 82,4% des dépenses totales pour les tâches domestiques et 80,6% des dépenses pour les activités de soutien.

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

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

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

Domaine d'AEV	2014	2015	2016	Variation en %	
				2014/2015	2015/2016
Nutrition	49,1	48,3	49,3	-1,7%	2,1%
Mobilité	123,3	122,7	128,5	-0,5%	4,7%
Hygiène corporelle	112,2	109,7	111,0	-2,2%	1,2%
TOTAL	284,7	280,8	288,9	-1,4%	2,9%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Ne tient pas compte du mécanisme de compensation mis en place pour compenser les découverts dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la CEO dans le cadre du paquet d'avenir (9,5 millions EUR en 2015 et de 12,3 millions EUR en 2016).

Le domaine de la mobilité arrive en tête des dépenses suivi d'assez près par celui de l'hygiène corporelle. Ceci rappelle une fois de plus que la principale cause de dépendance est constituée par les maladies ostéo-articulaires. Les dépenses pour le domaine de la nutrition sont les moins élevées, ne représentant en 2016 que 17,1% de l'ensemble des dépenses. Le besoin d'aide pour la nutrition révèle très souvent un état de perte d'autonomie très grave.

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

Type de soutien	2014	2015	2016	Variation en %	
				2014/2015	2015/2016
En groupe	110,3	111,0	114,0	0,7%	2,7%
Activité en groupe non spécialisée	32,6	34,6	34,2	6,0%	-1,0%
Activité en groupe spécialisée	77,6	76,4	79,8	-1,6%	4,4%
Individuel	46,2	46,7	44,7	1,1%	-4,2%
Activité individuelle non spécialisée	38,5	38,9	37,1	1,1%	-4,4%
Activité individuelle spécialisée	7,7	7,8	7,6	1,4%	-2,9%
TOTAL	156,4	157,7	158,7	0,8%	0,7%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Ne tient pas compte du mécanisme de compensation mis en place pour compenser les découverts dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la CEO dans le cadre du paquet d'avenir (9,5 millions EUR en 2015 et de 12,3 millions EUR en 2016).

Concernant les dépenses pour les activités de soutien, on relève l'importance des dépenses consenties pour les activités de soutien en groupe. En 2016, ces dépenses représentent 71,8% de l'ensemble des dépenses.

Les activités individuelles non spécialisées (gardes et courses / démarches avec la personne) représentent 23,4% des dépenses de soutien.

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

Conformément à l'art. 354 du CSS, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques prises en charge par l'assurance dépendance peuvent être remplacées par des prestations en espèces, tel que décrit précédemment sous le point 3.1.2.6.

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

Type de partage	2014	2015	2016	Variation en %	
				2014/2015	2015/2016
Prestations en nature uniquement	36,4	37,1	40,8	2,0%	10,1%
Prestations en espèces uniquement	27,1	25,8	25,0	-4,7%	-3,1%
Prestations combinées dont	136,6	135,5	134,1	-0,9%	-1,0%
Prestations en nature	107,7	107,7	107,9	0,0%	0,2%
Prestations en espèces	28,9	27,8	26,2	-4,0%	-5,7%
TOTAL dont	200,1	198,4	200,0	-0,9%	0,8%
Prestations en nature	144,1	144,8	148,8	0,5%	2,7%
Prestations en espèces	56,0	53,6	51,2	-4,3%	-4,4%

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

b. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

c. Ne tient pas compte du mécanisme de compensation mis en place pour compenser les découverts dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la CEO dans le cadre du paquet d'avenir (9,5 millions EUR en 2015 et de 12,3 millions EUR en 2016).

Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en nature augmente de 10,1% en 2016. Le coût des plans de partage comportant des prestations combinées diminue quant à lui de 1,0%. Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en espèces diminue même de 4,7%.

C'est donc au niveau des prestations en espèces, pour lesquelles le montant est viré aux bénéficiaires de l'assurance dépendance, où une baisse de 4,4% en 2016 par rapport à 2015 est constatée. Les prestations en nature, qui sont payées directement aux prestataires conventionnés connaissent par contre encore une hausse de 2,7% en 2016 par rapport à 2015.

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.

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

Type	2014	2015	2016
Surdité / troubles de la communication	1 173,4	1 128,6	1 157,1
Cécité	1 596,4	1 744,2	1 826,6
Spina bifida	298,4	294,5	293,0
TOTAL	3 068,1	3 167,3	3 276,7

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Les dépenses pour prestations forfaitaires sont assez stables.

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

Mise à disposition	2014	2015	2016	Variation en %	
				2014/2015	2015/2016
Location	5,8	5,6	6,1	-2,3%	8,1%
Acquisition	6,4	6,5	6,6	1,8%	1,1%
TOTAL	12,2	12,2	12,7	-0,2%	4,3%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Les dépenses pour les aides techniques (location et acquisition) augmentent de 4,3% en 2016.

4. LA SITUATION FINANCIERE

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

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

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

Encadré méthodologique

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

4.1. LA SITUATION GLOBALE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le tableau 43 retrace l'évolution financière de l'assurance dépendance entre 2013 et 2017.

L'exercice 2016 de l'assurance dépendance se caractérise par une hausse annuelle de 10,1% des recettes courantes et une hausse de 12,9% des dépenses courantes. Avec un excédent de 28,6 millions EUR, le solde des opérations courantes affiche un excédent.

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

EXERCICE	2013	2014	2015	2016	2017
RECETTES COURANTES					
Contribution dépendance	327,1	344,2	355,9	373,6	402,2
Contribution forfaitaire Etat	221,7	231,8	231,3	217,7	250,9
Contribution Etat : mécanisme de compensation				11,1	10,7
Redevance AD du secteur de l'énergie	2,1	1,7	1,7	1,9	1,9
Autres recettes	1,8	1,5	1,2	1,4	0,9
TOTAL DES RECETTES COURANTES	552,7	579,2	590,2	605,6	666,5
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>5,9%</i>	<i>4,8%</i>	<i>1,9%</i>	<i>2,6%</i>	<i>10,1%</i>
DEPENSES COURANTES					
Frais d'administration	15,1	15,9	15,5	16,5	17,6
Prestations en espèces	5,8	5,7	5,4	5,1	5,1
Prestations en nature	522,6	549,7	551,1	529,4	600,8
dont :					
Prestations à domicile	208,5	218,6	215,1	211,0	242,8
Prestations en milieu stationnaire	299,6	321,5	326,9	308,4	347,1
Prestations à l'étranger	14,5	9,5	9,2	10,0	10,9
Actions expérimentales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transferts de cotisations	5,9	5,1	6,1	6,9	7,0
Autres dépenses	0,5	0,6	0,1	0,4	0,2
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	550,1	577,0	578,2	558,4	630,7
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>8,0%</i>	<i>4,9%</i>	<i>0,2%</i>	<i>-3,4%</i>	<i>12,9%</i>
SOLDE OPERATIONS COURANTES	2,6	2,2	12,0	47,2	35,9
Dotation / prélèvement fonds de roulement	4,1	2,7	0,1	-3,1	7,3
Excédent / découvert de l'exercice	-1,5	-0,5	11,8	50,3	28,6
RÉSERVE	124,3	126,5	138,4	185,5	221,4
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>2,1%</i>	<i>1,8%</i>	<i>9,4%</i>	<i>34,1%</i>	<i>19,3%</i>

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

La situation quasiment équilibrée pour 2013 et 2014 est en large partie due aux augmentations successives de la contribution étatique. L'excédent des exercices 2015 à 2017 s'explique par les mesures prises dans le cadre du budget de nouvelle génération et par une faible croissance du nombre des bénéficiaires de l'assurance dépendance.

4.2. LES RECETTES COURANTES

Le financement repose essentiellement sur deux sources : la contribution dépendance et la contribution forfaitaire de l'Etat.

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

Exercice	Assurés actifs et autres	Assurés pensionnés	Contribution sur le patrimoine	Total	Evolution du taux de contribution
2013	264,1	45,5	14,5	327,1	1,40%
2014	278,3	48,1	17,8	344,2	1,40%
2015	287,2	49,8	18,9	355,9	1,40%
2016	301,2	51,8	20,6	373,6	1,40%
2017	321,3	55,0	25,8	402,2	1,40%

La contribution dépendance a rapporté 402,2 millions EUR en 2017 dont 79,9% issus des assurés actifs et autres, 13,7% des assurés pensionnés et 6,4% de contribution sur le patrimoine.

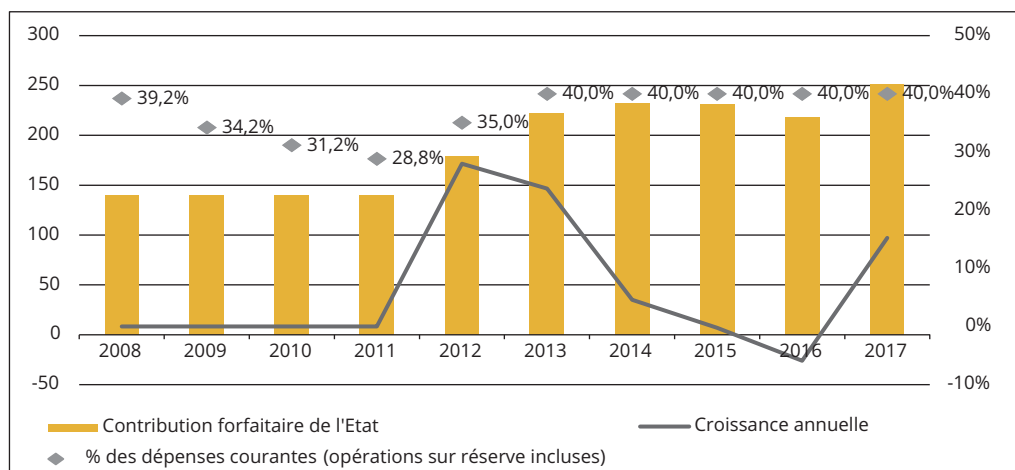
La croissance nette en 2017 est de 7,7%, supérieure à celle de 2016 (+5,5%), mais une tranche indiciaire de 2,5% a été accordée au 1^{er} janvier 2017.

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

Exercice	En valeur nominale	Variation annuelle en %	En valeur n.i. 100	Variation annuelle en %
2013	221,7	23,7%	29,1	20,7%
2014	231,8	4,6%	29,9	2,7%
2015	231,3	-0,2%	29,8	-0,2%
2016	228,8	-1,1%	29,5	-1,1%
2017	261,6	14,4%	32,9	11,6%

Par la loi du 16 décembre 2011, la contribution forfaitaire de l'Etat est fixée à partir de l'année 2013 à 40% des dépenses totales de l'assurance dépendance, y compris la dotation au fonds de roulement (réserve légale).

Graphique 10: Evolution et taux de croissance de la contribution forfaitaire de l'Etat (en millions EUR)



Pour rappel, entre 2008 et 2011 la contribution forfaitaire de l'Etat était fixée à 140 millions EUR par an. Pour 2012 elle s'élevait à 35% des dépenses totales de l'assurance dépendance, pour 2013 à 40%.

Le produit de la contribution spéciale s'élève pour 2017 à 1,9 million EUR. A noter qu'elle affichait des montants de 3 à 4 millions EUR en début du millénaire.

4.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les dépenses courantes affichent une croissance de 12,9% en 2017.

Les frais d'administration s'élèvent à 17,6 millions EUR et représentent 2,8% des dépenses courantes en 2017.

Les prestations en espèces correspondent aux anciennes allocations pour personnes gravement handicapées et aux allocations de soins qui continuent à être payées aux ayants-droit tant que des prestations en nature de l'assurance dépendance ne leur sont pas accordées. Le volume des prestations en espèces continue à baisser, et s'élève à 5,1 millions EUR en 2017 (0,8% des dépenses courantes).

Les prestations en nature¹² représentent 95,3% des dépenses courantes. Le montant rectifié des prestations en nature atteint 600,8 millions EUR en 2017. Avec 57,8% des prestations en nature, soit 347,1 millions EUR, les dépenses en milieu stationnaire occupent la première place devant les prestations à domicile avec 242,8 millions EUR.

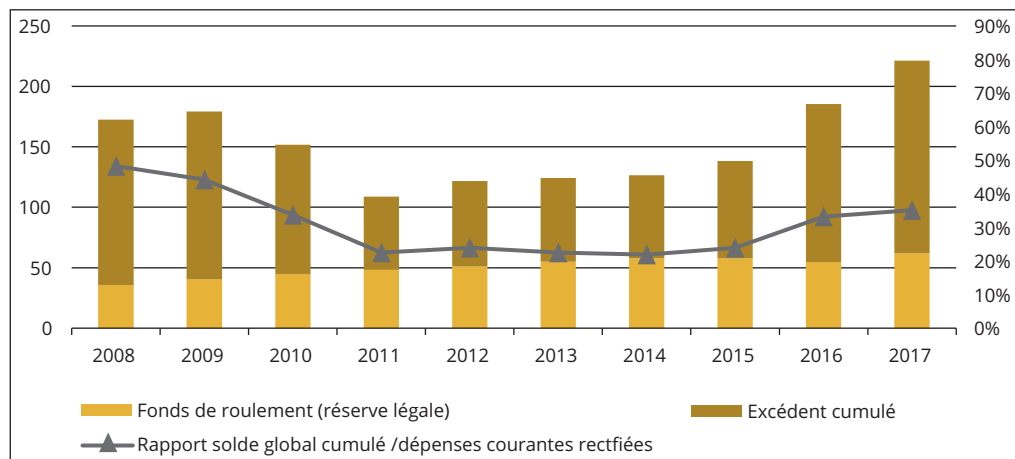
4.4. LA RESERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La loi prévoit que la réserve de l'assurance dépendance ne doit pas être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses courantes (y compris opérations sur réserve). Les décomptes distinguent ainsi entre le fonds de roulement/réserve légale et l'excédent cumulé/résultats reportés.

12. 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.

Le solde des opérations courantes de 2017 de 35,9 millions EUR fait croître le solde global cumulé de l'assurance dépendance de 19,3%. Le fond de roulement minimum de 2017 est supérieur à celui de 2016, 7,3 millions EUR sont nécessaires pour alimenter le fonds de roulement pour qu'il puisse atteindre son niveau requis.

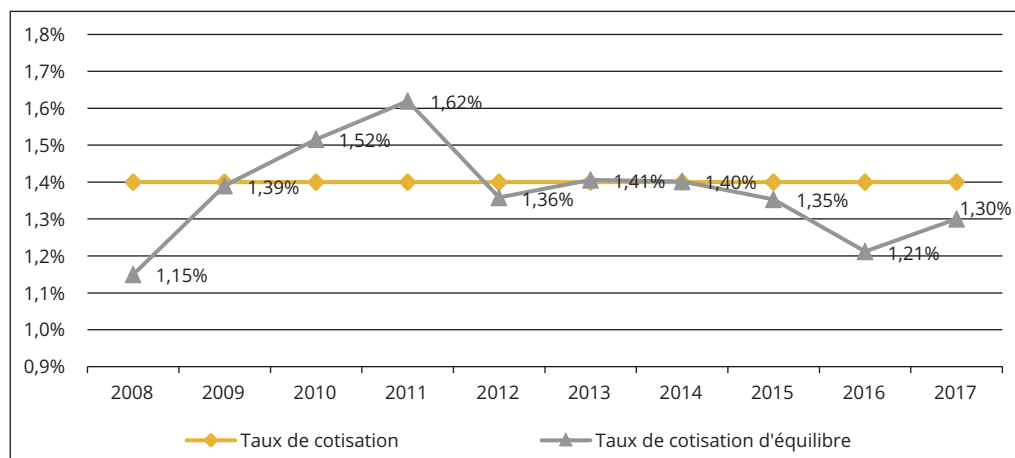
Graphique 11: Evolution du solde global cumulé de l'assurance dépendance (en millions EUR)



Au 31 décembre 2017, le solde global cumulé s'élève à 221,4 millions EUR dont 62,0 millions EUR, soit 28,0%, de réserve légale. Le solde global cumulé représente 35,1% des dépenses courantes rectifiées.

Le niveau maximal du solde global cumulé était atteint en 2009 avec 179,1 millions EUR. En seulement deux années, le niveau a fortement baissé (108,8 millions EUR en 2011), depuis il a de nouveau progressé pour atteindre un nouveau maximum en 2017 avec 221,4 millions EUR.

Graphique 12: Evolution du taux de cotisation d'équilibre



Le taux de cotisation d'équilibre pour 2017 est de 1,30%.

L'évolution sur plusieurs exercices montre l'importance de l'augmentation de la contribution étatique en 2012 et 2013 et du versement " litige relibi " sur le niveau des recettes tout comme l'impact des mesures prises dans le cadre du BNG sur le niveau des dépenses à partir de 2015.



ASSURANCE PENSION

INTRODUCTION

En 2017, le régime général compte en moyenne 175 893 pensions payées, ce qui représente une progression de 3,1% par rapport à 2016. Le nombre moyen des assurés cotisants s'élève à 420 162 (+3,6%), ce qui correspond à 41,9 pensions pour 100 cotisants (*coefficient de charge*).

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION

L'assurance pension protège les assurés contre les trois risques vieillesse, invalidité et survie. Elle est obligatoire pour chaque personne exerçant au Grand-Duché une activité professionnelle ou justifiant des périodes assimilées.

Les pensions sont versées mensuellement. Il y a lieu de distinguer entre les pensions personnelles destinées à l'assuré, et les pensions de survie versées, le cas échéant, à certains membres de famille de l'assuré décédé.

RÉGIMES D'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG

Le régime général de pension couvre le secteur privé et concerne près de 90% de la population exerçant une activité professionnelle au Luxembourg.

A côté du régime général, il existe les régimes spéciaux (statutaires) pour les assurés du secteur public (fonctionnaires et employés de l'Etat fonctionnarisés, fonctionnaires et employés communaux fonctionnarisés, agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois). Depuis 1999, les régimes spéciaux et le régime général sont quasiment identiques, notamment en ce qui concerne les conditions d'attribution et le calcul des pensions. Un régime spécial transitoire est applicable aux agents publics en service avant 1999.

Enfin, on peut mentionner les régimes de pensions spécifiques à certains organismes internationaux, qui gèrent les pensions des fonctionnaires qui y ont travaillé.

Le présent chapitre se limite exclusivement aux données du régime général de pension et analyse uniquement l'évolution récente de ce dernier ainsi que son équilibre financier à court terme. En ce qui concerne la situation actuarielle et financière à long terme, il est recommandé de se reporter aux avis et rapports spécifiques de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE PENSION

Pensions personnelles

Le droit à une pension de vieillesse dépend de l'âge et de la durée du stage (périodes en assurance pension) accompli par l'assuré.

On distingue entre *les périodes d'assurance obligatoire*, c.-à-d. les périodes cotisées (activité professionnelle rémunérée, revenu de remplacement, baby-years,..) et *les périodes complémentaires*, c.-à-d. les périodes non cotisées mais prises en compte pour le stage (éducation enfants, études, ...).

Sur base *volontaire*, 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 dites *effectives*.

A **65 ans**, âge de retraite légal, un assuré a droit à une **pension de vieillesse** à condition d'avoir accompli un stage d'au moins 120 mois (10 ans) de périodes effectives dans l'assurance pension.

Une **pension de vieillesse anticipée** peut être accordée dès l'âge de **60 ans** si l'assuré peut se prévaloir d'un stage cumulé de 480 mois (40 ans) dont au moins 120 mois (10 ans) de périodes effectives.

Une **pension de vieillesse anticipée** peut être accordée dès l'âge de **57 ans** si l'assuré peut se prévaloir d'un stage de 480 mois (40 ans) de périodes obligatoires.

A droit à une **pension d'invalidité**, l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure, a perdu sa capacité de travail.

Pensions de survie

Sous certaines conditions, le conjoint ou partenaire survivant d'un assuré a droit à une **pension pour conjoint survivant** jusqu'au moment d'un éventuel nouveau mariage ou de son propre décès. Un survivant divorcé peut, le cas échéant, aussi bénéficier d'une pension de survie.

Les enfants légitimes d'un défunt assuré reçoivent une **pension d'orphelin** jusqu'à l'accomplissement de leur 18ème anniversaire, délai pouvant être reporté jusqu'à l'âge de 27 ans en cas d'études ou de formation.

Il est à préciser qu'une personne ne peut être bénéficiaire que d'une seule pension personnelle, mais cette dernière peut être cumulée à une ou plusieurs pensions de survie.

Autres prestations prises en charge par la caisse de pension

Outre les pensions proprement dites, la caisse de pension du régime général prend en charge des *allocations trimestrielles*¹ (assimilées aux pensions), rembourse quelques *indemnités de préretraite* et participe, à parts égales avec le Fonds pour l'emploi, au financement de *l'indemnité d'attente professionnelle*². En cas de carrières mixtes (régime général et régimes statutaires), elle peut être amenée à participer partiellement dans des *pensions dites mixtes*.

Pour les personnes bénéficiaires d'une **indemnité préretraite** versée par le Fonds pour l'emploi, et qui auraient droit à une pension de vieillesse anticipée du régime général, la caisse de pension rembourse le Fonds pour l'emploi.

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'ADEM et financée à parts égales par le Fonds pour l'emploi et le régime général de pension.

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.

A noter qu'elle remplace l'ancienne *indemnité d'attente*, qui, si les conditions d'attribution restent remplies, continue à être versée aux anciens bénéficiaires. L'indemnité d'attente est financée par le régime général de pension.

ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION

Pour le régime général de pension, un seul organisme de gestion, la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP), couvre tous les assurés³, indépendamment de leur statut socio-professionnel. La CNAP calcule et paie les prestations.

La perception des cotisations est effectuée par le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

Le Fonds de compensation (FDC) a pour mission de gérer le patrimoine de l'assurance pension, c.-à-d. la réserve de compensation composée par la réserve légale et les éventuels surplus réalisés par le régime général.

FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION

Le régime général d'assurance pension luxembourgeois est un système dit de répartition des charges par période de couverture de 10 ans, avec constitution obligatoire d'une réserve à hauteur de 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

Les charges du régime sont couvertes par des cotisations et des revenus du patrimoine. Pour la période de couverture 2013-2022, le taux de cotisation global est fixé à 24%, partagé à parts égales (8% chacun) entre les assurés, les employeurs et l'Etat. L'assiette de cotisation est composée des revenus professionnels des assurés. Elle est comprise entre le salaire social minimum (SSM) et la limite supérieure fixée à 5 fois le SSM.

1. LES PRESTATIONS

Encadré méthodologique

En ce qui concerne les prestations (nombre, nature, montant) et les caractéristiques des bénéficiaires (sexe, âge, résidence), les chiffres de cette partie proviennent des données de 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.

3. Exception : les agents sous statut 'privé' de la Banque Centrale du Luxembourg.

1.1. LES PENSIONS PAYÉES

Au mois de décembre 2017, le régime général de pension compte 178 138 pensions en cours de paiement, soit une augmentation de 2,6% par rapport au décembre de l'année précédente (173 058). Avec 52,2%, on observe un léger surplus de pensionnaires masculins.

A noter que ce chiffre comprend 1 216 avances, c.-à-d. des montants versés à des ayants droits pour lesquels le montant définitif de la pension n'a pas encore été fixé pour les premiers mois de retraite, ainsi que 177 allocations trimestrielles.

Outre ces pensions, la CNAP a versé 4 046 indemnités d'attente et remboursé 490 indemnités de préretraite au Fonds pour l'emploi.

Tableau 1: Evolution des prestations en cours de paiement ^a

Nombre	2013	2014	2015	2016	2017
Pensions	155 524	161 331	167 367	173 058	178 138
dont					
Pensions	154 110	159 715	165 645	171 466	176 745
Avances	1 108	1 340	1 494	1 394	1 216
Allocations trimestrielles	306	276	228	198	177
Variation en %	3,3%	3,7%	3,7%	3,4%	2,9%
Indemnités préretraites	558	545	545	512	490
Variation en %	6,3%	-2,3%	0,0%	-6,1%	-4,3%
Indemnité d'attente	3 736	4 407	4 694	4 557	4 046
Variation en %	18,8%	18,0%	6,5%	-2,9%	-11,2%
TOTAL	159 818	166 283	172 606	178 127	182 674
Variation en %	3,7%	4,0%	3,8%	3,2%	2,6%

a. Prestations liquidées pour décembre de chaque année.

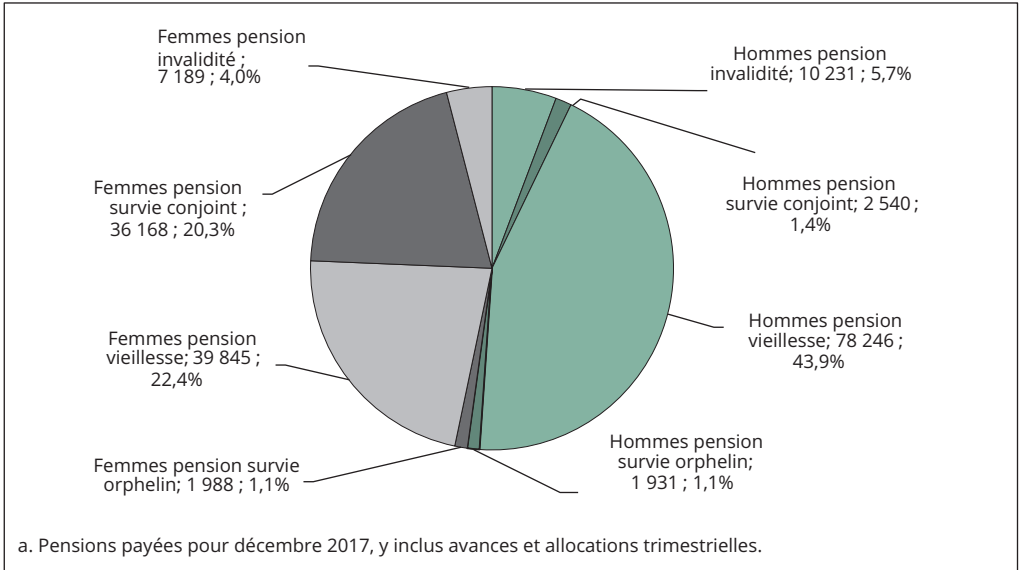
1.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS

Trois quarts des 178 138 pensions du régime général versées en décembre 2017 sont des pensions personnelles. On y retrouve 118 091 pensions de vieillesse (y compris les pensions de vieillesse anticipée) et 17 420 pensions d'invalidité.

La loi prévoit que toutes les pensions d'invalidité sont reconduites en pensions de vieillesse à partir du 65^{ème} anniversaire du bénéficiaire. Parmi les pensions payées en décembre 2017, on compte 25 093 pensions d'invalidité reconduites.

Deux pensions personnelles sur trois sont attribuées à des hommes. Par contre, la situation est complètement différente pour les 38 708 pensions de survie-conjoint, avec 93,4% de femmes bénéficiaires. Pour les 3 919 pensions de survie-orphelins, les deux sexes sont quasiment équilibrés.

Graphique 1: Répartition des pensions 2017^a par type de pension et par sexe du bénéficiaire

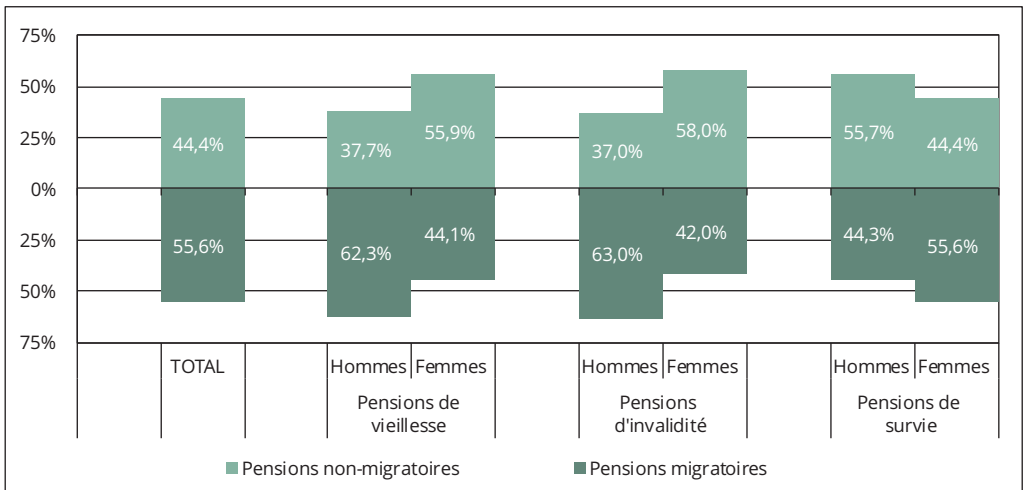


1.3. LES PENSIONS MIGRATOIRES

L'économie luxembourgeoise et, surtout, son marché de travail, se distingue par son caractère international et la présence considérable de main d'œuvre non-luxembourgeoise et non-résidente. Ceci est observé aussi pour le régime général de pension, tant du côté des cotisants que du côté des pensionnés.

En décembre 2017, 55,6% des pensions versées par la CNAP peuvent ainsi être qualifiées de migratoires. Il s'agit des cas où le bénéficiaire a, durant sa carrière professionnelle, à côté des périodes luxembourgeoises, aussi accumulé des périodes auprès de régimes de pension étrangères. Le cas échéant, ces gens peuvent ainsi potentiellement aussi bénéficier de pensions venant d'autres pays.

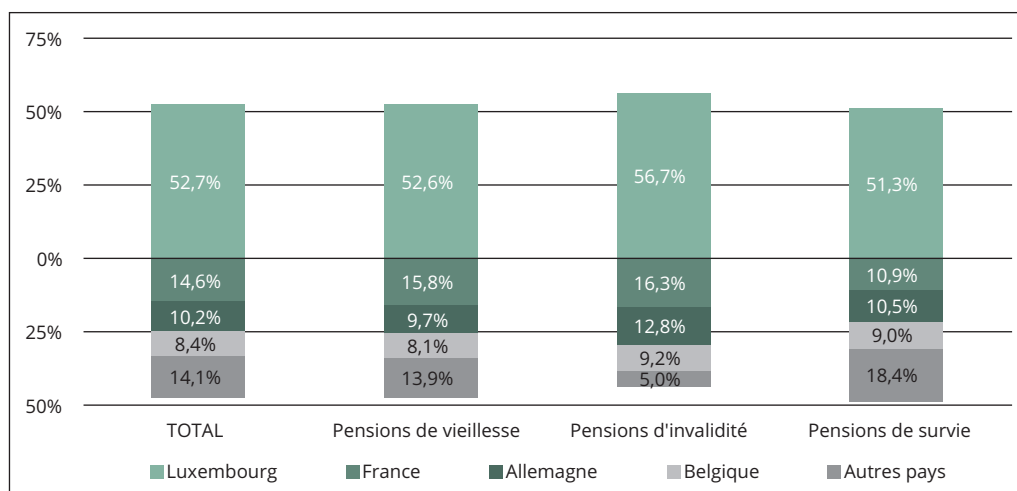
Graphique 2: Part des pensions migratoires par type de pension en 2017



La part des pensions migratoires est importante pour toutes les catégories de pensions, et dépasse 60% des cas chez les pensions personnelles des hommes.

Tout aussi impressionnant est le fait que 47,3% des pensions versées en décembre 2017 sont destinées à des bénéficiaires non-résidents. En 1995, ce taux représentait moins qu'un quart de l'ensemble des pensions pour atteindre un tiers en 2000. En chiffres absolus, le nombre des pensions transférées à l'étranger a plus que quadruplé pendant les deux dernières décennies.

Graphique 3: Répartition des pensions 2017 par pays de destination



Les trois pays limitrophes représentent les premiers pays destinataires avec, en premier lieu la France, suivie par l'Allemagne et la Belgique (avec respectivement 26,1, 18,1 et 15,0 milliers de pensions). Les places suivantes sont occupées par l'Italie (9,8 milliers) et le Portugal (8,2 milliers).

Au total en décembre 2017, 84 452 pensions sont versées dans des pays de l'Union européenne et 2 021 à des bénéficiaires dans quelque 70 pays du reste du monde.

1.4. LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS

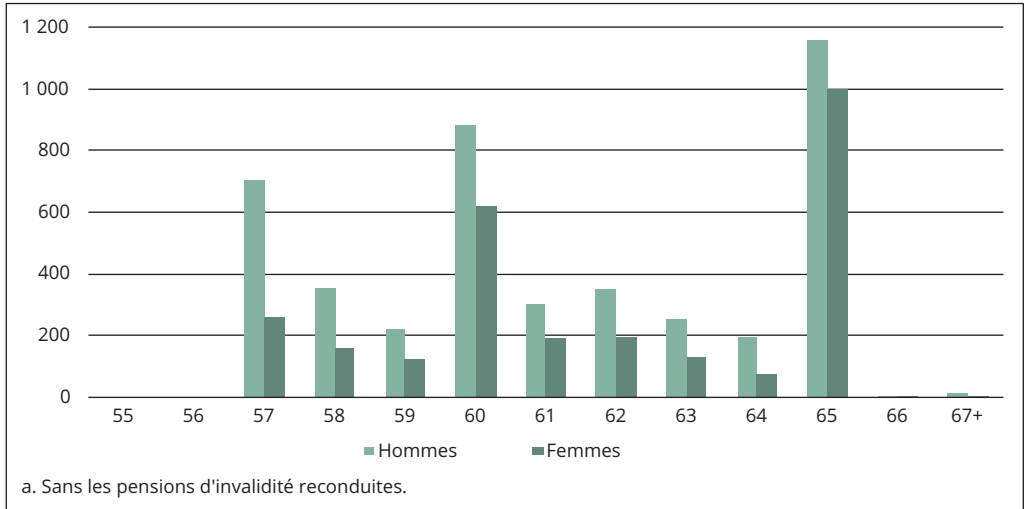
Pour 2017, 11 752 pensions nouvelles ont été attribuées à 5 882 hommes et 5 870 femmes. Les pensions de vieillesse représentent 61,1%, les pensions d'invalidité 13,1% des nouvelles attributions.

Pour les pensions de vieillesse, environ un quart sont payées à des bénéficiaires de moins de 60 ans⁴ et 45% à des bénéficiaires entre 60 et 64 ans. Très peu de personnes ont demandé leur pension de vieillesse au-delà de 65 ans.

Au moment de l'attribution, l'âge moyen des nouveaux bénéficiaires s'élève à 61,3 ans pour les pensions de vieillesse et pensions de vieillesse anticipée, à 53,0 ans pour les pensions d'invalidité et à 69,5 ans pour les pensions de survie pour conjoints.

4. Il s'agit de l'âge en fin d'année et pas forcément de l'âge au moment d'attribution.

Graphique 4: Nouvelles pensions vieillesse attribuées en 2017^a par âge d'entrée



Quant aux retraits de pensions, la grande majorité est due au décès du bénéficiaire, 94% chez les pensions personnelles et 97% chez les pensions de survie pour conjoint.

1.5. LES ASSURÉS COTISANTS

Le nombre des assurés cotisants atteint 423 823 personnes en décembre 2017, dont 3 817 assurés volontaires.

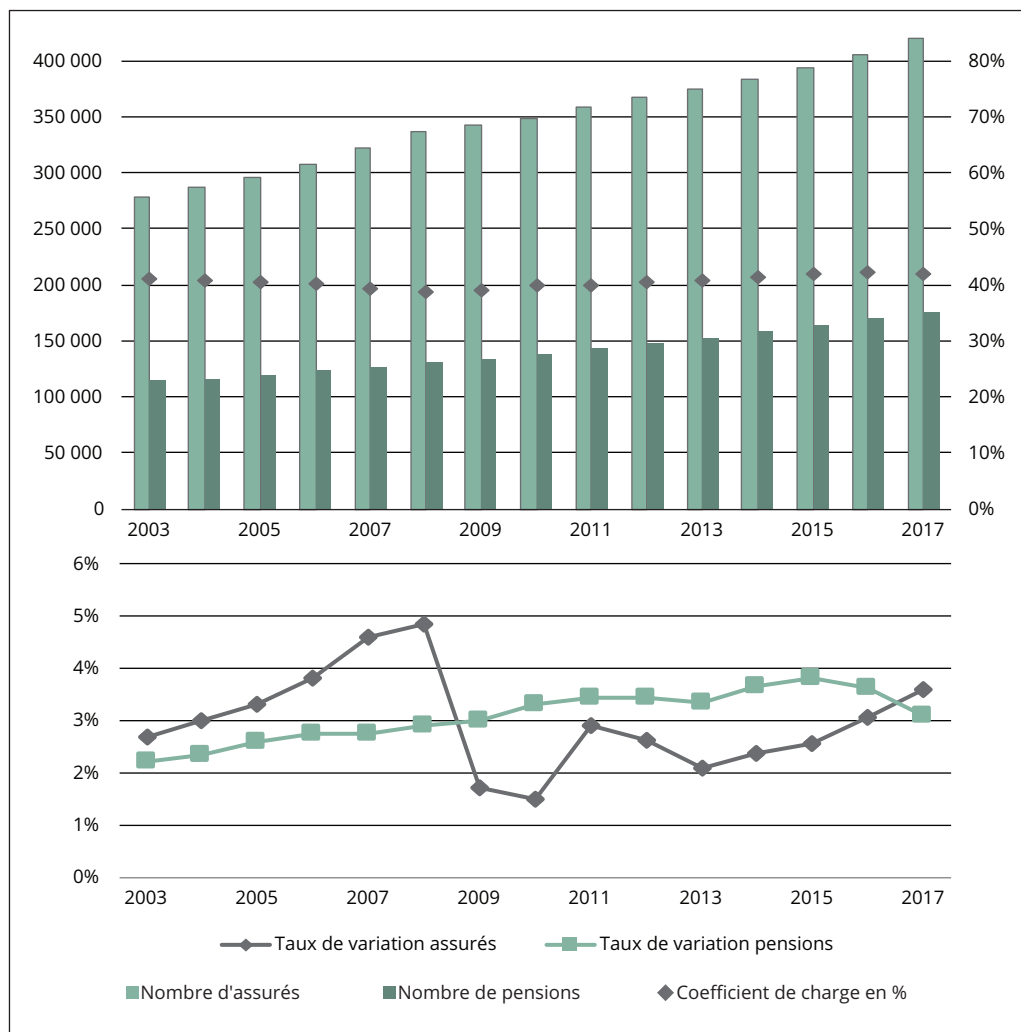
En moyenne annuelle, on observe une croissance de 3,6% pour passer à 420 162 assurés en 2017, dont entre autres 402 404 assurés exerçant une activité professionnelle, 7 770 personnes au chômage et 3 464 assurés au congé parental.

Le coefficient de charge⁵ de l'année 2007 s'élève à 41,9%.

La part des cotisants non-résidents passe de 44,5% en 2016 à 44,9% en 2017.

5. Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.

Graphique 5: Evolution du nombre moyen d'assurés et de pensions



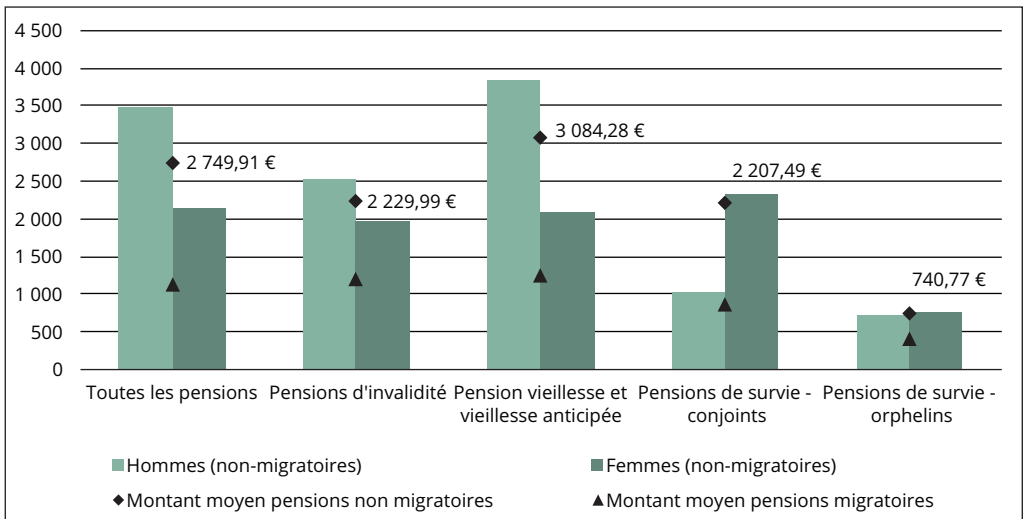
1.6. LE NIVEAU MOYEN DES PENSIONS

Notamment pour les pensions de vieillesse, le montant d'une pension dépend du stage accompli et de la base d'assiette totale accumulée pendant ce stage par l'assuré titulaire.

Pour 2017, la loi prévoit une pension mensuelle minimale de 1 771,75⁶ EUR, due dans le cas d'un stage d'au moins 40 ans en périodes effectives ou complémentaires. A défaut d'un stage complet, ce montant est graduellement diminué de 1/40 par année manquante. Il faut un stage minimal de 20 ans pour pouvoir bénéficier d'un complément pension minimale. Le même seuil minimal est applicable pour les pensions de conjoint survivant.

Le montant moyen de toutes les pensions versées pour décembre 2017 s'élève à 1 856,05 EUR. Il convient de souligner la présence 55,6% des pensions migratoires, c'est-à-dire des cas où, durant leurs carrières et à côté de l'assurance pension au Luxembourg, les bénéficiaires ont aussi contribué dans des régimes étrangers. Potentiellement ils sont ainsi aussi éligibles à des pensions (partielles) des pays respectifs.

Graphique 6: Niveau moyen des pensions 2017 par type de pension (en EUR)



En faisant la distinction, on observe ainsi en effet une différence de plus de 1 500 EUR entre le montant moyen des pensions non-migratoires, 2 749,91 EUR, et celui des pensions migratoires, 1 141,19 EUR.

6. Pension minimale au 1^{er} janvier 2018 : 1 824,95 EUR.

2. LA SITUATION FINANCIERE DU REGIME GENERAL D'ASSURANCE PENSION

En 2017 les recettes courantes du régime général de pension excèdent les dépenses courantes de 1 071 millions EUR.

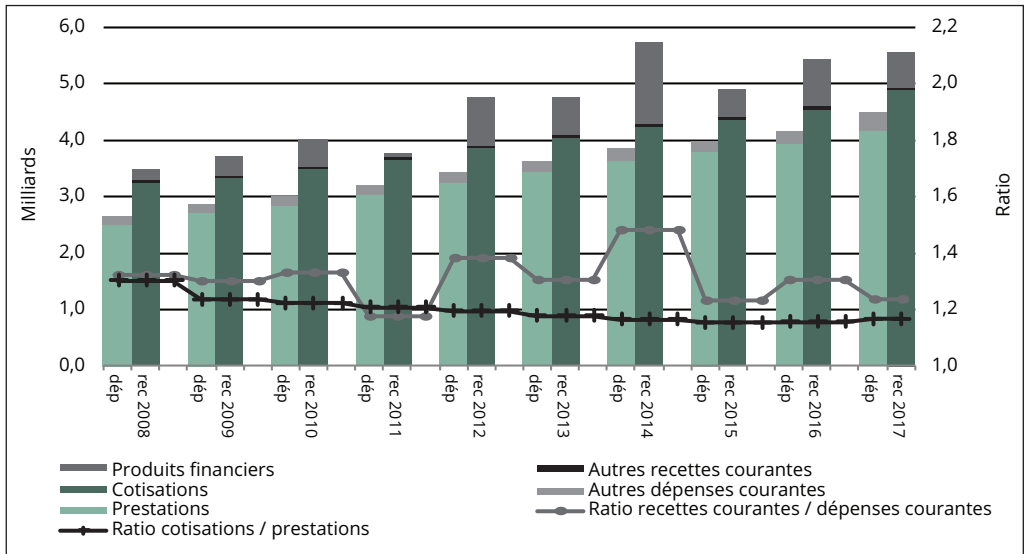
Il s'agit du résultat consolidé de la CNAP et du FDC, et donc tient compte des revenus engendrés par la réserve du régime.

Tableau 2: Evolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension (en millions EUR)

Exercice	2013	2014	2015	2016	2017
RECETTES					
Cotisations des assurés et des employeurs	2 701	2 827	2 912	3 033	3 254
<i>Variation annuelle en %</i>	4,6%	4,7%	3,0%	4,2%	7,3%
Cotisations à charge des pouvoirs publics	1 350	1 413	1 455	1 516	1 626
Participation de tiers	0	0	0	0	0
Transferts provenant d'autres organismes	5	5	3	4	7
Revenus sur immobilisation	23	22	24	34	37
Produits divers de tiers	5	5	7	6	9
Produits financiers	664	1 443	515	830	628
Autres recettes	0	0	0	0	0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	4 748	5 715	4 916	5 422	5 561
<i>Variation annuelle en %</i>	-0,3%	20,4%	-14,0%	10,3%	2,5%
DEPENSES					
Frais d'administration	40	42	43	44	46
Prestations en espèces	3 438	3 639	3 782	3 932	4 183
<i>Variation annuelle en %</i>	6,0%	5,8%	3,9%	4,0%	6,4%
Transfert de cotisations à d'autres organismes	138	154	154	161	243
Décharges et restitutions à d'autres organismes	12	12	3	5	7
Frais de gestion du patrimoine	3	2	3	2	3
Charges financières	0	0	0	0	0
Dotations aux provisions et aux amortissements	6	6	6	8	8
Autres dépenses	0	0	0	0	0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	3 637	3 855	3 991	4 153	4 490
<i>Variation annuelle en %</i>	5,6%	6,0%	3,5%	4,1%	8,1%
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	1 111	1 860	926	1 269	1 071
Réserve minimale	5 157	5 459	5 674	5 899	6 275
Excédent/découvert cumulé (après op. sur réserve)	8 597	10 155	10 867	11 912	12 606
RESERVE GLOBALE	13 754	15 614	16 540	17 809	18 880
<i>Variation annuelle en %</i>	8,8%	13,5%	5,9%	7,7%	6,0%

Source : Compte d'exploitation et bilan consolidé du régime général.

Graphique 7: Evolution des dépenses et recettes courantes du régime général de pension



2.1. LES RECETTES

Les recettes en cotisations ont connu une croissance de 7,3% en 2017 (+4,2% en 2016) pour atteindre 4 880 millions EUR.

Au total, les recettes courantes du régime général augmentent de 2,5%. La différence avec l'évolution des recettes en cotisations s'explique essentiellement par le résultat du Fonds de compensation (FDC).

Parmi les recettes principales du FDC, il y a lieu de citer les revenus sur immobilisations (loyers perçus, ...) à hauteur de 37,4 millions EUR, 2,3 millions EUR de revenus sur prêts accordés et un écart de réévaluation de 627,9 millions EUR.

L'écart de réévaluation correspond à la variation en valeur des actifs investis par le FDC dans l'organisme de placement collectif : Fonds de compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS (voir sous 2.3), et est composé pour 2017 de 350,1 millions EUR de revenus dits réalisés (dividendes et intérêts perçus diminués de frais de gestion) et 274,9 millions EUR de plus-values (réalisées et non réalisées). La partie des plus-values est la principale raison des importantes fluctuations des produits financiers du régime général. En 2016, l'écart de réévaluation s'élevait à 823,7 millions EUR.

2.2. LES DÉPENSES

Le niveau des prestations en espèces atteint 4 183 millions EUR en 2017, soit une progression de 6,4% par rapport à 2016.

Les pensions proprement dites (pensions personnelles et pensions de survie) représentent 4 063 millions EUR, le coût des indemnités d'attente s'élève à 93,5 millions EUR (-4,4%).

Tableau 3: Evolution des principales dépenses en prestations (en millions EUR)

Dépenses en prestations	2013	2014	2015	2016	2017
Pensions	3 336,6	3 522,0	3 656,2	3 807,4	4 063,0
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>6,2%</i>	<i>5,6%</i>	<i>3,8%</i>	<i>4,1%</i>	<i>6,7%</i>
Indemnités d'attente	73,9	88,1	98,4	97,9	93,5
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>19,4%</i>	<i>19,2%</i>	<i>11,6%</i>	<i>-0,5%</i>	<i>-4,4%</i>
Indemnités de préretraite	26,0	24,8	24,4	21,9	21,4
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>-4,5%</i>	<i>-1,6%</i>	<i>-1,6%</i>	<i>-10,2%</i>	<i>-2,4%</i>

Les frais de gestion du patrimoine et les dotations aux amortissements sont liés aux immeubles détenus par le FDC. A noter que les charges et dépenses de l'OPC (frais de gestion, moins-values réalisées et non réalisées) sont comprises dans l'écart de réévaluation (voir sous 2.1).

2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE

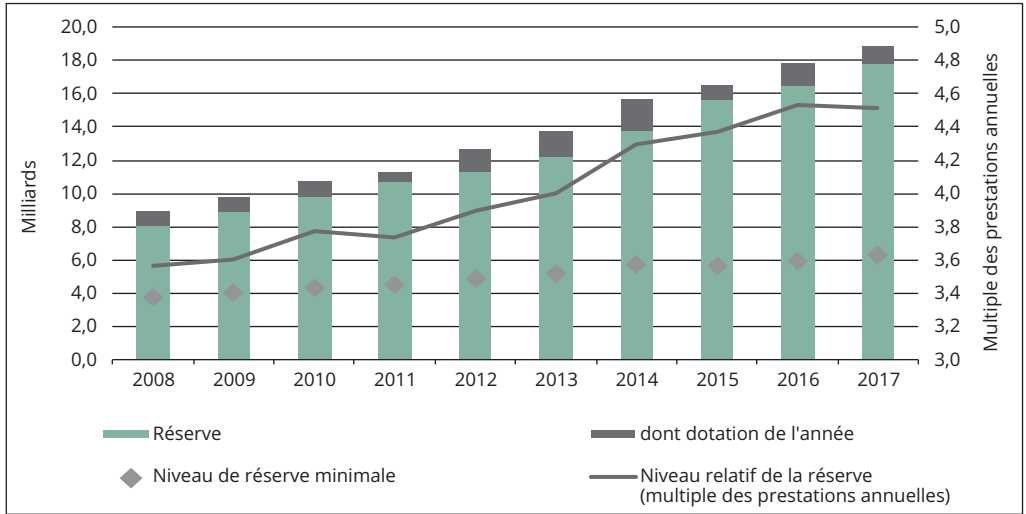
Les recettes en cotisations dépassent les dépenses en prestations en espèces de 694 millions EUR, soit un surplus de 16,9%.

Hors FDC, l'excédent courant de la CNAP s'élève à 417,6 millions EUR pour 2017. Après dotation au fonds de roulement minimal (la loi prévoit un niveau correspondant à 20% des prestations de l'année précédente), la CNAP a ainsi pu transférer 387,6 millions EUR au FDC.

L'excédent consolidé du régime général (CNAP et FDC) s'élève à 1 071 millions EUR et permet de porter la réserve à 18 879,7 millions EUR, dont 786,5 millions EUR de fonds de roulement (CNAP) et 18 093,2 millions EUR de réserve de compensation (FDC). Au 31 décembre 2017, la réserve correspond ainsi à 4,51 fois le montant des prestations annuelles et dépasse largement le seuil minimum requis de 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

Au 31 décembre 2017, les actifs du FDC sont essentiellement composés de 587 millions EUR d'immobilisations, dont 414 millions EUR d'immobilisations corporelles (terrains, immeubles, installations et mobilier), et de 16 486 millions EUR de valeurs mobilières, placées en grandes parties dans l'organisme de placement collectif du Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS.

Graphique 8: Evolution de la réserve du régime général de pension



Le fait que le taux de cotisation global de 24% dépasse régulièrement la prime de répartition pure permet au régime de dégager d'importants excédents financiers et de consolider une réserve substantielle dépassant le triple du montant légalement requis.

Tableau 4: Evolution de la situation du régime général de pension

Année	Coefficient de charge	Prime de répartition pure	Niveau relatif de la réserve
2013	40,8	21,56%	4,00
2014	41,3	21,83%	4,29
2015	41,8	21,94%	4,37
2016	42,1	21,92%	4,53
2017	41,9	22,09%	4,51



ASSURANCE ACCIDENT

INTRODUCTION

Le régime d'assurance accident, introduit par le législateur en 1902, appartient aux plus anciennes des protections sociales.

Sont assurés obligatoirement contre les accidents du travail et les maladies professionnelles l'ensemble des salariés, y compris les fonctionnaires et les employés de l'Etat, des communes et des établissements publics, les personnes y assimilées, ainsi que les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle artisanale, commerciale ou libérale.

L'assurance accident gère pour le compte de l'Etat les régimes spéciaux couvrant, entre autres, les écoliers, élèves et étudiants, y compris dans le cadre de leurs activités périscolaires.

En 2017, la population protégée par l'assurance accident se chiffre en moyenne à 441 994 personnes.

Ce nombre est principalement constitué de la population active et des chômeurs. Ne sont pas incluses dans ce nombre certaines catégories liées à des activités extraprofessionnelles, qui sont marginales et plus difficiles à estimer. La situation actuelle de la population protégée est présentée au chapitre sur la protection sociale.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT

L'assurance accident a pour objectif principal d'indemniser les assurés victimes d'un accident du travail proprement dit, ainsi que les victimes d'un accident de trajet et de certaines maladies dites professionnelles.

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT

Les prestations de l'assurance accident comprennent les prestations en espèces et les prestations en nature. Par conséquent, sont pris en charge :

- les prestations pour soins de santé ;
- les dégâts matériels ;
- les prestations en espèces pendant les 52 premières semaines ;
- les rentes pour accidents ;
- les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux ;
- les prestations de l'assurance dépendance ;
- les prestations des survivants.

ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT

La gestion de l'assurance accident incombe à l'Association d'assurance accident (AAA), qui est un établissement public chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle est placée sous la tutelle du Ministère de la Sécurité sociale et gérée par un conseil d'administration.

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT

Pour faire face aux charges globales du régime général, l'Association d'assurance accident applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve.

Les dépenses du régime général sont financées par des cotisations à charge des employeurs et des assurés non-salariés. Le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident fixe chaque année un taux de cotisation unique.

Le financement des régimes spéciaux incombe à l'Etat.

1. PRINCIPALES DONNEES STATISTIQUES

Les informations contenues dans ce chapitre proviennent soit des données comptables, soit des données statistiques de l'Association d'assurance accident.

Encadré méthodologique

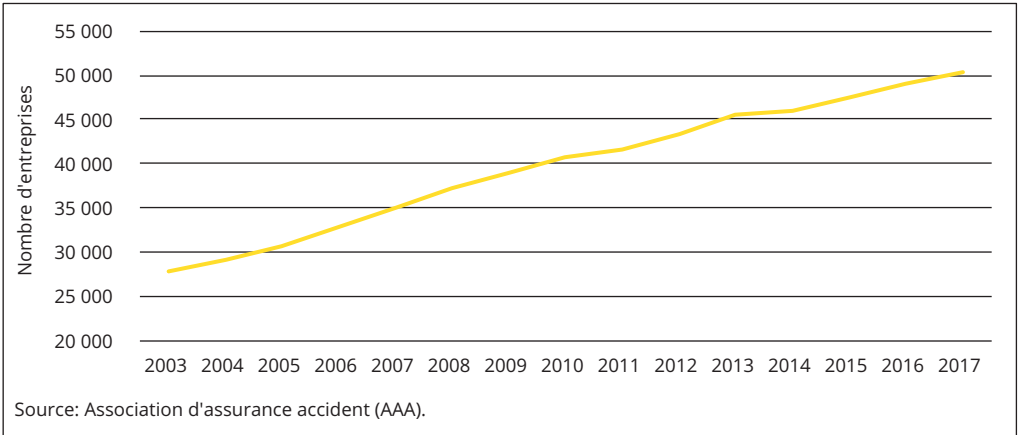
Pour la détermination des nombres ont été pris en compte :

- le nombre d'affiliés retenu au 31 décembre de l'exercice concerné ;
- le nombre de rentes (anciennes) qui sont liquidées au 31 décembre de l'exercice concerné ;
- le nombre de rentes (nouvelles) qui sont liquidées au 31 décembre de l'exercice concerné ;
- le nombre d'accidents déclarés comprend tous les accidents déclarés relevant de l'exercice concerné ;
- le nombre d'accidents reconnus comprend tous les accidents relevant de l'exercice concerné reconnus comme accident de travail avant le 2 septembre de l'année suivante.

1.1. AFFILIATION DES ENTREPRISES

Le graphique suivant illustre l'évolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident depuis 2003.

Graphique 1: Evolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident

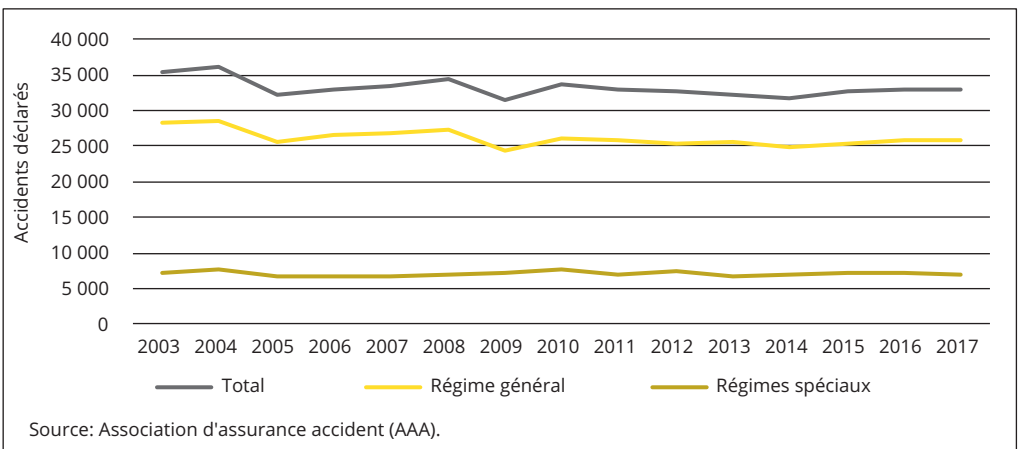


Au cours des 15 dernières années le nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident ne cesse d'augmenter. Le taux de croissance annuel moyen s'élève à 4,3% sur la période de 2003 à 2017. En 2017, leur nombre se situe à 50 330 unités, ce qui équivaut à une augmentation de 2,4% par rapport à 2016.

1.2. STATISTIQUES SUR LES ACCIDENTS

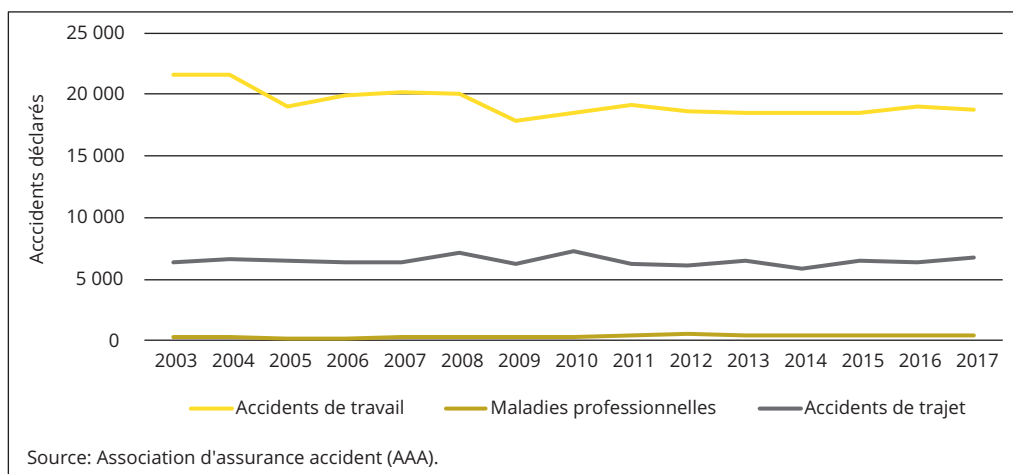
Le nombre d'accidents déclarés en 2017 s'élève à 32 833, dont 25 901 (78,9%) pour le régime général et 6 932 (21,1%) pour les régimes spéciaux. Le nombre d'accidents mortels est de 21 unités.

Graphique 2: Evolution du nombre d'accidents déclarés par régime



Parmi les cas déclarés au régime général, 72,4% concernent des accidents de travail proprement dits, 26,1% des accidents de trajet et 1,5% des maladies professionnelles.

Graphique 3: Evolution du nombre d'accidents déclarés du régime général par type d'accident



Toute personne assurée devenue victime d'un accident de travail ou de trajet est tenue d'informer sans retard son employeur. Celui-ci doit déclarer l'accident de travail à l'assurance accident en fournissant toutes les indications demandées sur un formulaire prescrit. Le refus de considérer comme accident de travail ou de trajet, ou comme maladie professionnelle un accident déclaré se fait par une décision de l'association d'assurance accident. Globalement, environ 75% des accidents déclarés du régime général ont été reconnus.

Tableau 1: Evolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général

Année	Accidents (tous)			Accidents du travail proprement dits			Accidents de trajet			Maladies professionnelles		
	déclarés	reconnus		déclarés	reconnus		déclarés	reconnus		déclarés	reconnus	
			mortels			mortels			mortels			mortels
2013	25 477	20 766	22	18 478	16 565	6	6 552	4 076	16	447	125	0
2014	24 855	20 043	14	18 530	16 384	10	5 847	3 516	4	478	143	0
2015	25 437	19 938	22	18 521	16 151	14	6 468	3 695	8	448	92	0
2016	25 827	20 075	22	19 058	16 429	21	6 368	3 537	1	401	109	0
2017	25 901	19 517	21	18 756	15 780	12	6 753	3 638	7	392	99	2

Source : Association d'assurance accident.

1.3. LES RENTES ET AUTRES PRESTATIONS

Les prestations accordées sous l'ancienne législation avant la réforme de 2010 continuent à exister, mais elles connaissent une réduction rapide dans les années à venir. Les données reprises ci-dessous représentent le nombre des prestations en transition entre l'ancienne législation et l'application des dispositions de la réforme aux nouvelles prestations.

1.3.1. Les prestations suite à la réforme de l'assurance accident

La réforme de l'assurance accident de 2010 a modifié ou introduit les prestations qui sont présentées ci-dessous.

Prestations pour soins de santé¹

Les soins de santé et l'assistance régulière pour les actes essentiels de la vie, suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, sont intégralement pris en charge par l'assurance accident. L'assuré n'aura pas à avancer les frais des prestations. Les frais pour soins de santé ou pour les actes essentiels de la vie sont payés directement par la Caisse nationale de santé pour le compte de l'assurance accident (art. 98 du CSS).

Indemnisation des dégâts matériels

Si, lors d'un accident de travail et en cas de lésion corporelle, l'assuré a subi un dommage matériel, il a droit à une indemnisation des dégâts matériels accessoires. En outre, même en l'absence de lésions corporelles, l'assuré sera indemnisé des dégâts causés aux prothèses ou au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu sur la voirie publique sous certaines conditions et dans certaines limites (art. 99 du CSS).

Tableau 2: Evolution du nombre des dégâts matériels^a

Catégorie	2015		2016		2017	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Dégât aux véhicules automoteurs	446	8	534	10	482	14
Dégât accessoire	122	12	135	6	134	6
TOTAL	568	20	669	16	616	20

a. Art. 99 du CSS.

Source : Association d'assurance accident.

Prestations en espèces pendant les 52 premières semaines

En cas d'incapacité de travail totale temporaire suite à un accident ou à une maladie professionnelle, le salarié a droit au maintien intégral de son salaire.

Cette indemnité pécuniaire est versée pendant un maximum de 52 semaines sur une période de référence de 104 semaines². Le montant de l'indemnité correspond au salaire cotisable de la victime au moment de la survenance de l'incapacité de travail (art. 100 et 101 du CSS).

Les rentes

Pour les accidents survenus et les maladies professionnelles déclarées à partir du 1^{er} janvier 2011, les rentes accidents y relatives indemnisent la perte totale ou partielle du revenu professionnel et présentent les caractéristiques communes suivantes :

1. Maladie et dépendance.

2. A noter qu'en vertu de la loi du 10.8.2018 le droit à l'indemnité pécuniaire est prolongé de 52 à 78 semaines pendant une période de référence de 104 semaines à partir du 1.1.2019.

La rente complète

La rente complète est accordée pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à l'accident ou la maladie professionnelle survenues, alors que l'assuré exerçait une activité professionnelle soumise à l'assurance obligatoire ou qu'il était inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) (art. 102-104 du CSS).

La rente partielle

L'assuré qui a subi une perte de revenu professionnel par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit à une rente partielle à partir de la reprise d'une activité professionnelle avant l'âge de 65 ans à condition (art. 105-110 du CSS) :

- qu'il justifie un taux d'incapacité de travail permanente de 10% au moins après consolidation des lésions ;
- que la perte de revenu atteigne 10% au moins ;
- que, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, il soit incapable d'exercer son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail principalement en raison des séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

La rente d'attente

Si un assuré présente une incapacité de travail pour exercer son dernier poste de travail, principalement imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, et selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, il a droit à la rente d'attente de la part de l'assurance accident (art. 111-114 du CSS).

La rente de survie

Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie (art. 131-133 du CSS).

Tableau 3: Evolution du nombre des rentes par régime^a

Catégorie	2015		2016		2017	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régime général	Régimes spéciaux	Régimes spéciaux
Rentes complètes ^b	669	4	629	8	603	8
Rentes partielles ^c	5	-	5	1	-	6
Rentes d'attente ^d	243	2	323	1	381	1
Rentes de survie ^e	103		132		177	
TOTAL	1 020	6	1 089	10	1 161	15

a. Sont prises en compte les rentes et indemnités liquidées pendant l'exercice.

b. Art. 102-104 du CSS.

c. Art. 105-110 du CSS.

d. Art. 111-114 du CSS.

e. Art. 131-133 du CSS.

Source: Association d'assurance accident.

Les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Si, après la consolidation, l'assuré est atteint, par suite d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée à partir du 1^{er} janvier 2011, d'une incapacité de travail totale ou partielle permanente, il a droit à l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux. Selon ces préjudices, les indemnités sont forfaitaires ou calculées sur base d'un barème d'évaluation médicale (art. 118-120 du CSS).

Les prestations des survivants

Par ailleurs, les bénéficiaires d'une rente de survie octroyée suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle ayant causé le décès de l'assuré, en l'occurrence le conjoint ou le partenaire, ainsi que les enfants de l'assuré, ont chacun droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire (art. 130 du CSS).

Tableau 4: Evolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux par régime^a

Catégorie	2015		2016		2017	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Préjudice physiologique et d'agrément (capital) ^b	1 087	29	1 129	30	1 376	24
Préjudice physiologique et d'agrément (mensuel) ^b	154	3	241	3	309	5
Ind. forfaitaires pour douleurs physiques endurées ^c	1 113	30	1 159	30	1 408	25
Ind. forfaitaires pour douleurs physiques esthétique ^c	575	13	566	18	632	12
Ind. forfaitaires pour dommage moral (survivants) ^d	26	-	29	-	37	-
TOTAL	2 955	75	3 124	81	3 762	66

a. Sont prises en compte les rentes et indemnités liquidées pendant l'exercice.

b. Art. 119 du CSS.

c. Art. 120 du CSS.

d. Art. 130 du CSS.

Source : Association d'assurance accident.

1.3.2. Rentes accordées avant la réforme de l'assurance accident

Le nombre total des rentes s'élève en 2017 à 12 305 unités, ce qui représente une diminution de 3,0% par rapport aux 12 687 unités en 2016.

Le nombre de 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.

La répartition de ces rentes par catégorie se présente comme suit :

Tableau 5: Evolution de la répartition des rentes accordées avant la réforme et rachats de rentes pour tous les régimes ^a

Catégorie	2015	2016	2017
Rachats			
Rachats < 10 %	31	25	11
Rachats >= 10 %	70	94	82
Indemnités globales payées aux conjoints survivants	4	2	-
Total des rachats	105	121	93
Rentes			
Rentes viagères	12 121	11 842	11 508
Rentes transitoires pour blessés	103	60	45
Rentes pour survivants	823	785	752
Total des rentes	13 047	12 687	12 305

a. Régime général et régimes spéciaux.

Source : Association d'assurance accident.

2. LA SITUATION FINANCIERE

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

Sur la période 2008 à 2017, le solde de l'association d'assurance accident, respectivement, avant la réforme de 2010, des deux sections de l'assurance accident, est légèrement positif, avec en moyenne un excédent de 3,3 millions EUR par an. La trajectoire récente est caractérisée par des fluctuations assez faibles, les recettes et dépenses courantes oscillant autour de 225 millions EUR. Pour l'exercice 2017, le solde s'élève à 19,1 millions EUR.

Tableau 6: Evolution des opérations courantes de l'assurance accident (en millions EUR)

Année	AA section industrielle			AA section agricole		
	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde
2008	202,6	208,9	6,3	7,6	4,8	-2,8
2009	198,5	188,5	-10,0	7,5	4,7	-2,7
2010	207,8	198,8	-9,0	7,8	4,9	-2,9
Année	Association d'assurance accident					
2011	214,6	224,7	10,1			
2012	216,6	235,0	18,4			
2013	229,4	219,1	-10,4			
2014	232,1	227,2	-4,9			
2015	220,9	233,7	12,8			
2016	211,8	221,0	9,3			
2017	217,8	236,9	19,1			

Source : Compte de résultat et bilan de l'Association d'assurance accident.

Les dépenses courantes représentent 0,4% du PIB en 2017, et leur proportion, partant de 1,3% en 1975, est en régression constante. Par ailleurs, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes entre 2013 et 2017 est de -0,8% (au nombre indice 100) ce qui témoigne d'une progression plus lente des dépenses que les taux des autres branches de la sécurité sociale.

Tableau 7: Evolution des recettes et des dépenses globales de l'assurance accident ^a
(en millions EUR)

	2013	2014	2015	2016	2017
RECETTES					
Cotisations	200,7	210,5	217,5	205,2	219,6
Participations de tiers	7,0	6,7	6,2	5,9	6,2
dont					
Participation aux frais d'administration	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4
Participation aux prestations	6,7	6,3	5,8	5,6	5,9
Participation de l'Etat (contribution forfaitaire)					
Transfert de cotisations	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Produits divers provenant de tiers	10,7	9,1	8,9	9,6	10,4
Produits financiers	0,6	0,8	0,8	0,3	0,4
Recettes diverses	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2
TOTAL DES RECETTES COURANTES	219,1	227,2	233,7	221,0	236,9
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>-6,8%</i>	<i>3,7%</i>	<i>2,8%</i>	<i>-5,4%</i>	<i>7,2%</i>
DEPENSES					
Frais d'administration	11,2	11,6	12,1	12,7	13,4
Prestations en espèces	171,4	172,1	162,4	158,1	162,5
Prestations en nature	42,8	44,3	42,6	37,1	38,3
Transferts de cotisations à d'autres organismes	2,3	2,4	3,0	2,7	2,8
Autres dépenses	1,7	1,6	0,7	1,2	0,8
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	229,4	232,1	220,9	211,8	217,8
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>5,9%</i>	<i>1,1%</i>	<i>-4,8%</i>	<i>-4,1%</i>	<i>2,8%</i>
Solde des opérations courantes	-10,4	-4,9	12,8	9,3	19,1

a. Situation au 31 décembre.

Source : Compte de résultat et bilan de l'Association d'assurance accident.

Les années récentes sont marquées par la transition des prestations de l'ancienne législation vers la situation actuelle suite à la réforme de 2010. L'augmentation conséquente des dépenses des nouvelles prestations est compensée par la diminution progressive des anciennes prestations.

Pour l'exercice 2015 les dépenses courantes diminuent de 4,8% par rapport à l'exercice 2014. Cette diminution est principalement due aux rachats des rentes de l'ancienne législation et aux indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux. En effet, le montant des rachats de rentes affiche une baisse de 61% par rapport à 2014. En outre, les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux ont vu leur montant baisser de 28% par rapport à 2014. Le nombre de demandes restant constant, cette régression peut s'expliquer par une diminution du nombre de décisions émises par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

En 2016 les recettes ainsi que les dépenses diminuent de 5,4% respectivement 4,1%. Cette progression est essentiellement imputable à la baisse du taux de cotisation de 1,10% en 2015 à 1,00% en 2016. En ce qui concerne les dépenses, surtout les prestations en nature connaissent une forte diminution avec une baisse de -12,9%.

Finalement, l'exercice le plus récent fait de nouveau ressortir une variation positive des recettes et dépenses. En dépit d'un taux de cotisation inchangé, la hausse des recettes, avec un pourcentage de 7,2% par rapport à 2016, est presque entièrement due à la progression des cotisations. Les dépenses augmentent avec un taux de croissance de 2,8%.

2.2. LES RECETTES COURANTES

En 2017, les recettes courantes de l'assurance accident sont composées à raison de 92,7% de cotisations et de la prise en charge par l'Etat des dépenses dans le cadre des régimes spéciaux à hauteur de 2,6%.

Les recettes en cotisations ont augmenté de 7,0% par rapport à 2016 et se situent actuellement près de 220 millions EUR.

Tableau 8: Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2017 (en milliers EUR)

Recettes	Montant	En % du total
Cotisations	219 624,1	92,7%
Participation de l'Etat	6 235,5	2,6%
Produits financiers et recettes diverses	11 046,3	4,7%
TOTAL	236 906,0	100,0%

Source : Compte de résultat et bilan de l'Association d'assurance accident.

La loi du 17 décembre 2010 a introduit un taux de cotisation unique dans l'assurance accident qui est fixé annuellement par le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident. Pour 2011 et 2012 le taux s'élevait à 1,15%, et pour 2013, 2014 et 2015 il a été fixé à 1,10%. En 2017, tout comme en 2016, il se situe à 1,00%.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

En 2017, les dépenses courantes de l'assurance accident se composent à raison de 92,2% de prestations, alors que les frais d'administration et les dépenses diverses représentent respectivement 6,2% et 1,6%.

Tableau 9: Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2017 (en milliers EUR)

Dépenses	Montant	En % du total
Frais d'administration	13 398,1	6,2%
Prestations en espèces	162 492,3	74,6%
Prestations en nature	38 310,5	17,6%
Dépenses diverses	3 556,9	1,6%
TOTAL	217 757,8	100,0%

Source : Compte de résultat et bilan de l'Association d'assurance accident.

La progression des montants des prestations du régime général a plusieurs raisons, dont notamment l'évolution indiciaire, 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, à l'inverse des montants concernés par l'ancienne législation qui vont baisser.

Tableau 10: Evolution du montant des prestations du régime général (régimes spéciaux exclus)

	2013	2014	2015	2016	2017
Prestations en espèces	168 842 623,7	169 568 424,1	160 292 615,7	155 939 262,9	160 488 945,0
Indemnités pécuniaires	33 956 659,5	31 627 584,6	32 150 512,5	29 588 244,5	27 726 113,0
Lohnfortzahlung (LFZ)	19 487 736,0	19 118 071,9	19 857 515,5	18 880 745,9	18 201 710,0
Indemnités pécuniaires (IP)	13 849 072,0	11 854 994,5	11 670 074,4	9 881 233,9	8 603 777,8
Assurance dépendance	619 851,4	654 518,1	622 922,6	826 264,7	920 625,3
Rentes	106 816 360,0	109 060 011,7	109 159 385,9	107 213 021,1	109 547 360,7
Ancienne législation	98 633 870,2	97 064 047,3	93 954 269,3	91 040 448,0	91 501 774,8
Rentes viagères	76 841 361,0	77 483 243,8	75 876 156,8	74 869 186,8	75 409 815,6
Rentes de survie	15 988 647,3	15 827 607,3	15 254 882,9	14 677 816,9	14 566 867,5
Rentes transitoires	3 121 124,2	1 971 109,9	1 264 569,2	797 658,4	620 261,5
Paievements uniques	2 682 737,7	1 782 086,2	1 558 660,3	695 785,9	904 830,2
Nouvelle législation	8 182 489,7	11 995 964,4	15 205 116,6	16 172 573,1	18 045 586,0
Rentes complètes	6 184 982,0	7 151 363,0	8 534 541,2	7 828 959,7	7 397 233,9
Rentes partielles	13 936,8	14 780,4	170 921,4	72 005,0	168 373,0
Rentes d'attente	1 753 012,0	4 454 657,3	6 052 020,8	7 728 847,2	9 644 558,7
Rentes de survie	230 559,0	375 163,7	447 633,1	542 761,3	835 420,4
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	13 924 133,8	19 410 846,2	15 288 472,4	15 853 111,4	20 143 850,7
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %	8 824 269,4	12 218 677,6	8 502 254,0	8 265 110,7	9 946 027,8
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	499 754,8	994 111,7	1 346 296,9	2 164 774,3	2 721 553,8
Douleurs physiques	2 371 894,9	4 251 781,0	2 817 122,4	3 223 274,8	4 439 071,2
Préjudice esthétique	581 407,5	824 122,0	496 522,8	498 106,1	668 351,6
Indemnité dommage moral/ survivants	1 646 807,2	1 122 153,7	2 126 276,4	1 701 845,5	2 368 846,3
Rachats de rentes	14 144 695,5	9 469 743,7	3 689 032,7	3 284 885,8	3 071 620,6
Rachats d'office	5 228 953,0	1 713 173,6	559 419,1	306 612,2	146 451,6
Rachats sur demande	8 756 652,6	7 556 919,5	3 047 026,6	2 940 092,6	2 822 648,2
Autres	159 089,9	199 650,6	82 587,0	38 181,1	102 520,7
Autres	774,9	237,9	5 212,4	-	-
Autres secours en espèces	774,9	237,9	5 212,4	-	-
Intérêts moratoires sur prest.					
Prestations en nature	39 273 868,6	40 683 326,9	38 924 079,2	33 628 748,0	34 371 685,92
AAA -Dégâts matériel	1 823 078,5	1 381 197,1	1 373 175,3	1 764 209,9	1 613 872,5
AAA -Soins	290 119,4	308 381,6	351 068,3	411 357,2	386 625,7
Indemnité pour dommage moral	-				
CNS - Prestations luxembourgeoises	24 454 231,1	30 384 566,1	26 722 796,8	22 420 236,1	24 583 593,4
CNS - Prestationsétrangères	11 224 994,2	6 899 111,8	8 381 599,2	7 122 489,8	6 008 950,5
CNS - Assurance dépendance	1 481 445,5	1 710 070,4	2 095 439,6	1 910 455,0	1 778 643,8
TOTAL DES PRESTATIONS	208 116 492,3	210 251 751,0	199 216 695,0	189 568 010,9	194 860 630,9

Source : Compte de résultat et bilan de l'Association d'assurance accident.

2.3.1. Les prestations des régimes spéciaux

L'évolution récente des prestations des régimes spéciaux se caractérise par une stagnation de leur montant total à un montant proche de 6 millions EUR. Alors que les prestations en nature ont légèrement augmenté, les prestations en espèces ont connu une diminution faible. Le détail de ces dernières montre que la progression des indemnités pécuniaires et des rachats de rentes est en déclin, alors que les rentes et les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux stagnent.

Tableau 11: Evolution du montant des prestations des régimes spéciaux

	2013	2014	2015	2016	2017
Prestations en espèces	2 607 280,2	2 563 803,1	2 146 834,8	2 137 845,9	2 003 353,0
Indemnités pécuniaires	245 763,0	132 502,4	96 538,4	77 908,2	81 754,2
Lohnfortzahlung (LFZ)	-	-	-	-	-
Indemnités pécuniaires (IP)	190 139,3	67 714,6	30 240,3	9 653,1	12 245,3
Assurance dépendance	55 623,7	64 787,8	66 298,1	68 255,1	69 508,9
Rentes	1 580 837,4	1 646 403,3	1 567 513,5	1 577 489,9	1 564 157,1
Ancienne législation	1 465 765,3	1 483 544,1	1 440 402,3	1 409 377,2	1 453 222,9
Rentes viagères	1 349 478,4	1 344 727,3	1 341 546,5	1 320 522,2	1 354 924,2
Rentes de survie	67 438,2	68 694,4	68 694,4	69 036,7	71 413,2
Rentes transitoires	14 736,6	17 232,3	18 413,3	17 896,6	19 041,6
Paielements uniques	34 112,1	52 890,2	11 748,1	1 921,7	7 843,9
Nouvelle législation	115 072,1	162 859,3	127 111,2	168 112,7	110 934,2
Rentes complètes	80 960,2	136 072,6	100 991,3	150 859,7	90 336,6
Rentes partielles	2 550,1	2 550,1	-	-2 550,1	-
Rentes d'attente	31 561,8	24 236,6	26 119,9	19 803,1	20 597,5
Rentes de survie	-	-	-	-	-
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	301 503,5	509 187,3	326 054,4	266 416,6	309 520,8
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %	188 225,1	339 248,4	220 612,7	164 205,3	164 968,6
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	2 353,3	24 196,8	19 631,2	23 204,6	34 532,5
Douleurs physiques	54 595,0	124 319,4	76 935,9	68 878,4	94 766,5
Préjudice esthétique	12 186,7	21 422,7	8 874,6	10 128,3	15 253,2
Indemnité dommage moral/ survivants	44 143,5	-	-	-	-
Rachats de rentes	479 176,4	275 710,0	156 728,6	216 031,3	47 920,9
Prestations en nature	3 501 140,4	3 664 361,7	3 666 542,7	3 453 549,4	3 938 813,5
TOTAL DES PRESTATIONS	6 108 420,6	6 228 164,8	5 813 377,5	5 591 395,3	5 942 166,5

Source : Compte de résultat et bilan de l'Association d'assurance accident.



PRESTATIONS FAMILIALES

INTRODUCTION

Les prestations familiales ont vu le jour pendant la première guerre mondiale sous la forme d'un sursalaire alloué par certains employeurs du secteur de la sidérurgie aux travailleurs ayant des enfants à charge. La première base légale qui a créé les allocations familiales en faveur de tous les salariés date de 1947. Depuis, le champ des prestations familiales s'est fortement élargi et leurs objectifs se sont diversifiés, soit pour s'adapter aux changements sociétaux, notamment l'accès de plus en plus de femmes au marché du travail et l'évolution des structures familiales, soit pour accompagner, voire infléchir certains comportements. A côté de l'objectif de redistribution des familles sans enfants vers les familles avec enfants en place depuis la naissance des prestations familiales, des objectifs de santé publique, de conciliation vie familiale/vie professionnelle et de libre choix sont venus s'ajouter. Les objectifs affichés des dernières réformes en 2016 visent, quant à eux, à favoriser l'égalité des chances, à harmoniser la vie familiale et la vie professionnelle, à individualiser les droits de l'enfant, à rendre cohérent les différentes prestations familiales et à promouvoir les prestations en nature par rapport aux prestations en espèces.

OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES

L'allocation pour l'avenir des enfants a pour objet de soutenir l'avenir des enfants et ceci indépendamment de l'évolution de la structure du ménage auquel l'enfant appartient.

L'allocation de rentrée scolaire a pour objectif de compenser les frais spécifiques en relation avec la rentrée des classes.

L'allocation spéciale supplémentaire a pour objectif de compenser partiellement les charges supplémentaires imposées au ménage dues à la présence d'enfants handicapés.

Les prestations de naissance poursuivent un objectif de santé publique. Elles visent à réduire les risques d'accidents de la grossesse et de mortalité infantile.

Le congé parental permet aux parents d'interrompre ou de réduire leur activité professionnelle pour se consacrer à l'éducation de leur enfant. La durée du congé parental varie selon le modèle choisi, les bénéficiaires du congé parental perçoivent un revenu de remplacement et ils ont la garantie de retrouver le même emploi ou un emploi similaire à l'issue du congé.

LES PRESTATIONS POUR LES FAMILLES ET LES ENFANTS

Il existe deux types de prestations pour les familles et les enfants : les prestations en espèces et les prestations en nature. Les prestations en espèces actuelles sont les suivantes :

- l'allocation pour l'avenir des enfants, composée des allocations familiales de base et des majorations d'âge ;
- l'allocation de rentrée scolaire ;
- l'allocation spéciale supplémentaire en faveur des enfants handicapés ;
- les prestations de naissance, comprenant l'allocation prénatale, l'allocation de naissance proprement dite et l'allocation postnatale ;
- l'indemnité de congé parental ;
- l'allocation d'éducation (abolie au 1^{er} juin 2015).

Les chèques-service accueil constituent des prestations familiales en nature et ont été introduits en 2009 en vue de réaliser à long terme la gratuité des services de garde d'enfants.

ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES

La Caisse pour l'avenir des enfants (CAE), créée en 2016, a pour mission de s'occuper de la gestion et du paiement des prestations familiales en espèces et en nature. La suite de ce chapitre analysera exclusivement les prestations familiales en espèces gérées par la CAE.

FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES

Les réformes des prestations familiales de 2016 ont profondément modifié le système de financement des prestations familiales et de l'indemnité du congé parental à partir du 1^{er} janvier 2017. Pour le paiement des prestations familiales et du congé parental, la CAE applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve. Pour faire face aux charges globales, la CAE dispose d'une part d'une dotation étatique annuelle couvrant l'excédent des dépenses sur les recettes et d'autre part, des cotisations d'un nombre limité d'employeurs (l'Etat, 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'Etat depuis les années 90, sont abolies. De même, la participation du Fonds pour l'emploi dans l'indemnité de congé parental est abrogée.

1. LES PRESTATIONS

Le nombre de bénéficiaires des prestations familiales en espèces, donc le nombre d'enfants et le nombre de naissances, est déterminant pour leur coût financier. L'indicateur conjoncturel de fécondité et le taux de natalité permettent de prévoir l'évolution du nombre d'enfants résidents. En 2017, l'indicateur conjoncturel de fécondité atteint 1,39 contre 1,40 en 2016, et le taux de natalité est de 10,35 contre 10,37 en 2016 (Source : STATEC, 2017). L'évolution du nombre d'enfants non-résidents peut être estimée à partir de la variation du nombre de travailleurs frontaliers, qui augmente de 4,2% entre décembre 2016 et décembre 2017 (Source: IGSS).

Les enfants sont bénéficiaires de l'allocation familiale de base, des majorations d'âge, de l'allocation spéciale supplémentaire, et de l'allocation de rentrée scolaire. Les (futurs) mères sont les bénéficiaires des prestations de naissance (regroupant allocations prénatales, allocations de naissance et allocations postnatales). Finalement, les parents peuvent bénéficier d'une indemnité de congé parental ou de l'allocation d'éducation (jusqu'au 1^{er} juin 2015), sous certaines conditions.

Encadré méthodologique

Pour le graphique qui suit, les données proviennent des bases de données de la CAE stockées auprès du Centre commun de la sécurité sociale. Ces bases de données contiennent les informations liées aux paiements courants et aux paiements uniques en matière d'allocations familiales. Ces paiements concernent l'ensemble des enfants bénéficiaires résidents et non-résidents à partir de novembre 2017. Jusqu'octobre 2016 inclus, seulement une partie des enfants bénéficiaires non-résidents sont renseignés. En effet, dès lors que les enfants non-résidents, en grande majorité des enfants de travailleurs frontaliers, bénéficient de prestations familiales dans leur pays de résidence, le Luxembourg verse des prestations différentielles, c'est-à-dire la différence entre le montant de l'ensemble des prestations familiales auxquelles un enfant non-résident a droit au Luxembourg et le montant de l'ensemble des prestations familiales auxquelles il a droit dans son pays de résidence. Le mode de gestion des paiements différentiels étant différents 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, et ne sont donc pas repris dans les statistiques de ce chapitre qui ne se composent que des paiements courants. Les statistiques produites à partir des bases de données sous-estiment donc le nombre de bénéficiaires d'allocations familiales. L'extraction des données a été effectuée par l'IGSS. Le tableau sur le nombre de prestations est alimenté par les chiffres publiés par la CAE dans leur décompte annuel, de même que les tableaux sur la situation financière.

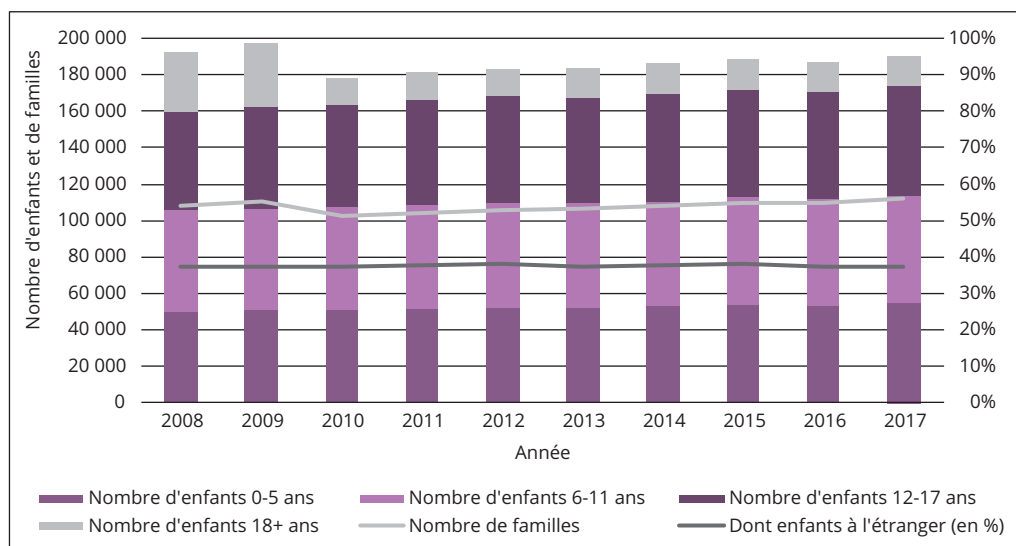
1.1. L'ALLOCATION POUR L'AVENIR DES ENFANTS

L'allocation pour l'avenir des enfants se compose de l'allocation familiale de base et des majorations d'âge.

1.1.1. L'allocation familiale de base

L'allocation familiale de base est allouée à tous les enfants résidents, ainsi qu'aux enfants des travailleurs frontaliers non-résidents jusqu'à l'âge de 18 ans accomplis et elle est maintenue jusqu'à l'âge de 25 ans accomplis pour ceux qui poursuivent des études dans l'enseignement secondaire ou qui sont en apprentissage.

Graphique 1: Evolution du nombre d'enfants bénéficiaires par groupe d'âge et du nombre des familles (situation au 31 décembre - uniquement paiements courants)



Sur une fenêtre de 10 ans (2008 à 2017), deux périodes se distinguent franchement en matière de nombre de bénéficiaires d'allocations familiales. De 2008 à 2009, le nombre total d'enfants bénéficiaires est en augmentation constante, avec 197 020 enfants en 2009 et une part de bénéficiaires non-résidents de 38% en 2009.

Suite à l'introduction de la loi du 26 juillet 2010, qui fixe l'âge limite des allocations familiales à 18 ans, sauf pour les élèves de l'enseignement secondaire, le nombre de bénéficiaires âgés de 18 ans et plus diminue fortement. Il passe de 34 749 bénéficiaires en 2009 à 14 777 bénéficiaires en 2010, et provoque une rupture de série dans les statistiques sur les bénéficiaires des allocations familiales. Entre 2011 et 2015, le nombre total de bénéficiaires repart à la hausse, pour diminuer en 2016 suite aux modifications des conditions d'éligibilité aux allocations familiales pour les non-résidents. En décembre 2017, la CAE a versé des allocations familiales (paiements courants) à 190 197 enfants issus de 112 430 familles, ce qui équivaut à une augmentation du nombre des enfants de 3 299 unités (1,8%) et un accroissement du nombre des familles de 2 394 unités (2,2%) par rapport à 2016. 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 2008 et 2017, la taille moyenne des groupes familiaux est passée de 1,79 à 1,69. Cette diminution n'est pas à mettre au compte de la démographie mais au fait que l'introduction de la loi du 26 juillet 2010 a fait chuter brutalement ce nombre et au fait que seuls les enfants dont les allocations sont versées sous forme de paiements courants, soit une part seulement des enfants non-résidents, sont pris en compte pour établir la taille moyenne.

De 2008 à 2017, le pourcentage d'enfants non-résidents, bénéficiaires de paiements courants, est resté assez constant (37%-38% de tous les enfants bénéficiaires). En termes de nombre, les fluctuations annuelles pour les non-résidents sont les mêmes que pour l'ensemble des enfants bénéficiaires. Après un recul entre 2015 et 2016, le nombre de bénéficiaires non-résidents repart à la hausse en 2017 pour atteindre 71 315 enfants au 31 décembre 2017, soit 1 316 de plus qu'en 2016 (+0,7%).

1.1.2. Les majorations d'âge

Chaque enfant bénéficiaire de l'allocation familiale de base a droit à une majoration d'âge dès qu'il atteint l'âge d'entrée dans le cycle 2 de l'école fondamentale (début de l'ancienne école primaire), soit 6 ans. Le montant de la majoration d'âge augmente quand l'enfant atteint l'âge d'entrée dans l'enseignement secondaire, soit 12 ans. Le but de cette prestation, introduite progressivement en 1976 et 1977, est d'adapter les allocations familiales versées aux familles aux dépenses croissantes avec l'âge des enfants. La réforme de 2016 a réévalué les montants ; ils sont désormais de 20 EUR/mois dès que l'enfant atteint 6 ans et de 50 EUR/mois dès que l'enfant atteint 12 ans. En 2017, 135 775 enfants ont bénéficié d'une majoration d'âge, dont 76 421 (56%) âgés de 12 ans et plus.

1.2. L'ALLOCATION SPÉCIALE SUPPLÉMENTAIRE

L'allocation spéciale supplémentaire (ASS) a été introduite en 1985 afin de pallier les dépenses supplémentaires occasionnées aux familles ayant un enfant handicapé à charge. Chaque enfant, bénéficiaire de l'allocation pour l'avenir des enfants et atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou diminution permanente d'au moins 50% de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge, a droit à l'ASS. L'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2004 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées a eu pour effet de supprimer l'ASS aux bénéficiaires non-résidents percevant une prestation ou un revenu étranger en rapport avec leur handicap et donc de réduire subitement le nombre de bénéficiaires d'une ASS. A partir de 2006, le nombre d'ASS retrouve son rythme de progression normal. En 2016, la réforme des prestations familiales réévalue le montant de l'allocation spéciale supplémentaire qui passe à 200 EUR/mois, contre 185,60 EUR/mois jusque-là. En 2017, le nombre de bénéficiaires de cette allocation s'établit à 2 561 enfants, contre 2 426 enfants en 2016 (+5,6%).

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 différencié suivant l'âge : 115 EUR/an pour les enfants de plus de 6 ans et 235 EUR/an pour ceux âgés de plus de 12 ans. Le nombre des allocations de rentrée scolaire, payées au mois d'août, s'établit pour 2017 à 124 211 unités, soit une augmentation de 1,8% par rapport à 2016.

1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE

Les prestations de naissance font partie des prestations familiales parmi les plus anciennes. Elles apparaissent dans la première base légale qui régit les prestations familiales en 1947. Actuellement, elles sont divisées en 3 tranches, et leur versement est soumis à des conditions d'examens médicaux de la mère et de l'enfant. L'évolution du nombre des bénéficiaires de l'allocation 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 2017, la CAE a liquidé 6 997 allocations prénatales, 6 937 allocations de naissance proprement dites et 6 827 allocations postnatales. Au total, 20 761 prestations de naissance ont été versées en 2017, ce qui constitue une augmentation de 3,2% par rapport à 2016.

1.5. L'INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL

Le congé parental, accordé depuis le 1^{er} mars 1999, est modifié profondément en décembre 2016. Le congé parental est, sous certaines conditions, accordé à toute personne occupée légalement et de façon continue sur un lieu de travail situé sur le territoire du Luxembourg et qui s'adonne à l'éducation d'un enfant âgé de 6 ans au plus au début du congé parental. Le droit à un congé parental existe pour chacun des deux parents et ne peut être cumulé dans le chef d'un des parents. L'un des parents doit prendre son congé successivement au congé de maternité, d'allaitement ou d'accueil. Cette condition ne s'applique pas au parent qui vit seul avec son ou ses enfants. L'autre parent peut prendre son congé en même temps que son conjoint ou partenaire ou plus tard, mais le congé parental doit toujours débiter avant les 6 ans accomplis de l'enfant. En cas d'enfant adopté, le délai est porté à 12 ans. Il existe différents modèles de congé parental : congé à plein temps pendant 4 ou 6 mois, congé à mi-temps pendant 8 ou 12 mois, congé fractionné de 4 mois dans une période de 20 mois ou congé fractionné d'un jour par semaine pendant 20 mois au maximum. Le congé fractionné n'est possible que pour les parents travaillant à plein temps. L'indemnité de congé parental est un revenu de remplacement calculé sur base des revenus précédant le début du congé parental.

Le 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 1^{er} décembre 2016. En décembre 2017, cette prestation compte 8 251 bénéficiaires, une augmentation de 74,8% par rapport aux 4 720 bénéficiaires de 2016. La réforme du congé parental en décembre 2016, caractérisée par davantage de flexibilité et un revenu de remplacement plus avantageux que l'indemnité forfaitaire en vigueur jusque-là, porte ses fruits dès la première année de son lancement. Ce sont notamment les pères qui montrent un intérêt pour le nouveau congé parental : ils représentent 45% des bénéficiaires en 2017, contre 25% seulement en 2016. Par rapport à la situation avant-réforme, ils ne se portent plus quasi exclusivement sur le congé parental à mi-temps, mais optent maintenant autant pour le congé parental à plein temps que pour celui à mi-temps. De plus, le nouveau congé fractionné a également la faveur des pères.

1.6. LES ALLOCATIONS ABROGÉES

Depuis le 1^{er} juin 2015, deux allocations sont abolies : l'allocation d'éducation et les allocations de maternité. En août 2016, le boni pour enfants est supprimé et son montant est intégré dans la nouvelle allocation pour l'avenir des enfants. Ainsi, en 2017, il n'y a plus de bénéficiaires ni pour le boni pour enfants, ni pour les allocations de maternité.

1.6.1. L'allocation d'éducation (abolie en 2015)

L'allocation d'éducation, introduite au 1^{er} janvier 1989, est versée pendant deux années aux personnes élevant un ou plusieurs enfants âgés de moins de deux ans, sous condition qu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle ou que les revenus dont le ménage dispose ne dépassent pas certains plafonds. Depuis le 1^{er} septembre 1992, elle est prolongée de deux années pour les personnes élevant trois enfants ou plus ainsi que pour celles élevant un enfant handicapé. Depuis le 1^{er} juillet 1993, les personnes exerçant une activité professionnelle à temps partiel dont la durée ne dépasse pas la moitié de la durée de travail normale bénéficient d'une demi-allocation. Au 1^{er} juin 2015, l'allocation d'éducation est abolie, mais les bénéficiaires au 1^{er} juin continuent à la percevoir jusqu'à extinction du droit. Au 31 décembre 2017, l'allocation d'éducation compte encore 1 353 personnes, soit une réduction de 1 843 bénéficiaires ou de 57,7% par rapport à 2016.

Le tableau 1 ci-dessous regroupe le nombre de bénéficiaires des différentes prestations de la CAE pour 2016 et 2017. Une augmentation du nombre de bénéficiaires est observée pour toutes les prestations, sauf pour l'allocation d'éducation.

Tableau 1: Evolution du nombre de bénéficiaires des prestations familiales (situation au 31 décembre - uniquement paiements courants)

Prestations	2016	2017	Variation 2016/17
Allocation pour l'avenir des enfants	186 898	190 197	1,8%
Majorations d'âge	133 653	135 775	1,6%
Allocation spéciale supplémentaire	2 426	2 561	5,6%
Allocation de rentrée scolaire ^a	121 987	124 211	1,8%
Prestations de naissance (total)	20 121	20 761	3,2%
Indemnité de congé parental	4 720	8 251	74,8%
Allocation d'éducation (abrogée en 2015)	3 196	1 353	-57,7%

a. Situation au 31 août pour l'allocation de rentrée scolaire.

2. LA SITUATION FINANCIERE

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'Etat, 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'Etat, la situation financière de la CAE est assez peu impactée par la situation économique du pays et donc la fluctuation du nombre de cotisants.

Une hausse des recettes et dépenses est observée entre 2013 et 2015. En 2016, les recettes et dépenses diminuent de 1,6%. Cette diminution n'est pas l'effet des deux réformes entrées en vigueur en 2016, mais provient de l'abolition de l'allocation d'éducation et de l'allocation de maternité en 2015. En 2017, les recettes et les dépenses augmentent de 5,5%, ce qui est l'effet des deux réformes des prestations familiales en 2016.

La suite de ce chapitre analyse en détail l'évolution du coût des différentes prestations, l'évolution des recettes et des dépenses, ainsi que les transferts à l'étranger.

Tableau 2: Evolution des recettes et dépenses globales de la CAE (en millions EUR)

Exercice	2013	2014	2015	2016	2017
RECETTES					
Cotisations	300,4	324,0	329,6	341,6	59,6
Participation de l'Etat	720,2	755,3	760,9	675,3	1 133,9
Autres recettes	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	1 020,7	1 079,4	1 090,6	1 016,9	1 193,5
Participation Etat-déficit	88,0	62,4	58,7	113,9	0,0
TOTAL DES RECETTES	1 108,7	1 141,8	1 149,2	1 130,9	1 193,5
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>0,9%</i>	<i>3,0%</i>	<i>0,7%</i>	<i>-1,6%</i>	<i>5,5%</i>
DEPENSES					
Frais d'administration	16,6	17,2	17,9	18,4	18,8
Prestations	1 082,6	1 112,9	1 120,2	1 101,5	1 160,0
dont:					
Allocations familiales ^a	680,7	701,0	708,4	787,9	932,8
Boni pour enfant	213,3	219,0	221,6	148,2	4,2
Allocation d'éducation	69,7	70,0	65,3	39,3	15,2
Indemnité de congé parental	69,2	71,3	75,1	84,0	166,3
Allocation de rentrée scolaire	34,5	35,8	36,2	30,5	29,4
Prestations de naissance	11,3	12,0	11,9	11,6	12,0
Allocations de maternité	3,7	3,8	1,7	0,0	0,0
Autres dépenses^b	9,5	11,6	11,1	11,0	14,7
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	1 108,7	1 141,8	1 149,2	1 130,9	1 193,5
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>0,9%</i>	<i>3,0%</i>	<i>0,7%</i>	<i>-1,6%</i>	<i>5,5%</i>
SOLDE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

a. Comprennent l'allocation familiale de base, les majorations d'âge et l'allocation spéciale supplémentaire ; à partir de 2016: allocation pour l'avenir des enfants.

b. Décharges, restitutions et extournes de cotisations et frais de gestion du patrimoine.

Les dépenses pour les prestations d'**allocations familiales** (allocation familiale de base, majorations d'âge et allocation spéciale supplémentaire) ont augmenté en 2017 de 144,9 millions EUR pour atteindre 932,8 millions EUR, contre 787,9 millions EUR en 2016. Cette hausse, qui est due à la réforme des allocations familiales et notamment l'intégration du **boni pour enfants** dans l'allocation familiale de base à partir d'août 2016, est artificielle. En effet, les dépenses pour le boni pour enfants sont passées de 148,2 millions EUR en 2016 à 4,2 millions EUR en 2017. Ainsi, le coût des deux prestations passe de 936,1 millions EUR en 2016 à 937,1 millions EUR en 2017, soit une augmentation de 1,0 million EUR. Avec une dépense de 851,4 millions EUR en 2017, l'allocation familiale de base présente 91,3% du total des dépenses pour les allocations familiales. Les majorations d'âge représentent 7,9% du total, avec une dépense de 73,3 millions EUR et l'allocation spéciale supplémentaire 0,8% du total avec une dépense de 8,1 millions EUR en 2017.

Les dépenses au titre de l'**allocation de rentrée scolaire** sont passées de 30,5 millions EUR en 2016 à 29,4 millions EUR en 2017, soit une baisse de 3,7%. Cette baisse résulte de la réforme des prestations familiales entrée en vigueur en août 2016, qui ne module plus le montant de l'allocation de rentrée scolaire selon la taille du groupe familial et l'âge mais uniquement selon l'âge.

Le montant total des **prestations de naissance** passe de 11,6 millions EUR en 2016 à 12,0 millions EUR en 2017, soit une hausse de 3,8%. Cette hausse est due au nombre croissant de bénéficiaires. En détail, les dépenses se composent de celles pour les allocations prénatales, soit 4,1 millions EUR, de celles pour les allocations de naissance proprement dites, soit 4,0 millions EUR, et de celles pour les allocations postnatales, soit 3,9 millions EUR en 2017.

Les dépenses relatives à l'**indemnité de congé parental** affichent une augmentation réelle de 97,9% en 2017, passant ainsi de 84,0 millions EUR en 2016 à 166,3 millions EUR en 2017. Cette hausse est essentiellement due à la réforme du congé parental. En effet, depuis décembre 2016, l'indemnité du congé parental est devenue un vrai revenu de remplacement, avec un plafond de l'indemnité à 3 330,98 EUR/mois au 31 décembre 2017 pour un congé à temps plein, contre une indemnité forfaitaire de 1 778,31 EUR/mois avant décembre 2016. La hausse de l'indemnité et la plus grande diversité des modèles du congé parental ont rendu cette prestation beaucoup plus attrayante. De plus, vue que l'indemnité est maintenant un vrai revenu de remplacement, les cotisations pour l'assurance pension, soit 19,99 millions EUR, et les impôts, soit 7,99 millions EUR, font partie de la dépense en 2017.

En 2015, l'**allocation d'éducation** et les **allocations de maternité** ont été abolies, mais les droits à ces allocations ouverts avant leur abolition continuent à courir en 2017 et ce, jusqu'à leur extinction. En 2017, les dépenses relatives aux allocations de maternité affichent une nouvelle baisse de 89,4% et passent de 29 381,63 EUR en 2016 à 3 104,32 EUR en 2017, essentiellement pour des paiements se référant à la période antérieure au 1^{er} juin 2015. Les dépenses pour l'allocation d'éducation s'élèvent à 15,2 millions EUR en 2017, contre 39,3 millions EUR en 2016, et affichent donc une diminution de 61,3%.

2.1. LES RECETTES COURANTES

Les recettes courantes se composent surtout des cotisations de certains employeurs (l'Etat, les institutions de la sécurité sociale, les communes, les syndicats de communes et les chambres professionnelles), ainsi que de la dotation annuelle de l'Etat pour couvrir l'excédent des dépenses sur les recettes. En 2017, les recettes en cotisations représentent 5,0% des recettes et la dotation de l'Etat s'élève à 95,0% d'entre elles.

Le montant total des cotisations atteint 59,6 millions EUR en 2017, contre 341,6 millions EUR en 2016, reflétant le changement de mode de financement des prestations familiales entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, avec notamment la suppression des cotisations des employeurs du secteur privé, des indépendants et de certains établissements publics, cotisations qui étaient prises en charge par l'Etat depuis le milieu des années 1990. En détail, pour 2017, 57,4 millions EUR sont des cotisations à charge de l'Etat en tant qu'employeur, et 2,2 millions EUR des cotisations prises en charge par l'Etat qui restent des exercices antérieurs. En 2016, les cotisations à charge de l'Etat étaient de 75,3 millions EUR, et les cotisations prises en charge de 266,3 millions EUR. En 2017, les cotisations à charge de l'Etat diminuent donc de 23,7% par rapport à 2016.

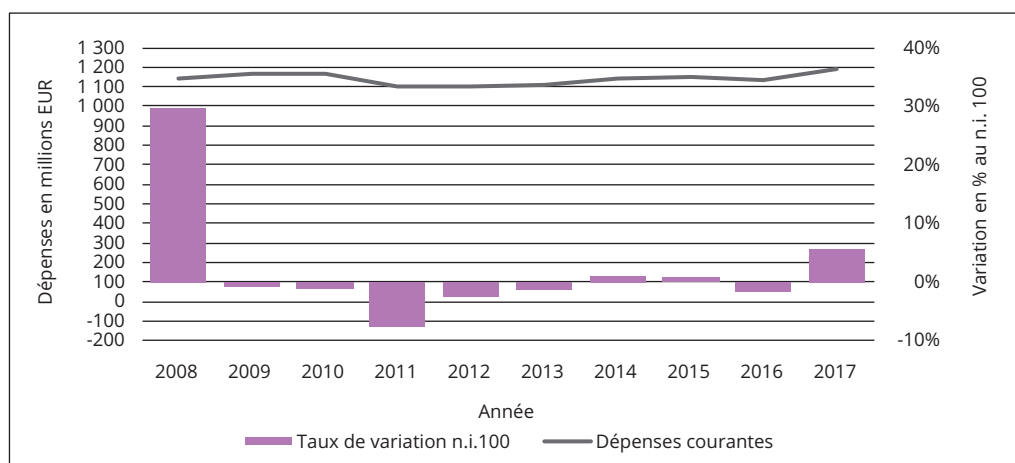
La dotation annuelle de l'Etat est de 1 133,9 millions EUR en 2017. Pour 2017, il faut y ajouter les cotisations prises en charge par l'Etat (restant des exercices antérieurs), soit 2,2 millions EUR. Le total de 1 136,1 millions EUR peut être comparée à l'ensemble des participations de l'Etat (dans les prestations, les cotisations, les frais et le déficit) en 2016, soit un montant total de 1 055,5 millions EUR, ce qui équivaut à une augmentation de 7,6%.

2.2. LES DÉPENSES COURANTES

L'analyse de l'évolution des dépenses montre que pour les années qui ont vu l'application de modifications législatives, les taux de variation des dépenses exprimés au nombre indice 100 de l'échelle mobile des salaires ont été plus forts.

L'évolution des dépenses courantes dépend exclusivement de l'évolution des prestations et varie en fonction de l'évolution du niveau de ces prestations et du nombre de bénéficiaires. La comparaison des dépenses courantes avec le produit intérieur brut (PIB) permet d'évaluer le poids des prestations familiales dans l'économie nationale. Entre 1965 et 2007, les dépenses courantes oscillent entre 1,4% et 3,1% du PIB. Entre 2008 et 2016, elles suivent une tendance à la baisse et passent de 3,1% du PIB en 2008 à 2,1% du PIB en 2016. En 2017, les dépenses pour prestations familiales atteignent 2,2% du PIB¹.

Graphique 2: Evolution des dépenses courantes



En 2008, les dépenses connaissent une augmentation substantielle de l'ordre de 25%. Cette augmentation s'explique par l'introduction du boni pour enfant à partir de janvier 2008, qui représente 20% du total des dépenses en prestations. La baisse observée en 2011 résulte de l'introduction de la loi du 26 juillet 2010 qui diminue fortement le nombre de bénéficiaires d'allocations familiales âgés de 18 ans et plus, et partant, la dépense pour celles-ci. Entre 2012 et 2016, les dépenses restent plutôt stables.

En 2017, les dépenses courantes s'élèvent à 1 193,6 millions EUR, contre 1 130,9 millions EUR en 2016. Les prestations représentent presque la totalité des dépenses totales de la CAE (97,2% en 2017). Ainsi, en 2017, le montant total des prestations payées par la CAE atteint 1 160,0 millions EUR contre 1 101,5 millions EUR pour l'année précédente (+5,3%). Cette augmentation est essentiellement due à la réforme du congé parental, dont les dépenses liées aux indemnités de 2017 sont près du double de celles de 2016.

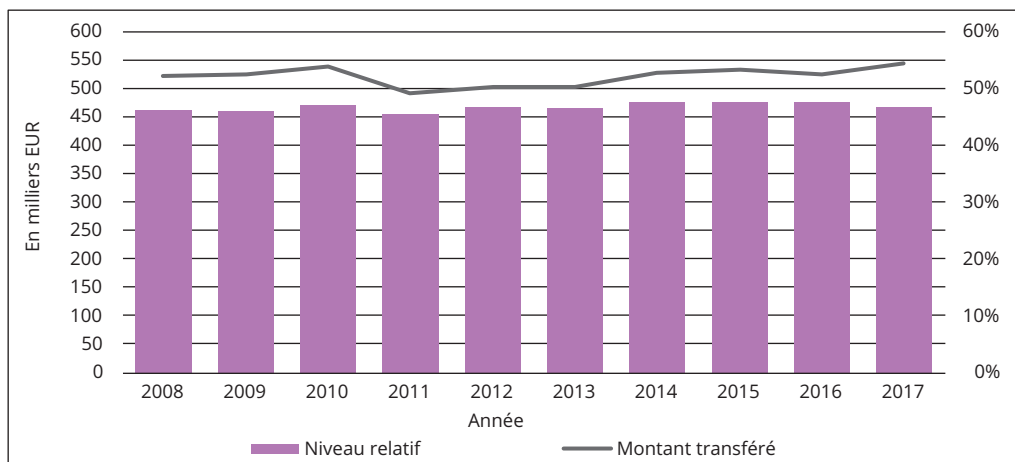
1. Source : STATEC, conjoncture flash juillet 2015.

Les frais d'administration ne représentent que 1,6% du total des dépenses en 2017 et affichent 18,8 millions EUR, par rapport à 18,4 millions EUR en 2016. Les frais de personnel représentent 64,4% du montant total des frais d'administration.

2.3. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER

Toutes les prestations familiales sont exportables à l'étranger sous certaines conditions. Le montant total des prestations transférées à l'étranger (allocations familiales, allocation d'éducation, indemnité de congé parental, allocation de rentrée scolaire, prestations de naissance) se chiffre en 2017 à 542,0 millions EUR (contre 524,7 millions EUR en 2016), représentant 46,7% de la dépense totale.

Graphique 3: Evolution des prestations familiales transférées à l'étranger



Les transferts à l'étranger dépendent fortement de la conjoncture économique : les périodes de forte croissance des transferts à l'étranger correspondent en effet aux périodes avec un embauchage important de main-d'œuvre étrangère (frontalière ou non), qui a droit, pour elle ou sa famille, à certaines prestations familiales indépendamment du lieu de résidence. Jusqu'en 1998, seules l'allocation familiale de base et l'allocation de rentrée scolaire étaient transférées à l'étranger. L'instauration d'un congé parental au 1^{er} janvier 1999, qui, dès le début, a été exporté, et l'exportation de l'allocation d'éducation à partir de cette date, ont provoqué des taux d'accroissement importants des montants virés à l'étranger. En 2008, l'introduction du boni pour enfants a contribué à la hausse du niveau des montants transférés. A partir de cette date, sous certaines conditions restrictives, les prestations de naissance et les allocations de maternité peuvent également être exportées. Les effets de la loi du 26 juillet 2010, qui modifie le système d'aide financière pour études supérieures et apporte des changements importants en ce qui concerne le boni pour enfants, les allocations familiales et l'allocation de rentrée scolaire pour les bénéficiaires âgés de 18 ans et plus, se font également sentir dans les montants transférés à l'étranger qui marquent un recul en 2011. En 2017, les effets de la réforme des allocations familiales d'août 2016 et de celle du congé parental de décembre 2016 deviennent également visibles chez les bénéficiaires non-résidents.

Tableau 3: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger (situation au 31 décembre 2017 et paiements courants pour le nombre de bénéficiaires, montants en millions EUR)

Prestation	Nombre de bénéficiaires à l'étranger		Montants payés à l'étranger	
Allocation pour l'avenir des enfants	71 315	37,5%	445,1	47,7%
Allocation de rentrée scolaire ^a	48 252	38,8%	13,9	47,3%
Indemnité de congé parental	3 440	41,7%	68,6	41,3%
Allocation d'éducation	545	40,3%	8,3	54,6%
Prestations de naissance (total)	3 862	18,6%	2,2	18,6%

a. Situation au 31 août.

En 2017, les allocations familiales (allocation familiale de base, majorations d'âge, et allocation spéciale supplémentaire) transférées à l'étranger ont atteint 445,1 millions EUR, soit 47,7% du montant total de ces allocations familiales. L'allocation de rentrée scolaire suit la même tendance, puisque ses bénéficiaires se recrutent parmi les bénéficiaires des allocations pour l'avenir des enfants.

Suite à la réforme du congé parental en décembre 2016, le montant de l'indemnité du congé parental transféré à l'étranger et le nombre de bénéficiaires de cette indemnité doublent entre 2016 et 2017. Par rapport au total des dépenses de l'indemnité de congé parental, le taux transféré à l'étranger reste plutôt stable (41,3% en 2017 contre 42,1% en 2016).

L'allocation d'éducation, même si elle a été abolie en 2015, est la seule prestation pour laquelle plus de la moitié des montants sont transférés à l'étranger (54,6% en 2017). Une des raisons de cette situation tient aux conditions de revenus applicables pour cette prestation, puisque les ressources du couple sont prises en considération pour déterminer le droit à la prestation, ce qui explique la part importante du montant exporté.

Les prestations de naissance ne connaissent, par contre, beaucoup moins de succès à l'étranger (18,6% en 2017). L'obligation pour la mère et l'enfant de se soumettre à une série stricte d'examen médicaux pour avoir droit à cette prestation explique en partie cette situation. Le suivi médical des grossesses étant propre à chaque pays, les mères dont la grossesse est suivie médicalement à l'étranger peuvent difficilement satisfaire aux critères requis par la loi sur les allocations de naissance pour ouvrir droit aux prestations de naissance luxembourgeoises.

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).

L'inclusion sociale s'applique à toutes les personnes résidentes au Grand-Duché de Luxembourg (sauf pour le forfait d'éducation). En 2016, 114 000 personnes sont en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale². Pour toutes les prestations (sauf le forfait d'éducation), la situation économique des personnes est prise en compte pour déterminer le droit à la prestation.

OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE

L'inclusion sociale vise à aider à couvrir les besoins individuels des personnes défavorisées afin de leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Au Luxembourg, chaque ménage a le droit d'appeler à la solidarité au cas où ses revenus tombent en-dessous d'un seuil garanti, abstraction faite de toute cause qui est à la base de l'insuffisance des ressources.

L'inclusion sociale assure aux personnes dans le besoin et à leur famille l'accès aux biens et aux services adaptés à leur situation particulière, afin de les aider à acquérir ou à préserver leur autonomie et à s'adapter au milieu social environnant. Ces secours sont apportés par les collectivités publiques aux personnes dont les ressources sont insuffisantes.

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 minimum garanti (RMG) ;
- le forfait d'éducation (" Mammerent ") ;
- le revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) ;
- l'allocation de vie chère ;
- le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique ;
- l'avance de pensions alimentaires.

A noter que l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (APGH) est remplacée par les prestations de l'assurance dépendance à partir du 1^{er} janvier 1999. Les allocations compensatoires sont abrogées par la loi du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti. Ces deux prestations continuent cependant à être payées aux bénéficiaires présents lors de l'abrogation, tant que le droit persiste.

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. Source : Rapport annuel du Comité de la protection sociale 2018 (LU country profile).

A côté, 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.

Afin d'aider à réintégrer les bénéficiaires du revenu minimum garanti dans le marché du travail, le Service national d'action sociale (SNAS) est créé en 1986, dans le cadre de la loi instaurant le revenu minimum garanti.

Les prestations ciblées, en nature ou en espèces, sont prestées par les 30 offices sociaux, et réglées par la loi du 18 décembre 2009, qui remplace depuis janvier 2010 la loi du 28 mai 1897 sur les domiciles de secours.

La suite de ce chapitre analyse exclusivement les prestations fournies par le FNS et le SNAS.

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'Etat et d'une part dans le produit de la Loterie Nationale. De plus, dès le début, les prestations étaient restituables.

LA RÉFORME DU REVENU MINIMUM GARANTI (RMG)

Une réforme majeure du revenu minimum garanti (RMG) entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019. Le RMG est alors remplacé par le revenu d'inclusion sociale (REVIS), qui poursuit quatre objectifs³ :

- il favorise une approche d'inclusion sociale,
- il établit un système cohérent entre les politiques de stabilisation, d'activation sociale et de réinsertion professionnelle,
- il agit contre la pauvreté des enfants et des familles monoparentales et
- il entraîne une simplification administrative.

Comme le RMG, le REVIS se compose d'une allocation d'inclusion (anciennement : allocation complémentaire) et d'une allocation d'activation (anciennement : indemnité d'insertion).

L'allocation d'inclusion comprend une composante forfaitaire de base par adulte, une composante forfaitaire de base par enfant, une composante forfaitaire de base majorée pour les enfants qui vivent dans un ménage monoparental, une composante pour les frais communs par ménage, et une composante pour les frais communs par ménage avec enfants.

3. Pour plus de détails, voir sous : www.revis.lu

L'allocation d'activation correspond à une indemnité salariale destinée aux personnes qui participent à une mesure d'activation sociale et professionnelle. Contrairement au dispositif RMG, plusieurs personnes d'un même ménage peuvent participer à une mesure d'activation dans le cadre du REVIS.

Pour lutter contre les trappes à inactivité constatées dans le dispositif RMG, le REVIS modifie le mécanisme de l'immunisation de certains revenus du ménage, notamment des revenus professionnels, pour déterminer le montant de l'allocation d'inclusion auquel un ménage a droit.

Reste à noter que le SNAS changera de nom et deviendra l'Office national d'inclusion sociale (ONIS).

1. LES PRESTATIONS

Au fur des décennies, les prestations du FNS évoluent, afin de rendre compte des changements dans la société. Une partie des prestations actuelles sont déjà créées dans les années quatre-vingt et adoptées par la suite, une partie des prestations n'a vu le jour que plus récemment.

Par la suite, les prestations sont présentées selon leur importance en nombre de bénéficiaires, et donc aussi en terme de coût, étant donné que le coût est étroitement lié au nombre de bénéficiaires.

Encadré méthodologique

Les statistiques présentées dans ce chapitre se basent sur des données issues du FNS et stockées auprès du Centre commun de la sécurité sociale. L'extraction des données est faite par l'IGSS.

Le tableau sur les comptes financiers provient du décompte annuel du FNS.

1.1. LE REVENU MINIMUM GARANTI

Le revenu minimum garanti (RMG) est instauré par la loi du 26 juillet 1986 et est modifié en profondeur par la loi du 29 avril 1999⁴. Selon l'exposé des motifs, la loi a " deux fonctions de base :

- conférer aux personnes qui, pour quelque raison que ce soit, ne sont pas à même de vivre des fruits de leur travail, le droit d'accéder à une qualité de vie minimale qui varie en fonction de la richesse de la société;
- procurer un travail à ceux qui sont aptes à travailler mais qui se trouvent plus ou moins durablement privés d'un emploi. "

Elle prévoit donc soit une allocation complémentaire, soit une indemnité d'insertion, soit une combinaison des deux, le tout dans les limites fixées en fonction du revenu et de la composition de la communauté domestique.

Encadré méthodologique

Les données statistiques qui suivent tiennent compte des communautés domestiques qui touchent :

- soit une allocation complémentaire RMG destinée à parfaire les seuils du RMG ;
- soit une allocation complémentaire RMG combinée à un autre revenu (salaire, indemnité d'insertion, pension, ...), sans pour autant pouvoir dépasser les limites fixées par la loi ;
- soit une indemnité d'insertion seule.

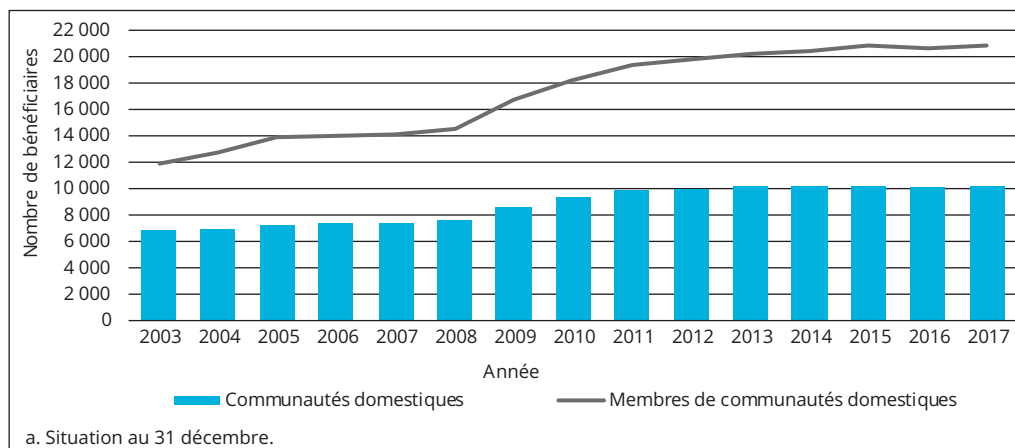
Le nombre de communautés domestiques provient du rapport d'activité du FNS, le nombre de membres du rapport d'activité du SNAS ; ce dernier étant le seul organisme à connaître la composition des communautés domestiques touchant uniquement une indemnité d'insertion.

La loi instaurant le RMG est entrée en vigueur en novembre 1986. Depuis, de nombreux changements y ont été apportés, notamment en ce qui concerne les conditions de résidence. Ainsi, l'augmentation du nombre des communautés domestiques à partir de 2003 s'explique par la modification de la condition de résidence⁵, par le relèvement des seuils de revenu⁶, et surtout par la situation économique précaire d'un nombre grandissant de chômeurs, pour lesquels le droit aux indemnités de chômage est épuisé, et qui sont obligés de s'adresser au FNS.

En 2007, une stagnation peut être constatée, principalement due au fait que le SNAS accorde une seule mesure d'insertion par ménage, ainsi qu'à l'introduction du RPGH, qui a entraîné un transfert notable de bénéficiaires du RMG vers les bénéficiaires du RPGH. La loi du 29 août 2008 portant sur la libre circulation des personnes et l'immigration modifie les termes "[...] être autorisé à résider [...]" de l'art. 2 de la loi RMG par "[...] bénéficiaire d'un droit de séjour [...]". Ainsi, elle élargit le cercle des personnes exemptes de la condition de résidence de 5 ans au Luxembourg aux membres de la famille⁷, nonobstant leur nationalité.

4. La réforme du RMG n'entrant en vigueur qu'en 2019, le texte et les chiffres concernent uniquement le dispositif tel qu'il est en vigueur en 2017.
5. La loi du 21 décembre 2001 prescrit cette condition de résidence seulement pour les non-ressortissants du Grand-Duché du Luxembourg ou d'autres Etats membres de l'Union Européenne.
6. Tel qu'arrêté dans la loi du 28 juin 2002 qui modifie la tranche immunisable du revenu global de la communauté domestique de 20% à 30% pour la détermination des ressources d'un ayant droit au RMG.
7. Il s'agit des membres de la famille du ressortissant luxembourgeois, d'un Etat membre de l'Union Européenne, d'un autre Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse.

Graphique 1: Evolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille^a



Depuis 2014, le nombre de communautés domestiques est stable. Au 31 décembre 2017, le FNS compte 10 277 communautés domestiques composées de 20 858 membres, soit 1,9% de communautés domestiques et 0,9% de membres de plus qu'en décembre 2016. Ainsi, 9 300 communautés domestiques bénéficient d'une allocation complémentaire, 1 574 d'une indemnité d'insertion pour une activité d'insertion professionnelle et 253 d'une indemnité d'insertion pour un contrat subsidié⁸. A noter qu'une communauté domestique peut bénéficier en même temps d'une allocation complémentaire et d'une indemnité d'insertion.

1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION

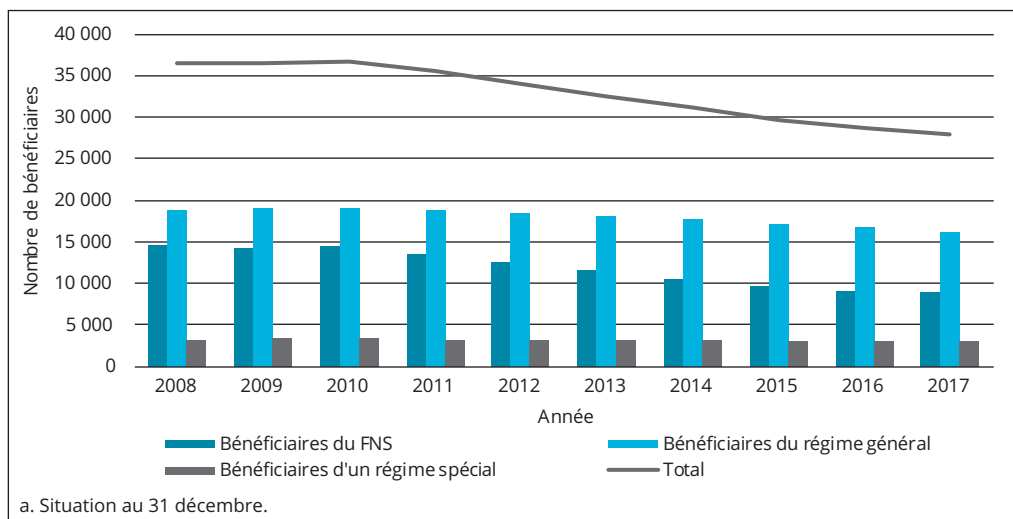
La loi du 28 juin 2002 crée un forfait d'éducation ("Mammerent") qui est accordé au parent qui s'est consacré à l'éducation d'un enfant à condition que sa pension ou celle de son conjoint ne comporte pas, pour l'enfant en question, la mise en compte de baby-years. Le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 65 ans ou au moment de l'octroi d'une pension personnelle.

Pour les bénéficiaires de pension le montant du forfait d'éducation s'élève à 113,20 EUR/mois en 2017, contre 109,46 EUR/mois en 2016. Ce montant est adapté à l'indice du coût de la vie et ajusté au niveau de vie à l'instar des pensions. Il est soumis aux mêmes charges sociales et fiscales que les pensions. Ce forfait d'éducation est avancé par les caisses de pension pour compte du FNS.

Le forfait d'éducation pour les ayants droits qui ne touchent pas de pension est liquidé directement par le FNS. Le montant est figé à 86,54 EUR par mois et par enfant par la loi du 27 juin 2006. Les forfaits d'éducation sont intégralement à charge de l'Etat. La loi du 19 décembre 2008 élargit le cercle des bénéficiaires aux personnes relevant d'un instrument bi- ou multilatéral, en enlevant la condition de domiciliation et de résidence.

8. Art. 13 de la loi modifiée du 29 avril 1999 sur le RMG.

Graphique 2: Evolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension ^a

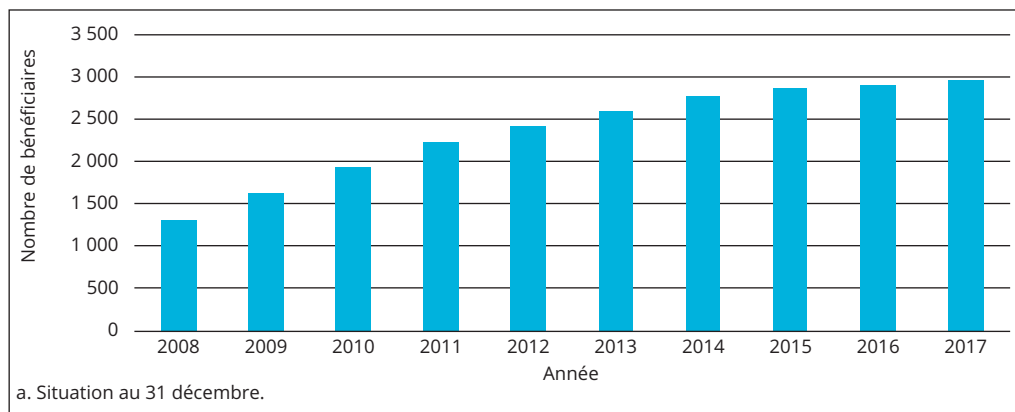


En décembre 2017, le FNS enregistre 8 827 paiements mensuels, les régimes spéciaux renseignent 2 946 liquidations, et les caisses de pension enregistrent 16 172 bénéficiaires. En tout, il y a 27 945 bénéficiaires en décembre 2017, contre 28 725 bénéficiaires en décembre 2016. La régression observée depuis 2011 provient du fait que depuis janvier 2011, l'âge d'ouverture au bénéfice du forfait est de 65 ans. En moyenne deux enfants par demande ouvrent droit au forfait.

1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES

La loi du 12 septembre 2003, entrée en vigueur au 1^{er} juin 2004, introduit un revenu en faveur des personnes gravement handicapées qui présentent une diminution de la capacité de travail d'au moins 30%, et qui sont hors d'état d'exercer un emploi salarié sur le marché de travail ordinaire ou dans un atelier protégé. Les personnes reconnues travailleurs handicapés perçoivent soit un salaire pour travailleurs handicapés, soit un revenu pour personnes gravement handicapées.

Graphique 3: Evolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées ^a

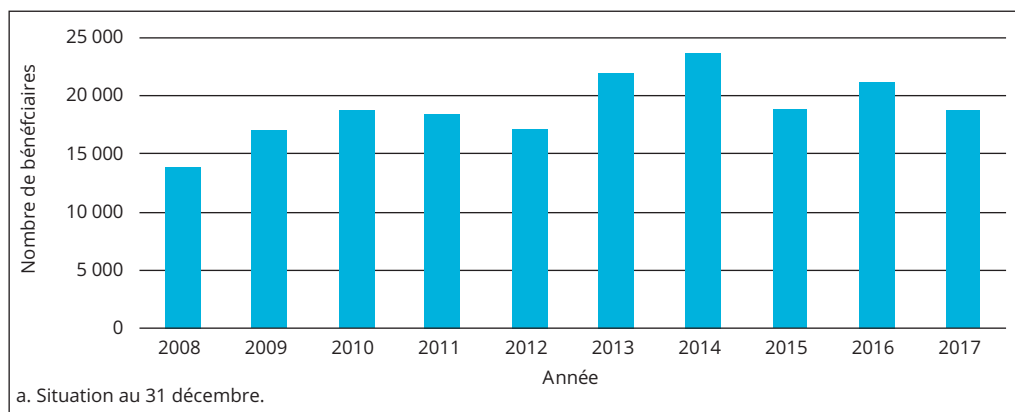


Cette dernière prestation est à charge du FNS. Le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2017 est de 2 964, contre 2 910 pour l'année 2016, soit une augmentation de 1,9%. A noter que le nombre de bénéficiaires s'est plus que doublé entre 2008 et 2017.

1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE

Le règlement du Gouvernement en Conseil du 19 décembre 2008 introduit, à partir de l'année 2009, une allocation de vie chère en lieu et place de l'allocation de chauffage (créée en 1983) en faveur des ménages à revenu modeste. Les montants de cette nouvelle allocation de vie chère sont le double des montants de l'allocation de chauffage. A noter qu'entre 2011 et 2012, ainsi qu'entre 2014 et 2015, il y a eu un retard dans le traitement des nouvelles demandes, ce qui explique la baisse apparente entre ces deux années. Depuis 2015, il existe une nouvelle date limite (30.9.) pour introduire les demandes de l'allocation de vie chère, ce qui a permis de combler ces retards.

Graphique 4: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère ^a

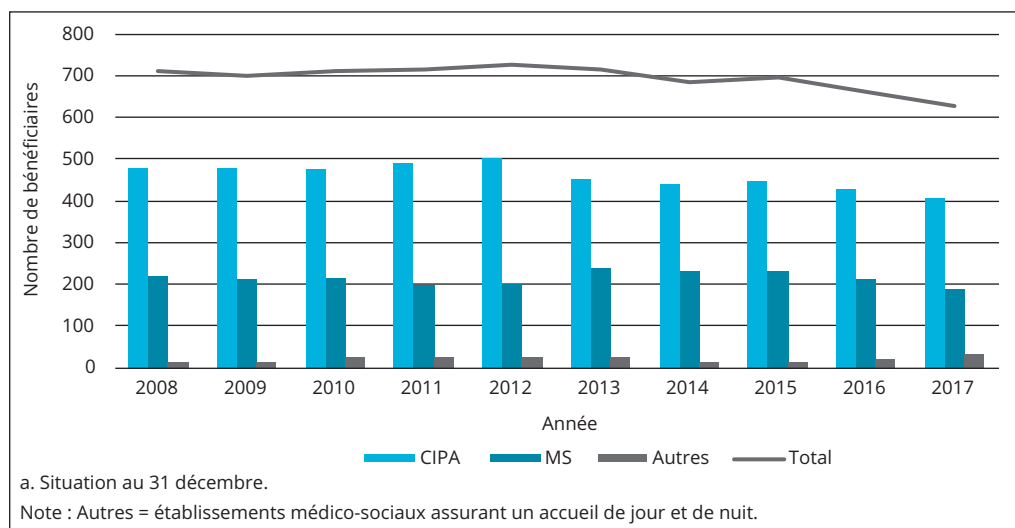


Au 31 décembre 2017, 18 688 ménages bénéficient de l'allocation de vie chère, contre 21 228 en 2016. Cette baisse s'explique par le fait que le FNS ne procède plus à un recalcul si un bénéficiaire change de ménage au cours de l'année.

1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE

Le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique institue une aide au profit des personnes incapables de couvrir par leurs ressources personnelles les dépenses afférentes à ces prestations. Le montant de ce complément est fixé en fonction de la qualité des prestations fournies et des ressources personnelles des usagers. De 1999 à 2004, les institutions couvertes par la loi pour l'accueil gérontologique se limitent aux centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) et aux maisons de soins (MS). Depuis 2004, le FNS est autorisé à participer également aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit, dont notamment certains logements encadrés.

Graphique 5: Evolution du nombre de bénéficiaires du complément accueil gérontologique par lieu de séjour ^a



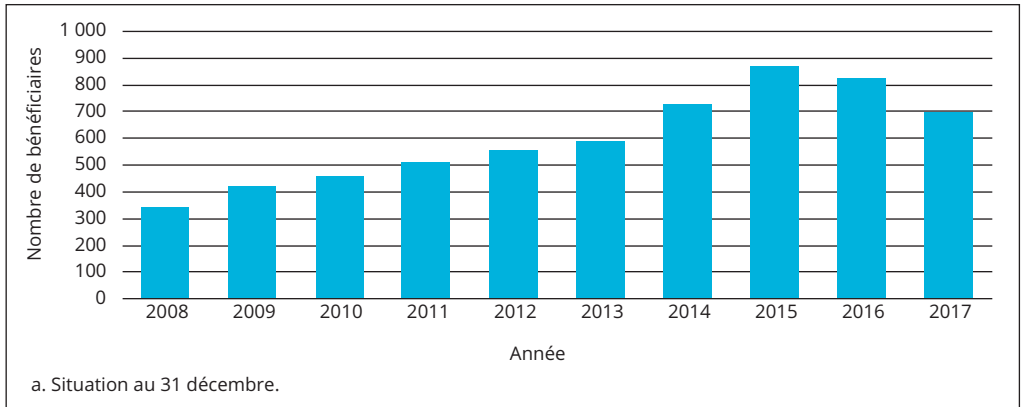
Depuis 2008, les proportions des bénéficiaires résidant dans une maison de soins (MS), dans un centre intégré pour personnes âgées (CIPA) ou dans un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit (Autres) sont stables. En 2017, 65% des bénéficiaires résident dans un CIPA, 30% résident dans une maison de soins, et 5% dans un autre établissement. Au 31 décembre 2017, 626 compléments sont versés, contre 661 en 2016, ce qui présente une diminution de 5,3%.

1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES

La loi du 26 juillet 1980 et le règlement grand-ducal du 2 décembre 1983 règlent l'avance et le recouvrement par le FNS de pensions alimentaires dues à un conjoint, un ascendant ou un descendant.

Tout ayant droit d'une pension alimentaire fixée par décision judiciaire exécutoire au Grand-Duché de Luxembourg non payée par son débiteur, peut faire une demande auprès du FNS pour toucher une avance sur la pension alimentaire. La condition est que le bénéficiaire se trouve dans une situation économique difficile et ait personnellement épuisé toutes les possibilités légales pour obtenir son droit.

Graphique 6: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire ^a



Depuis la création de ce droit en 1980, le nombre de demandes suit une évolution croissante jusqu'en 2015. Il y a une rupture de série entre 2013 et 2014 : jusqu'en 2013, ce sont les ménages qui sont les bénéficiaires. A partir de 2014, chaque personne bénéficiaire du ménage est comptabilisée. Au 31 décembre 2017, 699 personnes sont bénéficiaires, contre 825 personnes en 2016. La diminution des bénéficiaires observée depuis 2015 résulte d'une augmentation des contrôles de la part du FNS.

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 230 au 31 décembre 2017. Seulement 0,9% sont à charge du FNS, le reste relève de la Caisse Nationale d'Assurance Pension (CNAP).

L'allocation pour personnes gravement handicapées (APGH) est abolie en 1999, et le nombre de bénéficiaires de l'APGH a diminué de 2 713 personnes au 31 décembre 1999 à 586 personnes au 31 décembre 2017.

2. LA SITUATION FINANCIÈRE

En 1960, le FNS est créé afin de combler les dernières lacunes laissées par le système de sécurité sociale qui est en train de se mettre en place, notamment par le paiement d'une pension de solidarité, basée sur les ressources. Le financement y prévu est appliqué jusqu'aujourd'hui. Il se compose essentiellement d'une dotation de l'Etat et d'une part dans le produit de la Loterie Nationale. De plus, toutes les prestations sont restituables (en cas de bénéficiaires revenus à meilleure fortune), sauf l'allocation d'éducation et l'allocation de vie chère.

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

L'Etat verse au FNS des dotations destinées à couvrir les besoins résultant des obligations définies par les différentes lois relatives aux prestations à liquider. Le reste des prestations est couvert par des recettes provenant d'établissements d'utilité publique (Loterie nationale et Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte), ainsi que par des remboursements et restitutions effectués par des bénéficiaires de ces prestations. Les frais d'administration sont remboursés au FNS par l'Etat.

Tableau 1: Evolution des recettes et des dépenses globales du FNS (en millions EUR)

Exercice	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes					
Dotations de l'Etat	288,8	302,1	288,7	282,8	298,1
Participation d'autres organismes ^a	6,7	5,0	6,6	13,5	3,6
Participation de l'Etat aux frais d'administration	7,0	7,4	7,8	8,2	8,6
Restitutions et pensions alimentaires recouvrées	17,3	17,2	19,8	18,4	17,8
Autres recettes	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
TOTAL DES RECETTES	320,1	331,9	323,1	323,1	328,4
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,1%</i>	<i>3,7%</i>	<i>-2,7%</i>	<i>0,0%</i>	<i>1,6%</i>
Dépenses					
Frais d'administration	7,0	7,4	7,8	8,2	8,6
Prestations	311,5	322,3	312,2	314,2	319,1
dont:					
Revenu minimum garanti (RMG)	157,5	165,0	165,4	165,9	175,1
Forfait d'éducation ("Mammerent")	66,1	63,1	59,9	57,6	56,1
Revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH)	37,9	41,7	42,9	43,7	45,3
Allocation de vie chère	38,3	41,1	32,7	36,0	32,2
Accueil gérontologique	8,5	8,2	8,0	8,0	7,8
Pensions alimentaires	2,8	3,0	3,1	2,8	2,4
Allocations compensatoires	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
Autres dépenses	1,7	2,2	3,1	0,7	0,6
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	320,1	331,9	323,1	323,1	328,4
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,1%</i>	<i>3,7%</i>	<i>-2,7%</i>	<i>0,0%</i>	<i>1,6%</i>
Solde des opérations courantes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

a. Loterie nationale et Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte.

Entre 2013 et 2015, l'augmentation des dépenses est stable. La diminution des dépenses en 2015 résulte surtout de la diminution de l'allocation de vie chère. En 2016, les dépenses restent stables et en 2017, une légère augmentation des dépenses de 1,6% est observée.

Le coût total des **prestations RMG**⁹, charges sociales comprises, atteint un montant de 175,1 millions EUR en 2017, soit une augmentation de 5,5% par rapport à 2016. Parmi les prestations RMG, les allocations complémentaires affichent un montant de 134,7 millions EUR, et les indemnités d'insertion un montant de 40,4 millions EUR.

La dépense totale relative au **forfait d'éducation** pour l'exercice 2017 s'élève à 56,1 millions EUR, contre 57,6 millions EUR en 2016. Cette régression de 1,0% s'explique par une diminution du nombre de bénéficiaires. Les prestations liquidées directement par le FNS se chiffrent à 19,3 millions EUR. Les régimes spéciaux se sont acquittés de 6,5 millions EUR et les caisses de pension ont alloué 30,3 millions EUR.

Pour 2017, les dépenses annuelles du **revenu pour personnes gravement handicapées** se chiffrent à 45,3 millions EUR, contre 43,7 millions EUR pour 2016 (cotisations sociales comprises). L'augmentation de 3,6% de la dépense s'explique par l'augmentation du nombre de bénéficiaires. En fait, depuis son introduction en 2005, les dépenses ont plus que quadruplées, sachant que la dépense affiche 10,6 millions EUR en 2006.

La dépense annuelle pour l'exercice 2017 relative à **l'allocation de vie chère** s'élève à 32,2 millions EUR, contre 35,9 millions EUR en 2016, soit une diminution de 10,3%, due à la baisse du nombre de bénéficiaires.

La dépense relative aux **prestations de l'accueil gérontologique** varie avec l'évolution du nombre de bénéficiaires et avec celle du montant moyen payé. En 2017, le montant de la dépense diminue de 2,5%, suite à la diminution du nombre de bénéficiaires.

Le coût annuel des **pensions alimentaires** est influencé par le nombre de demandes acceptées, par le niveau du montant alloué et par le montant du recouvrement de pensions avancées. Les niveaux des montants des pensions alimentaires avancées par le FNS sont influencés d'une part par le nombre des personnes faisant partie d'un ménage, et d'autre part par le fait que le législateur n'a pas fixé de plafonds, de sorte que le FNS doit s'acquitter du montant fixé par décision judiciaire. Ainsi la fourchette des montants avancés est assez large. En 2017, ce coût atteint 2,4 millions EUR, contre 2,8 millions EUR en 2016.

En 2017, le montant des dépenses des **allocations compensatoires** est de 0,20 millions EUR, contre 0,23 millions EUR en 2016.

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 en 2017, les dépenses pour l'allocation pour personnes gravement handicapées s'élèvent à 5,08 millions EUR, contre 5,14 millions EUR en 2016, soit une baisse de 1,2%.

9. Les prestations RMG comprennent le complément RMG, l'indemnité d'insertion, les cotisations d'assurance pension selon l'art.18 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti, et les prestations de participation aux frais de personnel en cas d'engagement d'un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion moyennant contrat de travail selon l'art.13 de la loi précitée.

2.2. LES RECETTES COURANTES

En 2017, les dotations de l'Etat s'élèvent à 298,1 millions EUR, contre 282,8 millions EUR en 2016. Les frais d'administration affichent 8,6 millions EUR en 2017. A noter que depuis 2013, la quote-part du FNS dans les recettes de l'Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte a été relevée à un tiers, contre un quart auparavant. Ainsi, ces recettes augmentent de 5,1 millions EUR en 2012 à 6,7 millions EUR en 2013. En 2017, ils diminuent à 3,6 millions EUR, contre 13,5 millions EUR en 2016, dû à un redressement de la part de l'Œuvre. En ce qui concerne les restitutions de prestations indûment touchées, la façon de comptabiliser les recouvrements change en 2013, en distinguant dorénavant entre les montants de l'exercice en cours, qui sont classés comme extourne dépenses, et ceux relatifs aux exercices écoulés, qui sont classés comme recettes. Auparavant, la contrepartie de tous les indus était imputée comme recette. Ceci explique la baisse des restitutions entre 2012 et 2013. En 2017, les restitutions baissent de 3,3% à 17,8 millions EUR.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les prestations constituent presque la totalité des dépenses courantes, les frais d'administration ne représentant que 2,6% du total. En 2017, le montant total des prestations payées par le FNS atteint 319,1 millions EUR, contre 314,2 millions EUR pour l'année précédente. Le total des dépenses courantes augmente à 328,4 millions EUR, contre 323,1 millions EUR en 2016, soit un surplus de 1,6%.

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Protection sociale	9
Tableau 1: Panorama de la protection sociale	10
Tableau 2: Evolution des recettes et dépenses totales de protection sociale	19
Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2017	22
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2017	23
Tableau 5: Evolution du nombre de personnes protégées entre 2013 et 2017	24
Tableau 6: Evolution annuelle de la population protégée entre 2013 et 2017	24
Assurance maladie-maternité	27
Tableau 1: Médecins professionnellement actifs par catégorie et sexe au 31 décembre 2017	35
Tableau 2: Évolution de la densité médicale pour 1 000 personnes protégées résidentes de 2013 à 2017	36
Tableau 3: Evolution du nombre des médecins hospitaliers de 2014 à 2018	36
Tableau 4: Evolution du nombre de professions de santé dans les établissements hospitaliers (exprimées en ETP) de 2013 à 2017	37
Tableau 5: Evolution de la densité d'infirmiers pour 1000 personnes protégées résidentes entre 2013 et 2017	38
Tableau 6: Evolution des revenus moyens annuels des infirmiers hospitaliers de 2013 à 2017	38
Tableau 7: Evolution du nombre des pharmaciens de 2008 à 2017	38
Tableau 8: Evolution du nombre de salariés du secteur hospitalier par sexe et pays de résidence en 2017 et 2018	40
Tableau 9: Evolution du nombre de concessions de pharmacie	41
Tableau 10: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2018	41
Tableau 11: Evolution des dépenses pour soins de santé (en millions EUR) de 2013 à 2017	43
Tableau 12: Evolution des prestations de soins de santé à l'étranger de 2013 à 2017	45
Tableau 13: Evolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger entre 2015 et 2017	46
Tableau 14: Répartition du total des autorisations sollicitées par pays fournisseur en 2017	46
Tableau 15: Evolution de la distribution des soins consommés	48
Tableau 16: Evolution du volume des honoraires des médecins depuis 2008	53
Tableau 17: Evolution du type d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus de 2013 à 2017	59
Tableau 18: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2017	63
Tableau 19: Evolution des frais des autres professions de santé de 2013 à 2017	63
Tableau 20: Evolution des prestations en espèces de maladie	64
Tableau 21: Taux d'absentéisme maladie 2017 selon la résidence, le sexe et le type d'activité	68
Tableau 22: Evolution des prestations en espèces de maternité de 2015 à 2017	72
Tableau 23: Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge en 2017	72
Tableau 24: Accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2017, selon le type et le groupe d'âge	74
Tableau 25: Proportion, par groupe d'âge, des accouchements suivis d'un allaitement, parmi l'ensemble des accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2017	75
Tableau 26: Répartition sectorielle des dispenses ayant pris fin au cours de l'année 2017	76
Tableau 27: Proportion de congés de maternité, ayant pris fin au cours de l'année 2017, précédés d'une dispense, selon le secteur d'activité	77
Tableau 28: Proportion de travailleurs ayant bénéficié d'un congé pour raisons familiales qui a pris fin au cours de l'année considérée	77
Tableau 29: Evolution financière globale de l'assurance maladie-maternité	78
Tableau 30: Evolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité	80
Tableau 31: Evolution des recettes et dépenses globales de la Mutualité des Employeurs entre 2013 et 2017	82

Assurance dépendance

85

Tableau 1: Evolution des effectifs du personnel	90
Tableau 2: Evolution du personnel par qualification	90
Tableau 3: Evolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance	93
Tableau 4: Evolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour	94
Tableau 5: Evolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour	94
Tableau 6: Evolution de l'âge moyen et de l'âge median de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance	95
Tableau 7: Evolution du nombre de bénéficiaires par groupe d'âge et lieu de séjour	95
Tableau 8: Répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et par type d'affection	96
Tableau 9: Âge moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type d'affection	96
Tableau 10: Evolution du nombre de bénéficiaires d'un accord pour soins palliatifs par année de décès	97
Tableau 11: Evolution de l'âge moyen et de l'âge médian des bénéficiaires d'un accord pour soins palliatifs	97
Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2017	98
Tableau 13: Classification des causes de la dépendance selon la CEO	100
Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2017	101
Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2017	102
Tableau 16: Evolution du temps total moyen requis par semaine	105
Tableau 17: Répartition des bénéficiaires selon le temps total non pondéré requis par semaine	105
Tableau 18: Répartition des bénéficiaires par classe de temps requis pour les actes essentiels de la vie	106
Tableau 19: Evolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV)	107
Tableau 20: Les activités de soutien dans le cadre de l'assurance dépendance	108
Tableau 21: Evolution des bénéficiaires d'activités de soutien	108
Tableau 22: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien	109
Tableau 23: Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de conseil par classe de temps	111
Tableau 24: Temps moyen requis (en heures) pour les différents types de prestations de l'assurance et cause principale de dépendance en 2017	112
Tableau 25: Evolution de la répartition des bénéficiaires par type de partage	113
Tableau 26: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par sexe en 2017	114
Tableau 27: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par groupe d'âge en 2017	114
Tableau 28: Répartition des aidants informels dont la cotisation assurance pension est prise en charge entre le 1 ^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2017 par groupe d'âge et sexe	115
Tableau 29: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO	116
Tableau 30: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale	117
Tableau 31: Evolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement	118
Tableau 32: Evolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2007	119
Tableau 33: Evolution des prestations par groupe d'âge et lieu de séjour du bénéficiaire	120
Tableau 34: Evolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire	122
Tableau 35: Evolution du coût des prestations en nature par type de prestation au Luxembourg	123
Tableau 36: Evolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature	124
Tableau 37: Répartition des dépenses pour les prestations en nature en 2016 par groupe d'âge des bénéficiaires	124
Tableau 38: Evolution des dépenses pour les actes essentiels de la vie par domaine	125
Tableau 39: Evolution des dépenses pour les activités de soutien par type de soutien	125
Tableau 40: Répartition des prestations à domicile par type de partage	126
Tableau 41: Evolution des dépenses pour les bénéficiaires de prestations forfaitaires	127
Tableau 42: Evolution des dépenses pour les aides techniques	127
Tableau 43: Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié	128
Tableau 44: Evolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance	129
Tableau 45: Evolution de la contribution de l'Etat aux recettes de l'assurance dépendance	129

Assurance pension	133
Tableau 1: Evolution des prestations en cours de paiement	136
Tableau 2: Evolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension	142
Tableau 3: Evolution des principales dépenses en prestations	144
Tableau 4: Evolution de la situation du régime général de pension	145
Assurance Accident	147
Tableau 1: Evolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général	150
Tableau 2: Evolution du nombre des dégâts matériels	151
Tableau 3: Evolution du nombre des rentes par régime	152
Tableau 4: Evolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux par régime	153
Tableau 5: Evolution de la répartition des rentes accordées avant la réforme et rachats de rentes pour tous les régimes	154
Tableau 6: Evolution des opérations courantes de l'assurance accident	154
Tableau 7: Evolution des recettes et des dépenses globales de l'assurance accident	155
Tableau 8: Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2017	156
Tableau 9: Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2017	157
Tableau 10: Evolution du montant des prestations du régime général (régimes spéciaux exclus)	158
Tableau 11: Evolution du montant des prestations des régimes spéciaux	159
Prestations familiales	161
Tableau 1: Evolution du nombre de bénéficiaires des prestations familiales (situation au 31 décembre - uniquement paiements courants)	167
Tableau 2: Evolution des recettes et dépenses globales de la CAE (en millions EUR)	168
Tableau 3: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger	172
Inclusion sociale	173
Tableau 1: Evolution des recettes et des dépenses globales du FNS	182



SOMMAIRE DES GRAPHIQUES

Protection sociale	9
Graphique 1: Evolution des recettes courantes de la protection sociale	12
Graphique 2: Evolution du financement de la protection sociale	13
Graphique 3: Evolution de la participation de l'Etat au financement de la protection sociale	14
Graphique 4: Répartition de la participation de l'Etat au financement des régimes de protection sociale	14
Graphique 5: Evolution des dépenses courantes de la protection sociale	16
Graphique 6: Evolution des dépenses de protection sociale par fonction	17
Graphique 7: Evolution des prestations de protection sociale par fonction	17
Graphique 8: Evolution des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale	19
Graphique 9: Répartition de la population protégée par âge en 2017	23
Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2013-2017	25
Assurance maladie-maternité	27
Graphique 1: Organigramme des soins de santé au Luxembourg en 2017	29
Graphique 2: Catégories des médecins	30
Graphique 3: Evolution du nombre de médecins autorisés à exercer par catégorie de 2008 à 2017	33
Graphique 4: Rapport des médecins autorisés à exercer et des médecins professionnellement actifs de 2008 à 2017	34
Graphique 5: Pyramide des âges des médecins praticiens par catégorie et sexe au 31 décembre 2017	35
Graphique 6: Pyramide des âges des médecins praticiens par sexe au 31 décembre 2008 et 2017	36
Graphique 7: Répartition des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2017	44
Graphique 8: Répartition des remboursements de soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés en 2017	48
Graphique 9: Les soins de santé au Luxembourg : nombre de patients et remboursement moyen par sexe et âge en 2017	49
Graphique 10: Contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2017	50
Graphique 11: Evolution des contacts médicaux de 2008 à 2017	51
Graphique 12: Evolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2015 à 2017	51
Graphique 13: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2017	53
Graphique 14: Evolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2013 et 2017	54
Graphique 15: Répartition des types de journées prestées avec nuitée en 2017	56
Graphique 16: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2017	56
Graphique 17: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2017	57
Graphique 18: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2017	58
Graphique 19: Nombre de cas d'hospitalisations de jour en 2017 par groupe d'âge (hôpitaux aigus)	60
Graphique 20: Durée moyenne de séjour en 2017 par groupe d'âge et sexe (hôpitaux aigus)	60
Graphique 21: Evolution du nombre d'accouchement par césarienne et du nombre d'accouchements normaux de 2008 à 2017	61
Graphique 22: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2008 et 2017	62
Graphique 23: Evolution du taux d'absentéisme maladie depuis 2008	66
Graphique 24: Evolution des taux d'absentéisme maladie de courte et de longue durée depuis 2008	67
Graphique 25: Evolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie pour les années 2016 et 2017	67
Graphique 26: Taux d'absentéisme maladie selon le groupe d'âge en 2016 et 2017	68
Graphique 27: Taux d'absentéisme maladie selon le secteur d'activité en 2016 et 2017	69
Graphique 28: Décomposition du taux d'absentéisme maladie (3,33%) selon la raison médicale en 2017	70
Graphique 29: Poids des principales raisons médicales dans la fréquence et dans le nombre de jours d'absences en 2017	71

Graphique 30: Décomposition du taux d'absentéisme maladie selon la raison médicale - évolution entre 2015 et 2017	71
Graphique 31: Evolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité	73
Graphique 32: Evolution de la proportion des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans ayant bénéficié d'un congé de maternité	73
Graphique 33: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 2003 et 2017	74
Graphique 34: Evolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail	75
Graphique 35: Evolution de la proportion de congés de maternité qui ont été précédés d'une dispense	76
Graphique 36: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2008 à 2017	79
Graphique 37: Evolution des recettes et dépenses courantes à partir de 2013	80
Graphique 38: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2017	81

Assurance dépendance 85

Graphique 1: Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance	93
Graphique 2: Temps moyen requis par semaine et groupe d'âge du bénéficiaire	104
Graphique 3: Evolution du temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge	107
Graphique 4: Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de soutien par classe de temps requis non pondéré	109
Graphique 5: Répartition du temps moyen requis par groupe d'âge en 2017	110
Graphique 6: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien par sexe	110
Graphique 7: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien par lieu de séjour	111
Graphique 8: Evolution du coût des prestations par groupe d'âge et sexe du bénéficiaire	121
Graphique 9: Evolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire	121
Graphique 10: Evolution et taux de croissance de la contribution forfaitaire de l'Etat	130
Graphique 11: Evolution du solde global cumulé de l'assurance dépendance	131
Graphique 12: Evolution du taux de cotisation d'équilibre	131

Assurance pension 133

Graphique 1: Répartition des pensions 2017 par type de pension et par sexe du bénéficiaire	137
Graphique 2: Part des pensions migratoires par type de pension en 2017	137
Graphique 3: Répartition des pensions 2017 par pays de destination	138
Graphique 4: Nouvelles pensions vieillesse attribuées en 2017 par âge d'entrée	139
Graphique 5: Evolution du nombre moyen d'assurés et de pensions	140
Graphique 6: Niveau moyen des pensions 2017 par type de pension	141
Graphique 7: Evolution des dépenses et recettes courantes du régime général de pension	143
Graphique 8: Evolution de la réserve du régime général de pension	145

Assurance Accident 147

Graphique 1: Evolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident	149
Graphique 2: Evolution du nombre d'accidents déclarés par régime	149
Graphique 3: Evolution du nombre d'accidents déclarés du régime général par type d'accident	150

Prestations familiales 161

Graphique 1: Evolution du nombre d'enfants bénéficiaires par groupe d'âge et du nombre des familles	164
Graphique 2: Evolution des dépenses courantes	170
Graphique 3: Evolution des prestations familiales transférées à l'étranger	171

Inclusion sociale 173

Graphique 1: Evolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille	177
Graphique 2: Evolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension	178

Graphique 3: Evolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées	179
Graphique 4: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère	179
Graphique 5: Evolution du nombre de bénéficiaires du complément accueil gérontologique par lieu de séjour	180
Graphique 6: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire	181



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.
Activité d'insertion professionnelle (du SNAS) (IS)	Les activités d'insertion professionnelle prennent la forme: a) de préparation et de recherche assistées, pendant une durée qui ne peut excéder trois mois, d'une activité professionnelle rémunérée ou d'une des activités visées sous b) et c) ci-dessous; b) d'affectation temporaire à des travaux d'utilité collective auprès de l'Etat, des communes, des établissements publics, des établissements d'utilité publique ou de tout autre organisme, institution ou groupement de personnes poursuivant un but non lucratif ; c) d'affectation temporaire à un stage en entreprise.
Activité de soutien (AD)	L'activité de soutien a pour objectif de maintenir voire de restaurer les capacités de la personne à exécuter les actes essentiels de la vie de façon autonome. Dans un certain nombre de situations, lorsque le bénéficiaire séjourne à domicile, elle a également pour but de permettre à l'aidant informel de prendre du répit. Les activités de soutien sont soit des activités individuelles, soit des activités de groupe.
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 informel (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 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'éducation (PF)	L'allocation d'éducation a été introduite en 1988 et abolie au 1 ^{er} juin 2015. Elle a pour but de donner aux parents la possibilité d'être plus disponibles pour l'éducation des enfants en bas âge. Depuis 2015, elle continue à être versée aux bénéficiaires tant que le droit persiste.
Allocation de 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 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 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 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.
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.
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 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 des pensions alimentaires (IS)	Le Fonds national de solidarité (FNS) avance et recouvre, sous certaines conditions, les pensions alimentaires dues aux conjoints, ascendants ou descendants. La pension alimentaire (également appelée "obligation alimentaire") est une compensation financière versée, normalement par décision de justice, à une personne dont il s'agit d'assurer la subsistance alimentaire. Elle forme l'obligation légale de fournir à une personne dans le besoin l'aide indispensable pour vivre.
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).

Baby-years (AP)	La période dite "baby-years" est une période d'assurance de 2 années mise en compte dans la carrière d'assurance pension du parent qui s'est consacré au Grand-Duché de Luxembourg à l'éducation d'un enfant légitime, légitimé, naturel ou adoptif âgé de moins de 4 ans lors de l'adoption. La période prévue de 24 mois est étendue à 48 mois si, au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant, l'intéressé élève dans son foyer au moins deux autres enfants ou si l'enfant est atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou d'une diminution permanente d'au moins 50 % de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge.
Caisse pour l'avenir des enfants (PF)	Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 23 juillet 2016, l'ancienne Caisse nationale des prestations familiales a changé de dénomination pour devenir la " Caisse pour l'avenir des enfants " (CAE). Elle regroupe au sein d'une entité nationale la gestion et le paiement de toutes les prestations familiales du Luxembourg, du congé parental et du chèque-service accueil pour travailleurs résidents et frontaliers.
Centre intégré pour personnes âgées (AD)	Service qui garantit un accueil gérontologique et des soins, principalement de jour et de nuit et pour une durée non limitée dans le temps, à au moins trois personnes âgées, en leur offrant entre autres des prestations d'hébergement, d'entretien, d'assistance au niveau des activités de la vie quotidienne, de guidance psycho-médico-sociale, d'animation et de loisir, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et le soutien pris en charge par l'assurance dépendance.
Centre semi-stationnaire (AD)	Institution accueillant soit de jour soit de nuit en cas de maintien à domicile des personnes dépendantes, en leur assurant les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance pendant leur séjour dans ce centre.
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.
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 100 000 habitants.
Désindexation	La désindexation consiste en la suppression de l'adaptation d'une prestation ou d'un revenu à un index, par exemple la hausse des prix.
Diagnostic de sortie (AM)	Le diagnostic de sortie est encodé par le médecin traitant lors de la sortie de l'hôpital du patient. Ce diagnostic est codé selon la classification internationale des maladies 10e révision (CIM 10). Généralement, le diagnostic de sortie correspond à la cause d'hospitalisation.
Droits dérivés (PS)	Les droits dérivés en droit de la sécurité sociale désignent certains droits à prestations sociales dont bénéficie une personne en vertu d'un lien avec un assuré social.

Durée moyenne de séjour (DMS) (AM)	La durée moyenne de séjour à l'hôpital (DMS) est fréquemment utilisée pour mesurer l'activité de l'hôpital. Toutes choses égales par ailleurs, un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients hospitalisés vers le cadre moins onéreux des soins post-aigus (réhabilitation, convalescence). La DMS est le nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle est généralement calculée en divisant le nombre total de journées passées par tous les patients au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties. Les soins dispensés en ambulatoire, les hospitalisations de jour et les hospitalisations pour traitements subaigus (rééducation, convalescence, etc.) ne sont pas pris en compte. A noter que la DMS n'est pas calculée sur base des épisodes et n'inclut pas les transferts entre plusieurs hôpitaux.
Ecart de réévaluation (de l'OPC du FDC) (AP)	L'écart de réévaluation correspond à la différence entre la valeur nette au 31 décembre d'une année et celle au 31 décembre de l'année précédente des fonds placés par le FDC dans son organisme de placement collectif (OPC).
Episode de maladie (PEE) (AM)	Un épisode de maladie est une période constituée de jours civils de maladie consécutifs. Une rechute précédée d'une reprise du travail est considérée comme un nouvel épisode.
Episode hospitalier (AM)	Un épisode hospitalier est la période mise en compte pour un patient lors d'une hospitalisation complète, ininterrompue, même si cette hospitalisation comporte des transferts vers d'autres établissements spécialisés (p.ex. INCCI, Rehazenter, etc.) ou commence avec une hospitalisation du jour.
Etablissement d'aides et de soins à séjour continu (AD)	Institution hébergeant de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant, dans le cadre de l'établissement, l'intégralité des aides et soins requis de leur état de dépendance.
Etablissement d'aides et de soins à séjour intermittent (AD)	Institution hébergeant de jour et de nuit de façon prépondérante des personnes dépendantes relevant de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ou bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 4, alinéa 5 et 6 de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales. L'établissement doit dispenser tous les aides et soins requis par la personne dépendante pendant la durée de séjour dans l'établissement d'après les conditions et modalités fixées par la convention-cadre.
Etablissement hospitalier aigu (AM)	Etablissement qui preste des soins curatifs, c'est-à-dire des services médicaux et autres dans l'objectif de guérir une maladie ou une blessure ou d'en empêcher l'aggravation, ou de prévenir la survenue de complications qui pourraient mettre en danger la vie du patient ou compromettre le fonctionnement normal de son organisme.

Etablissement hospitalier subaigu (AM)	Etablissement de convalescence, de rééducation ou de réadaptation.
Evolution anticyclique	Par rapport aux cycles économiques, se dit d'une évolution qui va à l'opposé des périodes de croissance ou de ralentissement de la croissance.
Fonds de compensation commun au régime général de pension (AP)	Le Fonds de compensation commun au régime général de pension a été institué par la loi modifiée du 6 mai 2004 sur l'administration du patrimoine du régime général de pension. Il a pour mission d'assurer la gestion de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension dans la perspective de faire bénéficier la majeure partie de cette réserve de compensation de l'évolution des marchés financiers en diversifiant ses actifs dans un portefeuille tenant à la fois compte de critères de risque et de rendement.
Fonds national de solidarité (IS)	Le Fonds national de solidarité (FNS) est un établissement public qui gère et coordonne les prestations de l'assistance sociale.
Forfait d'éducation (IS)	Le forfait d'éducation, appelé "Mammerent", est destiné au parent, ou toute autre personne en lieu et place des parents, qui s'est consacré principalement à l'éducation d'un ou de plusieurs enfants. Le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 65 ans.
Hôpital aigu (AM)	Etablissement hospitalier prodiguant des soins curatifs de courte à moyenne durée dont les tâches principales consistent à soigner des maladies, effectuer des actes chirurgicaux, thérapeutiques et de diagnostic et aider les femmes qui accouchent. Sont exclus de ce groupe les hôpitaux traitant les patients ayant besoin de soins de longue durée du fait de souffrir de handicaps chroniques et d'une autonomie réduite dans les activités de la vie quotidienne et les établissements réservés aux soins palliatifs.
Hospitalisation (avec nuitée) (AM)	Une hospitalisation avec nuitée, appelée aussi hospitalisation complète, comprend au moins un jour (le jour de l'admission) et une nuit à l'hôpital.

Hospitalisation de jour (AM)	<p>Les hospitalisations de jour regroupent les hospitalisations de jour proprement dites (avec admission à l'hôpital et sortie le même jour) et les places de surveillance.</p> <p>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.</p> <p>Certains sites hospitaliers ne disposent pas de places de surveillance et doivent facturer d'office une hospitalisation de jour (soins normaux) pour ces cas.</p> <p>Les prestations en policlinique ou similaires (p.ex. sessions de chimiothérapie ou de dialyse) ne sont pas considérées comme hospitalisations.</p>
Inclusion sociale (IS)	<p>L'inclusion sociale consiste en un ensemble d'actions et de dispositifs qui visent à couvrir les besoins des personnes défavorisées et à les soutenir afin de leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine et de pouvoir participer pleinement à la société. Dans son acception la plus large, l'inclusion sociale couvre tous les domaines de la société. Dans une perspective de protection sociale, seules les principales prestations individuelles en espèces et en nature, la plupart sous condition de ressources, qui participent au processus d'inclusion sociale, sont retenues.</p>
Indemnisation des dégâts matériels accessoires (AA)	<p>Si un accident du travail ou de trajet a provoqué un dommage corporel, l'Assurance accident indemnise le dégât causé aux vêtements ou autres effets personnels que l'assuré portait au moment de l'accident.</p>
Indemnité d'insertion (cadre du RMG) (IS)	<p>Indemnité destinée aux personnes majeures âgées de moins de 60 ans qui sont aptes et disponibles pour des mesures d'insertion professionnelle, qui ont signé le contrat d'insertion et qui participent aux activités d'insertion professionnelle organisées par le SNAS.</p>
Indemnité forfaitaire pour douleurs physiques endurées (AA)	<p>Indemnité visant à réparer les souffrances endurées par l'assuré jusqu'à la consolidation de ses lésions. Elle est destinée à réparer le dommage causé par les douleurs physiques spécifiques au type de blessures encourues ainsi que celles causées par les traitements chirurgicaux et thérapeutiques que leur guérison a nécessités. Elle consiste dans un forfait fixé sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'une échelle tenant compte de la gravité du préjudice.</p>

Indemnité forfaitaire pour douleurs physiques esthétiques (AA)	Le préjudice esthétique peut être défini comme la répercussion d'une atteinte anatomique ou anatomo-physiologique à la personne, entraînant chez la victime une altération de l'image qu'en ont les autres, mais aussi une altération de l'image de soi, atteinte psychologique limitée que le médecin sait être habituelle. L'importance du préjudice esthétique est appréciée en fonction des séquelles laissées par la blessure subie (p.ex. localisation et apparence des cicatrices et infirmités) et de l'âge de la victime. Le préjudice esthétique est indemnisé par un forfait et il appartient au Contrôle médical de la sécurité sociale d'évaluer ce préjudice à l'aide d'une échelle numérique similaire quant à la graduation à celle utilisée pour la détermination du préjudice pour douleurs endurées, mais en partie différente quant aux montants.
Indemnité pour dommage moral forfaitaire (AA)	Si le décès d'un assuré a pour cause principale un accident du travail survenu ou une maladie professionnelle déclarée à partir du 1 ^{er} janvier 2011, les survivants ont droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire. L'indemnisation consiste dans des forfaits fixés par règlement grand-ducal, compte tenu du droit à une rente de survie ou des liens ayant existé entre l'assuré et l'ayant droit. Le forfait ne saurait dépasser quatre mille quatre cents euros au nombre indice cent du coût de la vie par survivant.
Indemnité pour le congé parental (PF)	Montant mensuel versé par la CAE aux parents qui bénéficient d'un congé parental pendant la durée de celui-ci.
Indemnité pour préjudices extrapatrimoniaux (AA)	Lorsqu'un assuré est atteint d'une incapacité de travail des suites d'un accident du travail ou de trajet ou d'une maladie professionnelle déclarée à compter du 1 ^{er} janvier 2011, il peut demander auprès de l'Association d'assurance accident (AAA), selon les cas et sous certaines conditions, des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux. L'octroi de ces indemnités a pour objectif de réparer les suites de l'accident du travail ou de trajet ou de la maladie professionnelle subies par l'assuré qui n'ont pas de conséquence sur l'état de son patrimoine.
Indicateur conjoncturel de la fécondité (AM)	L'indicateur conjoncturel de la fécondité mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.
Indice du coût de la vie	L'indice du coût de la vie est équivalent à l'indice des prix à la consommation qui est un indicateur économique élaboré pour mesurer les variations, dans le temps, des prix des biens de consommation et des services acquis, utilisés ou payés par les ménages.

Lettre-clé (AM)	La valeur monétaire de la prestation fournie correspond au coefficient de l'acte multiplié par une lettre-clé. C'est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnaire. La lettre-clé permet de suivre l'indexation des salaires, en conséquence le tarif des prestations des médecins est ajusté à chaque indexation. De plus, différentes valeurs de lettre-clés existent pour différents types de prestataires (ex. médecins, laboratoires, infirmiers, etc.).
Maison de soins (AD)	Service qui garantit un accueil gérontologique et des soins, principalement de jour et de nuit et pour une durée non limitée dans le temps, à au moins trois personnes, en leur offrant entre autres des prestations d'hébergement, d'entretien, d'assistance au niveau des activités de la vie quotidienne, de guidance psycho-médico-sociale, d'animation et de loisir, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et le soutien stationnaire pris en charge par l'assurance dépendance, et dont les usagers nécessitent en principe plus de 12 heures de prestations hebdomadaires d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie pris en charge par l'assurance dépendance.
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.
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 (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 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 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).
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.
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).
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.

Prestations de naissance (PF)	<p>Les prestations de naissance ont pour objectif la prévention pour la mère et l'enfant, de problèmes de santé résultant de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que la réduction de la mortalité infantile, moyennant une surveillance médicale commençant au début de la grossesse et allant en ce qui concerne l'enfant jusqu'à son deuxième anniversaire.</p> <p>Les prestations de naissance sont allouées en trois tranches :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'allocation prénatale ; 2. l'allocation de naissance proprement dite ; 3. l'allocation postnatale.
Prestations des survivants (AA)	<p>Si le décès de l'assuré a pour cause principale l'accident du travail survenu ou la maladie professionnelle déclarée à partir du 1^{er} janvier 2011, les survivants ont droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire. Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie.</p>
Prestation forfaitaire (AD)	<p>Prestation en espèces forfaitaire correspondant à 6 heures d'aides et de soins accordées à des personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication et les personnes atteintes de spina bifida.</p>
Prestations requises (AD)	<p>Prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation et qui sont repris dans le plan de prise en charge.</p>
Prime de répartition pure (AP)	<p>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.</p>
Pyramide des âges (PS)	<p>Représentation graphique de la répartition de la population (axe horizontal) en fonction de l'âge (axe vertical) et du sexe.</p>
Redevance du secteur énergie (AD)	<p>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.</p>
Régime contributif (PS)	<p>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.</p>
Régime général de pension (AP)	<p>Régime de pension du secteur privé.</p>
Régime non contributif (PS)	<p>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.</p>

Régime spécial (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)	<p>Le service national d'action sociale a été créé en 1986 dans le cadre de la loi portant création d'un RMG. Il a pour mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'assurer l'exécution des dispositions prévues au chapitre II de la loi RMG (indemnité d'insertion); • de coordonner à cet effet l'action et l'apport des instances et organismes concernés; • d'assurer le secrétariat du comité interministériel et du conseil supérieur de l'action sociale; • de recueillir les données statistiques nécessaires relatives aux prestations accordées aux bénéficiaires. <p>A partir de janvier 2019, le SNAS devient l'ONIS (Office national d'inclusion sociale).</p>
Sous-traitance (AD/AM)	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 1 ^{er} et le 21 ^{ème} jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.

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.
Taux de fécondité (AM)	Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (nombre moyen des femmes de 15 à 50 ans sur l'année). A la différence de l'indicateur conjoncturel de fécondité, qui correspond à la somme des taux de fécondité par âge, l'évolution du taux de fécondité dépend en partie de celle de la structure par âges des femmes âgées de 15 à 50 ans.
Taux (brut) de natalité (AM)	Rapport entre le nombre annuel de naissances et la population totale moyenne sur cette année. Il s'exprime souvent en pour mille (‰).
Temps requis non pondéré (AD)	Le temps non pondéré d'aides et de soins pour les trois domaines des actes essentiels de la vie (AEV), les tâches domestiques (TD) et les activités de soutien (SO), présente la durée réelle des prestations accordées au bénéficiaire. Il permet de mettre en évidence le volume du temps accordé au bénéficiaire.
Temps requis pondéré (AD)	Le temps pondéré est la référence légale pour les durées minimales et maximales de prestations. Il permet d'évaluer le coût des prestations accordées au bénéficiaire et tient compte de deux coefficients, à savoir le coefficient de qualification et le coefficient d'intensité.
Travailleur handicapé (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
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
ASS	Allocation spéciale supplémentaire
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical classification system
ATM	Assistant technique médical
AVC	Accident vasculaire-cérébral (chapitre Assurance maladie-maternité)
AVC	Allocation de vie chère (chapitre Inclusion sociale)
CAE	Caisse pour l'avenir des enfants
CAS	Code des assurances sociales
CCSS	Centre commun de la sécurité sociale
CEO	Cellule d'évaluation et d'orientation
CFL	Société nationale des chemins de fer luxembourgeois
CHdN	Centre hospitalier du Nord
CHEM	Centre hospitalier Emile Mayrisch
CHL	Centre hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre hospitalier neuropsychiatrique
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

CPH	Commission permanente des hôpitaux
CSM	Clinique Sainte-Marie
CSS	Code de la sécurité sociale
DDD	Daily Defined Dose
DMS	Durée moyenne de séjour
EMCFL	Entraide médicale des chemins de fer du Luxembourg
ETP	Equivalent temps plein
FDC	Fonds de compensation
FDL	Fonds de logement
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourg
FIS	Fonds d'investissement spécialisé
FNS	Fonds national de solidarité
FPE	Fonds pour l'emploi
HDJ	Hospitalisation de jour
HIS	Hôpital intercommunal de Steinfort
HK	Hôpital du Kirchberg
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
INCCI	Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle
IP	Indemnités pécuniaires
ISO	Organisation internationale de normalisation - normes internationales
ISS	Institution de la sécurité sociale
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
SO	Activités de soutien
SSM	Salaire social minimum
STATEC	Institut national des statistiques et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg
TD	Tâches domestiques
TMR	Temps moyen requis
UEL	Union des entreprises luxembourgeoises

RÉFÉRENCES LÉGALES

- Loi modifiée du 16 août 1947 portant révision de la charge fiscale des contribuables au titre de l'impôt sur le revenu respectivement de la retenue d'impôts sur les salaires (L.I.R.).
- Loi 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 électorale;
 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.

