

 LA SÉCURITÉ SOCIALE - 2019

# RAPPORT GÉNÉRAL



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

Inspection générale de la sécurité sociale

[www.igss.gouvernement.lu](http://www.igss.gouvernement.lu)  
[www.statsecu.public.lu](http://www.statsecu.public.lu)



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

**2019**



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

Inspection générale de la sécurité sociale

Luxembourg  
Janvier 2020



# AVANT-PROPOS

La sécurité sociale nous accompagne et nous protège tout au long de notre vie et constitue l'un des maillons fondamentaux de notre société.

Le développement technologique et le progrès en médecine à grande vitesse dans notre société en pleine évolution toucheront également le secteur de la sécurité sociale.

Ainsi des efforts communs avec toutes les parties prenantes visent notamment à faciliter l'accès des assurés aux prestations de sécurité sociale par une simplification des procédures et une dématérialisation ou à utiliser les dernières solutions digitales pour simplifier les échanges entre prestataires et assurés par le dossier de soins partagé qui sera généralisé sous peu.

La pérennité de notre système de sécurité sociale solide figure au cœur de nos préoccupations et vise à pouvoir répondre aux besoins actuels et futurs des assurés.

C'est justement le rapport général sur la sécurité sociale, recueil spécial de maintes données essentielles du secteur de la sécurité sociale, qui nous permettra d'évaluer l'efficacité de la protection sociale de l'ensemble de nos citoyens.

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



Romain Schneider  
*Ministre de la Sécurité sociale*



<b>Avant-propos</b>	<b>3</b>
<b>Protection sociale</b>	<b>9</b>
<b>1. LE SYSTÈME DE LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG</b>	<b>9</b>
<b>2. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE</b>	<b>11</b>
2.1. LES RECETTES DE LA PROTECTION SOCIALE	12
2.2. LES DÉPENSES DE LA PROTECTION SOCIALE	15
2.3. SITUATION GLOBALE	18
<b>3. LES PERSONNES PROTÉGÉES PAR LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE ET LES PERSONNES BÉNÉFICIAIRES</b>	<b>20</b>
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	24
3.3. ÉVOLUTION DU NOMBRE TOTAL DE PERSONNES PROTÉGÉES DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE LUXEMBOURGEOIS	25
<b>Assurance maladie-maternité</b>	<b>27</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>27</b>
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	29
<b>1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ</b>	<b>30</b>
1.1. LES RESSOURCES HUMAINES	30
1.2. LES RESSOURCES MATÉRIELLES	41
<b>2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE</b>	<b>44</b>
2.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ AU LUXEMBOURG	45
2.2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER	70
<b>3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES</b>	<b>73</b>
3.1. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE	73
3.2. L'ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MALADIE	74
3.3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MATERNITÉ	81
3.4. L'ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MATERNITÉ	81
<b>4. LA SITUATION FINANCIÈRE</b>	<b>87</b>
4.1. SITUATION GLOBALE	87
4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES	89
4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS	92
<b>Assurance dépendance</b>	<b>95</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>95</b>
RÉFORME DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	95
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	95
ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	96
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	97
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	98
<b>1. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DUREE</b>	<b>98</b>
1.1. LA CONVENTION-CADRE	98
1.2. LE CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES	100
1.3. LE PERSONNEL	100



<b>2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE</b>	<b>103</b>
2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DEPENDANCE	103
2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES	107
2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DES FORFAITS SOINS PALLIATIFS ET DÉCÈS	109
2.4. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE SÉJOURNANT DANS UN ÉTABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS À SÉJOUR INTERMITTENT (ESI)	110
2.5. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE	110
<b>3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE</b>	<b>115</b>
3.1. LES PRESTATIONS REQUISES RETENUES DANS LES SYNTHÈSES DE PRISE EN CHARGE	115
3.2. LES AIDES TECHNIQUES ET LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT	129
3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES	132
<b>4. LA SITUATION FINANCIERE</b>	<b>141</b>
4.1. SITUATION GLOBALE	141
4.2. LES RECETTES COURANTES	143
4.3. LES DÉPENSES COURANTES	144
4.4. LA RESERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	144
<b>Assurance pension</b>	<b>147</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>147</b>
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION	147
RÉGIMES D'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG	147
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE PENSION	147
ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION	149
FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE PENSION	149
<b>1. LES PRESTATIONS</b>	<b>149</b>
1.1. LES PRESTATIONS PAYÉES	150
1.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS	150
1.3. LES PENSIONS MIGRATOIRES ET LES PENSIONS TRANSFÉRÉES	151
1.4. LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS	153
1.5. LE NIVEAU MOYEN DES PENSIONS	153
1.6. LES ASSURÉS COTISANTS	154
<b>2. LA SITUATION FINANCIERE DU REGIME GENERAL D'ASSURANCE PENSION</b>	<b>156</b>
2.1. LES RECETTES	157
2.2. LES DÉPENSES	158
2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE	158
<b>Assurance Accident</b>	<b>161</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>161</b>
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT	161
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT	161
ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT	163
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT	163
<b>1. PRINCIPALES DONNEES STATISTIQUES</b>	<b>164</b>
1.1. L'AFFILIATION DES EMPLOYEURS	164
1.2. LES ACCIDENTS	165
1.3. LES PRESTATIONS	167
<b>2. LA SITUATION FINANCIERE</b>	<b>170</b>
2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES	170
2.2. LES RECETTES COURANTES	172
2.3. LES DÉPENSES COURANTES	172





<b>Prestations familiales</b>	<b>175</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>175</b>
OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES	175
LES PRESTATIONS POUR LES FAMILLES ET LES ENFANTS	175
ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES	176
FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES	176
<b>1. LES PRESTATIONS</b>	<b>176</b>
1.1. L'ALLOCATION POUR L'AVENIR DES ENFANTS	177
1.2. L'ALLOCATION SPÉCIALE SUPPLÉMENTAIRE	179
1.3. L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE	179
1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE	179
1.5. L'INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL	180
1.6. LES ALLOCATIONS ABROGÉES	180
<b>2. LA SITUATION FINANCIÈRE</b>	<b>181</b>
2.1. LES RECETTES COURANTES	183
2.2. LES DÉPENSES COURANTES	184
2.3. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER	185
<b>Inclusion sociale</b>	<b>187</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>187</b>
OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE	187
LES PRESTATIONS DE L'INCLUSION SOCIALE	187
ORGANISATION DE L'INCLUSION SOCIALE	188
FINANCEMENT DE L'INCLUSION SOCIALE	188
LA RÉFORME DU REVENU MINIMUM GARANTI (RMG)	188
<b>1. LES PRESTATIONS</b>	<b>189</b>
1.1. LE REVENU MINIMUM GARANTI	190
1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION	191
1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES	192
1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE	193
1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE	194
1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES	195
1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES	195
<b>2. LA SITUATION FINANCIÈRE</b>	<b>196</b>
2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES	196
2.2. LES RECETTES COURANTES	198
2.3. LES DÉPENSES COURANTES	198
<b>Sommaire des tableaux</b>	<b>199</b>
<b>Sommaire des graphiques</b>	<b>203</b>
<b>Glossaire</b>	<b>207</b>
<b>Liste des abréviations</b>	<b>223</b>
<b>Références légales</b>	<b>227</b>



## 1. LE SYSTÈME DE LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG

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

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

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

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

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

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

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

- les institutions de sécurité sociale proprement dites, définies à l'article 396 du Code de la sécurité sociale ;
- l'Etat, via, par exemple, le Fonds pour l'emploi, le Fonds national de solidarité ou encore la gestion et le paiement des pensions du régime statutaire ou du chèque-service accueil ;
- les communes via les offices sociaux ;
- les sociétés de secours mutuels <sup>1</sup> ;
- 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 <sup>a</sup> - AMM (ISS <sup>b</sup> )
	Indemnité de maladie	CNS <sup>a</sup> - 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 <sup>a</sup> - AMM (ISS)
	Pension complémentaire	IGSS
	Prestations complémentaires	SMU
Famille/enfants	Indemnité maternité	CNS <sup>a</sup> - 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<sup>a</sup>. 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>

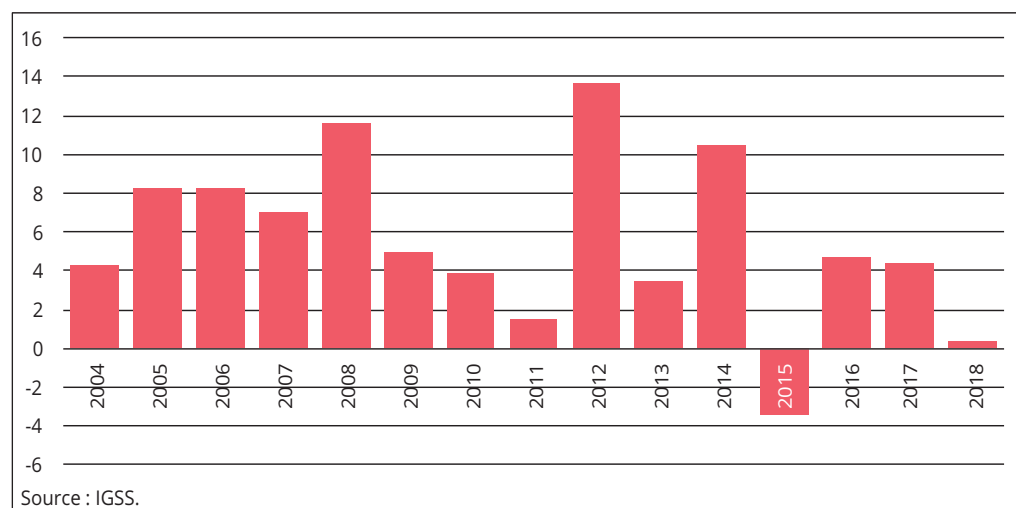


## 2.1. LES RECETTES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2018, les recettes courantes s'élèvent à 13 775,4 millions EUR, présentant une progression de 0,3% en comparaison avec l'année 2017 (13 728,7 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)<sup>2</sup>. 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 2018, suite à la baisse des marchés d'actions intervenue en fin d'année, le Fonds réalise pour la première fois depuis la création de son organisme de placement collectif (OPC) en 2007, une performance négative. Le résultat de l'OPC affiche un montant négatif de 441,7 millions EUR en 2018 dont 371,7 millions EUR de résultats réalisés et -813,4 millions EUR de résultats non-réalisés (graphique 1).

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



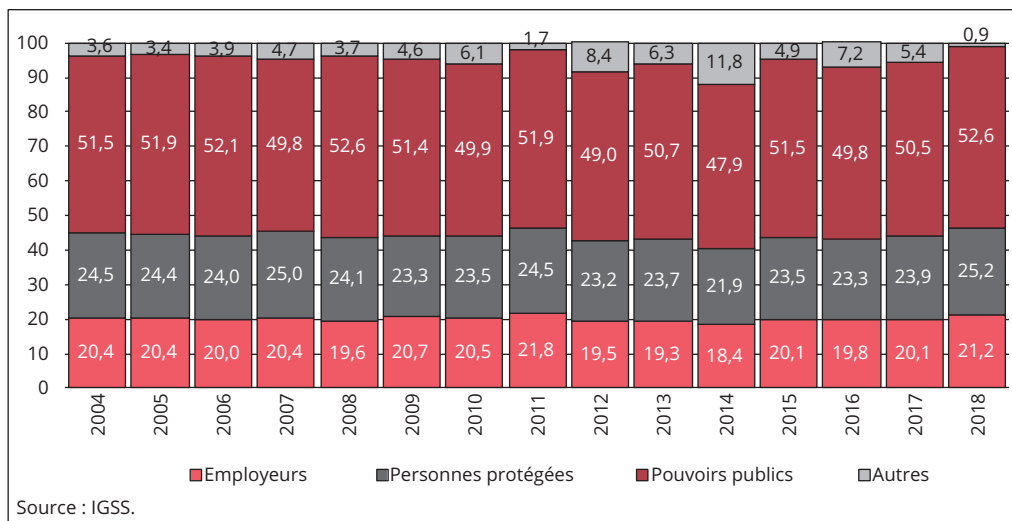
Côté sources de financement, quatre sources peuvent être isolées : les pouvoirs publics, les employeurs, les personnes protégées et les autres sources, composées principalement des revenus de la propriété. Les prélèvements pour couvrir les dépenses sont effectués selon deux types de mécanismes : les 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 21,2% des recettes courantes en 2018 tandis que la participation des personnes protégées atteint 25,2%. Les pouvoirs publics interviennent quant à eux à hauteur de 52,6% (les pouvoirs publics regroupent les contributions publiques, y compris la part employeur pour le financement des pensions statutaires). La part restante provient principalement des revenus de la propriété du Fonds de compensation commun au régime général de pension. Ces derniers étant négatifs en 2018, cette part restante se limite à 0,9%. Entre 2004 et 2018, 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).

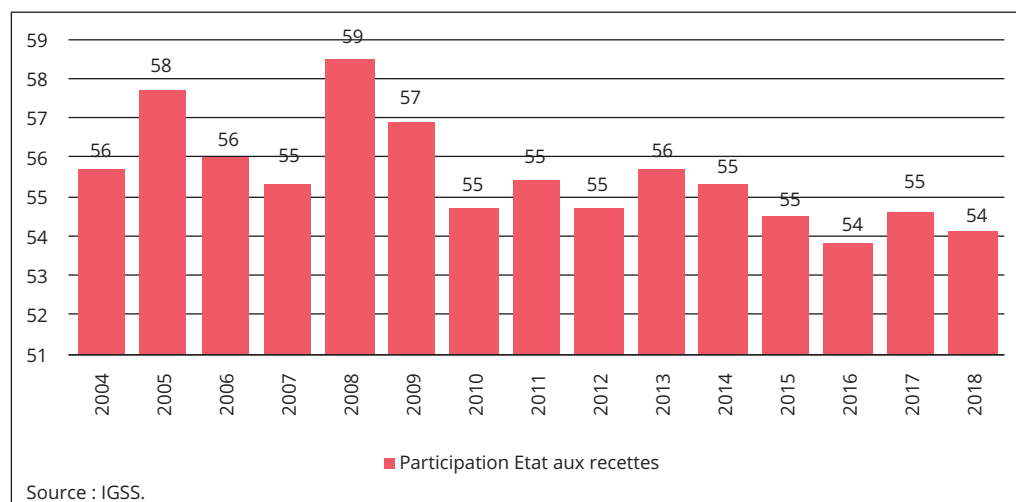
**Graphique 2: Evolution du financement de la protection sociale (en % des recettes courantes)**



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 2004 et 2018, 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 2004 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. A partir de 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).

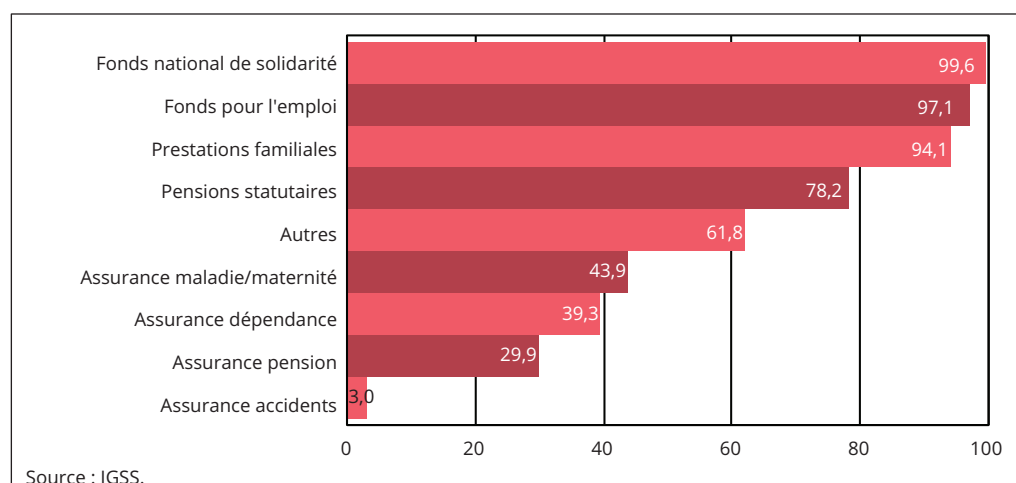


**Graphique 3: Evolution de la participation de l'Etat au financement de la protection sociale (en % du budget des dépenses courantes de l'Etat)**



La contribution de l'Etat au financement de la protection sociale varie fortement selon les régimes. Sur la période 2014-2018, 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 272 millions EUR en 2018, soit 36% de ses recettes ; le reste est principalement financé par les personnes protégées. Le financement de l'assurance maladie-maternité est réparti par parts égales entre assurés et employeurs et l'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 2014-2018)**







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 43,2% à la contribution des personnes protégées au régime assurance pension. Pour les régimes assurance maladie-maternité, assurance dépendance et assurance accidents<sup>3</sup>, ces taux sont respectivement de 34,4%, 33,4% et 21,6%.

## 2.2. LES DÉPENSES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2018, les dépenses courantes atteignent 13 491,4 millions EUR soit une augmentation de 8,4% par rapport à l'année 2016 (12 442,3 millions EUR).

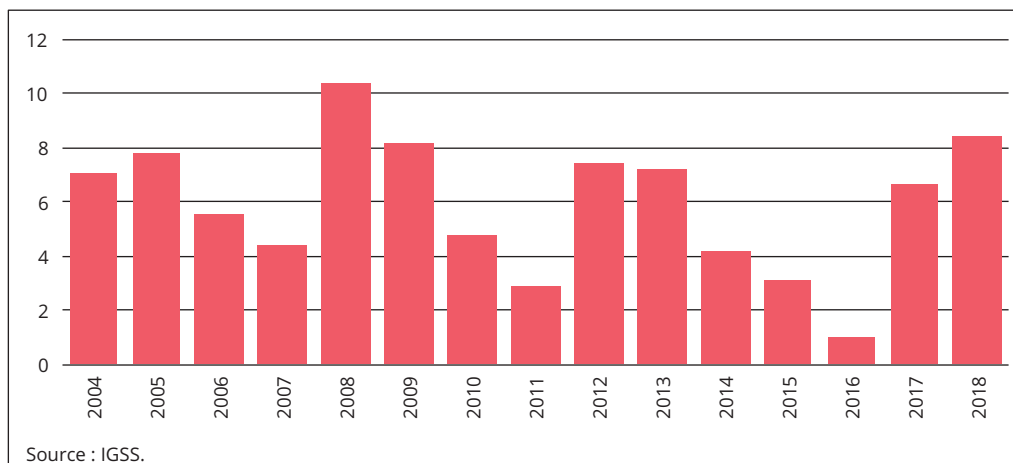
Sur la période 2004-2018, la croissance nominale annuelle des dépenses évolue en dents de scie avec des pics qui reflètent l'introduction et/ou la revalorisation de prestations. L'entrée en vigueur du boni pour enfant en 2008 déclenche la forte progression des dépenses pour cette même année. Le taux 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. La forte évolution de 2018 (8,4%) est due en partie aux performances négatives du Fonds de compensation qui, d'un point de vue comptable, sont enregistrées du côté des dépenses. Sans ces performances négatives, l'évolution des dépenses entre 2017 et 2018 est estimée à 5% (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 seules cotisations versées par les travailleurs indépendants.



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

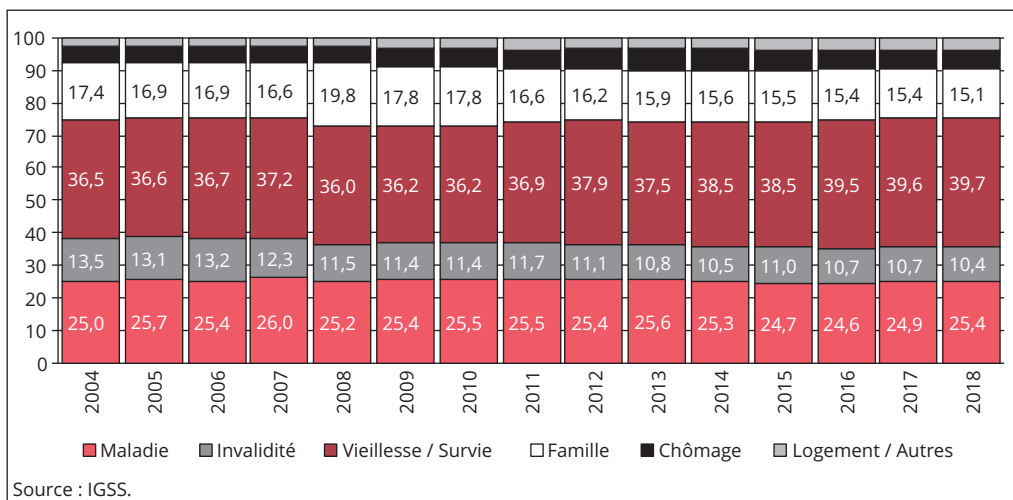


En 2018, 69% des prestations sont dispensées sous forme de prestations en espèces et 31% sous forme de prestations en nature. Les prestations de la fonction vieillesse/survie (39,7%) et les prestations de la fonction maladie (25,4%) forment un peu plus de 65% des dépenses.

Au fil des ans, entre 2004 et 2018, 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. Le poids des prestations de la fonction vieillesse/survie, qui approche 40% des dépenses en 2018, a gagné près de 4 points de pourcentage au cours des 10 dernières années. Cette progression s'est faite au détriment de la fonction famille qui a vu son poids relatif diminuer de près de 5 points de pourcentage entre 2008 et 2018 passant de 19,8% à 15,1%. Le pic de la fonction famille dans les dépenses totales en 2008 résulte de l'introduction du boni pour enfant cette année-là. Mais, la désindexation des prestations familiales introduite en 2006 et la baisse du nombre de bénéficiaires d'allocations familiales depuis la loi du 26 juillet 2010 sur les aides financières de l'Etat pour études supérieures ont participé au recul du poids de la fonction famille, et ce, malgré le développement des prestations en matière de garde d'enfants depuis 2009 et la réforme du congé parental, fin 2016. Avec une progression annuelle des dépenses consacrées aux pensions d'invalidité bien plus lente que les autres prestations due à la réduction du nombre de bénéficiaires de cette prestation sur la période, la part des prestations de la fonction invalidité qui regroupent les pensions d'invalidité et les prestations de l'assurance dépendance se réduit également sur la période. Les poids des autres fonctions sont par contre restés relativement stables au cours des quinze dernières années (graphique 6).

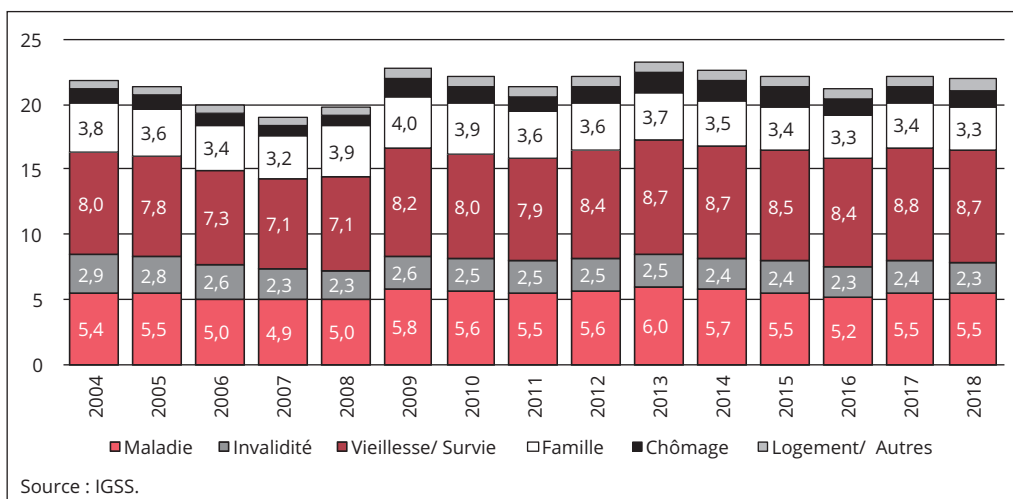


**Graphique 6: Evolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes)**



En 2018, par fonction et rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut), ce sont les prestations de la fonction vieillesse/survie et les dépenses de la fonction maladie qui représentent les dépenses les plus importantes avec respectivement 8,7% et 5,5% du PIB. Les prestations de la fonction famille interviennent pour 3,3% et les prestations de la fonction invalidité (y compris les prestations de l'assurance dépendance) comptent pour 2,3%. Les prestations des fonctions vieillesse/survie et maladie absorbent une part importante du PIB et leur progression relative en 2009 s'explique, d'une part, par la croissance soutenue des dépenses courantes et, d'autre part, par un rythme de progression freiné du PIB en 2009 (graphique 7).

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





Comme souligné au point précédent, les travailleurs non-résidents contribuent au système national de protection sociale. Par conséquent, ils en bénéficient. Une partie non-négligeable des prestations en espèces est donc exportée à l'étranger. Concernant le régime assurance maladie-maternité, 49,1% des prestations en espèces sont versées aux non-résidents. De même, 47,1% des prestations du régime prestations familiales<sup>4</sup>, 43,5% des prestations du régime assurance accident et 26,9% du régime assurance pension sont exportées à l'étranger. En ce qui concerne les prestations en nature<sup>5</sup>, 17,1% des prestations en nature de l'assurance accident, 16,4% des soins de santé de l'assurance maladie-maternité et 1,7% des prestations de l'assurance dépendance sont consommés par les non-résidents.

Bien qu'en constante progression, le taux de prestations en espèces de l'assurance pension exportées reste encore faible (26,9% en 2018). Cette situation trouve deux explications majeures : le nombre et le montant des pensions exportées. Au cours des 50 dernières années, le développement de l'économie a dépassé celui de la démographie et le déficit n'a pu être comblé que par une immigration soutenue et, plus tard, par le recours à des travailleurs non-résidents. Une partie non-négligeable des immigrants s'est implantée au Luxembourg. Ceux qui sont retournés dans leur pays ont plus souvent connu des carrières partielles au Luxembourg et bénéficient donc de prestations de l'assurance pension réduites puisque calculées sur la durée d'affiliation. Le caractère encore récent de l'afflux, sur le marché du travail, d'une population active non-résidente relativement jeune ne permet pas encore à un grand nombre d'entre eux d'ouvrir les droits pour bénéficier de prestations de pension.

De même, l'exportation à l'étranger des prestations de soins de santé et de longue durée reste encore limitée. Comme les assurés non-résidents n'ont accédé au marché du travail qu'à partir du milieu des années 80, la pyramide des âges de cette population est encore extrêmement resserrée au-delà de 60 ans, âge à partir duquel les besoins en termes de services de soins de santé et de longue durée s'amplifient. Concernant les pensionnés non-résidents, seuls ceux avec une carrière complète au Luxembourg sont couverts par l'assurance maladie 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 2018 présente un solde global positif de 284,0 millions EUR (1 286,5 millions EUR en 2017). Comme déjà expliqué aux deux points précédents sur les recettes et les dépenses de la protection sociale, les performances négatives du Fonds de compensation de 2018 impactent le montant du solde global qui, bien que positif, est très inférieur aux montants des années précédentes.

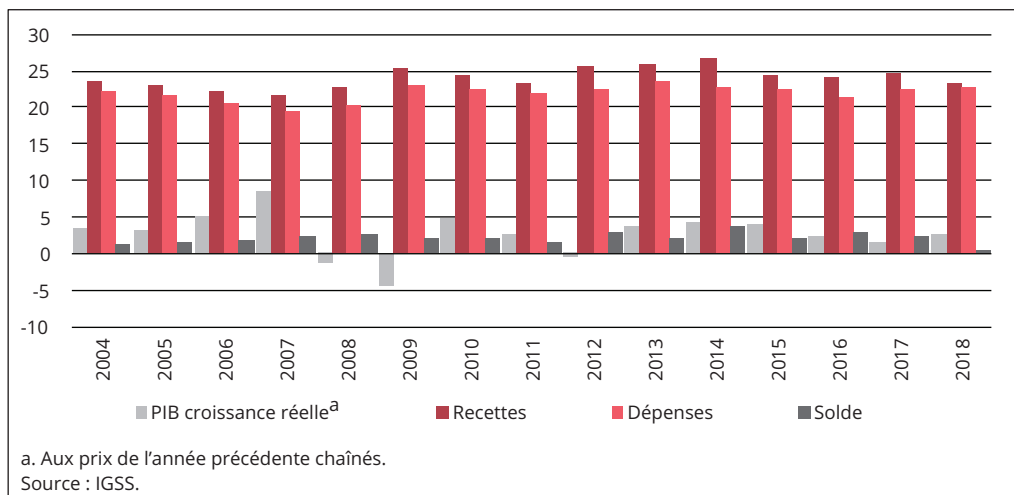
Avec un ratio des recettes rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut) de 23,4% et un ratio des dépenses rapportées au PIB de 22,9%, le solde global de la protection sociale représente 0,5% du PIB en 2018.

- 
4. La hausse de la part des prestations du régime prestations familiales exportées en 2018 par rapport aux années précédentes résulte de l'implémentation d'un nouvel outil pour estimer les prestations familiales exportées fin 2017. Ce nouvel outil permet désormais de recenser les paiements courants (cas où le Luxembourg est le pays prioritaire pour le versement des prestations familiales) et les paiements différentiels (cas où le pays de résidence est le pays prioritaire pour le versement des prestations familiales et le Luxembourg verse uniquement la différence entre le montant des prestations familiales luxembourgeoises et le montant des prestations familiales du pays de résidence) exportés, alors que seuls les paiements courants pouvaient être recensés jusqu'en 2017.
  5. 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 2014-2018.



Depuis 2004, recettes et dépenses rapportées au PIB évoluent quasiment toutes les années dans le même sens avec, pour chaque année, un avantage aux recettes. Le solde positif qui se maintient tout au long de la période s'explique par les dispositions de financement qui prévoient une participation directe de l'Etat dans certaines prestations et par l'effet combiné de l'évolution dynamique de l'emploi et des prestations/recettes y relatives (graphique 8).

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



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 2009-2018.

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

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>RECETTES</b>										
Cotisations employeurs	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	3 784,5
Cotisations personnes protégées	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	3 473,9
Cotisations réacheminées	189,5	201,3	216,8	236,1	255,5	264,9	274,8	280,8	294,4	319,7
Recettes fiscales	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	6 386,8
Transferts entre régimes	75,1	76,2	80,4	87,6	90,0	99,9	87,6	89,7	167,2	191,7
Autres recettes	438,5	601,2	173,8	951,7	749,4	1 537,7	615,6	941,2	741,2	130,2
Prélèvements	91,7	340,5	47,3	70,6	140,8	105,1	73,4	43,4	13,9	15,8
<b>TOTAL</b>	<b>9 835,2</b>	<b>10 463,7</b>	<b>10 339,1</b>	<b>11 760,1</b>	<b>12 254,5</b>	<b>13 474,2</b>	<b>13 000,9</b>	<b>13 569,3</b>	<b>14 204,3</b>	<b>14 302,6</b>



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

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>DEPENSES</b>										
Prestations en espèces	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	8 835,7
Prestations en nature	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	3 993,4
Cotisations réacheminées	189,5	201,3	216,8	236,1	255,5	264,9	274,8	280,8	287,4	319,7
Frais de fonctionnement	127,8	136,2	139,3	144,1	154,5	158,3	161,3	164,5	176,9	175,3
Transferts entre régimes	75,1	76,2	80,4	87,6	90,0	99,9	87,6	89,7	174,2	191,7
Autres dépenses	24,3	29,1	21,1	25,6	29,4	21,6	64,8	26,6	17,9	486,9
Dotations	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	299,8
<b>TOTAL</b>	<b>9 835,2</b>	<b>10 463,7</b>	<b>10 339,1</b>	<b>11 760,1</b>	<b>12 254,5</b>	<b>13 474,2</b>	<b>13 000,9</b>	<b>13 569,3</b>	<b>14 204,3</b>	<b>14 302,6</b>

Source : IGSS.

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

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

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

Comme indiqué précédemment, il existe deux types de risques, ceux couverts par un régime non contributif et ceux couverts par un régime contributif, c'est-à-dire à caractère professionnel. Le nombre de personnes protégées par le système de protection sociale luxembourgeois est donc différent selon le risque qui est envisagé et le régime qui le gouverne. Ce nombre varie également en fonction de la législation applicable (luxembourgeoise ou celle du pays de résidence) en matière d'affiliation et en matière de prestation compte tenu de la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale<sup>6</sup>.

Les risques couverts par un régime non contributif sont les suivants : famille, exclusion sociale, handicap et logement<sup>7</sup>. Pour ces derniers, la protection sociale s'ouvre à toutes les personnes résidant sur le territoire luxembourgeois, ce qui signifie que toute la population résidente est potentiellement protégée. En matière de prestations familiales, conformément à la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, le droit s'ouvre également au titre d'une activité salariée ou non salariée. Les travailleurs frontaliers

6. A côté de la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale qui concerne l'Espace économique européen et la Suisse, des instruments bi ou multilatéraux conclus entre le Luxembourg et des pays tiers précisent la législation applicable en matière d'affiliation et de prestation.

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



et les membres de leur famille ont ainsi droit aux prestations familiales luxembourgeoises et aux prestations familiales de leur pays de résidence. Pour ces cas qui cumulent des droits, la réglementation européenne prévoit des règles de priorité pour déterminer le pays ou les pays compétents pour le paiement des prestations familiales. L'ordre de priorité est le suivant : pays de travail, pays qui délivre une pension, pays de résidence. Lorsqu'un parent travaille dans le pays de résidence où vivent également les enfants et l'autre parent est frontalier travaillant au Luxembourg, la priorité va au pays où résident les enfants. Ainsi, si un des parents travaille dans le pays de résidence et l'autre est travailleur frontalier, c'est en premier lieu le pays de résidence qui est compétent et le Luxembourg verse, le cas échéant, le complément différentiel correspondant à la différence entre le montant des prestations familiales luxembourgeoises et celui du pays de résidence. Par contre, si un des parents ne travaille pas et que l'autre est travailleur frontalier ou que les deux parents sont travailleurs frontaliers, c'est en priorité le Luxembourg qui est compétent. Sauf très rares exceptions, les montants des prestations familiales luxembourgeoises étant plus élevés que ceux des pays voisins, le pays de résidence n'aura pas, dans ce cas, à verser un supplément.

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

- La première catégorie correspond aux personnes qui sont protégées du fait de l'exercice d'une occupation professionnelle rémunérée sur le territoire (les personnes qui perçoivent une indemnité pécuniaire de maladie, de maternité ou congé d'accueil, d'accident, de préretraite, de chômage, de congé parental sont considérées comme exerçant une activité professionnelle). Cette dernière ouvre droit à une protection contre les risques maladie-maternité (prestations en espèces et en nature), dépendance, vieillesse, invalidité, accident et chômage<sup>8</sup>. La protection contre le chômage complet dépend quant à elle du pays de résidence et non du pays de travail alors que celle concernant les autres formes de chômage (partiel, intempéries, accidentel et technique involontaire) relèvent de la législation du pays de travail. En conséquence, l'indemnité de chômage complet luxembourgeoise n'est pas versée aux travailleurs frontaliers. Ces derniers relèvent de la législation en matière de chômage complet de leur pays de résidence qui doit, par contre, tenir compte des périodes de travail au Luxembourg pour déterminer le montant de l'indemnité chômage complet. Le fait d'être bénéficiaire d'une pension de vieillesse, de survie ou d'invalidité, du revenu d'inclusion sociale (REVIS), du revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) ou d'un revenu de remplacement permet également d'être protégé contre les risques précités. Pour les non-résidents bénéficiaires d'une pension de vieillesse, de survie ou d'invalidité, le pays responsable de leur couverture sociale (maladie-maternité, dépendance) est fixé par la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Si le non-résident perçoit uniquement une pension versée par le Luxembourg, la responsabilité de la couverture sociale reviendra au Luxembourg. Si le non-résident perçoit une pension versée par le Luxembourg et une pension versée par son pays de résidence, la responsabilité de la couverture sociale reviendra au pays de résidence.
- La deuxième catégorie correspond aux assurés volontaires. Il s'agit de personnes n'exerçant plus d'activité professionnelle mais qui peuvent, sous certaines conditions liées à leur activité antérieure, s'acquitter de cotisations qui ouvrent droit à une protection sociale, mais uniquement contre les risques maladie-maternité<sup>9</sup> et vieillesse<sup>10</sup>.

---

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

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

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



- 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-maternité (uniquement pour les prestations en nature, c'est-à-dire les soins de santé) et le risque dépendance ; ensuite pour les conjoints survivants<sup>11</sup>, qui bénéficient de prestations de survie concernant l'assurance pension et l'assurance invalidité. En tant que bénéficiaires d'une prestation de survie, les personnes concernées sont protégées contre le risque maladie-maternité et dépendance en vertu d'un droit propre. Sous certaines conditions, dictées par la réglementation européenne sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, les membres de famille non-résidents d'un assuré principal non-résident peuvent bénéficier des droits dérivés aux prestations en nature maladie-maternité et aux prestations dépendance. Si le conjoint d'un assuré principal non résident n'est pas assuré à titre principal dans son pays de résidence, lui comme les enfants sont coassurés au Luxembourg ; si le conjoint est assuré à titre personnel au Luxembourg parce qu'il y travaille ou qu'il y bénéficie d'un revenu de remplacement ou d'une pension, alors les enfants sont coassurés au Luxembourg. En revanche, si le conjoint est assuré à titre principal dans son pays de résidence parce qu'il y travaille par exemple, les enfants sont coassurés dans leur pays de résidence et n'apparaîtront donc pas dans la population protégée par le système luxembourgeois.

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

Le tableau 3 propose, pour 2018, 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.

---

11. 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 2018 (moyenne annuelle)**

	Régime contributif							Régime non contributif				
	Maladie-maternité		Dépendance	Vieillesse		Invalidité		Accident	Chômage <sup>a</sup>	Famille <sup>b</sup>	Exclusion sociale <sup>b</sup>	Handicap <sup>b</sup>
	Espèces <sup>c</sup>	Soins santé		Régime général	Régime général							
Assurance obligatoire	413 935	585 970	585 970	432 306	432 306	458 138 <sup>d</sup>	239 918					
au titre de l'occupation professionnelle	413 935	462 048 <sup>e</sup>	462 048 <sup>e</sup>	432 306	432 306	458 138	239 918					
au titre d'une pension		114 463	114 463									
au titre d'un autre revenu		8 917	8 917									
RMG		7 550	7 550									
Préretraite		1 367	1 367									
autres assurés obligatoires		543	543									
Assurance volontaire		5 861	5 861	4 012								
Assurance au titre d'un droit dérivé		266 526	266 526									
<b>Total personnes protégées par risque</b>	<b>413 935</b>	<b>858 357</b>	<b>858 357</b>	<b>436 318</b>	<b>432 306</b>	<b>458 138</b>	<b>239 918</b>					
Nombre de personnes bénéficiaires par risque	256 451 <sup>f</sup>	532 552 <sup>g</sup>	14 530 <sup>b</sup>	121 722 <sup>h</sup>	16 883 <sup>h</sup>	34 091 <sup>i</sup>	7 112	202 702 <sup>j</sup>	20 581 <sup>k</sup>	5 654 <sup>l</sup>		

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.

Source : IGSS.





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

Au total, la population protégée des régimes contributifs s'élève, pour 2018 en moyenne annuelle, à 858 357 personnes. Parmi elles, 64,9% sont des résidents et 35,1% des non résidents (tableau 4). La structure de la population protégée en fonction du statut d'assuré à titre personnel (actif ou pensionné) ou de coassuré est très différente selon qu'il s'agit de la population résidente ou non résidente (tableau 4). Les différences les plus importantes sont les suivantes :

- le poids des assurés pensionnés est beaucoup plus élevé dans la population résidente que dans la population non résidente ;
- en contrepartie, le poids des assurés à titre personnel actifs est beaucoup plus faible pour les résidents 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 47,2 coassurés pour 100 assurés à titre personnel contre 41,2 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 2018 <sup>a</sup> (moyenne annuelle)**

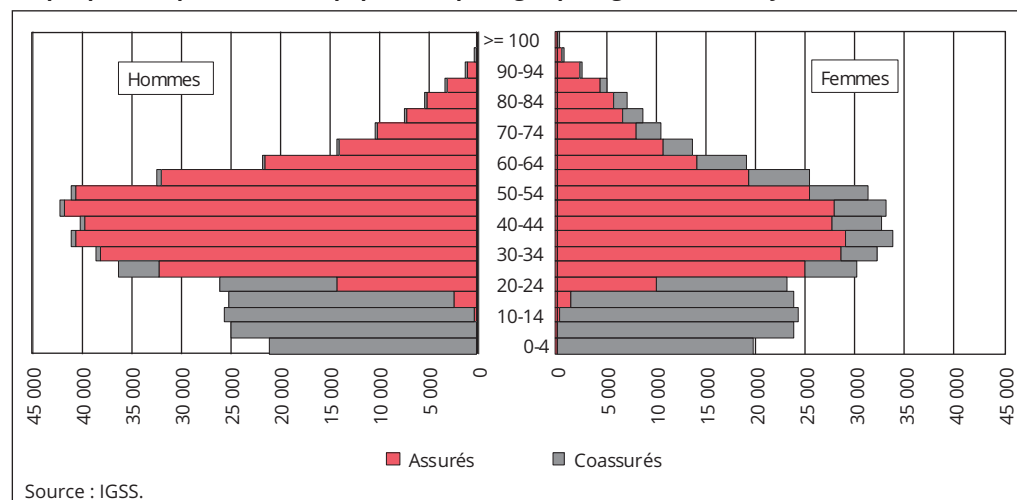
	Résidents	Non résidents	Total
Actifs assurés	279 327	198 041	477 368
Pensionnés	99 253	15 210	114 463
Coassurés	178 718	87 807	266 526
<b>Total</b>	<b>557 299</b>	<b>301 058</b>	<b>858 357</b>

a. Aux arrondis près.

Source : IGSS.

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

**Graphique 9: Répartition de la population protégée par âge en 2018 (moyenne annuelle)**





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

Au cours des dernières années, le nombre total de personnes protégées (liées au régime contributif) n'a cessé d'augmenter (tableau 5). Entre 2014 et 2018, il est passé de 773 061 à 858 357 personnes (+11,0%), soit un taux de croissance annuel moyen sur la période de 2,7%. Cette augmentation résulte de plusieurs évolutions combinées (tableau 6) :

- l'augmentation quasi continue de la population active (sur la période 2014-2018, la croissance de la population active contribue à hauteur de 64,3% à l'augmentation de la population protégée - cette contribution se partage de la façon suivante entre actifs résidents et actifs non résidents ; 31,9% de l'augmentation de la population protégée sont le fait de la croissance du nombre d'actifs résidents tandis que 32,5% proviennent des non résidents - graphique 10) ;
- l'évolution concomitante des coassurés (la croissance de la population coassurée résidente contribue à hauteur de 5,0% à l'augmentation de la population protégée, tandis que la croissance de la population coassurée non résidente y contribue pour 17,1%) ;
- l'augmentation du nombre de pensionnés résidents (qui représente 9,0% de l'évolution de la population protégée entre 2014 et 2018).

**Tableau 5: Evolution du nombre de personnes protégées entre 2014 et 2018 (moyenne annuelle)**

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionnés assurés	Résidents coassurés	Non résidents actifs assurés	Non résidents pensionnés assurés	Non résidents coassurés	Total
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
2018	279 327	99 253	178 718	198 041	15 210	87 807	858 357

Source : IGSS.

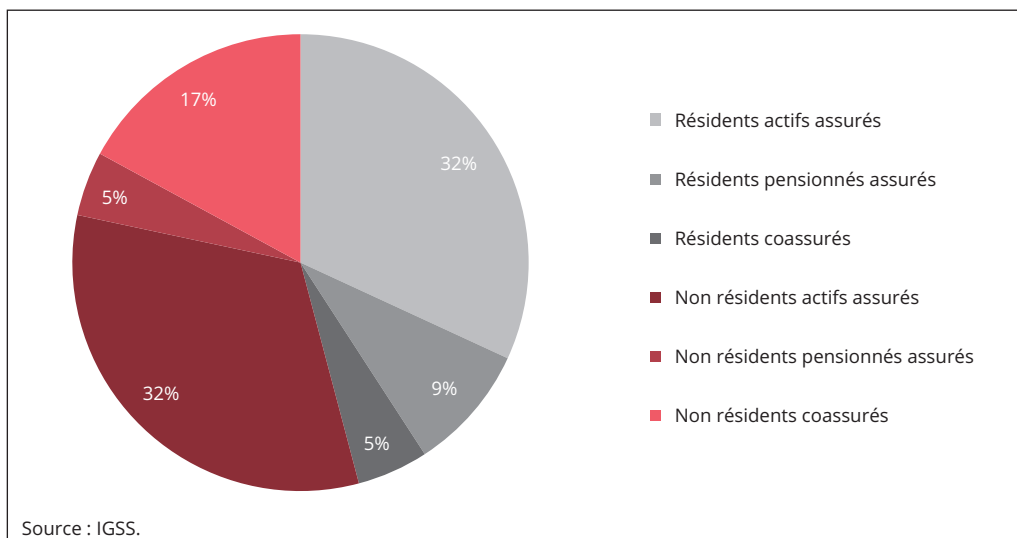
**Tableau 6: Evolution annuelle de la population protégée entre 2014 et 2018 (moyenne annuelle)**

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

Source : IGSS.



**Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2014-2018**



## INTRODUCTION

En 2018, la population protégée par l'assurance maladie-maternité pour les soins de santé s'élève à 858 357 personnes en moyenne annuelle. 64,9% de cette population est résidente, 35,1% est non-résidente. 413 935 personnes, soit 48,2% de la population protégée a droit aux prestations en espèces payées en cas de maladie ou de maternité. 532 552 personnes protégées résidentes ont bénéficié d'un remboursement de la Caisse nationale de santé (CNS) en 2018.

## 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)<sup>1</sup>. 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<sup>er</sup> janvier 2018.



## 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 2021, 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.



# 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.

### Encadré méthodologique

Les données présentées dans cette sous-section sont issues d'un croisement entre le registre des médecins, géré par le Ministère de la Santé (MS), la base de données des fournisseurs de soins de santé de la CNS, le fichier de facturation de la CNS et la demande données de l'IGSS auprès des établissements hospitaliers.

La méthode de calcul a été élaborée dans le cadre de l'analyse " Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé au Luxembourg ", réalisée en 2019 sous l'égide du Ministère de la Santé et de la Direction de la Santé en application de la section " Santé " de l'accord de coalition 2018-2013.

La détermination du nombre de médecins au Luxembourg est faite en fonction de leur contribution réelle au système de santé luxembourgeois. En effet, l'activité médicale peut varier en fonction du sexe, de l'âge et de la spécialité médicale.

Les médecins déclarés inactifs dans le registre, mais ayant une facturation auprès de la CNS, sont inclus dans l'étude.

Ainsi, cette sous-section présente d'abord l'évolution de la démographie médicale disponible au Luxembourg, puis se focalise sur les médecins professionnellement actifs et analyse finalement l'évolution des médecins actifs praticiens à activité significative.





### 1.1.1. La démographie médicale du Luxembourg

La démographie médicale du Luxembourg représente l'ensemble des médecins autorisés à exercer, respectivement en voie de formation dans un des établissements hospitaliers du Luxembourg.

**Tableau 1: Evolution de la démographie médicale du Luxembourg**

Type d'activité	2008	2011	2014	2017
<i>Médecins professionnellement actifs</i>	1 858	1 965	2 289	2 542
Médecins actifs praticiens	1 707	1 888	2 096	2 330
Médecins administratifs	151	77	193	212
<i>Médecins considérés comme inactifs</i>	459	592	498	705
Médecins à activité irrégulière	5			21
Médecins considérés comme inactifs	447	563	492	671
Médecins intervenant indirectement dans la prise en charge des patients	7	29	6	13
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>2 317</b>	<b>2 557</b>	<b>2 787</b>	<b>3 247</b>
Médecins en voie de spécialisation	103	103	94	126
<b>TOTAL</b>	<b>2 420</b>	<b>2 660</b>	<b>2 881</b>	<b>3 373</b>

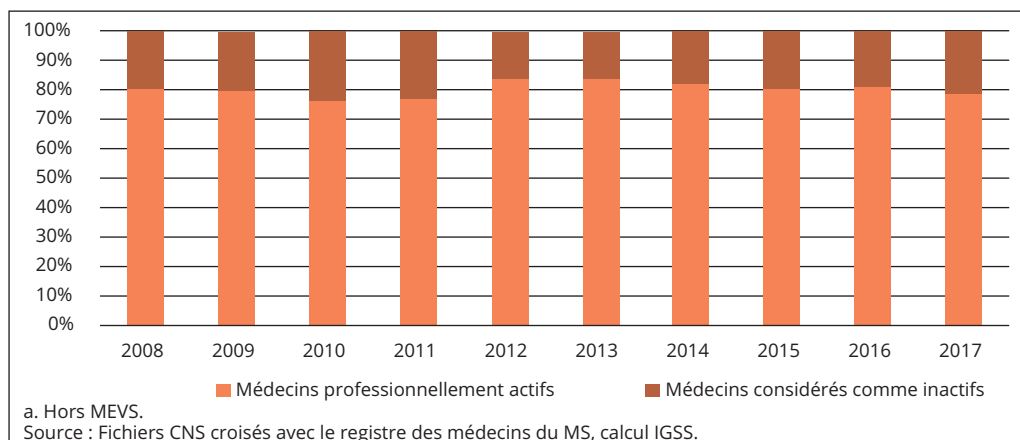
Source : Fichiers CNS croisés avec le registre des médecins du MS, calcul IGSS.

En 2017, le Luxembourg compte 3 247 médecins et 126 médecins en voie de spécialisation (MEVS). Sur la période de 2008 à 2017 leur nombre augmente de 3,8% en moyenne annuelle, tandis que la population protégée évolue de 2,9% sur cette même période.

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

En 2017, 45,2% des MEVS sont des femmes. La majorité des MEVS poursuit une formation en chirurgie générale, pédiatrie, orthopédie et gynécologie-obstétrique.

**Graphique 1: Part des médecins professionnellement actifs dans l'ensemble de la démographie médicale <sup>a</sup>**



Parmi les 3 247 médecins du Luxembourg 78,3% sont professionnellement actifs en 2017 contre 80,2% en 2008.



Environ deux tiers des médecins considérés comme inactifs sont des hommes. L'âge moyen se situe à 56,8 ans en 2017 comparé à 55,7 ans en 2008. En 2017, les hommes sont en moyenne âgés de 60,9 ans et les femmes de 48,8 ans (en 2008 : 58,4 ans respectivement 49,9 ans). De plus, seulement 28,4% des femmes sont âgées de plus de 60 ans en 2017.

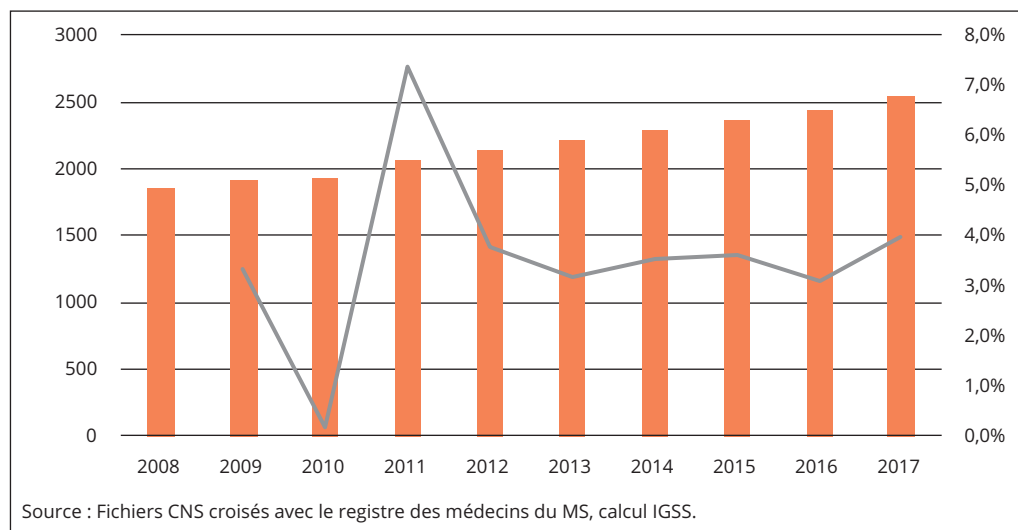
Une analyse par catégorie met en évidence qu'en 2017 59,9% des médecins considérés comme inactifs sont des médecins spécialistes, 20,7% des médecins dentistes et 19,4% des médecins généralistes.

## 1.1.2. Les médecins professionnellement actifs

### Encadré méthodologique

Les médecins professionnellement actifs regroupent les médecins actifs praticiens, c'est-à-dire les médecins en contact avec les patients, quel que soit leur niveau de facturation avec la CNS, et les médecins administratifs. Les médecins déclarés actifs et exerçant dans le registre des médecins du Ministère de la Santé mais n'ayant produit aucune facturation auprès de la CNS sont exclus de cette analyse.

Graphique 2: Evolution des médecins professionnellement actifs

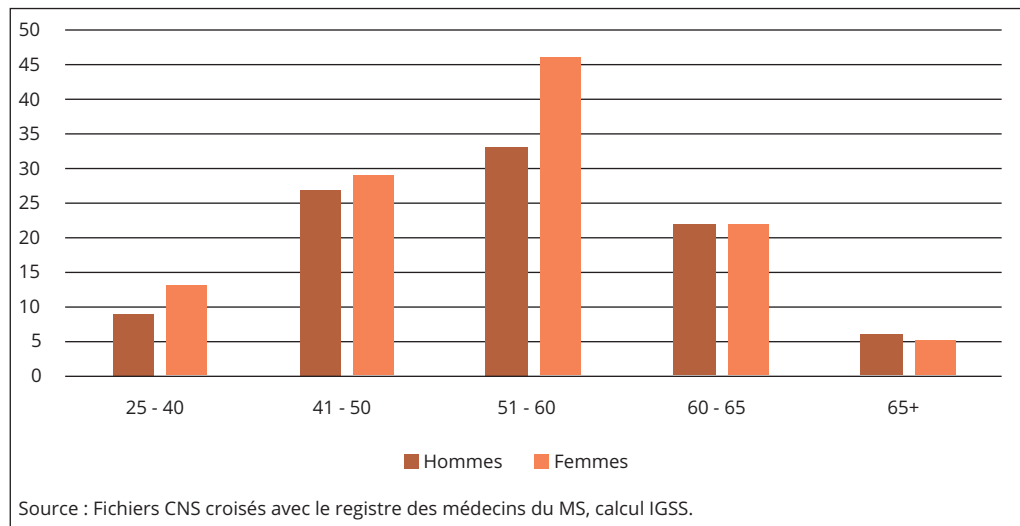


Le nombre de médecins professionnellement actifs évolue de manière continue sur la période de 2008 à 2017 entre 3% et 4%. L'année 2011 par contre se caractérise par une forte augmentation de 7,5% des médecins actifs praticiens comparée à une hausse de 0,3% en 2010. Les médecins professionnellement actifs évoluent de 3,5% en moyenne annuelle sur la période considérée, les médecins administratifs de 3,8% et les médecins actifs praticiens de 3,5%. A noter qu'en 2017, 8,3% des médecins professionnellement actifs sont des médecins administratifs, contre 8,1% en 2008.

En 2017 les médecins administratifs sont composés de 45,8% d'hommes et de 54,2% de femmes. Ils sont âgés en moyenne de 52,8 ans, les femmes de 52,5 ans et les hommes de 53,2 ans.



**Graphique 3: Les médecins administratifs par âge et sexe en 2017**



### 1.1.3. Les médecins actifs praticiens à activité significative

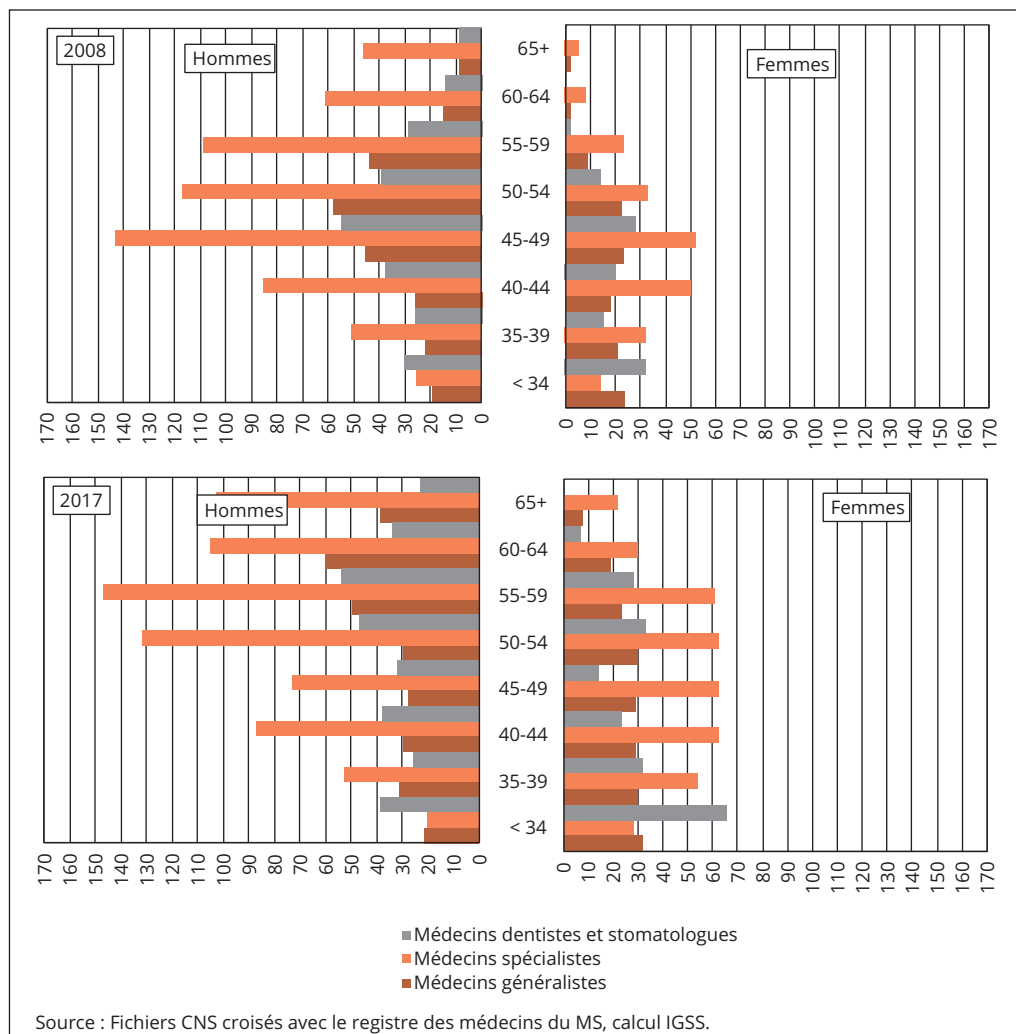
#### Encadré méthodologique

Dans cette sous-section les médecins actifs praticiens correspondent aux médecins ayant facturé au moins des honoraires médicaux à hauteur de 18 000 EUR par an à la CNS. Ainsi, les médecins administratifs sont exclus de cette étude. De même, les médecins légistes, les médecins en anatomie-pathologie et les médecins biologistes, qui travaillent dans des laboratoires, ne sont pas considérés car ils interviennent de manière indirecte dans la prise en charge des patients au moment du diagnostic. Finalement les MEVS sont également exclus du champs d'analyse.

Selon ces critères d'activité, 2 088 médecins actifs présentent une activité significative (supérieure à 18 000 EUR par an) en 2017 au Luxembourg contre 1564 en 2008. Leur nombre a donc augmenté de 33,5% en 10 ans.



**Graphique 4: Evolution de la pyramide des âges des médecins actifs praticiens par sexe et catégorie**



En 2017, parmi les 2 088 médecins actifs praticiens à activité significative, 37,6% sont des femmes et 62,4% des hommes. De plus, plus que la moitié des médecins actifs praticiens sont des médecins spécialistes (48,5% chez les femmes et 55,3% chez les hommes). Les médecins généralistes et les médecins dentistes représentent environ un quart chacun de l'ensemble des médecins actifs praticiens à activité significative.



La pyramide des âges illustre le vieillissement des médecins actifs praticiens à activité significative. En effet, alors qu'en 2008 seulement 10,8% des médecins sont âgés de plus de 60 ans, ce pourcentage s'élève dorénavant à 21,6% en 2017 (3,8% respectivement 11,1% chez les femmes et 13,8% respectivement 27,9% chez les hommes). En 2017 les médecins généralistes présentent avec 25,7% le taux le plus élevé de médecins âgés de plus de 60 ans. La part des jeunes médecins actifs praticiens passe de 19,9% en 2008 à 20,7% en 2017. L'âge moyen des médecins praticiens passe de 48,0 ans en 2008 à 50,0 ans en 2017. En 2017 les médecins spécialistes sont en moyenne âgés de 51,8 ans (49,5 ans en 2008), les médecins généralistes de 50,0 ans (47,5 ans en 2008) et les médecins dentistes de 46,3 ans (44,8 ans en 2008).

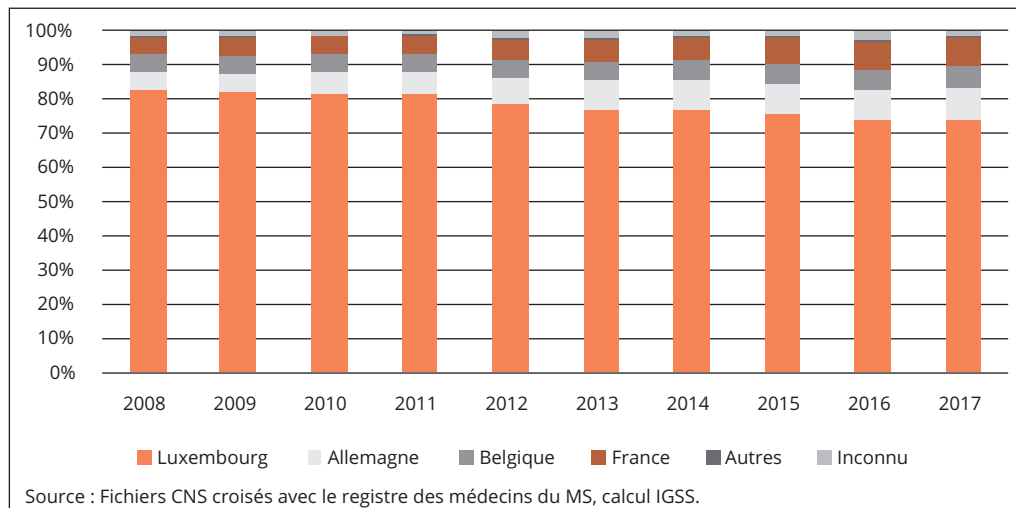
**Tableau 2: Evolution du nombre de médecins actifs praticiens par spécialité médicale**

Spécialité médicale principale	2008	2017
Anesthésiologie	84	97
Cardiologie	43	61
Chirurgie générale	76	75
Dermato-vénérologie	31	42
Endocrinologie	3	9
Gastro-entérologie	21	23
Gynécologie-obstétrique	65	92
Hématologie générale	4	8
Médecine dentaire	345	490
Médecine générale	359	490
Médecine interne	74	83
Médecine nucléaire	9	8
Médecine physique et réadaptation	14	21
Néphrologie	8	13
Neurochirurgie	9	12
Neurologie	26	37
Neuropsychiatrie	23	36
Oncologie médicale	2	2
Ophtalmologie	49	65
Orthopédie	41	56
Oto-rhino-laryngologie	33	39
Pédiatrie	72	103
Pneumologie	19	22
Psychiatrie	51	74
Psychiatrie infantile	9	11
Radiodiagnostic	55	60
Radiothérapie	4	9
Rhumatologie	13	18
Stomatologie	6	7
Urologie	18	25
<b>Total général</b>	<b>1 564</b>	<b>2 088</b>



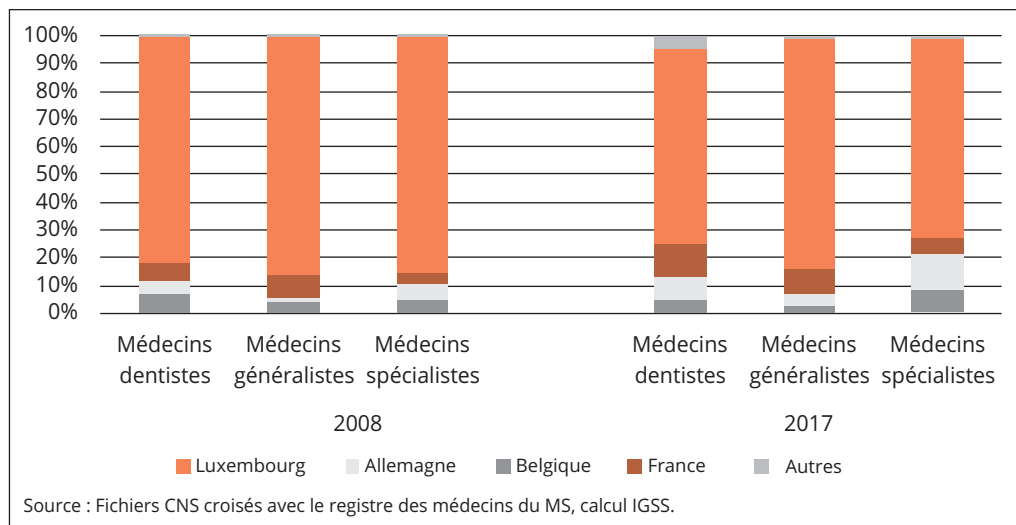
Parmi les médecins spécialistes, la pédiatrie, l'anesthésiologie et la gynécologie-obstétrique sont les trois spécialités médicales les plus représentées en 2017. Certaines spécialités, comme l'endocrinologie, l'hématologie générale et la radiothérapie voient leur nombre augmenter rapidement au cours des dernières années.

**Graphique 5: Evolution du nombre des médecins actifs praticiens par pays de résidence**



L'analyse par pays de résidence met en évidence que de plus en plus de médecins non-résidents viennent travailler au Luxembourg. Alors qu'en 2008 cette part présentait 15,6%, elle représente 26,4% en 2017. Surtout les médecins habitant en Allemagne et en France choisissent de plus en plus souvent le Luxembourg comme lieu de travail. En effet, le pourcentage de médecins habitant en France et travaillant au Luxembourg passe de 4,8% en 2008 à 8,4% en 2017 et celui des médecins habitant en Allemagne de 5,6% en 2008 à 9,4% en 2017.

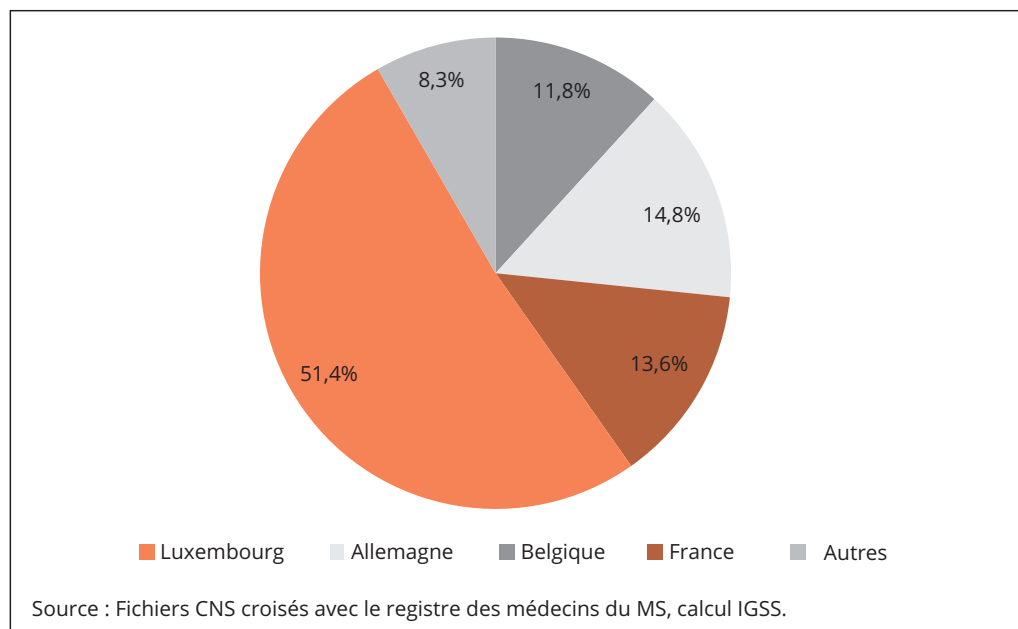
**Graphique 6: Evolution du nombre des médecins actifs praticiens par pays de résidence et catégorie**





En se focalisant sur les catégories de médecins, les chiffres montrent que les médecins généralistes habitent le plus souvent au Luxembourg mais que leur proportion a diminué au cours de 10 dernières années (85,5% en 2008 et 83,3% en 2017). Viennent ensuite les médecins spécialistes (82,2% en 2008 et 71,2% en 2017) et puis les médecins dentistes (81,2% en 2008 et 70,2% en 2018).

**Graphique 7: Le nombre de médecins actifs praticiens par nationalité en 2017**



En 2017, seulement 51,4% des médecins actifs praticiens sont de nationalité luxembourgeoise contre 64,8% en 2008. Les médecins étrangers sont en priorité de nationalité allemande (14,8%), puis française (13,6%), puis belge (11,8%). La part des autres nationalités (8,3%) se compose de médecins portugais, roumains, espagnols, italiens, grecs et en provenance de multiples autres pays européens et non européens.

Chez les médecins généralistes 67,6% sont de nationalité luxembourgeoise en 2017 comparé à 74,4% en 2008. Parmi les médecins dentistes seulement 41,0% sont de nationalité luxembourgeoise (59,3%) et chez les médecins spécialistes 49,0% (63,1% en 2008).

Finalement les chiffres montrent que seulement 49,3% des médecins actifs praticiens sont de nationalité luxembourgeoise et habitent au Luxembourg en 2017 contre encore 63,0% en 2008.

Les statistiques ont montré que le nombre de médecins actifs praticiens à activité significative augmente de 33,5% entre 2008 et 2017, soit 3,3% en moyenne. La population protégée par contre évolue de 25,3%, soit de 2,9% en moyenne annuelle. Il en résulte que la densité médicale augmente légèrement entre 2008 et 2017.



**Tableau 3: Evolution de la densité médicale des médecins actifs praticiens pour 1000 personnes protégées**

	Médecins dentistes	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médecins actifs praticiens
2008	0,52	0,54	1,29	2,35
2009	0,53	0,53	1,31	2,37
2010	0,52	0,53	1,30	2,35
2011	0,52	0,54	1,31	2,37
2012	0,53	0,55	1,33	2,41
2013	0,54	0,57	1,34	2,45
2014	0,55	0,57	1,34	2,46
2015	0,55	0,56	1,36	2,46
2016	0,57	0,58	1,33	2,48
2017	0,59	0,57	1,34	2,50

Source : Fichiers CNS croisés avec le registre des médecins du MS, calcul IGSS

Le ratio des médecins généralistes par 1000 personnes protégées évolue favorablement entre 2008 et 2017 passant de 0,54 à 0,57 (+6,1%) ce qui signifie que le nombre de médecins s'installant au Luxembourg a augmenté plus vite que la population protégée.

Cependant ce ratio est biaisé car il comprend d'un côté les médecins gériatres et les médecins généralistes travaillant comme salarié au service d'urgence (ex. CHL).

La densité médicale des médecins spécialiste augmente de 4,2% et se situe en 2017 à 1,34 médecins pour 1000 personnes protégées, tandis que celle des médecins dentistes s'élève à 0,59 médecins (+13,0% par rapport à 2008).

#### 1.1.4. Les médecins hospitaliers

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

Le tableau 4 présente l'évolution du nombre de médecins hospitaliers praticiens. Chaque médecin n'est compté qu'une seule fois, même s'il est agréé auprès de plusieurs hôpitaux.

**Tableau 4: Evolution du nombre des médecins hospitaliers de 2014 à 2018<sup>a</sup>**

	2014	2015	2016	2017	2018
Médecins hospitaliers	990	995	1 021	1 044	1 046
MEVS	57	61	61	79	89
<b>TOTAL</b>	<b>1 047</b>	<b>1 056</b>	<b>1 082</b>	<b>1 123</b>	<b>1 135</b>

a. Situation au 1<sup>er</sup> janvier.

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





## 1.1.5. Les professions de santé

Les professions de santé jouent également un rôle essentiel dans la prestation des soins et des services de santé. Le terme " 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. Leur droit d'exercice est régi par la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

### 1.1.5.1. Les professions de santé autorisés à exercer

**Tableau 5: Nombre des professionnels de santé autorisés à exercer par qualification et mode d'exercice en 2019**

Qualification	Nombre	En % du total	Professionnels praticiens	Professionnels administratifs
Aides-soignants	3 784	25,1%	3 740	44
Infirmiers	6 214	41,3%	6 153	61
Assistants techniques méd. de radiologie	295	2,0%	294	1
Assistants techniques méd. de laboratoire	202	1,3%	174	28
Infirmiers en psychiatrie	246	1,6%	197	49
Infirmiers en pédiatrie	268	1,8%	261	7
Assistants techniques méd. de chirurgie	207	1,4%	206	1
Infirmiers en anesthésie et réanimation	409	2,7%	407	2
Masseurs	36	0,2%	34	2
Sages-femmes	234	1,6%	231	3
Infirmiers gradués	132	0,9%	109	23
Laborantins	283	1,9%	247	36
Diététiciens	99	0,7%	96	3
Ergothérapeutes	331	2,2%	330	1
Rééducateurs en psychomotricité	104	0,7%	103	1
Assistants d'hygiène sociale	82	0,5%	51	31
Assistants sociaux	634	4,2%	560	74
Orthophonistes	116	0,8%	103	13
Kinésithérapeutes	1 296	8,6%	1 293	3
Podologues	26	0,2%	26	0
Assistants senior	5	0,0%	5	0
Pédagogues curatifs	38	0,3%	32	6
Orthoptistes	21	0,1%	14	7
<b>TOTAL</b>	<b>15 062</b>	<b>100,0%</b>	<b>14 666</b>	<b>396</b>

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



### 1.1.5.2. Les salariés du secteur hospitalier

#### Encadré méthodologique

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

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.

**Tableau 6: Evolution du nombre de salariés du secteur hospitalier par sexe et pays de résidence**

	Luxembourg	France	Belgique	Allemagne	Total
<b>Situation au 31.03.2018</b>					
Hommes	1 207	420	233	301	2 161
Femmes	3 852	1 535	732	459	6 578
<b>TOTAL</b>	<b>5 059</b>	<b>1 955</b>	<b>965</b>	<b>760</b>	<b>8 739</b>
<b>Situation au 31.03.2019</b>					
Hommes	1 208	436	262	304	2 210
Femmes	3 906	1 646	775	457	6 784
<b>TOTAL</b>	<b>5 114</b>	<b>2 082</b>	<b>1 037</b>	<b>761</b>	<b>8 994</b>

Le secteur hospitalier est un important pourvoyeur d'emploi, avec 8 994 salariés au 31 mars 2019. Ce nombre a augmenté de 2,9% 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 59,5% en 2015 à 56,9% en 2019.



Selon la loi hospitalière du 8 mars 2018, l'activité du Centre de réhabilitation du Château de Colpach et du Laboratoire National de Santé (LNS) en matière de génétique humaine et d'anatomo-pathologie est dorénavant financée par l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers. Au 31 mars 2019, Colpach compte 94 salariés, dont 75,5% sont des femmes et 24,5% sont des hommes. En ce qui concerne le LNS 166 salariés sont financés via l'enveloppe budgétaire globale, ce qui représente 56,5% de l'effectif total du LNS au 31 mars 2019.

### 1.1.6. Les pharmaciens

Le tableau ci-après montre l'évolution du nombre de pharmaciens en activité selon leur secteur d'activité à partir de 2009.

**Tableau 7: Evolution du nombre des pharmaciens <sup>a</sup>**

Pharmaciens en activité par secteur	2009	2013	2018	Variation moyenne annuelle 2009/2018
Pharmacies ouvertes au public	359	382	436	2,2%
Pharmacies d'hôpitaux	32	41	49	4,8%
Laboratoires d'analyses médicales	8	6	22	11,9%
Distribution en gros	13	10	21	5,5%
Fonction publique	7	7	11	5,2%
Autres secteurs	4	8	3	-3,1%
<b>Total</b>	<b>423</b>	<b>454</b>	<b>542</b>	<b>2,8%</b>

a. Situation au 31 décembre de l'année.  
Source STATEC.

## 1.2. LES RESSOURCES MATÉRIELLES

À 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.

### 1.2.1. Les lits des établissements hospitaliers

Les soins hospitaliers (en dehors des frais médicaux) représentent près de la moitié des dépenses pour soins de santé au Luxembourg. Sur ce critère, les hôpitaux sont le premier prestataire de soins de santé du système de santé. Leurs besoins à long terme en ressources humaines et en investissements lourds ainsi que leur organisation complexe requiert donc au niveau national des efforts de planification et de concentration des moyens. Ces efforts se concrétisent entre autres par l'élaboration d'une carte sanitaire, 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 hospitalière<sup>2</sup>.

Tableau 8: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2018

Etablissement hospitalier	Lits aigus soins normaux et intensifs		Lits de moyen séjour soins nomaux					Total soins normaux et intensifs				Lits d'hospitalisation de jour chirurgicale et non chirurgicale	Lits d'hospitalisation de jour psychiatrie	Postes de dialyse	Lits portes
	Soins normaux	Soins intensifs	Rééducation gériatrique	Rééducation fonctionnelle	Rééducation physique et oncologique	Rééducation psychiatrique	Soins palliatifs	Soins normaux	Soins intensifs	Total	dont 1 <sup>re</sup> classe				
CHL	514	55	0	0	0	0	10	524	55	579	168	72	16	26	9
CHEM	462	41	36	0	0	45	0	543	41	584	57	65	21	20	6
CHdN	266	20	41	0	0	30	0	337	20	357	107	30	40	18	0
HRS	572	33	30	0	0	68	0	670	33	703	196	145	27	29	8
INCCI	9	10	0	0	0	0	0	9	10	19	5	14	0	0	0
CHNP <sup>a</sup>	0	0	0	0	0	237	0	237	0	237	0	0	0	0	0
HIS	0	0	30	0	0	0	0	30	0	30	6	0	0	0	0
Baclesse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rehazenter	73	0	0	0	0	0	0	73	0	73	0	0	0	0	0
Haus Omega	0	0	0	0	0	0	15	15	0	15	0	0	0	0	0
CRCC	0	0	0	0	60	0	0	60	0	60	0	0	0	0	0
LNS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1 896</b>	<b>159</b>	<b>137</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>380</b>	<b>25</b>	<b>2 498</b>	<b>159</b>	<b>2 657</b>	<b>539</b>	<b>326</b>	<b>104</b>	<b>93</b>	<b>23</b>

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

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





## 1.2.2. Les 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).

## 1.2.3. Les officines de pharmacie

Le tableau ci-après montre l'évolution du nombre d'officines de pharmacie entre 2009 et 2017.

**Tableau 9: Evolution du nombre de concessions de pharmacie<sup>a</sup>**

Concessions de pharmacies	2009	2013	2018
Ouvertes au public	91	94	97
Hospitalières <sup>b</sup>	7	6	5
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>	<b>102</b>

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.

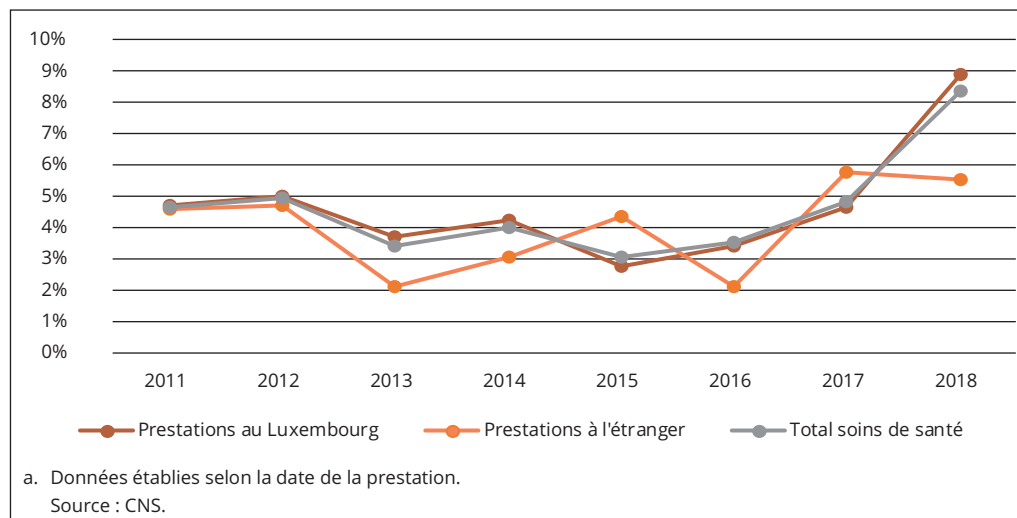
Source: STATEC.



## 2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE

Cette section analyse d'un côté les caractéristiques des consommateurs de soins de santé fournis au Luxembourg ainsi que l'évolution des dépenses des différents types de soins de santé prestés au Luxembourg ou à l'étranger et établit de l'autre côté des indicateurs de santé publique permettant d'illustrer l'accès aux soins, la qualité des soins de santé et la performance des prestataires de soins au Luxembourg.

**Graphique 8: Évolution des dépenses pour soins de santé <sup>a</sup>**



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

L'évolution des dépenses pour soins de santé est de 8,3% en 2018. Cette croissance est due à une augmentation de 8,9% des dépenses pour les soins prestés au Luxembourg et à une évolution de 5,5% des dépenses pour soins délivrés à l'étranger.

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

**Tableau 10: Evolution des dépenses pour soins de santé<sup>a</sup> (en millions EUR)**

Type de prestation	2016	2017	2018	Variation 2016/2017	Variation 2017/2018
Soins hospitaliers	840,7	862,3	969,0	2,6%	12,4%
Soins médicaux	362,2	381,6	409,1	5,4%	7,2%
Soins dentaires <sup>b</sup>	76,1	82,7	87,3	8,8%	5,5%
Médicaments (extrahospitalier) <sup>c</sup>	209,8	217,9	230,0	3,8%	5,6%
Dispositifs médicaux	45,3	46,8	50,2	3,4%	7,3%
Analyses de biologie médicale (en ambulatoire)	66,1	69,4	60,7	4,9%	-12,6%
Soins infirmiers	44,9	49,8	55,0	10,7%	10,5%
Soins de kinésithérapie	66,8	74,4	82,6	11,3%	11,0%
Autres soins de santé <sup>d</sup>	40,0	48,0	51,7	20,0%	7,8%
<b>Total des prestations au Luxembourg</b>	<b>1 751,9</b>	<b>1 832,8</b>	<b>1 995,6</b>	<b>4,6%</b>	<b>8,9%</b>
Prestations à l'étranger	392,0	414,5	437,5	5,8%	5,5%
<b>Total soins de santé</b>	<b>2 143,9</b>	<b>2 247,3</b>	<b>2 433,0</b>	<b>4,8%</b>	<b>8,3%</b>

a. Données établies selon la date de la prestation.

b. Y compris les soins de médecine dentaire remboursés dans le cadre de la Convention conclue entre l'Etat et la CNS portant institution d'un programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes.

c. Y compris les médicaments à délivrance hospitalière.

d. Le poste des " Autres soins de santé " regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive, les soins palliatifs, les indemnités funéraires, les soins de sages-femmes, d'orthophonistes et de psychomotriciens.

Source : CNS.

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

Cette sous-section présente l'évolution de la consommation médicale au Luxembourg ainsi que la variation des différents types de soins.

### Encadré méthodologique

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

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

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

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



## 2.1.1. La consommation médicale au Luxembourg

En 2018, la CNS a dépensé 1 757,6 millions EUR pour soins de santé délivrés à la population protégée résidente. Sur les 557 299 personnes protégées résidentes, 532 552 ont bénéficié d'un remboursement de la CNS<sup>3</sup>. En moyenne, ce remboursement a été effectué à hauteur de 3 300,4 EUR par bénéficiaire. Il convient de préciser qu'il s'agit de la moyenne remboursée pour l'ensemble des prestations en 2018 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)<sup>4</sup>. Ces trois facteurs majeurs ont une influence sur la répartition de remboursement et expliquent l'inégalité.

Pour l'année 2018 on constate que :

- la moitié des bénéficiaires a touché un remboursement inférieur à 987,1 EUR (remboursement médian) ;
- environ quatre cinquièmes des bénéficiaires (80%) ont touché un montant inférieur au remboursement moyen (3 300,4 EUR) ;
- 98% des bénéficiaires ont touché 67,2% de l'ensemble des soins remboursés ;
- 2% des patients (10 652 personnes) ont eu un remboursement supérieur à 24 464,3 EUR et ont donc touché 32,8% des remboursements de soins de santé ;
- le remboursement le plus élevé en 2018 était de 592 319 EUR.

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

**Tableau 11: Evolution de la distribution des soins consommés**

Pourcentage de patients	Part de la consommation totale		
	1998	2008	2018
50% bénéficiant de	7,0%	7,0%	6,5%
75% bénéficiant de	21,0%	20,0%	18,6%
98% bénéficiant de	71,0%	69,0%	67,2%

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

Note de lecture : En 2018, 98% des patients ont consommés 67,2% de l'ensemble des soins de santé.

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

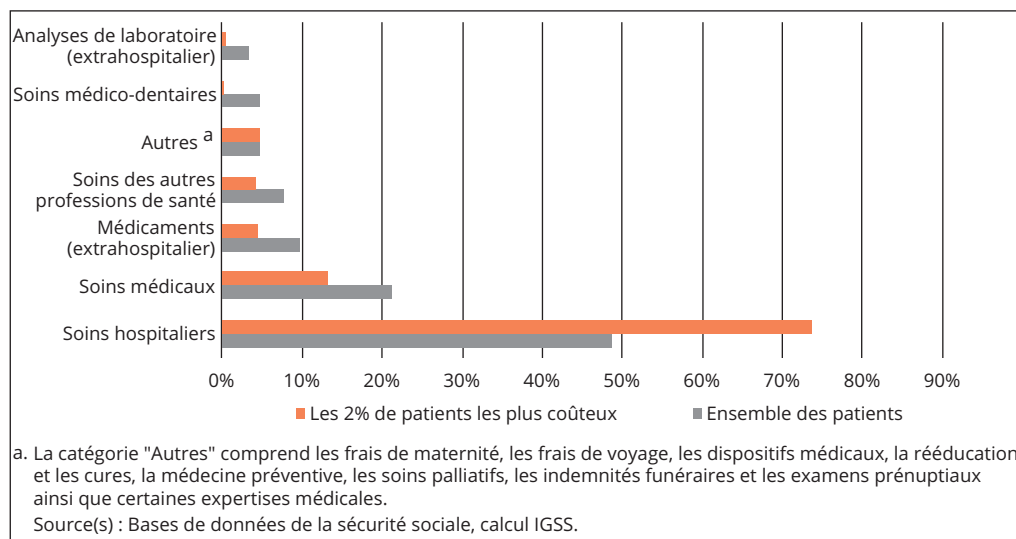
3. Il faut noter que le nombre de personnes protégées résidentes représente une moyenne annuelle et que le nombre de bénéficiaires représente une valeur absolue.

4. Modèle comportemental d'Andersen, 1995.





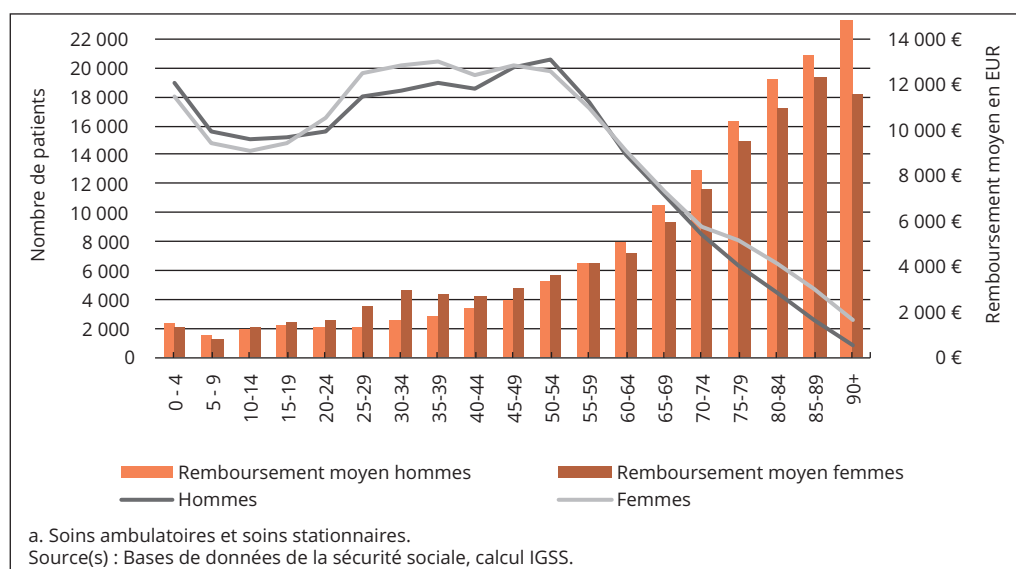
**Graphique 9: Répartition des remboursements de soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés en 2018 (en % du total)**



Les remboursements pour frais d'hospitalisation représentent 73,1% des remboursements des prestations de soins de santé des 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés, tandis que ces frais ne représentent que 48,7% 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 10: Les soins de santé au Luxembourg<sup>a</sup> : nombre de patients et remboursement moyen par sexe et groupe d'âge en 2018**





Le graphique 10 illustre, par sexe et par groupe d'âge, le nombre de bénéficiaires et le montant moyen remboursé pour les soins de santé en 2018. A noter que la répartition par sexe de la population protégée résidente ne correspond pas à celle des patients : d'un côté, les hommes prédominent jusqu'à 69 ans dans la population protégée résidente, de l'autre côté, les femmes sont majoritaires dans le groupe d'âge de 20 à 50 ans des patients ayant profités d'un remboursement par la CNS. Pour ces mêmes groupes d'âge, la moyenne remboursée des femmes est plus élevée. Cette situation peut être attribuée à l'effet maternité. 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.

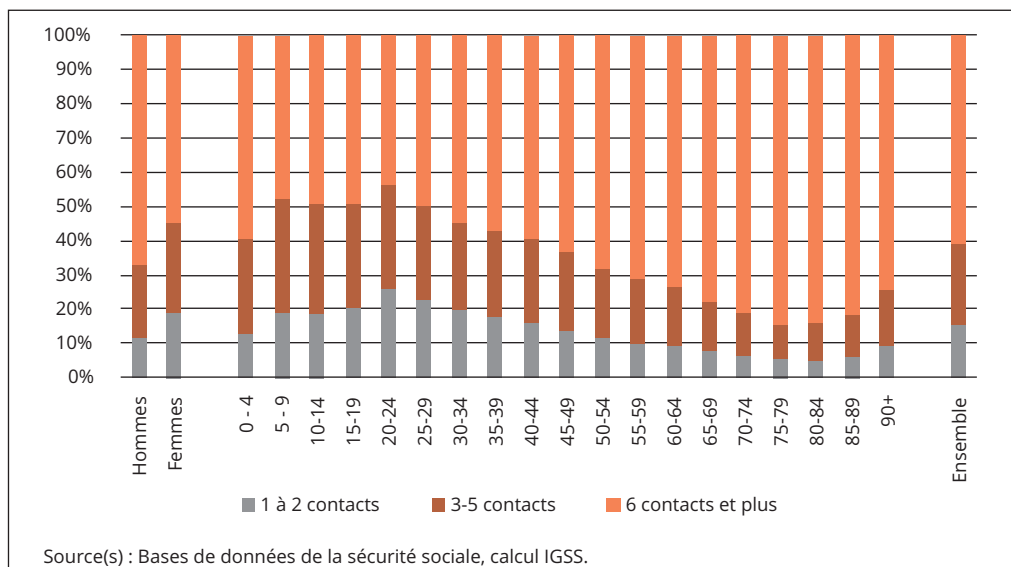
## Contacts médicaux

### 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 2018 sont provisoires.

Graphique 11: Contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2018

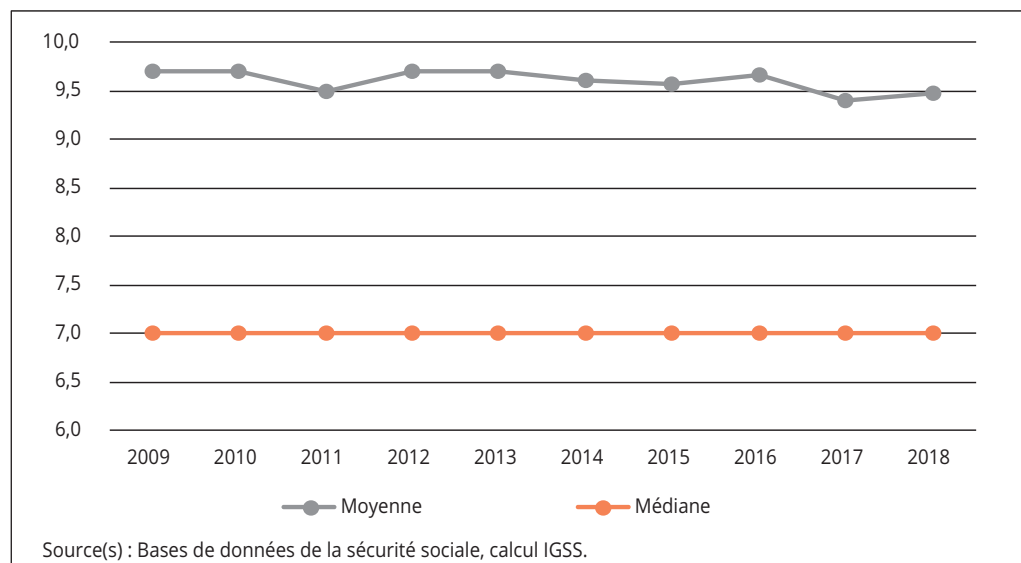


En 2018, environ 91,4% de la population protégée résidente a eu au moins un contact médical en milieu extrahospitalier<sup>5</sup>. La moitié des patients a eu jusqu'à 7 contacts médicaux (médiane) et la moyenne se situe autour de 9,5 contacts médicaux. Les femmes ont en



moyenne plus de contacts médicaux que les hommes (10,5 vs. 8,4). 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 ").

**Graphique 12: Evolution des contacts médicaux de 2009 à 2018**

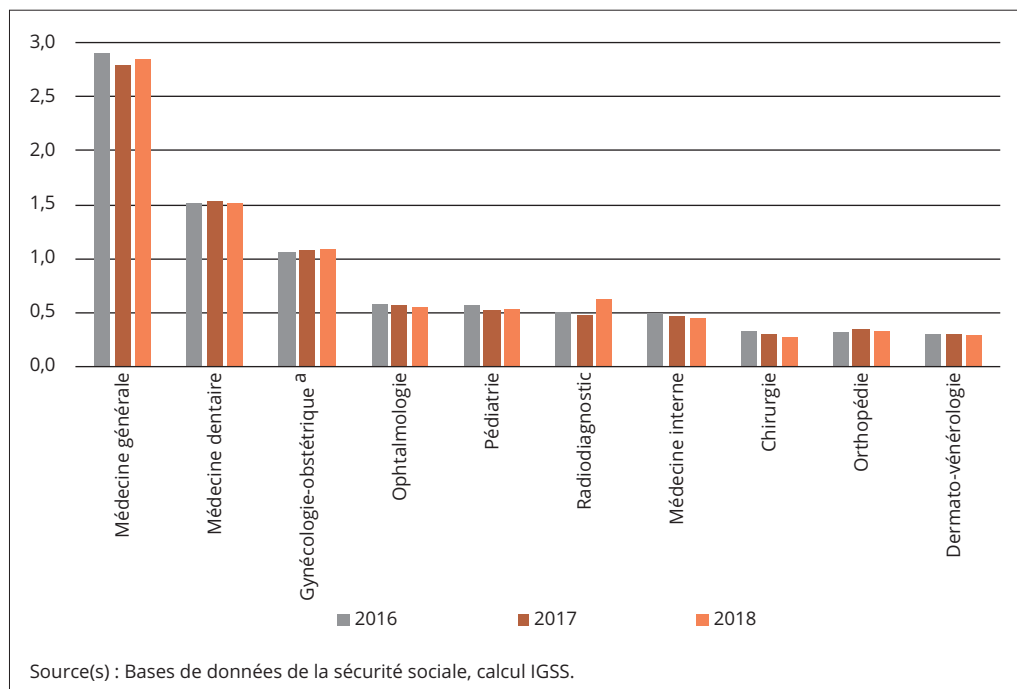


L'évolution des contacts médicaux est restée stable pendant les dix dernières années.

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



Graphique 13: Evolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2016 à 2018



En 2018, les personnes consultent le plus fréquemment les médecins généralistes (en moyenne 2,9 fois/an), les médecins dentistes (1,5 fois/an) et les gynécologues et obstétriciens (1,1 fois/an)<sup>6</sup>. Au cours des 3 dernières années, la distribution des médecins consultés selon leur spécialité est restée stable.

### 2.1.2. Les prestations de soins de santé au Luxembourg

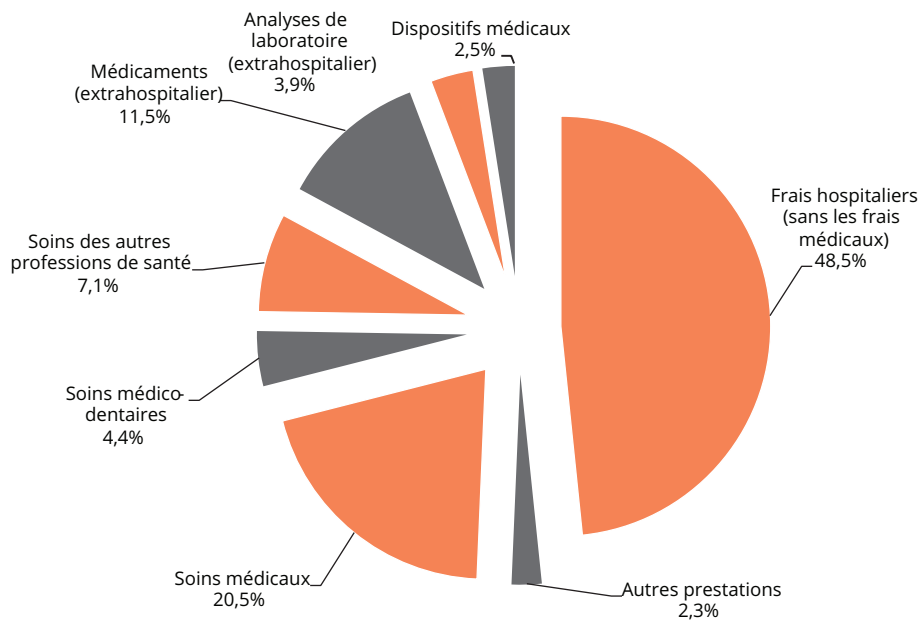
Selon la date de la prestation, l'assurance maladie-maternité a pris en charge des soins de santé à hauteur de 2 004,6 millions EUR en 2018 délivrées principalement à la population protégée résidente<sup>7</sup> au Luxembourg.

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

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



**Graphique 14: Répartition des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2018 <sup>abcd</sup>**  
(en % du total)



- a. Données établies selon la date de la prestation.
- b. Y compris les soins de médecine dentaire remboursés dans le cadre de la Convention conclue entre l'Etat et la CNS portant institution d'un programme de médecine préventive en matière de traitement dentaire des enfants et jeunes.
- c. Y compris les médicaments à délivrance hospitalière.
- d. Le poste des " Autres soins de santé " regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive, les soins palliatifs, les indemnités funéraires, les soins de sages-femmes, d'orthophonistes et de psychomotriciens.

Source : CNS.

Les sous-sections suivantes présentent de manière détaillée les principaux facteurs qui contribuent aux différentes évolutions des dépenses pour soins de santé.



### 2.1.2.1. L'activité médicale au Luxembourg

#### Encadré méthodologique

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

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

Un médecin peut être prescripteur et exécutant à la fois.

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

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

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

- tous les médecins (salariés et non-salariés) sont considérés, pour lesquels le code fournisseur a été utilisé au cours de l'année de référence et en cas d'exercice libéral, le montant net facturé pendant l'année est égal ou supérieur au salaire social minimum moyen ;
- seuls les médecins qui ont eu le même statut pendant les 12 mois de l'année correspondante sont considérés ;
- les médecins ont entre 26 et 69 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 2018, les honoraires de l'ensemble des médecins se sont élevés à 522,8 millions EUR, soit 4,1% de plus qu'en 2017. La plus grande variation peut être observée chez les médecins dentistes avec 11,4%. 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, la croissance de l'activité médicale et de l'évolution de l'échelle mobile des salaires. Le volume des honoraires des médecins spécialistes progresse de 0,3% et celui des médecins généralistes de 4,5%.



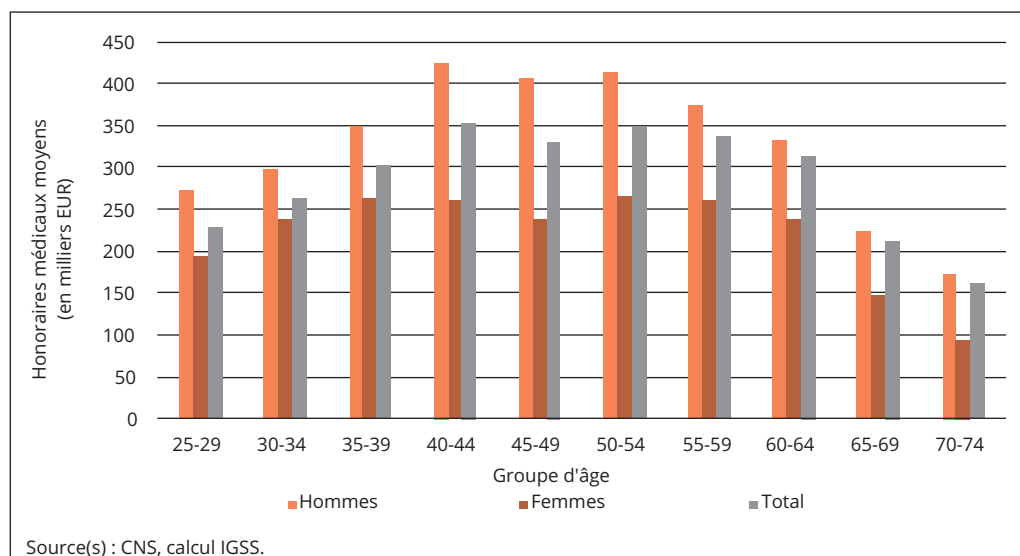
**Tableau 12: Evolution du volume des honoraires des médecins depuis 2009 (en millions EUR)**

	2009	2013	2018	Variation moyenne annuelle 2009/2018
Médecins généralistes	55,6	66,4	83,2	4,6%
Médecins spécialistes	211,7	244,2	289,0	3,5%
Dentistes et stomatologues	101,4	121,4	149,6	4,4%
<b>Total des médecins</b>	<b>368,7</b>	<b>432,0</b>	<b>522,8</b>	<b>4,0%</b>

Source : CNS, calcul IGSS.

Le graphique 15, 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.

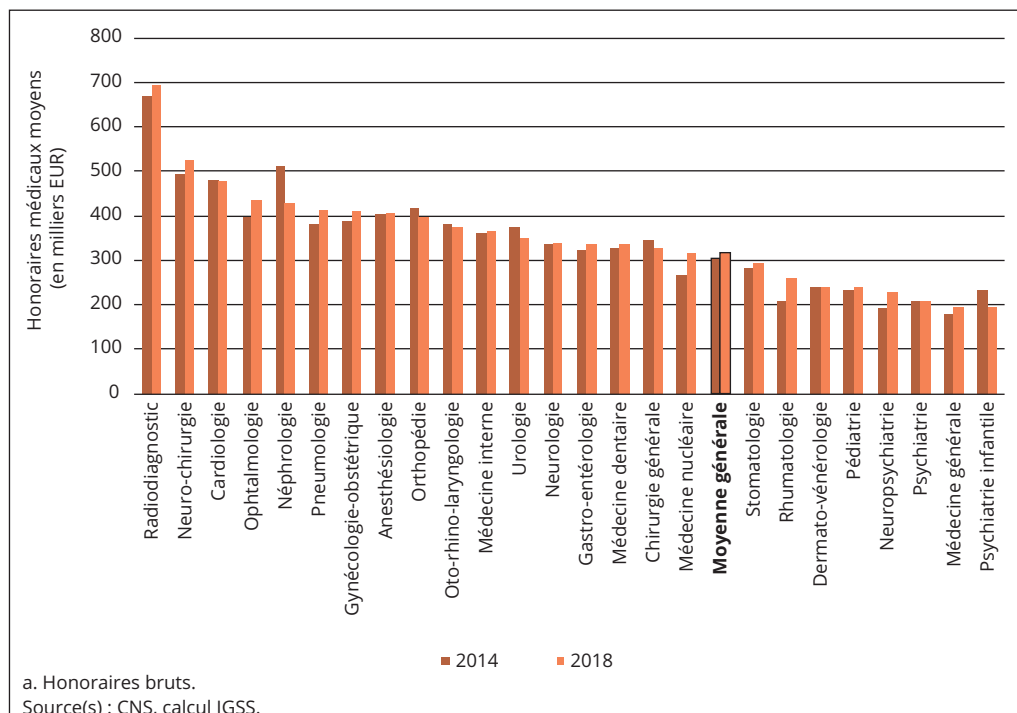
**Graphique 15: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2018 (en milliers EUR)**



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 2014 à 2018 montre une diminution entre autres chez les néphrologues, les psychiatres, les urologues, les médecins spécialisés en chirurgie générale, les oto-rhino-laryngologues et les cardiologues.

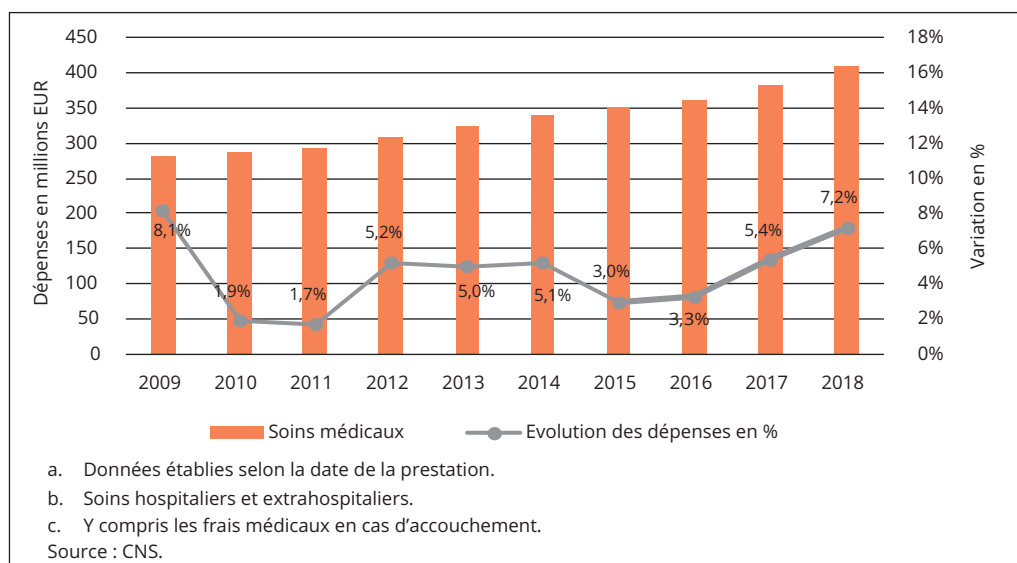


**Graphique 16: Evolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2014 et 2018<sup>a</sup> (par ordre décroissant pour 2018)**



Les graphiques qui suivent présentent l'évolution du coût des prestations médicales et médico-dentaires prises en charge par l'assurance maladie-maternité sur la période de 2009-2018.

**Graphique 17: Évolution des dépenses pour soins médicaux<sup>abc</sup>**



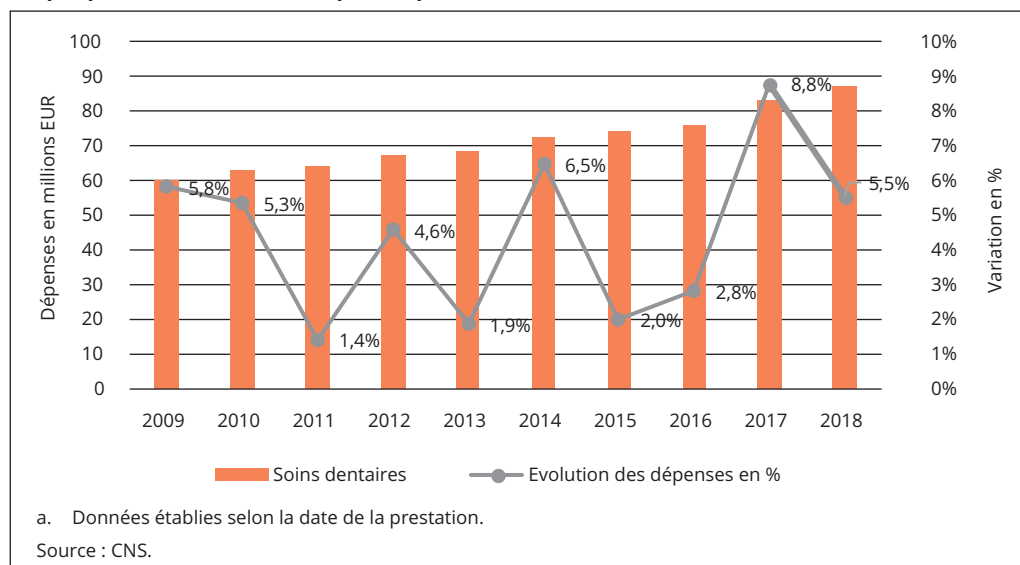




En 2017, l'augmentation des dépenses de 5,4% des soins médicaux est la conséquence des réajustements de certains tarifs médicaux, de l'augmentation de l'activité, du résultat de la négociation de la lettre-clé 2017/2018 à hauteur de 1,01% et à une variation de l'échelle mobile des salaires (2,5%).

En 2018, les dépenses pour soins médicaux augmentent de 7,2% par rapport à 2017. Cette évolution est liée, à côté des adaptations statutaires de la CNS comme l'abolition de la participation personnelle sur les consultations médicales pour les mineurs, à l'adaptation des tarifs des urgences au 1<sup>er</sup> novembre 2018 pour les adultes, à la variation de l'échelle mobile des salaires (1,0%) et à une croissance soutenue de l'activité (consultations et actes techniques ambulatoires +10,0%).

**Graphique 18: Évolution des dépenses pour soins dentaires <sup>a</sup>**



L'augmentation de 8,8% des dépenses pour les soins dentaires constatée en 2017 s'explique notamment par les remboursements accordés pour les actes d'anesthésie locale lors de soins dentaires ainsi que le 2e détartrage. S'y ajoute la variation de l'échelle mobile des salaires (2,5%), le résultat des négociations tarifaires avec les médecins-dentistes pour la période de 2017/2018 à hauteur de 1,01%.

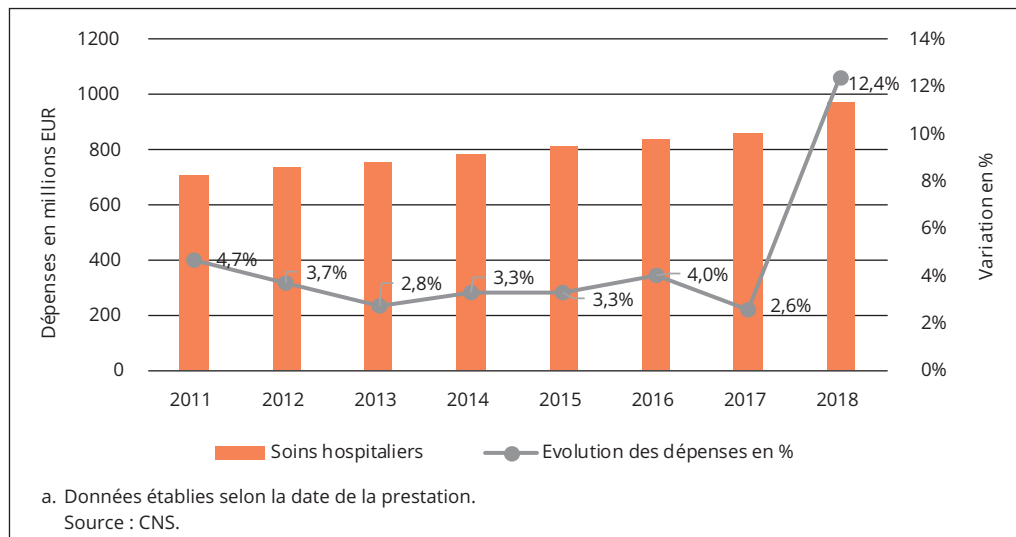
En 2018, la réduction des délais de renouvellement des prothèses dentaires de 15 à 12 ans, une variation de l'échelle mobile des salaires de 1,0% et l'augmentation de l'activité expliquent en grande partie l'augmentation des dépenses en soins dentaires de 5,5%.

### 2.1.2.2. Les soins hospitaliers

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



Graphique 19: Évolution des dépenses pour soins hospitaliers <sup>a</sup>



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

En 2018, les dépenses pour soins hospitaliers à charge de l'assurance maladie-maternité s'élevaient à 969,0 millions EUR, soit une augmentation de 12,4% par rapport à 2017. Les frais fixes évoluent de 12,6%. Cette croissance est imputable à une augmentation considérable des frais de personnel. Les adaptations des conventions collectives de travail du secteur hospitalier, l'augmentation du nombre d'ETP accordés en 2018 par rapport à l'accord de 2017 (+11,07 ETP) ou encore la budgétisation du LNS et du centre de réhabilitation Colpach à partir du 1<sup>er</sup> avril 2018 expliquent cette évolution importante.

Les frais variables affichent de leur côté une croissance de 11,4% par rapport à 2017. Cette évolution est liée à la budgétisation du centre de réhabilitation Colpach et de l'activité du LNS en matière de génétique humaine et d'anatomo-pathologie à partir du 1<sup>er</sup> avril 2018.

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 par la suite. A noter qu'à partir de 2017, les données 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 2018, 742 675 journées ont été facturées en milieu hospitalier au Luxembourg<sup>8</sup>. Les journées facturées avec au moins une nuitée s'élèvent à 668 126 en 2018. 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 94,3%. Les soins intensifs représentent 5,7% de journées facturées avec nuitée.

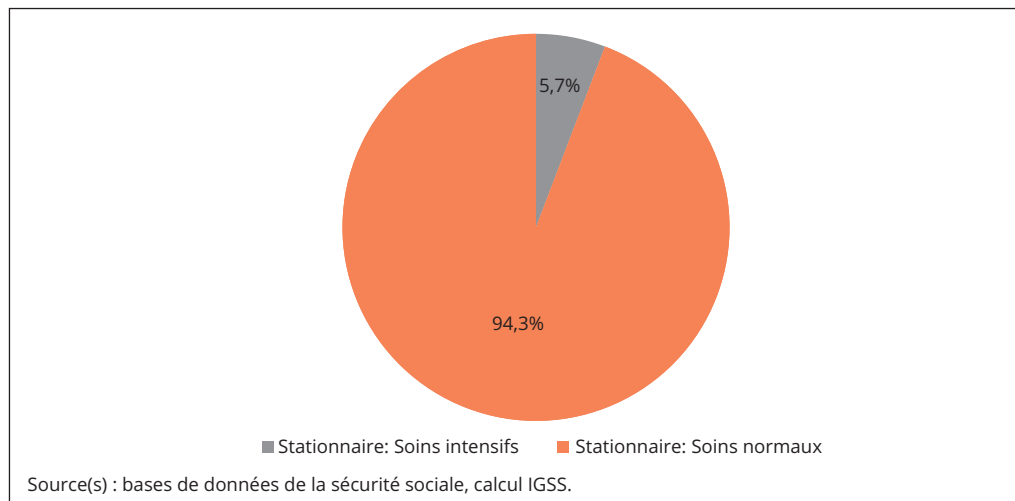
Les hospitalisations de jour, qui ne sont pas suivies d'une hospitalisation avec nuitée sont au nombre de 74 549 en 2018. Les soins normaux concernent 21%, les places de surveillance 44,6% et les hospitalisations de jour en psychiatrie 34,4%. Abstraction faite de ces dernières, 32% incombent aux soins normaux et 68% 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).

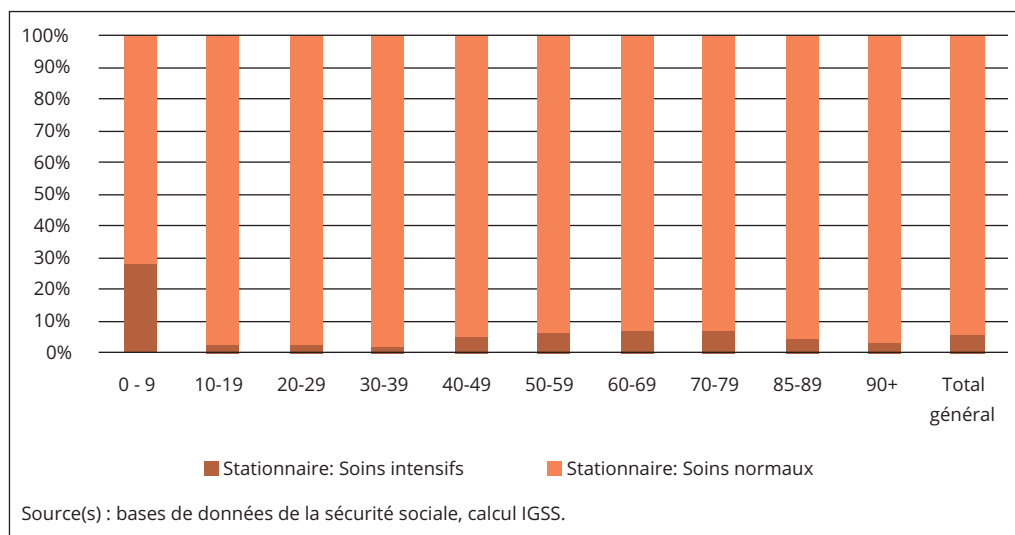


**Graphique 20: Répartition des types de journées prestées avec nuitée en 2018**



Le graphique 21 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 51 582 personnes.

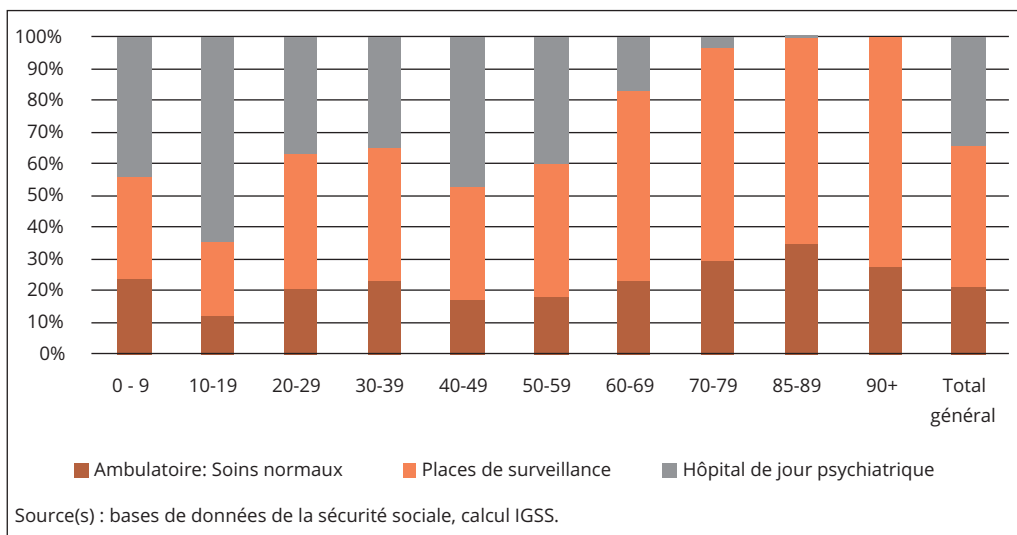
**Graphique 21: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2018 (en %)**





Concernant les journées facturées sans nuitée, ce sont les places de surveillance qui occupent la part la plus importante, au-delà de 40% des journées facturées sans nuitée pour la plus grande partie des groupes d'âge. Seulement les jeunes (< 20 ans) et les adultes entre 40 et 49 ans ont plus recours aux séances dans les hôpitaux de jour psychiatriques. Les jours concernent un total de 35 295 patients.

**Graphique 22: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2018 (en %)**



## Les admissions à l'hôpital

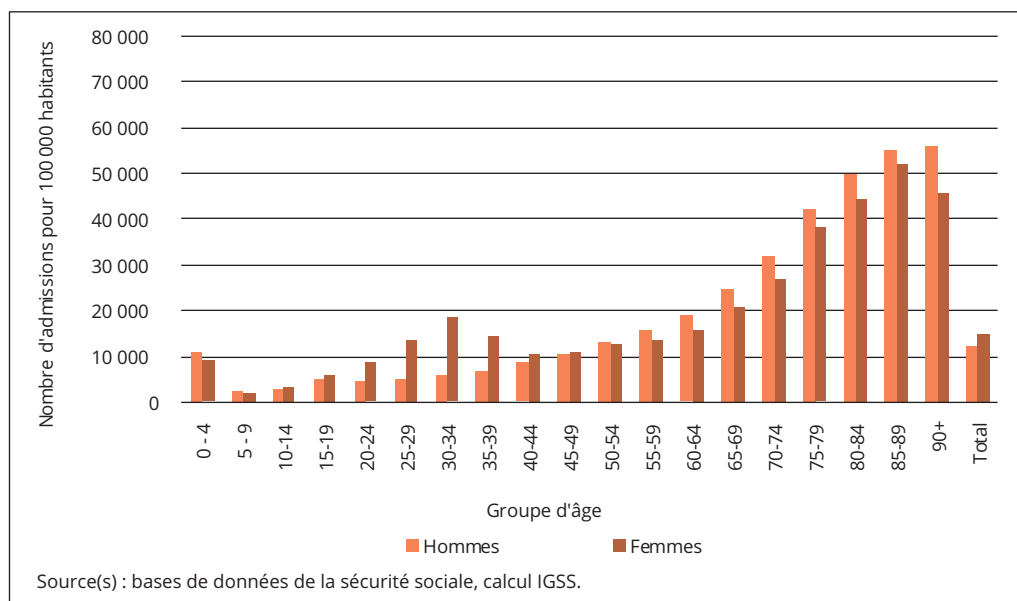
### Encadré méthodologique

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 2018 le nombre d'admissions hospitalières avec au moins une nuitée s'élève en moyenne à 13 622 pour 100 000 personnes protégées résidentes.



**Graphique 23: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2018**



Le taux élevé des admissions chez les femmes âgées de 15 à 45 ans par rapport à celui des hommes du même âge s'explique en grande partie par les accouchements qui sont la première cause d'hospitalisations chez les femmes de ces groupes d'âge. Sans surprise, le nombre d'admissions augmente avec l'âge pour atteindre un maximum de 6,7/10 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 établissements suivants sont exclus :

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

Le tableau synoptique 13 présente les principaux indicateurs en matière de durée de séjour dans les hôpitaux aigus. Ainsi, sur la période de 2014 à 2018, 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 22,8% en 2014 à 22,1% en 2018. Le taux d'hospitalisation avec une durée inférieure ou égale à 7 jours baisse à partir de 2016 de même que le taux d'hospitalisation avec une durée inférieure ou égale à 4 jours qui diminue depuis 2014.



**Tableau 13: Evolution du type d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus de 2014 à 2018 <sup>a</sup>**

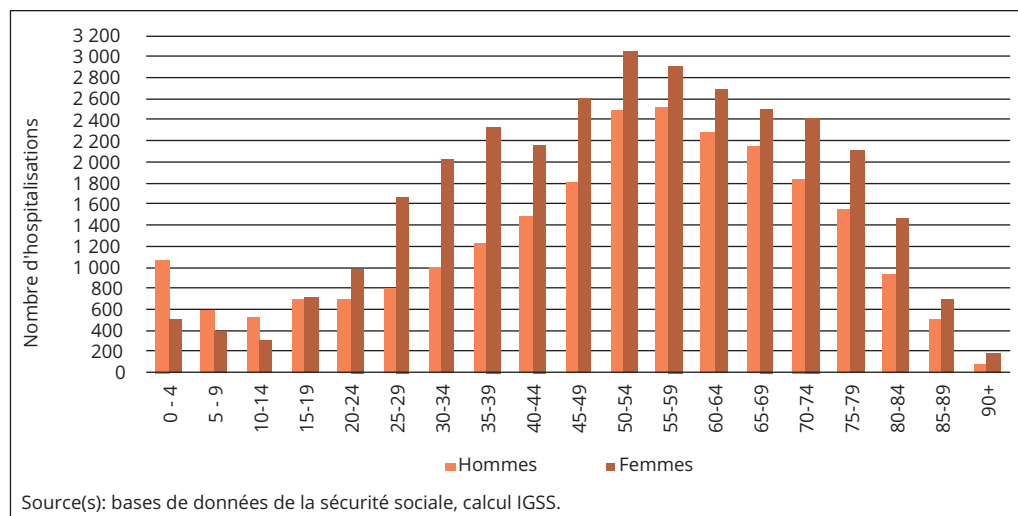
	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de cas d'hospitalisations comprenant au moins une nuit à l'hôpital	75 721	74 711	74 319	73 413	71 692
Nombre d'admissions en hospitalisation de jour (HDJ, sans nuitée)	17 232	17 463	17 522	16 191	15 987
Nombre de patients en place de surveillance <sup>b</sup> (sans nuitée et sans admission formelle)	29 909	30 987	31 946	35 077	39 864
Durée moyenne de séjour <sup>c</sup>	7,3	7,5	7,5	7,5	7,7
<i>Evolution annuelle des hospitalisations complètes</i>	-0,6%	-1,3%	-0,5%	-1,2%	-2,3%
<i>Evolution annuelle des hospitalisations de jour</i>	4,6%	1,3%	0,3%	-7,6%	-1,3%
<i>Evolution annuelle des places de surveillance</i>	10,1%	3,6%	3,1%	9,8%	13,6%
Taux d'hospitalisation avec une durée <=4 jours	65,1%	64,9%	64,7%	64,4%	64,2%
Taux d'hospitalisation avec une durée <=7 jours	78,6%	79,6%	78,1%	77,9%	77,8%
<b>Rapport nombre HDJ / Nombre total d'hospitalisations (sans places de surveillance)</b>	<b>22,8%</b>	<b>23,4%</b>	<b>23,6%</b>	<b>22,1%</b>	<b>22,3%</b>

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

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

En 2018, 55 851 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 24: Nombre de cas d'hospitalisations de jour en 2018 par groupe d'âge (hôpitaux aigus)**

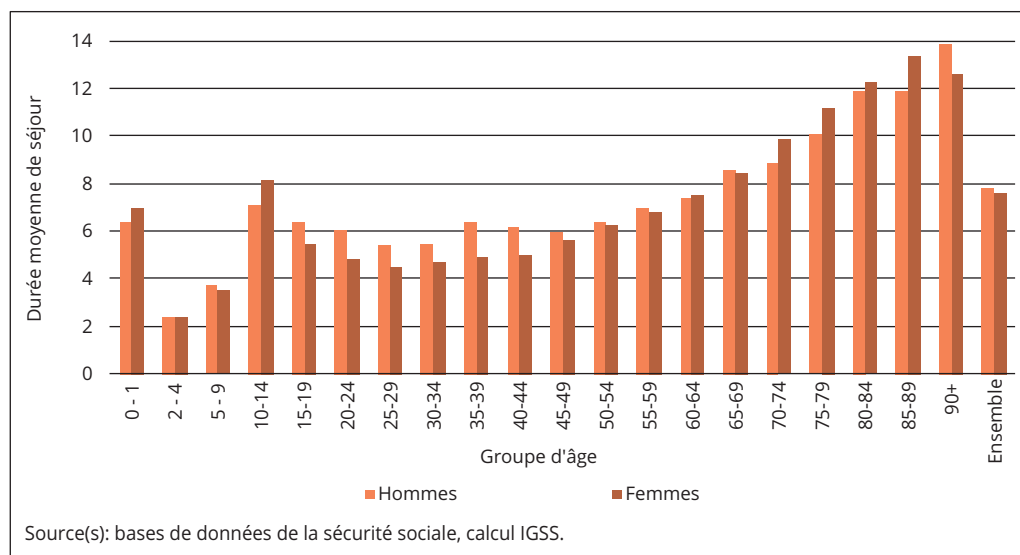






La durée moyenne de séjour des 71 692 hospitalisations avec au moins une nuitée se situe à 7,7 jours en 2018. Pour les hommes comme pour les femmes, la durée moyenne de séjour progresse avec l'âge. L'exception à cette tendance sont les enfants de moins de 1 an qui affichent une durée moyenne de séjour 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 25: Durée moyenne de séjour en 2018 par groupe d'âge et sexe (hôpitaux aigus)**



### 2.1.2.3. 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<sup>er</sup> janvier 2011, le financement des soins en cas de maternité a été intégré au régime général de l'assurance maladie-maternité.

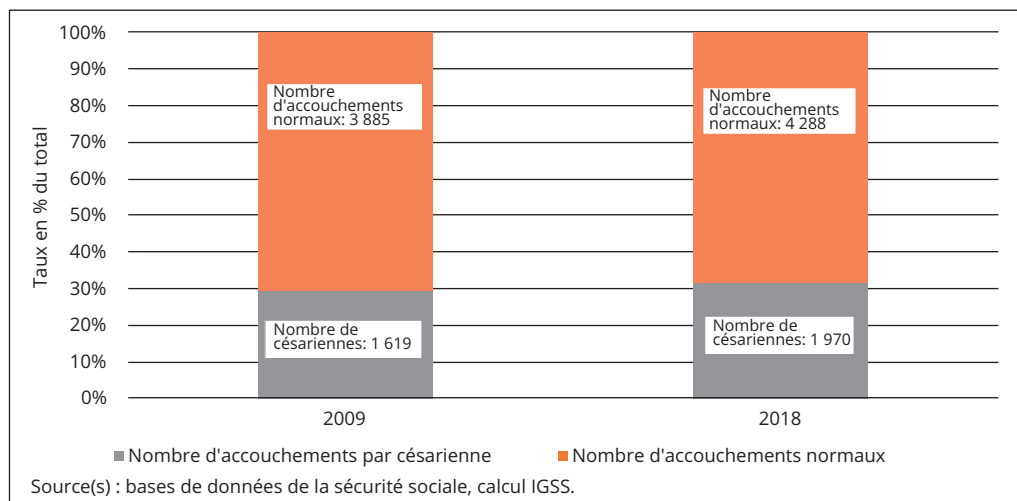
En 2018, le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité est de 6 258. Comparé à 2009, ceci représente une augmentation de 13,5%. Toutefois, la population protégée résidente a également augmenté. Trois points sont mis en évidence :

- 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 31,5% en 2018 contre 29,4% en 2009.

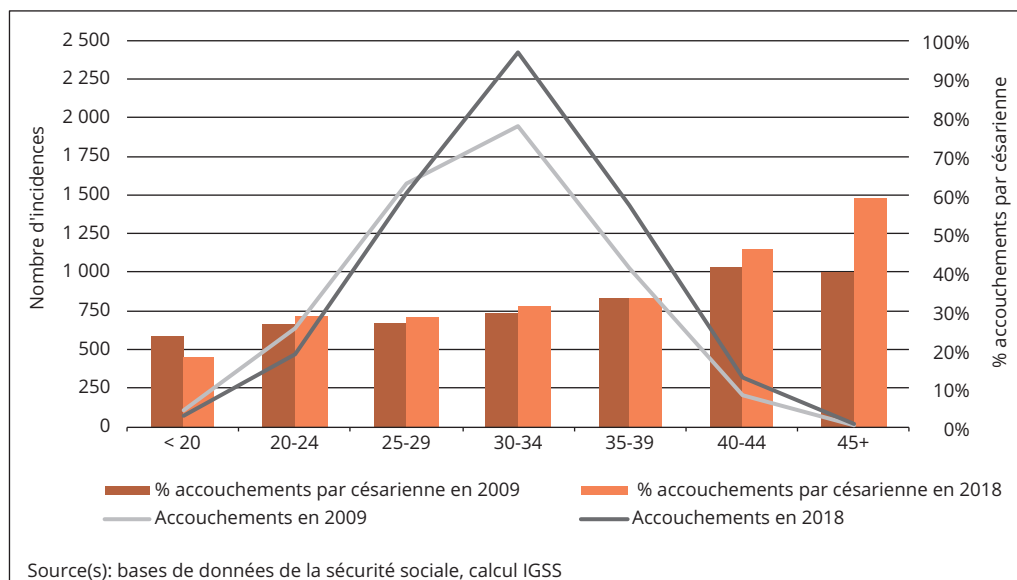


**Graphique 26: Evolution du nombre d'accouchements par césarienne et du nombre d'accouchements normaux de 2009 à 2018**



Le graphique 27 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 2009 et 2018. 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 27: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2009 et 2018**



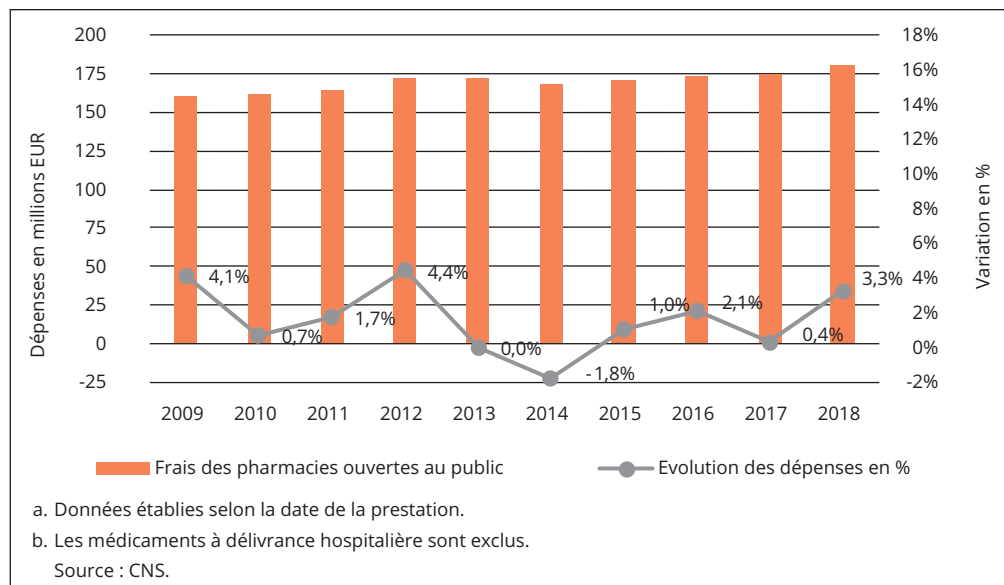


## 2.1.2.4. Les médicaments

### Encadré méthodologique

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

**Graphique 28: Évolution des dépenses relatives aux médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public<sup>ab</sup>**



En 2018, les dépenses en remboursements de médicaments vendus par les pharmacies ouvertes au public s'élèvent à 180,5 millions EUR, soit une augmentation des dépenses de 3,3% par rapport à 2017. Cette augmentation s'explique notamment par une croissance du nombre de patients de 3,4%, le coût moyen par patient étant stable d'une année à l'autre.

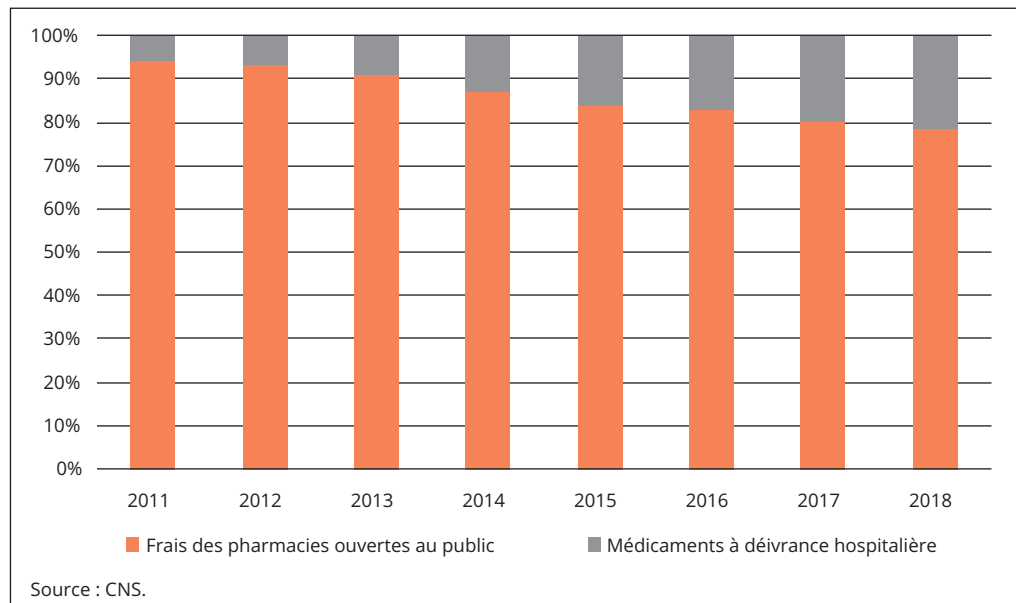
Il y a lieu de signaler que les prix de vente au public des médicaments au Luxembourg sont légalement liés aux prix de vente applicables dans leur pays de provenance. La grande majorité des médicaments du marché luxembourgeois est de provenance belge. Or, la base légale belge contraint l'industrie pharmaceutique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

Les médicaments à délivrance hospitalière (médicaments délivrés par les pharmacies des hôpitaux à des patients en ambulatoire p.ex. dans le cadre de traitements anti-cancéreux) s'élèvent à 49,5 millions EUR en 2018.



Ainsi, les dépenses totales relatives aux médicaments affichent 230,0 millions EUR en 2018, dont 21,5% concernent les dépenses pour les médicaments à délivrance hospitalière contre 5,9% en 2011. Cette évolution s'explique par la prise en charge de nouveaux traitements médicamenteux coûteux comme par exemple contre l'hépatite C, l'immunothérapie, etc.

**Graphique 29: Evolution des dépenses totales relatives aux médicaments**



Les quatre groupes ATC les plus pris en charge par la CNS représentent 61% du montant net total.

**Tableau 14: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2018**

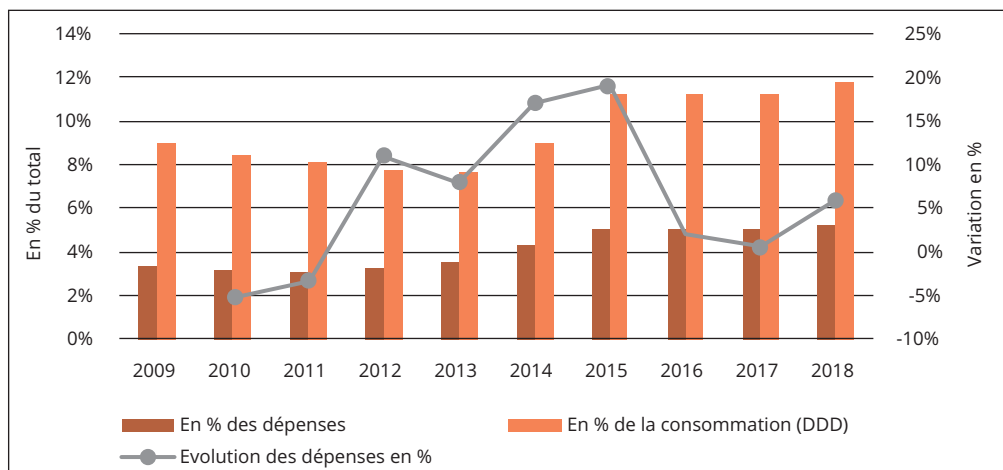
Code ATC <sup>b</sup> 1 <sup>er</sup> niveau	Montant net total %	Variation 2017/2018
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	17%	3,7%
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	17%	10,0%
Système cardio-vasculaire	14%	-11,3%
Système nerveux central	14%	2,7%

Source : Décompte CNS.

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



**Graphique 30: Part des médicaments génériques dans l'ensemble des médicaments**



En 2011 la part des dépenses relatives aux médicaments génériques se situe à 3,4% des dépenses totales des médicaments. Avec l'introduction en 2014 du droit de substitution, la prescription des médicaments génériques augmente. En effet les dépenses évoluent de 17,1% en 2014, respectivement de 19,2% en 2015 par rapport à 8,0% en 2013. Leur poids dans les dépenses totales des médicaments passe de 3,6% en 2013 à 5,0% en 2015. Depuis, leurs dépenses évoluent modérément. En effet, en 2018 les dépenses relatives aux médicaments génériques représentent 5,2% des dépenses totales des médicaments.

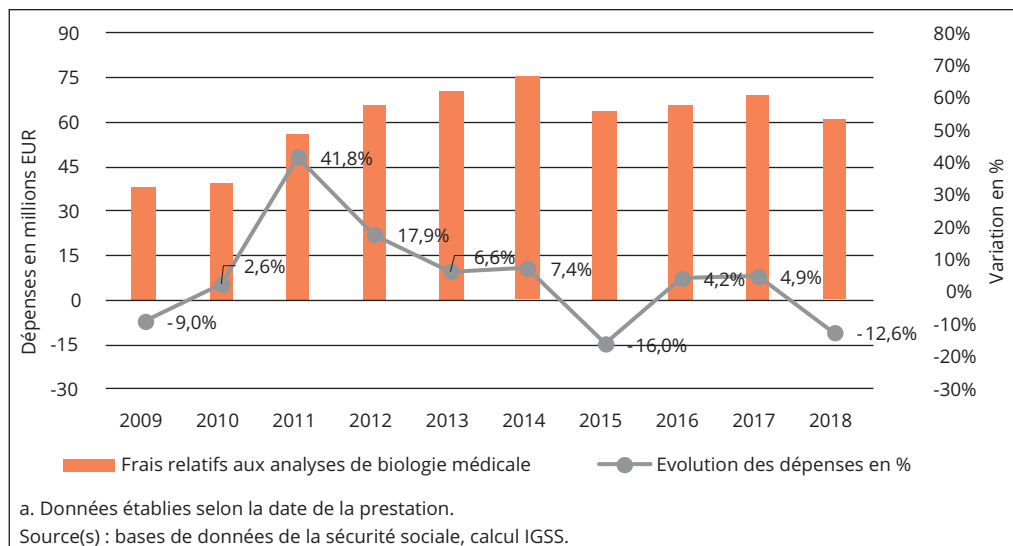
Une analyse de l'impact de la substitution sur le nombre de " Daily Defined Doses " (DDD) consommées<sup>9</sup> entre 2013 et 2015 montre une augmentation 20,8% en 2014, respectivement de 29,0% en 2015 par rapport à 4,1% en 2013. Leur part passe de 7,7% en 2013 à 11,3% de l'ensemble des DDD consommés en 2015. En 2018 cette part s'élève dorénavant à 11,8%.

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



## 2.1.2.5. Les analyses de biologie médicale

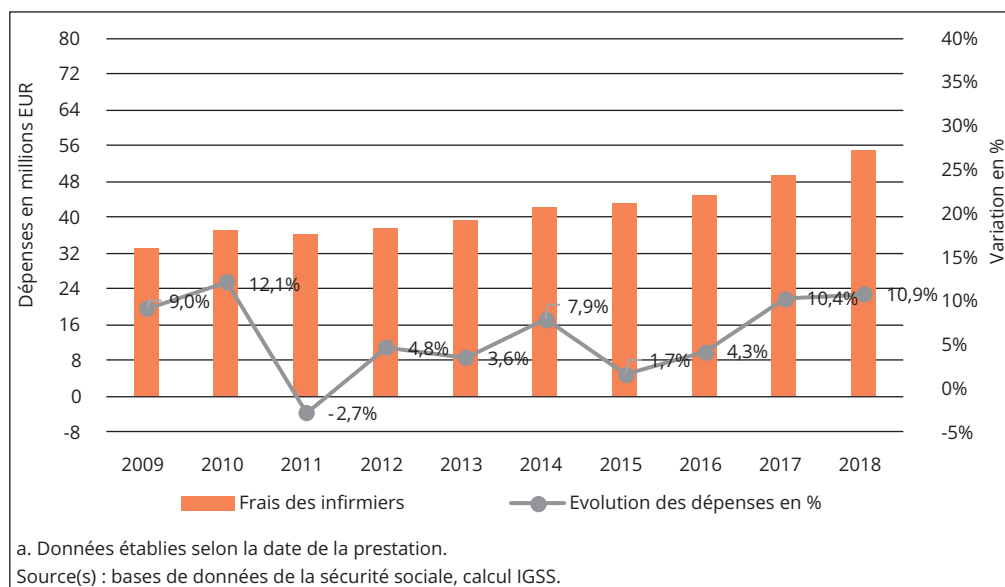
Graphique 31: Évolution des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale <sup>a</sup>



Les dépenses relatives aux analyses de biologie médicale diminuent considérablement en 2018 (-12,6%). Cette baisse imprévue est essentiellement due à l'introduction de la nouvelle nomenclature au 1<sup>er</sup> janvier 2018. S'y ajoute l'effet du transfert de l'activité de génétique humaine et d'anatomo-pathologie du LNS vers le secteur hospitalier avec l'intégration de ces dépenses dans l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers.

## 2.1.2.6. Les soins infirmiers

Graphique 32: Évolution des dépenses pour soins infirmiers <sup>a</sup>



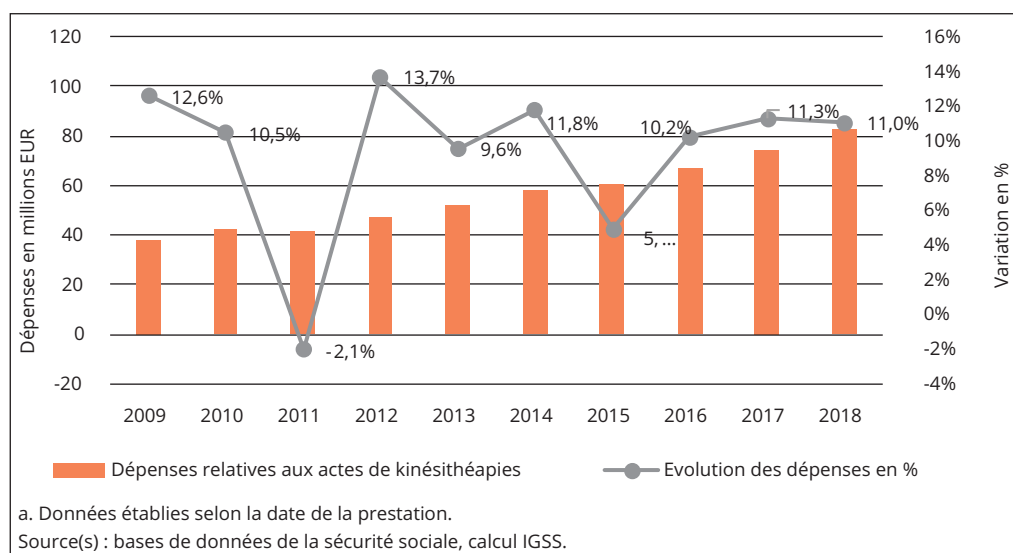


En 2017, les dépenses pour soins infirmiers augmentent de 10,4%. Cette progression est liée à la variation de l'échelle mobile des salaires (2,5%), à la variation de l'activité, aux résultats des négociations tarifaires avec les prestataires de soins pour 2017/2018 à hauteur de 1,01% et aux deux nouveaux actes forfaitaires à mettre en compte par les réseaux d'aides et de soins pour les personnes dépendantes.

Les dépenses pour soins infirmiers s'élèvent à 55,0 millions EUR en 2018, ce qui représente une augmentation de 10,9% par rapport à 2017. Cette croissance s'explique par une évolution de l'échelle mobile des salaires (1,0%), par une hausse ad hoc de la lettre-clé de 10,8% au 1<sup>er</sup> janvier 2018 et par une évolution de l'activité. L'augmentation de la valeur de la lettre-clé, adaptée par la loi relative aux recettes et dépenses de l'Etat pour l'exercice 2018, répond à l'impact de la revalorisation de la carrière des infirmiers découlant de la nouvelle convention collective de travail du secteur d'aides et de soins.

### 2.1.2.7. Les soins de kinésithérapie

**Graphique 33: Évolution des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie <sup>a</sup>**



Une nouvelle nomenclature a été introduite au 1<sup>er</sup> janvier 2017 pour les soins de kinésithérapie. Les dépenses relatives aux actes de kinésithérapie affichent en 2017 une croissance de 11,3%. Cette évolution s'explique par les effets de la nouvelle nomenclature, par une adaptation extraordinaire de 3,0% de la lettre-clé prévue pour l'accompagnement des changements relatifs à l'introduction de la nouvelle nomenclature, par l'évolution de l'échelle mobile des salaires (2,5%) et par les résultats des négociations tarifaires 2017/2018 à hauteur de 1,01%.

En 2018, les dépenses pour les soins de kinésithérapie évoluent de 11,0%. Cette croissance résulte de l'évolution de l'échelle mobile de salaires (1,0%) et de l'augmentation de l'activité difficilement explicable sur base de l'évolution de la population assurée.



### 2.1.2.8. Les autres soins de santé

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

**Tableau 15: Evolution des frais des autres professions de santé de 2014 à 2018 (en milliers EUR)**

Type de prestation	2009	2013	2018	Variation 2017/2018	Variation 2009/2018
Dispositifs médicaux	35,9	40,1	50,2	7,3%	3,8%
Soins des sages-femmes	0,4	0,6	1,2	10,5%	12,6%
Psychomotriciens	1,2	1,1	1,3	13,7%	1,8%
Orthophonie	1,0	1,5	2,5	12,1%	11,1%
Soins palliatifs			7,2	32,5%	
Autres soins de santé	26,4	33,0	39,4	3,7%	4,5%

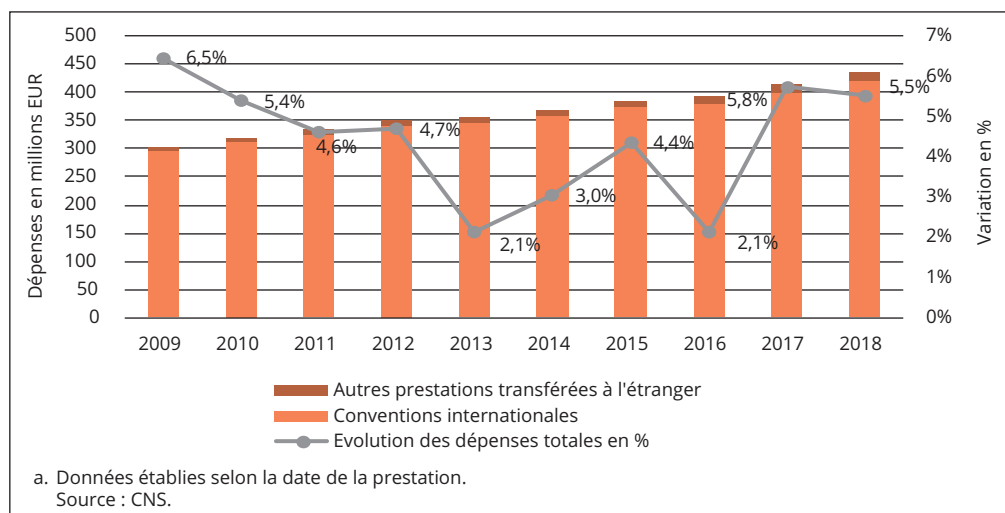
Source : CNS, bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les dépenses pour les soins des sages-femmes, des orthophonistes et des psychomotriciens présentent en 2018 une importante croissance qui s'explique notamment par l'évolution de l'échelle mobile de salaires (1,0%). S'y ajoute que le taux de prise en charge pour les mineurs passe à 100% à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour les prestations d'orthophonie et de rééducation en psychomotricité.

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

Les prestations à l'étranger distinguent entre la prise en charge des soins de santé des assurés non-résidents dans leur pays de résidence, dites conventions internationales, (96,4% des dépenses totales en 2018) et les autres prestations, notamment planifiées ou non, des assurés résidents à l'étranger (3,6% des dépenses totales en 2018).

**Graphique 34: Evolution des dépenses pour prestations à l'étranger <sup>a</sup>**







Les dépenses pour les prestations à l'étranger se chiffrent à 437,5 millions EUR en 2018. Leur taux de croissance de 5,5% par rapport à 2017 est notamment dû à une augmentation de 5,2% des dépenses provenant des assurés non-résidents.

**Tableau 16: Evolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger <sup>a</sup> entre 2016 et 2018**

	2016		2017		2018			
	Nombre d'autorisations	En % du total	Nombre d'autorisations	En % du total	Nombre d'autorisations	En % du total	Variation 2016/2017	Variation 2017/2018
Accordé	12 722	79,3%	9 774	77,4%	12 751	82,2%	-23,2%	30,5%
En instance	1 286	8,0%	1 324	10,5%	1 827	11,8%	3,0%	38,0%
Refusé	2 031	12,7%	1 524	12,1%	926	6,0%	-25,0%	-39,2%
<b>TOTAL</b>	<b>16 039</b>	<b>100,0%</b>	<b>12 622</b>	<b>100,0%</b>	<b>15 504</b>	<b>100,0%</b>	<b>-21,3%</b>	<b>22,8%</b>
	<b>Nombre de patients</b>		<b>Nombre de patients</b>		<b>Nombre de patients</b>			
Accordé	7 463		6 205		7 482		-16,9%	20,6%
En instance	1 106		1 123		1 552		1,5%	38,2%
Refusé	1 756		1 353		782		-22,9%	-42,2%
<b>TOTAL</b>	<b>9 071</b>		<b>7 778</b>		<b>9 137</b>		<b>-14,3%</b>	<b>17,5%</b>

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.

En 2018, 15 504 demandes d'autorisation dans le cadre du règlement CEE 883/2004 ont été reçues par la CNS. Ces demandes ont été introduites par 9 137 patients. La plupart des demandes concernent des traitements stationnaires et des consultations ou examens. Dans 82,2% des cas, la demande d'autorisation a été accordée sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), 6% des demandes ont été refusées et 11,8% des cas sont encore en instance.

Comparé à l'année précédente, le nombre total des demandes d'autorisation a augmenté de 22,7% : plus de demandes ont été accordées (+30,4%) et plus de demandes sont encore en instance (+37,2%).

La très grande majorité (93,3%) de demandes de transferts est destinée aux trois pays limitrophes (Allemagne, Belgique, France). Plus de la moitié des autorisations est accordée pour l'Allemagne (55,4%) et 28,9% pour la Belgique. Cependant, les chiffres présentés ne donnent pas d'indication sur les traitements effectivement obtenus.



**Tableau 17: Répartition du total des autorisations sollicitées par pays fournisseur en 2018 <sup>a</sup>**

Pays fournisseur	Nombre d'autorisations				Nombre de patients				Répartition par pays des autorisations accordées	Répartition par pays du total des autorisations
	Accordé	En instance	Refusé	Total	Accordé	En instance	Refusé	Total		
Allemagne	7 062	1 004	392	8 458	4 305	879	347	5 213	55,4%	54,6%
Belgique	3 689	242	242	4 173	2 075	215	192	2 318	28,9%	26,9%
France	1 531	182	126	1 839	922	168	108	1 113	12,0%	11,9%
Suisse	200	29	20	249	118	23	15	150	1,6%	1,6%
Italie	93	50	49	192	60	42	38	129	0,7%	1,2%
Portugal	28	96	29	153	20	75	27	115	0,2%	1,0%
Pays-Bas	98	21	12	131	63	20	9	82	0,8%	0,5%
Autres pays	50	205	56	309	33	151	55	226	0,4%	1,5%
<b>TOTAL</b>	<b>12 751</b>	<b>1 829</b>	<b>926</b>	<b>15 504</b>	<b>7 482</b>	<b>1 552</b>	<b>782</b>	<b>9 137</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

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

Source : CNS, calcul IGSS.



## 3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

### 3.1. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE

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

**Tableau 18: Evolution des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)**

	2016	2017	2018
<b>Prestations à charge de la CNS</b>	<b>127,1</b>	<b>130,9</b>	<b>148,4</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>-3,3%</i>	<i>3,0%</i>	<i>13,4%</i>
dont Indemnités pécuniaires proprement dites	115,7	118,1	132,7
dont Indemnités pendant périodes d'essais	11,2	12,6	15,5
dont Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,2	0,22	0,24
<i>Majoration du taux de cotisation pour prestations en espèces</i>	<i>0,50%</i>	<i>0,50%</i>	<i>0,50%</i>
<b>Prestations à charge de la Mutualité des Employeurs</b>	<b>366,2</b>	<b>388,6</b>	<b>435,8</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>4,6%</i>	<i>6,1%</i>	<i>12,1%</i>

Source : CNS, Mutualité des Employeurs.

L'année 2018 est caractérisée par une augmentation importante des prestations en espèces à charge de la CNS et des prestations en espèces à charge de la Mutualité des Employeurs. Les prestations en espèces à charge de la CNS s'établissent à 148,4 millions EUR en 2018 et sont ainsi de 13,4% plus élevées qu'en 2017. Les prestations en espèces à charge de la Mutualité s'établissent, quant à elles, à 435,8 millions EUR en 2018, contre 388,6 millions EUR l'année passée (+12,1%).



## 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 employeurs.

#### 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<sup>er</sup> et le 21<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> 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.

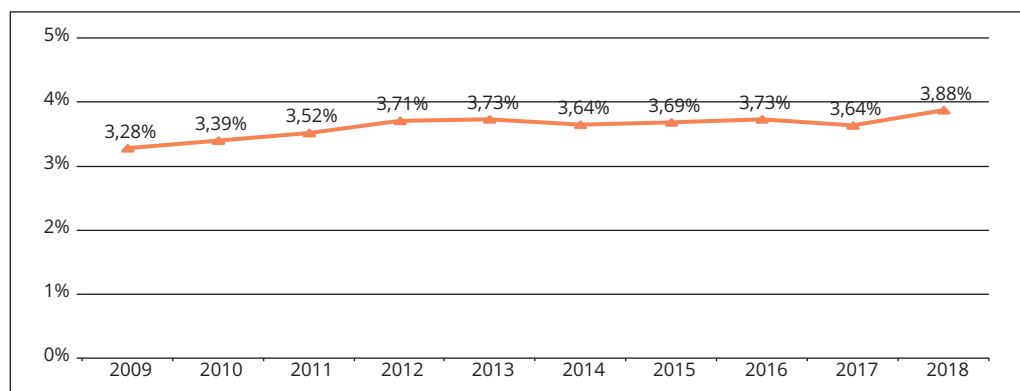
#### Approche " durée "

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

Entre 2017 et 2018, le taux d'absentéisme est passé de 3,64% à 3,88% (+6,6%). Les salariés absents pour cause de maladie ont été plus nombreux proportionnellement que l'année passée (55,7% contre 53,4% en 2017). Les salariés qui ont été absents l'ont été plus souvent (2,69 épisodes en moyenne contre 2,61 en 2017) mais moins longtemps (7,97 jours par épisode en moyenne contre 8,10 en 2017). L'augmentation du taux, observée en 2018, résulte à la fois d'une hausse du taux de longue durée (période située entre le 22<sup>ème</sup> et le dernier jour de chaque absence) et du taux de courte durée (période située entre le 1<sup>er</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour de chaque absence) (graphique 35).

Graphique 35: Evolution du taux d'absentéisme maladie depuis 2009



Entre 2017 et 2018, le taux d'absentéisme de courte durée est passé de 2,21% à 2,39% (+8,4%). Cette progression résulte d'une hausse du nombre d'absences qui s'explique majoritairement par la durée atypique de l'épidémie de grippe de la saison 2017/2018<sup>10</sup>.

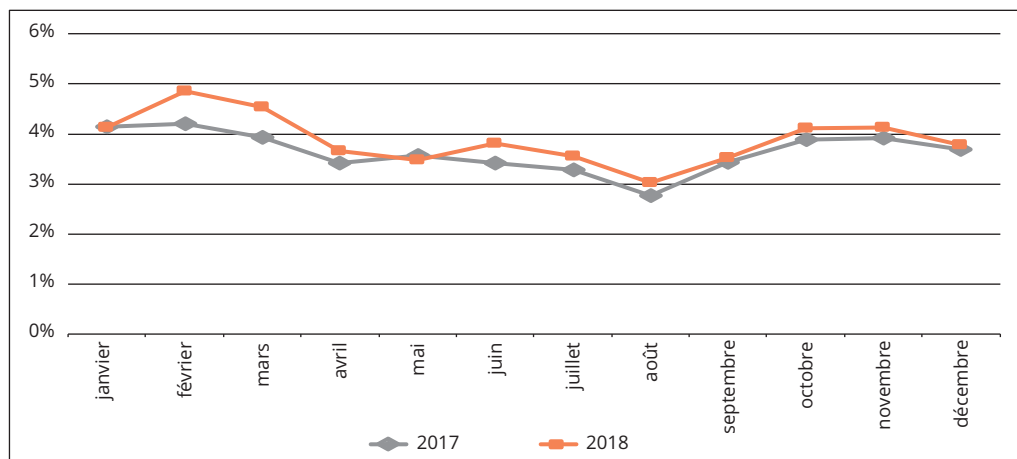
10. Réseau Sentinelles, INSERM/Sorbonne Université, <https://www.sentiweb.fr>



L'impact de cette dernière sur le taux d'absentéisme total (courte et longue durée) est mis en évidence par la comparaison entre les taux mensuels observés en 2017 et 2018. En particulier, le taux d'absentéisme total a atteint 4,08% sur le 1<sup>er</sup> trimestre 2018 contre 3,78% sur le 1<sup>er</sup> trimestre 2017 (graphique 36).

Entre 2017 et 2018, le taux d'absentéisme de longue durée est passé de 1,43% à 1,48% (+3,8%). Il s'agit de la première augmentation constatée depuis 2013. Cette progression relève d'une hausse du nombre d'absences de plus de 21 jours et non pas d'une augmentation de leur durée moyenne.

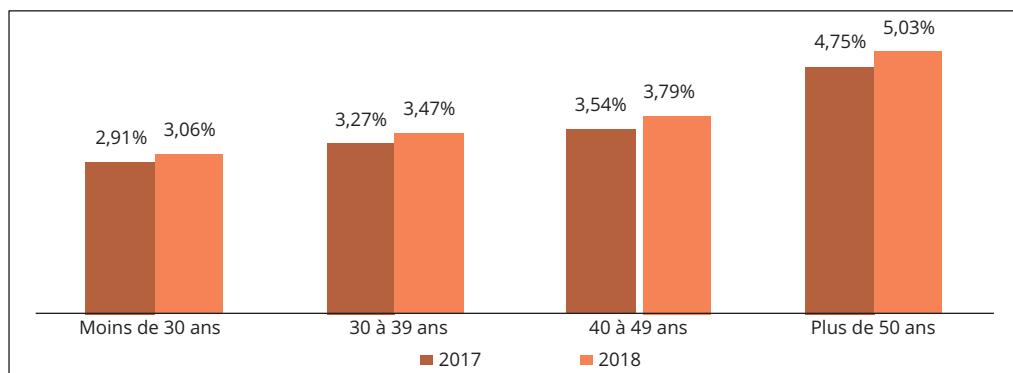
**Graphique 36: Evolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie pour les années 2017 et 2018**



### 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 cinquante ans est 1,6 fois plus élevé que celui des moins de trente ans. Entre 2017 et 2018, le taux d'absentéisme a augmenté dans chaque tranche d'âge de la population (graphique 37).

**Graphique 37: Taux d'absentéisme maladie selon le groupe d'âge en 2017 et 2018**





À côté de l'âge, d'autres caractéristiques individuelles comme la résidence, le genre ou encore le type d'activité font partie des déterminants de l'absentéisme (tableau 19).

**Tableau 19: Taux d'absentéisme maladie 2018 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 <sup>a</sup>	6,71%	5,06%	5,41%	4,76%	4,55%	4,65%	5,23%	4,82%	4,97%
Autres salariés	4,37%	2,78%	3,46%	3,39%	2,16%	2,77%	3,84%	2,49%	3,12%
<b>TOTAL</b>	<b>4,89%</b>	<b>3,80%</b>	<b>4,18%</b>	<b>3,98%</b>	<b>3,25%</b>	<b>3,61%</b>	<b>4,33%</b>	<b>3,54%</b>	<b>3,88%</b>

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 (4,33%) est supérieur à celui des hommes (3,54%). Cet écart est souvent expliqué par certaines spécificités physiologiques des femmes ainsi que par leur implication plus forte dans les tâches familiales. Le taux d'absentéisme des femmes, qui était de 4,04% en 2017, affiche une progression de 7,2%. Le taux d'absentéisme des hommes, qui était de 3,33% en 2017, affiche une progression de 6,3%.

Le taux d'absentéisme des frontaliers (4,18%) est supérieur à celui des résidents (3,61%). Le fait de résider au-delà des frontières est porteur d'un certain nombre de particularités qui peuvent expliquer cet écart. Parmi celles-ci, il y a lieu de mentionner les durées de trajet domicile-travail qui sont majorées et qui peuvent être vues comme une source de fatigue et de stress supplémentaire. Il y a également lieu de supposer l'existence de différences quant aux habitudes des prescripteurs (dans la durée de l'arrêt maladie notamment). Le taux d'absentéisme des frontaliers, qui était de 3,99% en 2017, affiche une progression de 4,8%. Le taux d'absentéisme des résidents, qui était de 3,33% en 2017, affiche une progression de 8,4%.

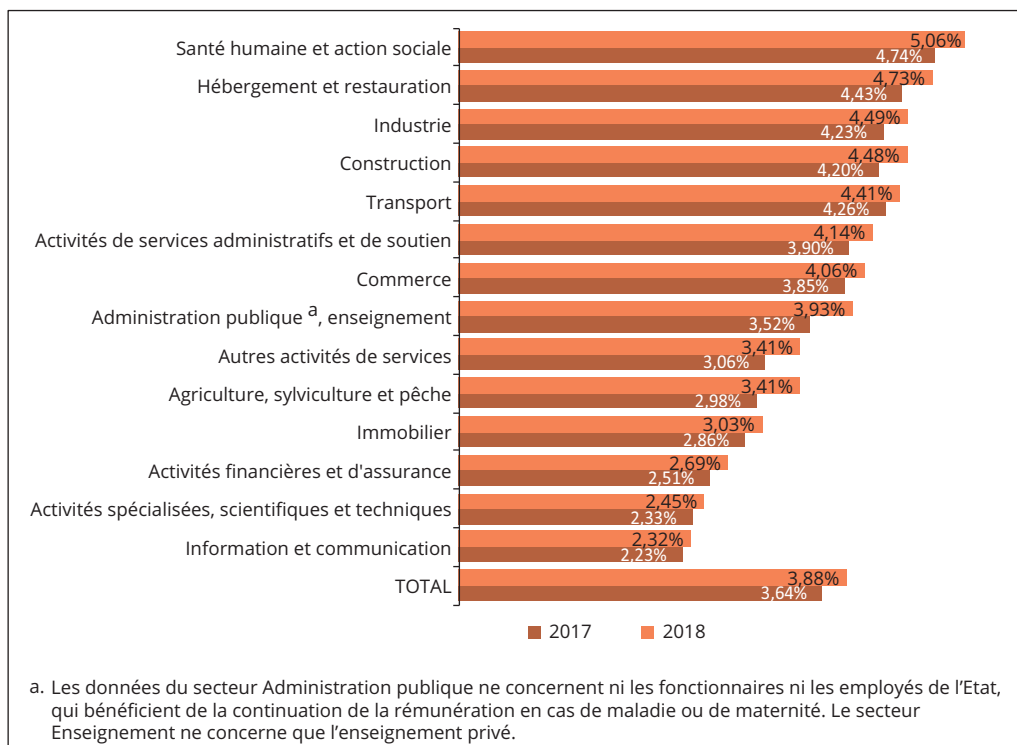
Le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle (4,97%) est supérieur à celui des autres salariés (3,12%). Cet écart s'explique par la pénibilité du travail manuel par rapport au travail intellectuel. Le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle, qui était de 4,86% en 2017, affiche une progression de 6,2%. Le taux d'absentéisme des autres salariés, qui était de 2,89% en 2017, affiche une progression de 8,0%.



### 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 38 présente les taux d'absentéisme par secteur pour les années 2017 et 2018.

**Graphique 38: Taux d'absentéisme maladie selon le secteur d'activité en 2017 et 2018**



Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale est le secteur ayant le taux d'absentéisme le plus élevé (5,06%). Le secteur de l'agriculture affiche la hausse la plus forte entre 2017 et 2018 (+ 14,6%). D'une façon plus générale, tous les secteurs ont vu leur taux augmenter.

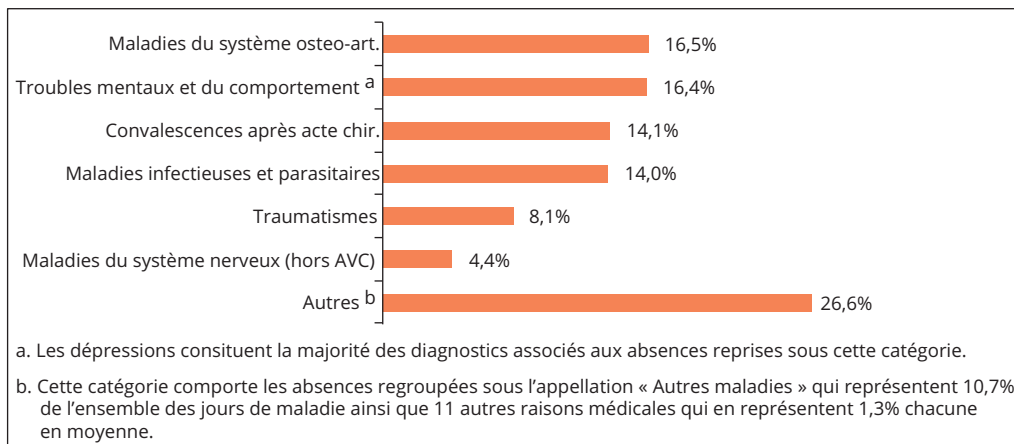




### 3.2.4. Raisons médicales des absences des résidents<sup>11</sup>

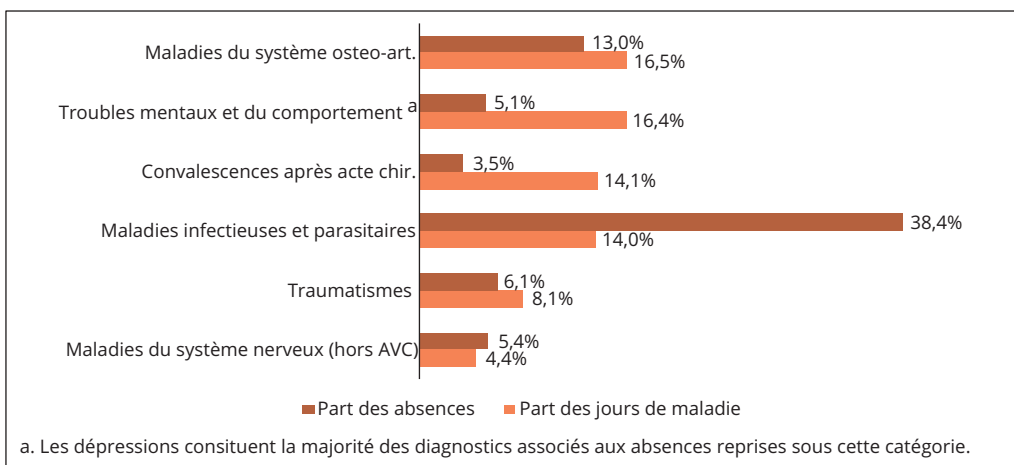
En 2018, les absences liées aux maladies du système ostéo-articulaire ont concentré la plus grande part des jours de maladie des salariés résidents (16,5%) (graphique 39).

**Graphique 39: Répartition du nombre de jours de maladie des salariés résidents en 2018, selon la raison médicale**



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 16,4% des jours de maladie mais seulement 5,1% des épisodes d'absence. À l'opposé, les absences liées à une maladie infectieuse ou parasitaire (grippe, gastro-entérites, sinusites, otites...) ont représenté 38,4% des absences mais seulement 14,0% des jours de maladie (graphique 40).

**Graphique 40: Répartition du nombre de jours et du nombre d'épisodes de maladie des salariés résidents en 2018, selon la raison médicale**



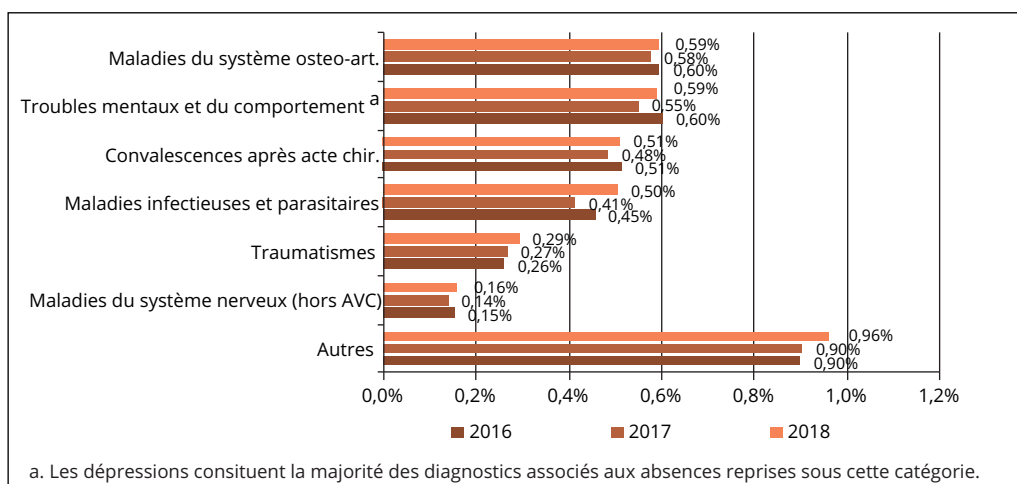
11. Pour l'analyse des raisons médicales, seuls les salariés résidents sont considérés. Les diagnostics proviennent des déclarations remplies par les médecins. Les données relatives aux frontaliers ne sont pas exploitables car seuls 20% des diagnostics sont codifiés contre 80% pour les résidents.



Par ailleurs, les maladies infectieuses et parasitaires sont la principale raison des arrêts de courte durée (moins de 21 jours). En 2018, ces maladies ont représenté 30,9% des jours de maladie de cette catégorie d'absences contre 28,7% en 2017. En ce qui concerne les arrêts de longue durée, ce sont les troubles mentaux et du comportement qui en sont la cause principale. En 2018, ces maladies ont représenté 23,8% des jours de maladie de cette catégorie d'absences contre 23,5% en 2017.

Enfin, la décomposition du taux d'absentéisme des salariés résidents selon la raison médicale nous indique que l'augmentation du taux d'absentéisme observée en 2018 s'observe dans presque tous les grands groupes de diagnostics tout en étant particulièrement marquée dans la catégorie des maladies infectieuses et parasitaires (graphique 41).

**Graphique 41: Décomposition du taux d'absentéisme des salariés résidents selon la raison médicale pour les années 2016 à 2018**



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 2018, les maladies du système ostéo-articulaire ont concerné 0,59% des jours pendant lesquels les salariés résidents ont exercé une activité.



### 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 20: Evolution des prestations en espèces de maternité de 2016 à 2018 (en millions EUR)**

	2016	2017	2018
<b>Prestations à charge de la CNS</b>	<b>128,3</b>	<b>137,1</b>	<b>153,6</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	-0,8%	6,8%	12,1%
dont Indemnités de maternité proprement dites	92,5	99,1	107,2
dont Indemnités de congé d'accueil	0,2	0,18	0,3
dont Indemnités pour femmes enceintes et allaitantes	24,4	26,3	28,6
dont Indemnités de congé pour raisons familiales	11,2	11,5	17,5

Source : CNS, décomptes annuels.

En 2018, les prestations en espèces de maternité (et assimilées) augmentent de 12,1%. Le congé légal augmente de 8,3% et le congé pour raisons familiales augmente de 52,4% (+2,6% en 2017) suite à la mise en vigueur du congé de paternité. Le coût relatif aux dispenses de travail pour femmes enceintes qui affiche depuis 2013 une croissance modérée augmente à nouveau de manière considérable en 2018 (+8,6%).

L'évolution de 2018 s'explique essentiellement par l'adaptation du congé pour raisons familiales et par l'uniformisation de la période de l'indemnisation du congé de maternité à 20 semaines à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

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

#### 3.4.1. Les bénéficiaires d'un congé de maternité

6 443 femmes, soit 4,7% des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans, ont bénéficié d'un congé de maternité en 2018 (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 progressé de 1,9% (tableau 21).

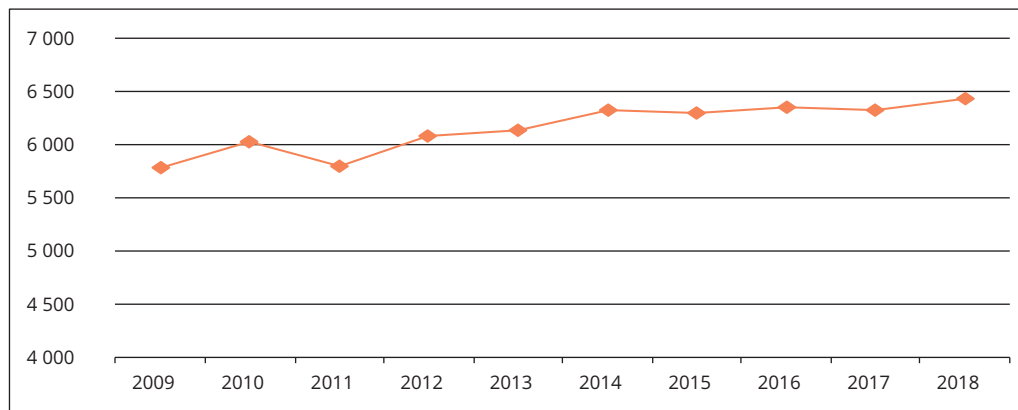
**Tableau 21: Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité ayant pris fin en 2018, selon le groupe d'âge**

	Nombre	En % du total
<20 ans	6	0,1%
20-24	210	3,3%
25-29	1 440	22,3%
30-34	2 685	41,7%
35-39	1 664	25,8%
>= 40 ans	438	6,8%
<b>TOTAL</b>	<b>6 443</b>	<b>100,0%</b>
<i>Variation annuelle</i>	1,9%	



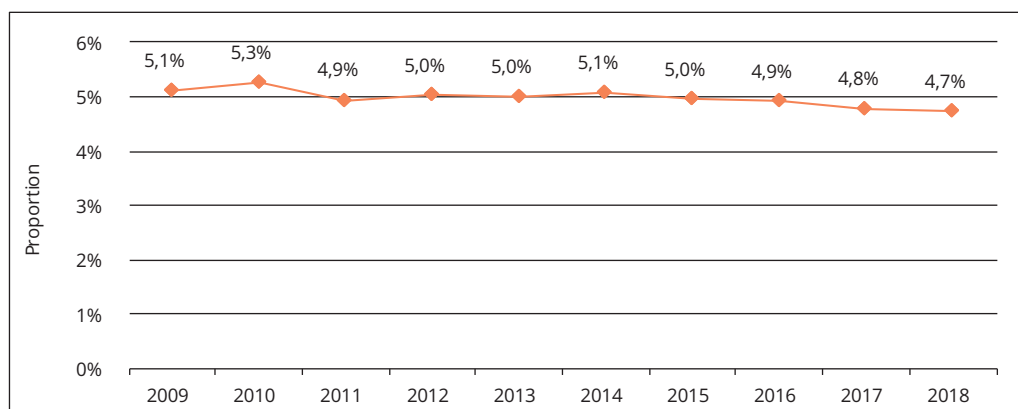
Entre 2009 et 2018, le nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité est passé de 5 786 à 6 443 ce qui constitue une augmentation moyenne de 1,2% par année (graphique 42).

**Graphique 42: Evolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité**



Etant donné que l'évolution constatée en 2018 s'explique essentiellement par la progression du nombre de femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans (+2,9%), 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 4,8% à 4,7% (graphique 43).

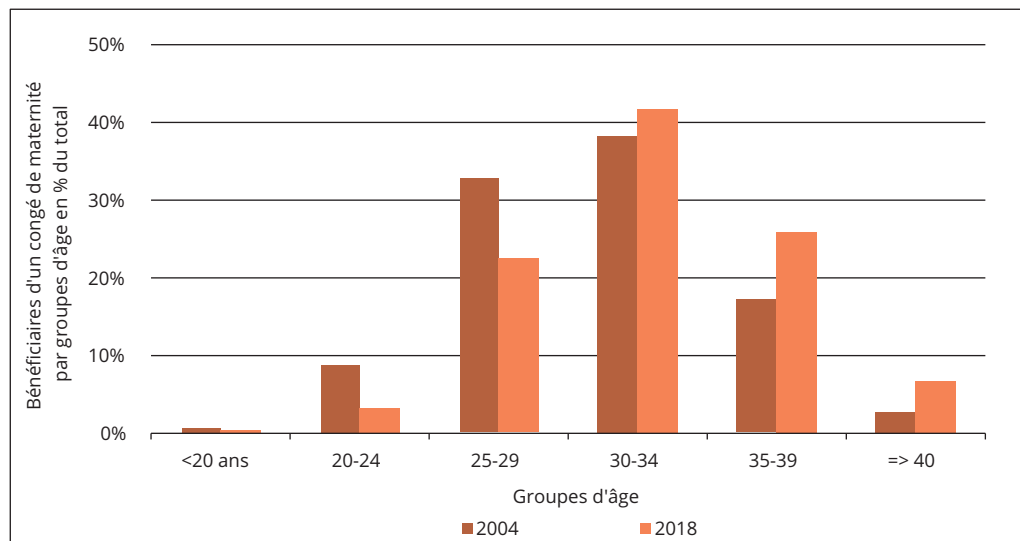
**Graphique 43: Evolution de la proportion des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans ayant bénéficié d'un congé de maternité**



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 2004 et 2018. Si en 2004, 58% des bénéficiaires avaient plus de 30 ans, on constate dorénavant que ce taux atteint 74% (graphique 44).



**Graphique 44: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 2004 et 2018**



### 3.4.2. Accouchements multiples - accouchements prématurés

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 la loi octroie un allongement généralisé du congé de maternité postnatal de 8 semaines à 12 semaines, en dehors de toute question d'allaitement, d'accouchement prématuré ou multiple.

6,5% des accouchements, liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2018, ont été prématurés et 1,6% ont été multiples (tableau 22).

**Tableau 22: Accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2018, selon le type et le groupe d'âge**

Groupes d'âge	Multiple	Prématuré	Normal	TOTAL
<20 ans		1	5	6
20-24	4	10	196	210
25-29	18	96	1 326	1 440
30-34	40	149	2 496	2 685
35-39	33	126	1 505	1 664
>= 40 ans	11	37	390	438
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>419</b>	<b>5 918</b>	<b>6 443</b>

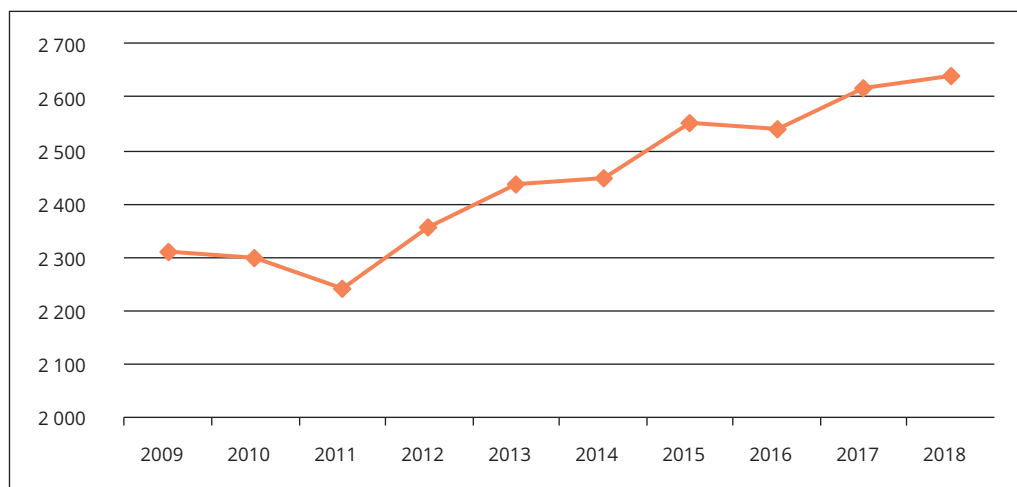
### 3.4.3. Les dispenses de travail pour femmes enceintes

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 2018, 2 642 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 1,0% par rapport à l'année passée (graphique 45).



**Graphique 45: Evolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail**

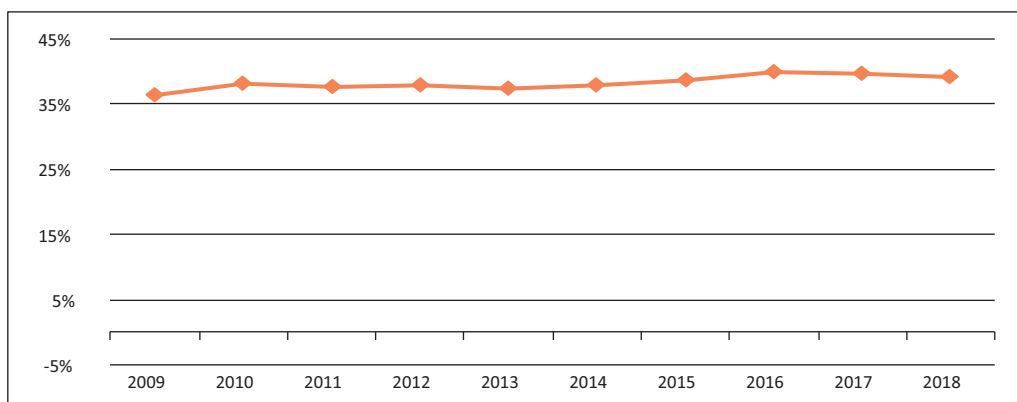


Outre l'évolution du nombre de congés de maternité, reflétant l'évolution du nombre de femmes actives enceintes, les mécanismes de demande et d'attribution des dispenses jouent un rôle essentiel dans l'évolution du nombre de ces dernières.

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.

La proportion de congés de maternité précédés d'une dispense diminue légèrement en 2018 pour s'établir à 39% (graphique 46).

**Graphique 46: Evolution de la proportion de congés de maternité qui ont été précédés d'une dispense**



En 2018, quatre secteurs ont concentré à eux seuls plus de 80% des dispenses : le secteur de la santé humaine et de l'action sociale (39%), le secteur de l'hébergement et de la restauration (13%), le secteur des activités de services administratifs et de soutien (11%) et le secteur du commerce (17%) (tableau 23).

**Tableau 23: Répartition sectorielle des dispenses ayant pris fin au cours de l'année 2018**

SECTEUR D'ACTIVITÉ	Nombre	En % du total
Santé humaine et action sociale	1 033	39,1%
Commerce	439	16,6%
Hébergement et restauration	354	13,4%
Activités de services administratifs et de soutien	287	10,9%
Spectacles et loisirs, réparation d'articles domestiques et autres services	204	7,7%
Administration publique, enseignement	113	4,3%
Industrie	88	3,3%
Transport	41	1,6%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	29	1,1%
Construction	15	0,6%
Information et communication	12	0,5%
Activités financières et d'assurance	12	0,5%
Immobilier	7	0,3%
Agriculture, sylviculture et pêche	6	0,2%
Non-déterminés	2	0,1%
<b>TOTAL</b>	<b>2 642</b>	<b>100,0%</b>

En particulier, dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale ainsi que dans le secteur de l'hébergement et de la restauration, près de 80% des congés de maternité ayant pris fin en 2018 ont été précédés d'une dispense (tableau 24). Ces secteurs ont la particularité de regrouper un grand nombre de métiers nécessitant une station debout prolongée.

**Tableau 24: Proportion de congés de maternité, ayant pris fin au cours de l'année 2018, précédés d'une dispense, selon le secteur d'activité**

SECTEUR D'ACTIVITÉ	Proportion
Santé humaine et action sociale	79%
Hébergement et restauration	77%
Activités de services administratifs et de soutien	60%
Commerce	54%
Autres secteurs	14%
<b>TOTAL</b>	<b>39%</b>



### 3.4.4. Le congé pour raisons familiales

Un assuré actif ayant à charge un enfant âgé de moins de 18 ans et nécessitant en cas de maladie grave, d'accident ou d'autre raison impérieuse de santé la présence de l'un de ses parents peut prétendre à un congé pour raisons familiales. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le nombre de jours de congé est fixé en fonction de l'âge de l'enfant. Il est de :

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

31 932 travailleurs, soit 7,0% des actifs, ont bénéficié d'un congé pour raisons familiales en 2018 (ne sont pris en compte que les congés ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Cette proportion est en augmentation de 0,8 points de % par rapport à 2017. En absolu comme en relatif, ce sont les femmes qui y recourent le plus fréquemment (tableau 25).

**Tableau 25: 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
2014	3,5%	8,6%	5,5%
2015	3,9%	9,2%	6,0%
2016	4,5%	10,1%	6,0%
2017	4,2%	9,2%	6,2%
2018	4,7%	10,5%	7,0%





## 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.

### Encadré méthodologique

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

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

### 4.1. SITUATION GLOBALE

En 2014, l'excédent cumulé atteint son niveau minimal avec 88,6 millions EUR. Par la suite la situation financière se redresse et l'excédent cumulé augmente de 78,2% pour se situer à 157,9 millions EUR en 2015. Au cours des années 2016, 2017 et 2018, l'excédent cumulé continue à croître, pour finalement s'établir à 582,1 millions EUR en 2018, une hausse de 24,7% par rapport à 2017 (466,9 millions EUR).

En 2014, un montant de 160 millions EUR 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%. Cette tendance s'affaiblit en 2018 avec une progression des recettes effectives de 5,5% et des dépenses effectives de 6,4%.



**Tableau 26: Evolution financière globale de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)**

Exercice	2014	2015	2016	2017	2018
N.i. du coût de la vie (moyenne annuelle)	775,17	775,17	775,17	794,54	802,82
<b>Recettes</b>					
Cotisations	1 465,0	1 512,7	1 567,9	1 677,6	1 774,1
Cotisations forfaitaires Etat	976,5	1 008,2	1 045,2	1 118,4	1 182,8
Autres contributions de l'Etat <sup>a</sup>	20,1	20,1	20,1	20,2	20,3
Autres recettes	34,9	39,8	39,6	36,3	31,1
<b>TOTAL DES RECETTES COURANTES</b>	<b>2 496,6</b>	<b>2 580,7</b>	<b>2 672,9</b>	<b>2 852,6</b>	<b>3 008,3</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>4,9%</i>	<i>3,4%</i>	<i>3,6%</i>	<i>6,7%</i>	<i>5,5%</i>
<b>Dépenses</b>					
Frais d'administration	77,0	79,9	82,9	86,9	81,7
Prestations en espèces <sup>b</sup>	277,9	285,7	279,5	293,6	330,4
Prestations en nature	2 128,3	2 104,6	2 125,4	2 318,2	2 449,8
Autres dépenses	7,6	5,4	3,0	3,7	13,8
<b>TOTAL DES DEPENSES COURANTES</b>	<b>2 490,7</b>	<b>2 475,6</b>	<b>2 491,2</b>	<b>2 702,4</b>	<b>2 875,8</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,7%</i>	<i>-0,6%</i>	<i>0,6%</i>	<i>8,5%</i>	<i>6,4%</i>
<b>Solde des opérations courantes</b>	<b>5,9</b>	<b>105,1</b>	<b>181,7</b>	<b>150,1</b>	<b>132,6</b>
Participation de l'Etat (en % des recettes courantes)	39,9%	39,8%	39,9%	39,9%	40,0%
Réserve globale	300,3	405,5	587,1	737,3	869,8
Réserve minimale <sup>c</sup>	211,7	247,6	249,1	270,2	287,6
Taux réserve globale / dépenses courantes	12,1%	16,4%	23,6%	27,3%	30,2%
Taux réserve minimum / dépenses courantes	8,5%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%
<b>Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)</b>	<b>88,6</b>	<b>157,9</b>	<b>338,0</b>	<b>467,0</b>	<b>582,2</b>
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	5,66%	5,44%	5,19%	5,33%	5,37%

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 2021.

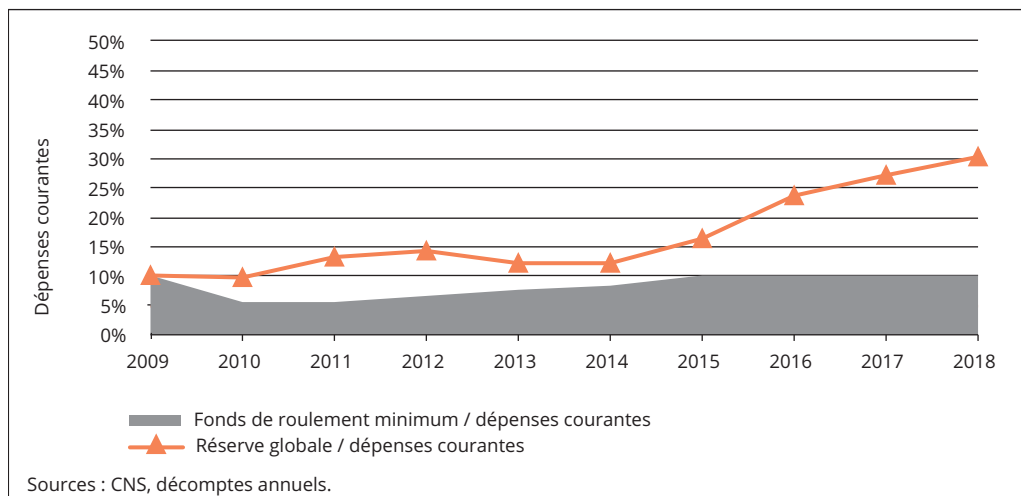
b. Y compris la part patronale dans les prestations.

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%. À partir de 2015, elle est à nouveau fixée à 10%.

Source : CNS, décomptes annuels.



**Graphique 47: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2009 à 2018**

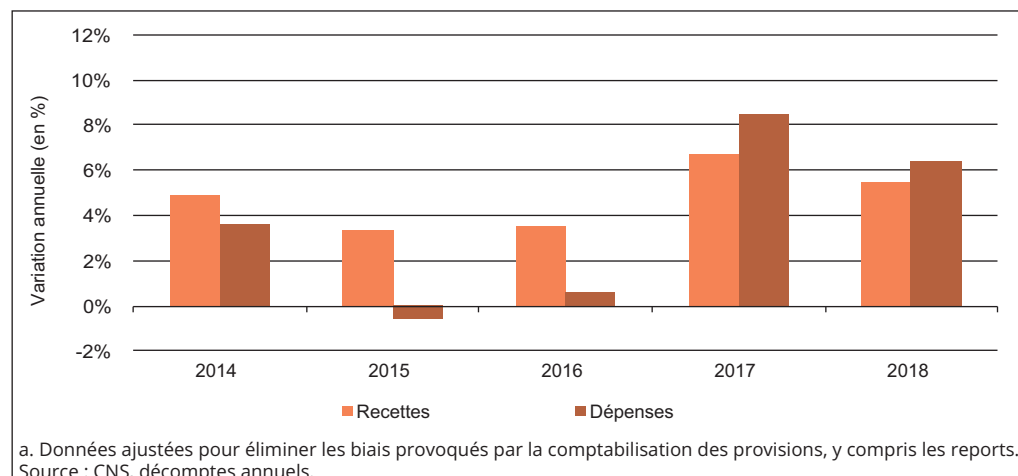


Le graphique 47 présente l'évolution de la réserve par rapport aux dépenses courantes pour la période de 2009 à 2018. Bien que l'excédent de financement apparaît important en valeur absolue, il faut retenir que celui-ci ne représente qu'un pourcentage réduit de la masse des dépenses. A rappeler également que pour les années 2010 à 2015, l'excédent est surévalué en raison de l'abaissement du taux de la réserve légale.

## 4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES

Le graphique 48 montre l'évolution des recettes et dépenses des 5 dernières années et illustre qu'après trois exercices marqués par un écart recettes / dépenses en faveur des recettes, la situation s'est renversée en 2017 pour clôturer avec un excédent des dépenses.

**Graphique 48: Evolution des recettes et dépenses courantes <sup>a</sup> à partir de 2014**





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

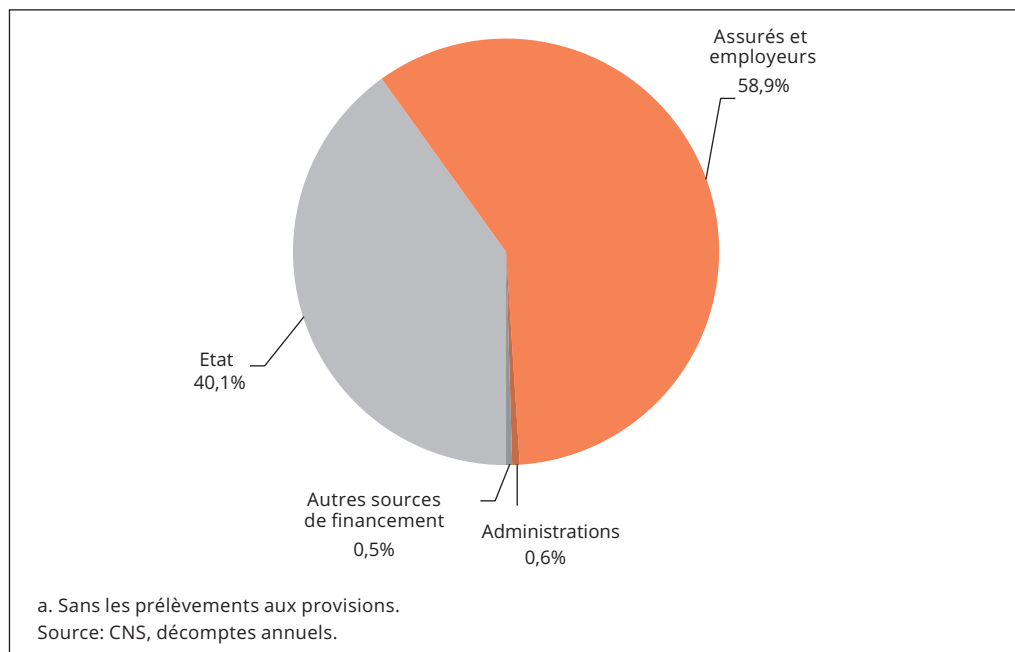
**Tableau 27: Evolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)**

Exercice	2014	2015	2016	2017	2018
Etat	999,3	1 030,9	1 068,0	1 141,2	1 205,6
Assurés et employeurs	1 462,4	1 510,1	1 565,3	1 675,1	1 771,6
Administrations	17,5	17,0	17,9	18,9	17,1
Autres sources de financement	17,4	22,8	21,7	17,3	13,9
<b>TOTAL RECETTES COURANTES</b>	<b>2 496,6</b>	<b>2 580,7</b>	<b>2 672,9</b>	<b>2 852,5</b>	<b>3 008,2</b>

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 2021 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 49: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2018<sup>a</sup> (en % du total)**



La participation de l'Etat dans le financement de l'assurance maladie-maternité s'élève à 1 205,6 millions EUR en 2018, contre 1 141,2 millions EUR en 2017 (+5,6%). Les cotisations payées par les assurés et employeurs se chiffrent à 1 771,6 millions EUR, soit une augmentation de 5,8% par rapport à 2017.

**Tableau 28: Evolution des dépenses pour soins de santé (en millions EUR) de 2014 à 2018**

Type de prestation	2014	2015	2016	2017	2018
Soins hospitaliers	764,7	781,4	809,0	917,4	975,4
Soins médicaux	343,1	352,8	362,4	382,0	410,7
Soins médico-dentaires	71,4	72,0	73,4	83,0	85,3
Médicaments (extrahospitalier)	195,0	205,1	212,3	215,1	228,8
Dispositifs médicaux	41,9	44,0	45,8	47,1	50,0
Analyses de biologie médicale (en ambulatoire)	77,0	63,5	71,5	73,2	66,5
Soins des autres professions de santé	99,6	114,9	117,2	131,1	153,6
Autres soins de santé	33,2	35,9	35,3	42,5	46,5
<b>TOTAL DES PRESTATIONS AU LUXEMBOURG</b>	<b>1 625,9</b>	<b>1 669,5</b>	<b>1 726,9</b>	<b>1 891,4</b>	<b>2 016,8</b>
<b>TOTAL DES PRESTATIONS A L'ETRANGER</b>	<b>342,3</b>	<b>435,1</b>	<b>398,8</b>	<b>426,7</b>	<b>433,0</b>
<b>TOTAL SOINS DE SANTE</b>	<b>1 968,2</b>	<b>2 104,6</b>	<b>2 125,7</b>	<b>2 318,1</b>	<b>2 449,8</b>
<i>Variation annuelle</i>	-3,9%	6,9%	1,0%	9,1%	5,7%

Source : CNS, calcul IGSS.

Selon les données comptables, les dépenses pour prestations de soins de santé atteignent 2 449,8 millions EUR en 2018 contre 2 318,1 millions EUR en 2017, soit une augmentation de 5,7%. Le taux de 2018 résulte d'une croissance des prestations au Luxembourg de 6,6% et d'une augmentation des prestations à l'étranger de 1,5%.

L'évolution des soins de santé au Luxembourg de 6,6% en 2018 s'explique par une évolution des soins des autres professions de santé de 17,1% et des autres soins de santé de 9,3%. S'y ajoute une croissance des soins médicaux de 7,5%, des dépenses pour les médicaments de 6,4% et des soins hospitaliers de 6,3%. La diminution des dépenses pour les analyses de biologie médicale de 9,1% s'explique par le transfert de l'activité du Laboratoire National de Santé en matière de génétique humaine et d'anatomo-pathologie vers le secteur hospitalier avec l'intégration de ces dépenses dans l'enveloppe budgétaire globale des établissements hospitaliers à partir du 1<sup>er</sup> avril 2018.

En tenant compte des dotations et prélèvements aux provisions ainsi que des régularisations en fin d'exercice, la variation des dépenses relatives aux prestations à l'étranger en 2018 s'explique par une diminution des dépenses pour conventions internationales<sup>12</sup> de 0,9% et par une croissance de 69,3% des autres prestations étrangères<sup>13</sup>.

12. Il s'agit notamment de la prise en charge des soins de santé des assurés non-résidents dans leur pays de résidence.

13. Les autres prestations étrangères, planifiées ou non planifiées, correspondent aux prestations fournies aux assurés résidents à l'étranger.



### 4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS

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

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

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

Le tableau qui suit retrace l'évolution financière de la Mutualité des Employeurs depuis 2014.

**Tableau 29: Evolution des recettes et dépenses globales de la Mutualité des Employeurs entre 2014 et 2018 (en millions EUR)**

Exercice	2014	2015	2016	2017	2018
<b>RECETTES</b>					
Cotisations	254,8	299,5	298,2	321,7	342,3
<i>dont Surprime</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
Participation de tiers (Etat)	86,5	88,5	39,8 <sup>a</sup>	70,0	98,9
Autres recettes	0,8	0,9	0,8	0,7	0,9
<b>TOTAL DES RECETTES COURANTES</b>	<b>342,0</b>	<b>389,0</b>	<b>338,8</b>	<b>392,3</b>	<b>442,1</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>0,0%</i>	<i>13,7%</i>	<i>-12,9%</i>	<i>15,8%</i>	<i>12,7%</i>
<b>DEPENSES</b>					
Frais d'administration	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5
Prestations en espèces	326,3	350,2	366,2	388,6	435,8
Autres dépenses <sup>b</sup>	25,5	25,0	0,0	0,0	0,2
<b>TOTAL DES DEPENSES COURANTES</b>	<b>353,1</b>	<b>376,5</b>	<b>367,6</b>	<b>390,1</b>	<b>437,4</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>0,8%</i>	<i>6,6%</i>	<i>-2,4%</i>	<i>6,1%</i>	<i>12,1%</i>
<b>SOLDE DES OPERATIONS COURANTES</b>	<b>-11,0</b>	<b>12,5</b>	<b>-28,8</b>	<b>2,2</b>	<b>4,7</b>
Réserve globale	53,0	65,5	36,8	39,0	43,7
Réserve minimale	35,3	30,1	36,8	36,8	36,8
Taux réserve globale / dépenses courantes	15,0%	17,4%	10,0%	10,0%	10,0%
Taux réserve minimum / prestations	10,0%	8,0%	10,0%	10,0%	10,0%
<b>Excédent / découvert cumulé (après op.sur réserve)</b>	<b>17,7</b>	<b>35,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
Taux de cotisation moyen	1,81%	2,03%	1,95%	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<sup>er</sup> 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.



La forte 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 la diminution des dépenses observée en 2016 (-2,4%) ainsi qu'une part de la diminution constatée au niveau des recettes (-12,9%). L'autre part résulte du nouveau mode de calcul de la participation de l'Etat dans le financement de la Mutualité des nouveaux 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 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'issue 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 résultant, pour l'essentiel, de la croissance de l'emploi salarié (+3,7%) de l'indexation des salaires (+2,5%) et, d'autre part, par un effet de base dû à l'importante baisse de la participation de l'Etat en 2016 commentée au paragraphe précédent. Du côté des dépenses, étant donné que le taux d'absentéisme financier (rapport entre prestations en espèces et assiette cotisable) a légèrement diminué, l'accélération observée (+6,1%) s'explique par les facteurs sur lesquels repose la progression de l'assiette cotisable (croissance de l'emploi et indexation notamment).

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





# ASSURANCE DÉPENDANCE

## INTRODUCTION

Le cercle des personnes protégées de l'assurance dépendance est identique à celui de l'assurance maladie-maternité. Au 31 décembre 2018, 14 209 personnes affiliées au régime luxembourgeois d'assurance maladie-maternité sont prises en charge par l'assurance dépendance.

## RÉFORME DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le 1<sup>er</sup> janvier 2018 est entrée en vigueur la réforme de l'assurance dépendance<sup>1</sup>. 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 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 ainsi que la possibilité d'octroi d'une garde individuelle de nuit à domicile.

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, est devenu l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC).

Les sections suivantes couvrent la période 2009 à 2018 où 2018 illustre la situation après la réforme de l'assurance dépendance. Ainsi les chiffres de 2018 sont difficilement comparables à ceux de 2017 et l'analyse des résultats doit être réalisée avec précaution.

## OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

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

Les actes essentiels de la vie comprennent :

- dans le domaine de l'hygiène corporelle: les aides et soins visant à la propreté du corps ;

---

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



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

Pour être couvert par l'assurance dépendance, le besoin d'aides et de soins dans le domaine des actes essentiels de la vie doit être important et régulier et représenter au moins trois heures et demie par semaine. Néanmoins, en cas de besoin important et régulier, les adaptations du logement et les aides techniques peuvent être allouées sans égard du seuil de trois heures et demie.

En outre, l'état de dépendance doit, suivant toute probabilité, dépasser six mois ou être irréversible.

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

## **ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE**

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

### **La Caisse nationale de santé**

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

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

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

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

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

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



## La Commission consultative

Composée de représentants du gouvernement, de représentants des bénéficiaires et des prestataires, des partenaires sociaux et de la CNS, la Commission consultative donne son avis sur les instruments d'évaluation et de mesure de la dépendance, ainsi que sur la liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance. Elle émet en outre un avis dans le cadre de la fixation par règlement grand-ducal des normes concernant la qualification et la dotation du personnel et les coefficients d'encadrement du groupe.

## L'Action concertée

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

## LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

dans le cadre d'une prise en charge stationnaire :

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

dans le cadre d'un maintien à domicile :

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



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

## **FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE**

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

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

### **1. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DUREE**

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 service<sup>3</sup>.

#### **1.1. LA CONVENTION-CADRE**

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

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

On distingue quatre catégories de prestataires :

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

---

2. Lorsque le besoin en AEV du demandeur atteint le seuil de 3,5 heures par semaine.  
3. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2010/0042/a042.pdf#page=2>



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

Pour le paiement des prestations, on applique une valeur monétaire spécifique aux prestations de chaque catégorie de prestataire. Ces valeurs monétaires sont négociées tous les deux ans entre les prestataires et la CNS. Les prestations prises en charge par l'assurance dépendance sont exprimées en durées de prise en charge dans le CSS. Ces durées sont multipliées par la valeur monétaire correspondante, pondérée en fonction des coefficients de qualification du personnel et des coefficients d'encadrement du groupe, fixés par règlement grand-ducal<sup>4</sup>.

### **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 2018, 22 prestataires ont conclu un contrat en tant que réseau d'aides et de soins. On y compte 12 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. 9 réseaux s'adressent spécifiquement aux personnes handicapées<sup>5</sup>. 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.

Au 31 décembre 2018, on compte 54 centres semi-stationnaires, sous l'égide de 22 prestataires différents. 37 exercent leur activité sur base d'un agrément de centre psycho-gériatrique et 17 sont des centres de jour pour personnes handicapées<sup>5</sup>.

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

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

Ainsi, au 31 décembre 2018, on compte 52 établissements de ce type, dont 22 maisons de soins et 30 centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) qui ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS.

---

4. Règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 2017 déterminant : 1° les normes concernant la dotation et la qualification du personnel ; 2° les coefficients d'encadrement du groupe.

5. Source : CNS.



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

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

Ils répondent de façon prépondérante, aux besoins des personnes handicapées au sens de la loi du 12 septembre 2003 ainsi que des personnes bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire pour personnes handicapées<sup>6</sup>.

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.

Au 31 décembre 2018, on compte 43 structures disposant d'un contrat d'aides et de soins du type de l'établissement à séjour intermittent<sup>7</sup>.

## **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 2018, 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 soins<sup>8</sup>, les centres semi-stationnaires, les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.

### **1.3.1. Les prestataires d'aides et de soins**

Les chiffres des tableaux 1 et 2 portent sur le personnel employé dans le secteur des soins de longue durée. Les données de 2018 sont communiquées par les prestataires à la CNS en vue de l'établissement du rapport d'analyse prévisionnel de l'assurance dépendance par l'IGSS (art. 395bis du CSS).

---

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

7. Source : CNS.

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

**Tableau 1: Evolution des effectifs du personnel<sup>a b c</sup>**

	2016	En % du total	2017	En % du total	2018	En % du total
Réseaux d'aides et de soins	2 467,7	26,3%	2 537,0	26,7%	2 690,1	27,9%
Centres semi-stationnaires	422,4	4,5%	436,1	4,6%	434,2	4,5%
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	5 500,8	58,6%	5 418,5	57,1%	5 411,4	56,1%
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	1 001,5	10,7%	1 093,6	11,5%	1 105,3	11,5%
<b>TOTAL</b>	<b>9 392,3</b>	<b>100,0%</b>	<b>9 485,2</b>	<b>100,0%</b>	<b>9 640,9</b>	<b>100,0%</b>

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

b. Moyenne annuelle.

c. Source : données CNS.

Le personnel employé<sup>9</sup> par le secteur des soins de longue durée représente en 2018 un total de 9 640,9 ETP. Parmi ce total, 56,1% sont occupés dans les établissements à séjour continu (maisons de soins et centres intégrés). Suivent les réseaux d'aides et de soins et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et finalement les centres semi-stationnaires qui occupent 4,5% 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<sup>a b c</sup>**

Type de prestataire	2016	2017	2018
<b>Réseaux d'aides et de soins</b>	<b>2 467,7</b>	<b>2 537,0</b>	<b>2 690,1</b>
Personnel d'assistance et de soins	2 254,8	2 337,8	2 374,6
Personnel socio-éducatif	23,9	21,6	21,1
Personnel administratif	140,8	132,0	150,7
Personnel technique et logistique	48,1	45,6	143,6
<b>Centres semi-stationnaires</b>	<b>422,4</b>	<b>436,1</b>	<b>434,1</b>
Personnel d'assistance et de soins	223,4	240,6	240,6
Personnel socio-éducatif	115,8	113,9	111,6
Personnel administratif	23,9	22,6	25,9
Personnel technique et logistique	59,3	59,1	56,1
<b>Etablissements d'aides et de soins à séjour continu</b>	<b>5 500,8</b>	<b>5 418,5</b>	<b>5 411,3</b>
Personnel d'assistance et de soins	3 720,8	3 677,9	3 710,5
Personnel socio-éducatif	188,8	193,1	196,7
Personnel administratif	284,7	267,1	292,5
Personnel technique et logistique	1 306,5	1 280,3	1 211,7
<b>Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent</b>	<b>1 001,5</b>	<b>1 093,6</b>	<b>1 105,3</b>
Personnel d'assistance et de soins	397,4	446,0	428,0
Personnel socio-éducatif	440,8	472,2	475,1
Personnel administratif	58,5	69,2	73,4

9. Et communiqué à la CNS.



**Tableau 2: Evolution du personnel par qualification<sup>a b c</sup> (Suite)**

Type de prestataire	2016	2017	2018
Personnel technique et logistique	104,8	106,2	128,8
<b>TOTAL</b>	<b>9 392,3</b>	<b>9 485,2</b>	<b>9 640,9</b>
Variation en %	-0,4%	1,0%	1,6%
<b>Nombre d'ETP prestant des soins</b>	<b>6 596,4</b>	<b>6 702,3</b>	<b>6 753,7</b>
<b>Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)</b>	<b>70,2%</b>	<b>70,7%</b>	<b>70,1%</b>

a. Le personnel est exprimé en ETP.

b. Moyenne annuelle.

c. Source : données CNS.

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 du personnel de 0,4%. Les années 2017 et 2018 affichent une légère reprise : + 1,0%, respectivement + 1,6%. Cette croissance provient essentiellement de l'augmentation du personnel des réseaux d'aides et de soins (+6,0% en 2018).

L'analyse des ETP par qualification montre que la plus grande majorité de l'effectif se compose de personnel chargé de prêter des aides et soins. Auprès les réseaux, ce dernier représente 88,3% de l'ensemble du personnel employé en 2018.

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 (43,0% comparé à 0,8% dans les RAS ou 3,6% dans les ESC en 2018). En cela, ils se distinguent fortement des trois autres types de prestataires.

Une analyse de l'évolution du personnel en fonction de la carrière telle que définie dans la convention collective du secteur d'aides et de soins (CCT-SAS)<sup>10</sup> met en évidence que pour les années 2016 et 2017 le nombre d'aides-soignants a augmenté plus rapidement que le nombre d'infirmiers (infirmiers spécialisés inclus). En 2018 par contre, la situation s'inverse et le nombre des infirmiers croît de 4,9% par rapport à 2,5% chez les aides-soignants. A noter que l'un des objectifs de la réforme de l'assurance dépendance, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018, est d'augmenter la qualité de la prise en charge des personnes dépendantes. L'augmentation des normes de dotation du personnel pour la prestation des actes essentiels de la vie en constitue un exemple.

10. <http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-memorial-2017-952-fr-pdf.pdf>





## 2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

### Encadré méthodologique

Les chiffres qui suivent rendent compte d'une situation instantanée et non d'une situation dynamique. Ils concernent les personnes qui, à la date du 31 décembre de l'année concernée (sauf indication contraire), sont en possession d'une décision positive de la CNS. Chaque personne s'y retrouve une seule fois avec la dernière décision relative à son dossier. Ces chiffres ne concernent que les bénéficiaires en vie en date du 31 décembre de l'année concernée. Une distinction est faite entre les personnes affiliées au régime luxembourgeois de l'assurance dépendance (" affiliés luxembourgeois "), et les personnes affiliés à un autre régime<sup>a</sup>.

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.

Avec l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1<sup>er</sup> janvier 2018, les données de l'année 2018 constituent une rupture de série. Afin de garder une continuité dans les données, les personnes fréquentant un établissement d'aides et de soins à séjour intermittent (permettant un séjour alterné entre domicile et établissement) continuent à être comptées parmi les bénéficiaires à domicile.

- a. Il s'agit de personnes résidant au Luxembourg, non affiliées au régime luxembourgeois, mais affiliées au régime de sécurité sociale d'un autre Etat membre qui ont droit aux prestations en nature de l'assurance dépendance au Luxembourg, à charge de l'organisme de sécurité sociale de leur pays d'affiliation.

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

La population des personnes dépendantes au 31 décembre 2018 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 ;
- quatre hommes dépendants sur cinq résident à domicile ;
- trois bénéficiaires sur quatre en établissement sont des femmes ;
- l'âge moyen des bénéficiaires est beaucoup plus élevé en établissement qu'à domicile.



**Tableau 3: Evolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance <sup>a b</sup>**

Année	Nombre total	Variation en %	Nombre de bénéficiaires affiliés au régime luxembourgeois	Variation en %	Dont résidents affiliés au régime luxembourgeois	En % du total affilié
2009	11 159	5,1%	10 882	5,1%	10 602	97,4%
2010	11 847	6,2%	11 625	6,8%	11 247	96,7%
2011	12 386	4,5%	12 154	4,6%	11 772	96,9%
2012	12 999	4,9%	12 753	4,9%	12 358	96,9%
2013	13 378	2,9%	13 130	3,0%	12 727	96,9%
2014	13 492	0,9%	13 267	1,0%	12 848	96,8%
2015	13 569	0,6%	13 330	0,5%	12 897	96,8%
2016	13 780	1,6%	13 541	1,6%	13 098	96,7%
2017	13 914	1,0%	13 663	0,9%	13 190	96,5%
2018 <sup>c</sup>	14 530	4,4%	14 209	4,0%	13 716	96,5%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires pour 2018.

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

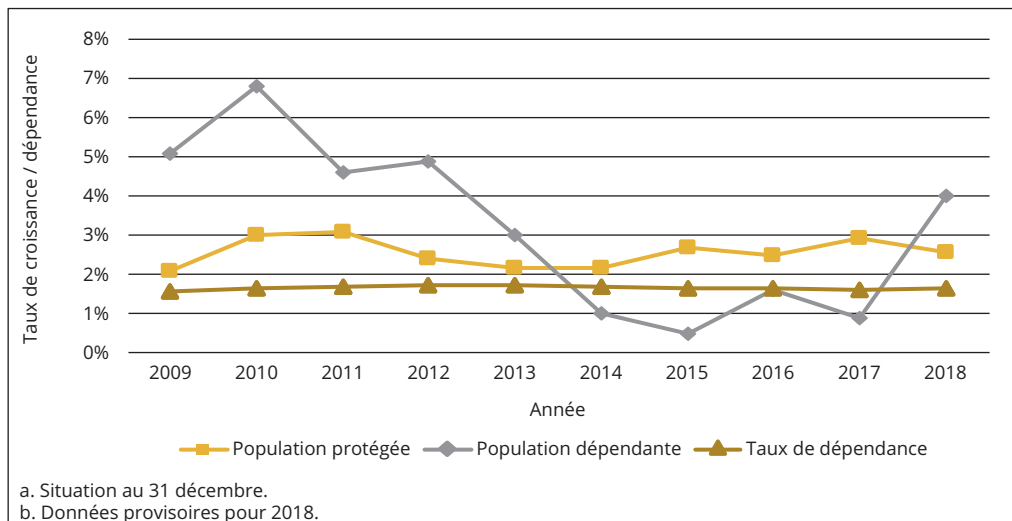
Après une augmentation annuelle observée entre 2009 et 2012 autour de 5%, un ralentissement de la croissance peut être observé depuis 2013. L'évaluation des personnes par l'AEC a été différée fin 2017 et reportée à début 2018 afin de tenir compte des nouveautés introduites dans le cadre de la réforme. Ceci impliquant une croissance de 4,0% du nombre des bénéficiaires de l'assurance dépendance (affiliés luxembourgeois) en 2018, comparé à une augmentation de seulement 0,9% en 2017. Le nombre de bénéficiaires (assurés luxembourgeois) affiche en 10 ans une croissance de 30,6%.

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'une synthèse 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.).

Dans la suite de la section, l'analyse se limite aux personnes affiliées au régime luxembourgeois.



**Graphique 1: Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance <sup>a b</sup>**



Le graphique 1 met en parallèle le taux de croissance de la population protégée et celui de la population dépendante. Alors que le taux de croissance de la population dépendante se situe au-dessus du taux de croissance de la population protégée sur la période de 1999 à 2013, la situation s'inverse à partir de 2014. La population protégée connaît jusqu'en 2017 une plus forte croissance que la population dépendante. En 2018, le taux de croissance de la population dépendante dépasse à nouveau celui de la population protégée.

Le taux de dépendance en 2018 reste stable par rapport à 2017 avec 1,6%. 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 2018, 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 2018 à 13,1%.

Parmi les 14 209 bénéficiaires affiliés au régime luxembourgeois au 31 décembre 2018, 62,0% bénéficient d'une synthèse basée sur une conversion de leur plan de prise en charge établi lors d'une évaluation faite antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2018, 3,2% des bénéficiaires ont droit à une prise en charge forfaitaire liée à leur pathologie (dispositions particulières - voir 2.2), 1,7% des bénéficiaires ont droit à une synthèse " soins palliatifs " (voir 2.3), 0,3% des bénéficiaires ont droit à une synthèse " décès " (les personnes sont décédées avant qu'une évaluation ait pu avoir lieu - voir 2.2), et les 32,8% bénéficiaires restant bénéficient d'une synthèse établie selon les nouvelles dispositions prévues par la réforme de l'assurance dépendance.

**Tableau 4: Evolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour <sup>a</sup>**

Année	Domicile + ESI			ESC			Total	
	Domicile + ESI	En % du total	Variation en %	ESC	En % du total	Variation en %	Total	Variation en %
2016	9 041	66,8%	1,7%	4 500	33,2%	1,4%	13 541	1,6%
2017	9 120	66,7%	0,9%	4 543	33,3%	1,0%	13 663	0,9%
2018 <sup>bc</sup>	9 584	67,5%	5,1%	4 625	32,5%	1,8%	14 209	4,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

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

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 2018, la part des bénéficiaires à domicile se situe à 67,5%, ce qui veut dire que plus de deux bénéficiaires sur trois reçoivent des prestations à domicile.

Le nombre de bénéficiaires à domicile augmente en 2018 de 5,1% par rapport à 2017, celui des bénéficiaires en établissement affiche une croissance de 1,8%.

**Tableau 5: Evolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour <sup>a</sup>**

Année	Domicile + ESI		ESC		Total		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
2016	3 836	5 205	1 114	3 386	4 950	8 591	13 541
2017	3 859	5 261	1 192	3 351	5 051	8 612	13 663
2018 <sup>bc</sup>	4 099	5 485	1 224	3 401	5 323	8 886	14 209

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

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

En 2018, sur les 14 209 bénéficiaires affiliés au régime luxembourgeois, on recense 8 886 femmes, soit 63,0% de la population dépendante, et 5 323 hommes. Avec 77,0%, la grande majorité des hommes réside à domicile, tandis que chez les femmes ce même taux n'est que de 61,7%. Ainsi, les hommes représentent 42,7% des bénéficiaires à domicile, alors qu'ils ne représentent que 37,5% 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 <sup>a</sup>**

Groupe d'âge	2016			2017			2018 <sup>b c</sup>		
	Domicile + ESI	ESC	Total	Domicile + ESI	ESC	Total	Domicile + ESI	ESC	Total
0-19	0	0	971	1 021	0	1 021	1 092	5	1 097
20-39	574	4	578	608	4	612	644	7	651
40-59	1 180	57	1 237	1 181	60	1 241	1 222	59	1 281
60-69	1 047	200	1 247	1 095	195	1 290	1 145	213	1 358
70-79	1 748	648	2 396	1 655	664	2 319	1 743	671	2 414
80-89	2 773	2 365	5 138	2 753	2 326	5 079	2 892	2 289	5 181
>=90	748	1 226	1 974	807	1 294	2 101	846	1 381	2 227
<b>TOTAL</b>	<b>9 041</b>	<b>4 500</b>	<b>13 541</b>	<b>9 120</b>	<b>4 543</b>	<b>13 663</b>	<b>9 584</b>	<b>4 625</b>	<b>14 209</b>

- a. Situation au 31 décembre.
- b. Données provisoires.
- c. Rupture de série : entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Les personnes de moins de 60 ans sont peu nombreuses en établissement à séjour continu. En ce qui concerne les personnes âgées de plus de 60 ans, 27,8% des septuagénaires, 44,2% des octogénaires et 62,0% des nonagénaires sont pris en charge dans un établissement d'aides et de soins à séjour continu en 2018.

**Tableau 7: Evolution de l'âge moyen et de l'âge median des bénéficiaires de l'assurance dépendance <sup>a</sup>**

	2016			2017			2018 <sup>b c</sup>		
	Domicile + ESI	ESC	Total	Domicile + ESI	ESC	Total	Domicile + ESI	ESC	Total
Age moyen <sup>d</sup>	65,3	84,6	71,7	64,9	84,7	71,5	64,8	84,8	71,3
Age médian <sup>e</sup>	75	86	80	74	86	80	74	86	80

- a. Situation au 31 décembre.
- b. Données provisoires.
- c. Rupture de série : entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1<sup>er</sup> janvier 2018.
- d. L'âge moyen correspond au rapport somme des âges des personnes.
- e. 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 2016 et 2018, 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 64,8 ans en 2018. Par contre, l'âge moyen dans les établissements a augmenté de 0,9 an depuis 2009 pour atteindre 84,8 ans en 2018. La différence d'âge moyen entre bénéficiaires à domicile et dans un établissement s'élève à 20,0 ans en 2018.

## 2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES

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

Les articles 3 à 6 du règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance prévoient l'octroi de prestations forfaitaires pour les personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la



communication, les personnes atteintes de spina bifida, d'aphasie et les personnes présentant une laryngectomie.<sup>11</sup>

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

**Tableau 8: Répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et par type d'affection<sup>a b c</sup>**

Type	2016			2017			2018 <sup>d e</sup>		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Forfait surdité ou capacité auditive réduite	91	83	174	92	83	175	90	79	169
Forfait cécité ou acuité visuelle réduite	113	150	263	116	152	268	121	145	266
Forfait Spina Bifida symptomatique	21	20	41	20	19	39	20	18	38
Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave							4	1	5
Forfait laryngectomie							5	1	6
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>253</b>	<b>478</b>	<b>228</b>	<b>254</b>	<b>482</b>	<b>231</b>	<b>242</b>	<b>473</b>

a. Art 305 point 3 du CSS.

b. Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

c. Nombre annuel.

d. Données provisoires pour 2018.

e. Rupture de série : entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1<sup>er</sup> janvier 2018 - introduction de deux nouveaux forfaits.

En 2018, 473 personnes bénéficient de prestations forfaitaires. Ce groupe représente 4,9% de l'ensemble des bénéficiaires se trouvant à domicile. Les personnes atteintes de cécité/acuité visuelle réduite représentent 56,2% des cas, et les personnes sourdes 35,7%.

**Tableau 9: Age moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type d'affection**

Type	2016	2017	2018 <sup>a</sup>
Forfait surdité ou capacité auditive réduite	54,1	54,2	53,5
Forfait cécité ou acuité visuelle réduite	64,3	63,4	62,1
Forfait spina Bifida symptomatique	30,8	33,4	33,9
Forfait dysarthrie grave ou aphasie grave			66,6
Forfait laryngectomie			64,7
<b>Ensemble des bénéficiaires</b>	<b>57,7</b>	<b>57,6</b>	<b>57,0</b>

a. Rupture de série : entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1<sup>er</sup> janvier 2018 - introduction de deux nouveaux forfaits.

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

11. Avant la réforme de 2018, les personnes atteintes d'une aphasie/dysarthrie grave et les personnes présentant une laryngectomie sont regroupé parmi les personnes souffrant de surdité respectivement de troubles de la communication.



## 2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DES FORAITS SOINS PALLIATIFS ET DÉCÈS

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

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

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

**Tableau 10: Nombre de bénéficiaires d'un forfait Décès ou d'un forfait Soins palliatifs en 2018<sup>a b</sup>**

Origine	Hommes	Femmes	Total
Décès	195	156	351
Soins palliatifs	467	568	1 035

a. Nombre annuel.

b. Données provisoires pour 2018.

En 2018, 351 personnes (55,5% hommes et 44,5% femmes) ont introduit une demande pour obtenir des prestations de l'assurance dépendance, mais elles sont décédées avant que l'AEC n'ait pu faire une évaluation de leur état de santé.

1 035 personnes ont droit au forfait soins palliatifs en 2018, dont 54,9% sont des femmes.

Une personne peut être comptée dans les 2 types de forfaits, par exemple lorsqu'elle introduit sa demande pour AD, et dans la suite elle obtient l'accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier de soins palliatifs. Tel est le cas pour 93 personnes en 2018.

**Tableau 11: Age moyen des bénéficiaires d'un forfait Décès ou Soins palliatifs<sup>a b</sup>**

Origine	Hommes	Femmes	Total
Décès	80,1	80,5	80,3
Soins palliatifs	77,0	79,5	78,3

a. Nombre annuel.

b. Données provisoires pour 2018.

Le tableau 11 présente l'âge moyen des bénéficiaires d'un forfait Décès ou d'un forfait Soins palliatifs. Au niveau de l'âge moyen, les femmes bénéficiant du forfait Soins palliatifs ont en moyenne 2,5 ans de plus que les hommes.



## **2.4. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE SÉJOURNANT DANS UN ÉTABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS À SÉJOUR INTERMITTENT (ESI)**

Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, qui répondent de façon prépondérante aux besoins des personnes handicapées, permettent à leurs résidents d'alterner leur séjour entre domicile et établissement. Afin d'assurer la comparabilité des données sur la période de 2009 à 2018, ces bénéficiaires sont comptés parmi les bénéficiaires à domicile.

Parmi les bénéficiaires de prestations de l'AD au 31 décembre 2018, 620 personnes sont prises en charge au moins une fois dans un établissement d'aides et de soins à séjour intermittent entre le 1<sup>er</sup> décembre 2018 et le 31 janvier 2019. Il s'agit de 343 hommes et de 277 femmes avec un âge moyen de 47,1 ans (49,4 ans chez les femmes et 45,2 ans chez les hommes). Sur cette même période, 170 personnes alternent leur séjour entre établissement et domicile.

## **2.5. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE**

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

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

La cause de la dépendance est établie lors de l'évaluation médicale. Il est rare que la dépendance soit liée à un seul diagnostic. Le protocole de l'évaluation prévoit de retenir 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 (CIM10) établie par l'organisation mondiale de la santé (OMS). Ce tableau permet d'offrir une vision relativement détaillée des différentes causes de la dépendance et permet ultérieurement des comparaisons internationales.

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

Les tableaux présentés portent sur les bénéficiaires d'aides et de soins de l'assurance dépendance en vie au 31 décembre 2018 (y compris les bénéficiaires de prestations forfaitaires). Ces tableaux ne reprennent pas les personnes qui bénéficient seulement d'aides techniques ou d'adaptations du logement.

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

Les bénéficiaires séjournant au courant du mois qui précède, respectivement qui suit le 31 décembre au moins une fois dans un établissement d'aides et de soins à séjour intermittent ne figurent pas parmi les personnes à domicile, mais sont considérés séparément dans le lieu de séjour " ESI ".

### 2.5.1. 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 2018 <sup>a b</sup> (en % du total)**

Chapitre de la classification CIM 10	Hommes	Femmes	Total
<b>Chapitre I.</b> - Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0,6%	0,4%	0,5%
<b>Chapitre II.</b> - Tumeurs	2,4%	2,1%	2,2%
<b>Chapitre III.</b> - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0,1%	0,1%	0,1%
<b>Chapitre IV.</b> - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,5%	2,0%	1,8%
<b>Chapitre V.</b> - Troubles mentaux et du comportement	26,3%	23,8%	24,7%
<b>Chapitre VI.</b> - Maladies du système nerveux	21,3%	15,3%	17,5%
<b>Chapitre VII.</b> - Maladies de l'œil et de ses annexes	3,0%	3,0%	3,0%
<b>Chapitre VIII.</b> - Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1,2%	0,9%	1,0%
<b>Chapitre IX.</b> - Maladies de l'appareil circulatoire	8,7%	7,5%	8,0%
<b>Chapitre X.</b> - Maladies de l'appareil respiratoire	1,8%	1,5%	1,6%
<b>Chapitre XI.</b> - Maladies de l'appareil digestif	0,5%	0,4%	0,4%



**Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2018<sup>a b</sup> (en % du total) (Suite)**

Chapitre de la classification CIM 10	Hommes	Femmes	Total
<b>Chapitre XII.</b> - Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,1%	0,1%	0,1%
<b>Chapitre XIII.</b> - Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	7,6%	19,9%	15,3%
<b>Chapitre XIV.</b> - Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,5%	0,2%	0,3%
<b>Chapitre XV.</b> - Grossesse, accouchement et puerpéralité	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Chapitre XVI.</b> - Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,3%	0,1%	0,1%
<b>Chapitre XVII.</b> - Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	5,0%	2,5%	3,4%
<b>Chapitre XVIII.</b> - Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	6,8%	8,7%	8,0%
<b>Chapitre XIX.</b> - Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	4,2%	4,5%	4,4%
<b>Chapitre XX.</b> - Causes externes de morbidité et de mortalité	0,2%	0,2%	0,2%
<b>Chapitre XXI.</b> - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	2,1%	1,6%	1,8%
Soins palliatifs	2,0%	1,6%	1,7%
Cause non codée	3,9%	3,6%	3,7%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

a. Situation au 31 décembre 2018.

b. Données provisoires.

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

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

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

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



**Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2018<sup>a b</sup> (en % du total)**

Classification CEO	0-19	20-39	40-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
<b>Groupe 1.</b> - Démences et troubles des fonctions cognitives	0,3%	0,3%	1,7%	6,8%	17,9%	28,8%	29,7%	19,0%
<b>Groupe 2.</b> - Troubles psychiatriques	33,1%	12,9%	9,7%	13,4%	9,1%	4,3%	2,9%	8,9%
<b>Groupe 3.</b> - Maladies du système cardio-vasculaire	0,0%	0,0%	2,3%	4,3%	7,0%	7,9%	8,2%	6,0%
<b>Groupe 4.</b> - Maladies du système nerveux	18,8%	32,7%	34,2%	31,7%	22,4%	12,5%	6,9%	18,5%
<b>Groupe 5.</b> - Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	36,6%	35,0%	13,8%	7,1%	2,4%	0,4%	0,1%	6,9%
<b>Groupe 6.</b> - Maladies du système ostéo-articulaire	1,0%	3,8%	10,9%	13,5%	19,7%	28,9%	36,5%	22,1%
<b>Groupe 7.</b> - Troubles sensoriels	2,1%	8,1%	10,2%	3,7%	3,3%	3,2%	3,4%	4,1%
<b>Groupe 8.</b> - Tumeurs malignes	1,1%	0,8%	2,7%	3,9%	3,1%	1,8%	1,1%	2,1%
<b>Groupe 9.</b> - Autres	3,2%	3,7%	7,1%	9,2%	8,6%	6,9%	6,6%	7,0%
Soins palliatifs	0,0%	0,3%	2,6%	2,6%	2,2%	1,8%	1,3%	1,7%
Cause non codée	3,8%	2,3%	4,8%	3,8%	4,3%	3,4%	3,3%	3,7%
<b>Nombre de bénéficiaires</b>	<b>1 097</b>	<b>651</b>	<b>1 281</b>	<b>1 358</b>	<b>2 414</b>	<b>5 181</b>	<b>2 227</b>	<b>14 209</b>

a. Situation au 31 décembre 2018.

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

Le cumul des effectifs de ces trois groupes représente 59,7% de la population dépendante au 31 décembre 2018.

Les maladies du système ostéo-articulaire sont la première cause de dépendance. Elles concernent 22,1% des bénéficiaires. Elles sont suivies par la démence et troubles des fonctions cognitives (19,0%) et par les maladies du système nerveux (18,5%).



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 principale 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 2018 <sup>a b</sup> (en % du total)**

Classification CEO	Hommes				Femmes			
	Domicile	ESI	ESC	Total	Domicile	ESI	ESC	Total
<b>Groupe 1.</b> - Démences et troubles des fonctions cognitives	10,5%	0,0%	31,3%	14,6%	13,2%	0,7%	36,4%	21,7%
<b>Groupe 2.</b> - Troubles psychiatriques	12,6%	14,3%	10,6%	12,3%	6,7%	10,8%	6,7%	6,8%
<b>Groupe 3.</b> - Maladies du système cardio-vasculaire	6,4%	0,3%	5,1%	5,7%	7,1%	0,0%	5,1%	6,1%
<b>Groupe 4.</b> - Maladies du système nerveux	24,7%	34,1%	22,3%	24,8%	16,7%	28,9%	10,6%	14,8%
<b>Groupe 5.</b> - Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	10,3%	43,1%	1,7%	10,4%	5,4%	47,3%	0,5%	4,9%
<b>Groupe 6.</b> - Maladies du système ostéo-articulaire	13,8%	0,9%	15,0%	13,3%	28,9%	2,2%	27,2%	27,4%
<b>Groupe 7.</b> - Troubles sensoriels	5,5%	0,9%	2,0%	4,4%	4,8%	0,7%	2,7%	3,9%
<b>Groupe 8.</b> - Tumeurs malignes	2,7%	0,3%	1,6%	2,3%	2,6%	0,0%	1,1%	1,9%
<b>Groupe 9.</b> - Autres	6,9%	2,0%	6,0%	6,4%	8,5%	4,0%	5,7%	7,3%
Soins palliatifs	2,4%	0,3%	1,1%	2,0%	2,2%	0,4%	0,8%	1,6%
Cause non codée	4,1%	3,8%	3,2%	3,9%	3,9%	5,1%	3,1%	3,6%
<b>Nombre de bénéficiaires</b>	<b>3 756</b>	<b>343</b>	<b>1 224</b>	<b>5 323</b>	<b>5 208</b>	<b>277</b>	<b>3 401</b>	<b>8 886</b>

a. Situation au 31 décembre 2018.

b. Données provisoires.

La cause de dépendance la plus répandue chez les hommes en 2018 sont les maladies du système nerveux (24,8%) alors que les maladies du système ostéo-articulaire sont la première cause de dépendance chez les femmes (27,4%).

Dans les établissements à séjour intermittent, on retrouve essentiellement des personnes avec des malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental, des maladies du système nerveux et des troubles psychiatriques.

Un tiers des bénéficiaires résidants dans un établissement d'aides et de soins à séjour continu (ESC) souffre de "démence et troubles des fonctions cognitives".

A domicile, la cause de dépendance principale (hommes et femmes confondus) sont les maladies du système ostéo-articulaire (22,6% - prédominance chez les femmes), suivi de près des maladies du système nerveux (20,1% - prédominance chez les hommes).



### 3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La première partie de cette sous-section porte sur les prestations telles qu'elles sont notifiées dans la synthèse 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 cette sous-section analyse les prestations auxquelles les personnes protégées peuvent prétendre, sans nécessairement bénéficier d'une synthèse de prise en charge, à savoir les aides techniques et les adaptations de logement.

La troisième partie est consacrée aux prestations facturées, c'est-à-dire aux dépenses de l'assurance dépendance pour la couverture de ces prestations<sup>12</sup>.

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

##### Encadré méthodologique

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

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

Les bénéficiaires séjournant au courant du mois qui précède, respectivement qui suit le 31 décembre au moins une fois dans un établissement d'aides et de soins à séjour intermittent ne figurent pas parmi les personnes à domicile, mais sont considérés séparément dans le lieu de séjour " ESI ".

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

---

12. La période analysée se limite néanmoins aux factures introduites jusqu'au 31 décembre 2017.



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

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

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

- Niveau 1 de 210 à 350 minutes.
- Niveau 2 de 351 à 490 minutes.
- Niveau 3 de 491 à 630 minutes.
- Niveau 4 de 631 à 770 minutes.
- Niveau 5 de 771 à 910 minutes.
- Niveau 6 de 911 à 1.050 minutes.
- Niveau 7 de 1.051 à 1.190 minutes.
- Niveau 8 de 1.191 à 1.330 minutes.
- Niveau 9 de 1.331 à 1.470 minutes.
- Niveau 10 de 1.471 à 1.610 minutes.
- Niveau 11 de 1.611 à 1.750 minutes.
- Niveau 12 de 1.751 à 1.890 minutes.
- Niveau 13 de 1.891 à 2.030 minutes.
- Niveau 14 de 2.031 à 2.170 minutes.
- Niveau 15 supérieur ou égal à 2.171 minutes.

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

Une première analyse de l'évolution du temps requis pour les actes essentiels de la vie étudie la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance. Pour les années antérieures à 2018, le temps requis pour les actes AEV attribués lors de l'évaluation permet de regrouper les bénéficiaires selon les paliers correspondant aux niveaux de dépendance définis dans la nouvelle loi entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

**Tableau 16: Répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance <sup>a</sup>**

Niveau de dépendance	2016	En % du total	2017	En % du total	2018 <sup>b c</sup>	En % du total
Niveau 1	4 227	31,2%	4 294	31,4%	4 409	31,0%
Niveau 2	1 960	14,5%	1 996	14,6%	2 043	14,4%
Niveau 3	1 267	9,4%	1 306	9,6%	1 404	9,9%
Niveau 4	967	7,1%	1 001	7,3%	1 090	7,7%
Niveau 5	828	6,1%	856	6,3%	879	6,2%
Niveau 6	782	5,8%	836	6,1%	836	5,9%
Niveau 7	823	6,1%	812	5,9%	728	5,1%
Niveau 8	641	4,7%	593	4,3%	563	4,0%
Niveau 9	489	3,6%	495	3,6%	486	3,4%
Niveau 10	365	2,7%	348	2,5%	338	2,4%
Niveau 11	300	2,2%	294	2,2%	286	2,0%
Niveau 12	193	1,4%	170	1,2%	162	1,1%
Niveau 13	137	1,0%	129	0,9%	155	1,1%
Niveau 14	88	0,6%	66	0,5%	78	0,5%
Niveau 15	30	0,2%	20	0,1%	17	0,1%
Prestation forfaitaire	444	3,3%	447	3,3%	449	3,2%
Soins palliatifs					245	1,7%
Décès					41	0,3%
<b>TOTAL</b>	<b>13 541</b>	<b>100,0%</b>	<b>13 663</b>	<b>100,0%</b>	<b>14 209</b>	<b>100,0%</b>

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires pour 2018.

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

Au cours des trois dernières années, la répartition est restée relativement stable. 55% des bénéficiaires se trouvent dans un des 3 premiers niveaux de dépendance.

La répartition par niveau de dépendance en fonction du lieu de séjour diffère fortement entre domicile et établissement d'aides et de soins à séjour continu.



**Tableau 17: Répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance et par lieu de séjour en 2018<sup>a b</sup>**

Niveau de dépendance	Domicile (%)	ESI (%)	ESC (%)	TOTAL (%)	TOTAL
Niveau 1	41,0%	12,6%	14,1%	31,0%	4 409
Niveau 2	17,2%	12,6%	9,1%	14,4%	2 043
Niveau 3	10,3%	10,3%	9,0%	9,9%	1 404
Niveau 4	6,6%	10,0%	9,5%	7,7%	1 090
Niveau 5	5,1%	5,0%	8,5%	6,2%	879
Niveau 6	3,8%	6,9%	9,8%	5,9%	836
Niveau 7	2,6%	6,8%	9,7%	5,1%	728
Niveau 8	1,7%	7,9%	7,8%	4,0%	563
Niveau 9	1,4%	6,1%	7,0%	3,4%	486
Niveau 10	1,1%	7,6%	4,2%	2,4%	338
Niveau 11	0,7%	5,0%	4,1%	2,0%	286
Niveau 12	0,3%	4,4%	2,3%	1,1%	162
Niveau 13	0,3%	2,9%	2,4%	1,1%	155
Niveau 14	0,2%	1,3%	1,2%	0,5%	78
Niveau 15	0,0%	0,3%	0,3%	0,1%	17
Prestation forfaitaire	5,0%	0,0%	0,0%	3,2%	449
Soins palliatifs	2,3%	0,3%	0,8%	1,7%	245
Décès	0,3%	0,0%	0,3%	0,3%	41
<b>TOTAL</b>	<b>8 964</b>	<b>620</b>	<b>4 625</b>	<b>14 209</b>	<b>14 209</b>

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires pour 2018.

A domicile, 41,0% des bénéficiaires sont classés dans le niveau de dépendance 1, 17,2% dans le niveau 2 et 10,3% dans le niveau de dépendance 3. Ainsi, 2 tiers des bénéficiaires à domicile se retrouve dans un des 3 premiers niveaux. Dans les niveaux 10 à 15, se retrouvent uniquement 2,6% des bénéficiaires à domicile.

En établissement d'aides et de soins à séjour continu, un tiers des bénéficiaires se retrouve dans un des 3 premiers niveaux de dépendance. Le niveau de dépendance le plus représenté est le niveau 1 avec 14,1%. Suivent ensuite les niveaux 2 à 7 avec à chaque fois entre 8,5% et 9,8% des bénéficiaires en ESC. Le pourcentage des bénéficiaires dans les niveaux plus élevés diminue progressivement, mais il est largement supérieur à celui du domicile avec 14,5% dans les niveaux 10 à 15.

Tout comme en ESC, un tiers des bénéficiaires vivant dans un ESI ont un niveau de dépendance inférieur ou égal à 3. Le pourcentage de personnes avec un niveau de dépendance supérieur ou égal à 10 s'élève à 21,5% et est largement supérieur à celui du ESC.

Un nouveau référentiel des aides et soins est d'application depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018<sup>13</sup>. Le temps requis pour les actes essentiels de la vie reste stable de 2017 à 2018, un résultat qui n'est pas inattendu puisque lors de la rédaction du nouveau référentiel, il a été veillé à garder

13. Le nouveau référentiel des aides et soins prévoit des modifications au niveau des actes (contenu, fréquence, durée) et des conditions d'attribution des actes.





un minutage total identique avant et après la réforme. La répartition des bénéficiaires selon les différents niveaux de dépendance n'affiche guère de variations sur les dernières années.

**Tableau 18: Evolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV) <sup>a b</sup>**

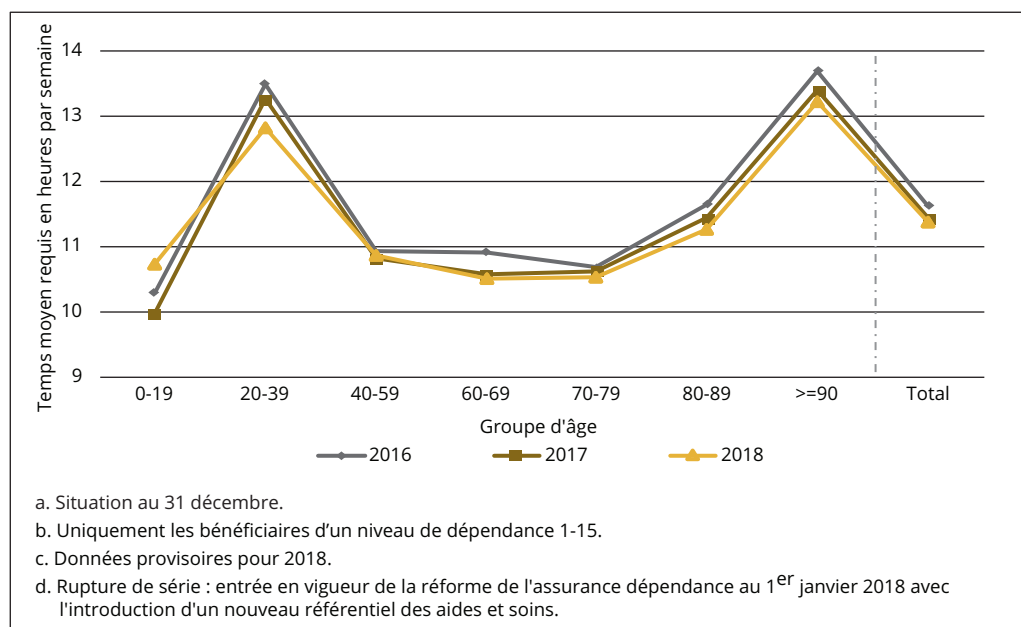
Année	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
2016	697	11,6	13 097
2017	686	11,4	13 216
2018 <sup>c d</sup>	682	11,4	13 474

- a. Situation au 31 décembre.
- b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
- c. Données provisoires pour 2018.
- d. Rupture de série : entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1<sup>er</sup> janvier 2018 avec l'introduction d'un nouveau référentiel des aides et soins.

La moyenne du temps requis pour les actes essentiels de la vie s'élève à 11,4 heures en 2018. L'écart entre le temps moyen requis pour les femmes et les hommes s'élève à 4,3 minutes en 2018.

La différence entre le temps moyen requis à domicile et en établissement d'aides et de soins à séjour continu est de 6,7 heures en 2018. Le temps moyen requis pour les AEV s'élève à domicile à 8,7 heures contre 15,5 heures en ESC et 16,0 heures en établissement d'aides et de soins à séjour intermittent.

**Graphique 2: Evolution du temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge <sup>a b c d</sup>**



A partir de 60 ans, le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie augmente avec l'âge du bénéficiaire.



### 3.1.2. Les activités d'appui à l'indépendance, les activités de maintien à domicile et les activités d'accompagnement en établissement

Pour les 4 tableaux qui suivent, l'analyse ne prend pas en compte les forfaits Décès, Soins palliatifs et Dispositions particulières, car il s'agit de synthèses forfaitaires. De plus, l'AEC n'effectue pas d'évaluation des besoins du demandeur dans le cadre de la prise en charge des personnes ayant droit aux soins palliatifs et celles décédées avant l'évaluation faite par l'AEC.

Dans le cadre du maintien à domicile un bénéficiaire peut avoir notamment droit à des activités d'appui à l'indépendance et à des activités de maintien à domicile. Les activités de maintien à domicile regroupent les gardes de nuit, les gardes en groupe (standards ou majorées), les gardes individuelles (standards ou majorées) et les activités d'assistance à l'entretien du ménage.

Les gardes individuelles ne sont pas cumulables avec les gardes en groupes, par conséquent la synthèse de prise en charge d'une personne dépendante ne peut contenir qu'un seul des actes AMD-GG, AMD-GG-M, AMD-GI, AMD-GI-M. Néanmoins une personne peut convertir une partie de sa garde individuelle accordée en garde en groupe, respectivement sa garde en groupe en garde individuelle. Le terme " AMD-Garde " représente les gardes individuelles et les gardes en groupe (standards et majorées).

Les personnes vivant dans un établissement d'aides et de soins à séjour continu ou à séjour intermittent bénéficient toutes de l'activité d'accompagnement en établissement (standard ou majorée) et peuvent se voir accorder des activités d'appui à l'indépendance.

**Tableau 19: Répartition des personnes vivant à domicile selon leur synthèse de prise en charge<sup>a b c</sup>**

Niveau de dépendance	AAI	AMD-GDN	AMD-GG	AMD-GG-M	AMD-GI	AMD-GI-M	AMD-Garde	TOTAL
Niveau 1	35,1%	0,7%	42,4%	1,0%	8,3%	0,3%	51,9%	3 677
Niveau 2	44,5%	2,4%	39,7%	3,0%	18,2%	1,0%	61,8%	1 543
Niveau 3	48,5%	3,8%	43,1%	3,7%	21,5%	1,3%	69,5%	926
Niveau 4	50,2%	5,3%	41,9%	6,4%	22,7%	1,5%	72,5%	590
Niveau 5	49,8%	10,1%	45,8%	6,4%	21,8%	1,5%	75,6%	454
Niveau 6	52,0%	9,4%	41,5%	8,8%	25,1%	4,1%	79,5%	342
Niveau 7	58,5%	11,0%	40,7%	13,1%	21,6%	5,9%	81,4%	236
Niveau 8	46,5%	9,7%	34,2%	9,7%	26,5%	8,4%	78,7%	155
Niveau 9	41,3%	10,3%	30,2%	11,9%	31,0%	5,6%	78,6%	126
Niveau 10	49,5%	17,5%	32,0%	10,3%	24,7%	15,5%	82,5%	97
Niveau 11	33,3%	18,2%	21,2%	7,6%	19,7%	19,7%	68,2%	66
Niveau 12	36,7%	53,3%	23,3%	6,7%	36,7%	30,0%	96,7%	30
Niveau 13	45,8%	29,2%	33,3%	16,7%	20,8%	29,2%	100,0%	24
Niveau 14	42,9%	28,6%	14,3%	14,3%	28,6%	35,7%	92,9%	14
Niveau 15	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	3
<b>TOTAL</b>	<b>42,1%</b>	<b>3,8%</b>	<b>41,2%</b>	<b>3,6%</b>	<b>15,6%</b>	<b>1,8%</b>	<b>62,3%</b>	<b>8 283</b>

a. Situation au 31 décembre.

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

c. Données provisoires pour 2018.



Dans le cadre du maintien à domicile, le pourcentage des 8 283 personnes qui se voit attribuer des activités d'appui à l'indépendance s'élève à 42,1% en 2018.

Uniquement 3,8% des bénéficiaires à domicile ont droit à une garde de nuit. Cependant, pour pouvoir profiter de ces gardes, la personne dépendante doit nécessiter la présence d'une tierce personne 24 heures sur 24. Ces gardes sont donc attribuées surtout à des personnes avec des niveaux de dépendance plus élevés.

Par contre, 62,3% des personnes dépendantes vivant à domicile ont droit à des activités de garde (pendant la journée), que ce soit sous forme individuelle ou en groupe (standard ou majoré).

Pour information, toutes les personnes dépendantes résidant à domicile ont droit aux activités d'assistance à l'entretien du ménage à hauteur de 3 heures par semaine.

**Tableau 20: Répartition des personnes vivant en ESC selon leur synthèse de prise en charge <sup>a b c</sup>**

Niveau de dépendance	AAI	AAE	AAE-M	TOTAL
Niveau 1	60,9%	96,0%	4,0%	654
Niveau 2	81,5%	91,7%	8,3%	422
Niveau 3	83,1%	91,3%	8,7%	414
Niveau 4	84,7%	90,6%	9,4%	438
Niveau 5	83,5%	85,5%	14,5%	394
Niveau 6	88,0%	85,1%	14,9%	451
Niveau 7	90,0%	79,8%	20,2%	450
Niveau 8	85,5%	75,5%	24,5%	359
Niveau 9	80,4%	76,7%	23,3%	322
Niveau 10	77,3%	68,6%	31,4%	194
Niveau 11	68,3%	64,0%	36,0%	189
Niveau 12	73,3%	54,3%	45,7%	105
Niveau 13	57,5%	60,2%	39,8%	113
Niveau 14	55,4%	55,4%	44,6%	56
Niveau 15	66,7%	16,7%	83,3%	12
<b>TOTAL</b>	<b>79,0%</b>	<b>83,1%</b>	<b>16,9%</b>	<b>4 573</b>

a. Situation au 31 décembre.

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

c. Données provisoires pour 2018.

En établissement d'aides et de soins à séjour continu, 16,9% des 4 573 personnes dépendantes bénéficient du forfait majoré pour l'activité d'accompagnement. L'attribution de cet acte augmente avec le niveau de dépendance. La majorité des résidents, à savoir les 83,1% restant, a droit au forfait normal de l'activité d'accompagnement.

Les activités d'appui à l'indépendance sont attribuées à 79,0% des bénéficiaires résidant en établissement d'aides et de soins à séjour continu. Les bénéficiaires d'un forfait 2 à 9 en ont droit dans plus de 80% des cas.



Les 2 tableaux qui suivent montrent la répartition des synthèses des personnes ayant une synthèse de prise en charge en vigueur au 31 décembre 2018, et qui ont résidé au moins une fois pendant le mois qui précède, respectivement qui suit le 31 décembre dans un établissement à séjour intermittent.

**Tableau 21: Répartition des personnes résidant en ESI selon leur synthèse de prise en charge en vigueur en établissement <sup>a b c</sup>**

Niveau de dépendance	AAI	AAE	AAE-M	TOTAL
Niveau 1	62,8%	91,0%	9,0%	78
Niveau 2	76,9%	79,5%	20,5%	78
Niveau 3	78,1%	85,9%	14,1%	64
Niveau 4	87,1%	82,3%	17,7%	62
Niveau 5	93,5%	80,6%	19,4%	31
Niveau 6	86,0%	83,7%	16,3%	43
Niveau 7	85,7%	66,7%	33,3%	42
Niveau 8	89,8%	59,2%	40,8%	49
Niveau 9	84,2%	71,1%	28,9%	38
Niveau 10	76,6%	70,2%	29,8%	47
Niveau 11	77,4%	61,3%	38,7%	31
Niveau 12	81,5%	44,4%	55,6%	27
Niveau 13	83,3%	38,9%	61,1%	18
Niveau 14	37,5%	50,0%	50,0%	8
Niveau 15	100,0%	50,0%	50,0%	2
<b>TOTAL</b>	<b>79,8%</b>	<b>74,4%</b>	<b>25,6%</b>	<b>618</b>

a. Situation au 31 décembre.

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

c. Données provisoires pour 2018.

Parmi les résidents en ESI, presque 80% ont droit à des activités d'appui à l'indépendance. Un quart des bénéficiaires a droit au forfait majoré des activités d'accompagnement.



**Tableau 22: Répartition des personnes résidant en ESI selon leur synthèse de prise en charge en vigueur à domicile<sup>a b c</sup>**

Niveau de dépendance	AAI	AMD-GDN	AMD-GG	AMD-GG-M	AMD-GI	AMD-GI-M	AMD-Garde	TOTAL
Niveau 1	61,9%	0,0%	42,9%	14,3%	19,0%	0,0%	76,2%	21
Niveau 2	76,5%	0,0%	35,3%	23,5%	0,0%	0,0%	58,8%	17
Niveau 3	78,3%	8,7%	26,1%	21,7%	26,1%	0,0%	73,9%	23
Niveau 4	90,9%	0,0%	45,5%	18,2%	22,7%	0,0%	86,4%	22
Niveau 5	100,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%	4
Niveau 6	78,6%	0,0%	50,0%	28,6%	7,1%	0,0%	85,7%	14
Niveau 7	60,0%	10,0%	40,0%	30,0%	20,0%	10,0%	100,0%	10
Niveau 8	92,9%	28,6%	71,4%	21,4%	7,1%	0,0%	100,0%	14
Niveau 9	90,9%	45,5%	36,4%	45,5%	9,1%	9,1%	100,0%	11
Niveau 10	81,8%	36,4%	63,6%	27,3%	9,1%	0,0%	100,0%	11
Niveau 11	72,7%	18,2%	54,5%	36,4%	0,0%	9,1%	100,0%	11
Niveau 12	50,0%	25,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%	4
Niveau 13	75,0%	25,0%	0,0%	75,0%	0,0%	25,0%	100,0%	4
Niveau 14	50,0%	100,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%	4
Niveau 15								0
<b>TOTAL</b>	<b>77,6%</b>	<b>14,1%</b>	<b>44,1%</b>	<b>27,6%</b>	<b>12,4%</b>	<b>2,4%</b>	<b>86,5%</b>	<b>170</b>

- a. Situation au 31 décembre.
- b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.
- c. Données provisoires pour 2018.

28% des personnes résidant dans un ESI profitent de la possibilité d'alterner leur séjour entre établissement et domicile (pendant la période du 1<sup>er</sup> décembre 2018 et 31 janvier 2019). Dans 77,6% des cas, leur synthèse de prise en charge prévoit des AAI et dans 86,5% une activité de garde. Le pourcentage des personnes pouvant profiter d'une garde de nuit pendant leur séjour à domicile s'élève à 14,1%.



**Tableau 23: Pourcentage des bénéficiaires d'AAI par cause de dépendance principale et lieu de séjour en 2018** <sup>a b c</sup>

Classification AEC	Domicile	ESI	ESC	TOTAL
<b>Groupe 1.</b> - Démences et troubles des fonctions cognitives	72,1%	100,0%	80,5%	<b>77,2%</b>
<b>Groupe 2.</b> - Troubles psychiatriques	60,1%	92,4%	86,4%	<b>69,6%</b>
<b>Groupe 3.</b> - Maladies du système cardio-vasculaire	27,4%	100,0%	70,2%	<b>39,5%</b>
<b>Groupe 4.</b> - Maladies du système nerveux	40,8%	78,7%	82,3%	<b>53,7%</b>
<b>Groupe 5.</b> - Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	40,9%	77,4%	79,5%	<b>53,3%</b>
<b>Groupe 6.</b> - Maladies du système ostéo-articulaire	33,0%	88,9%	76,7%	<b>48,6%</b>
<b>Groupe 7.</b> - Troubles sensoriels	37,8%	60,0%	77,6%	<b>56,3%</b>
<b>Groupe 8.</b> - Tumeurs malignes	24,1%	100,0%	71,9%	<b>34,4%</b>
<b>Groupe 9.</b> - Autres	29,2%	72,2%	77,4%	<b>43,4%</b>
<b>Cause non codée</b>	30,4%	77,8%	68,5%	<b>43,6%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>42,1%</b>	<b>79,8%</b>	<b>79,0%</b>	<b>56,3%</b>

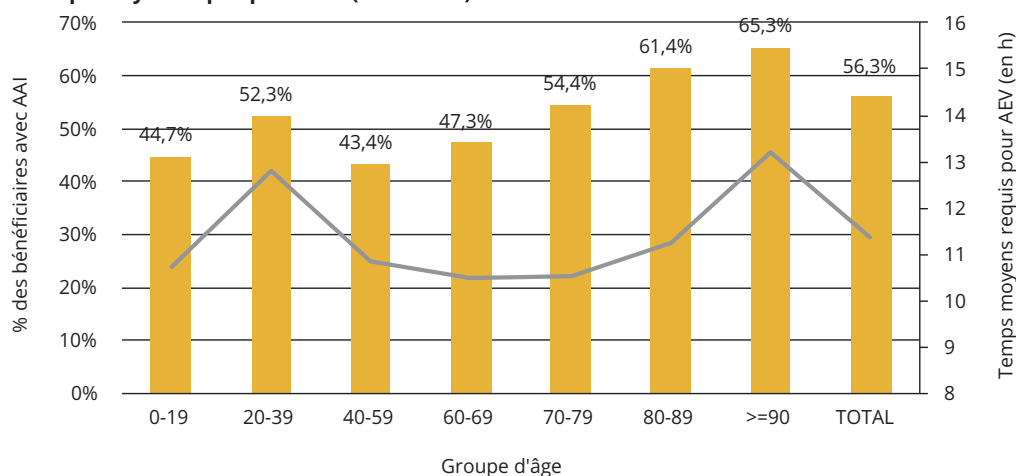
a. Situation au 31 décembre.

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

c. Données provisoires pour 2018.

L'octroi des AAI varie fortement en fonction de la cause de dépendance. Ainsi 77,2% des bénéficiaires souffrant de démence ou de troubles des fonctions cognitives obtiennent des AAI, alors que ce pourcentage ne s'élève qu'à 34,4% pour les bénéficiaires ayant une tumeur maligne.

**Graphique 3: Pourcentage des bénéficiaires d'AAI par groupe d'âge en 2018 en comparaison avec le temps moyen requis pour AEV (en heures)** <sup>a b c</sup>



a. Situation au 31 décembre.

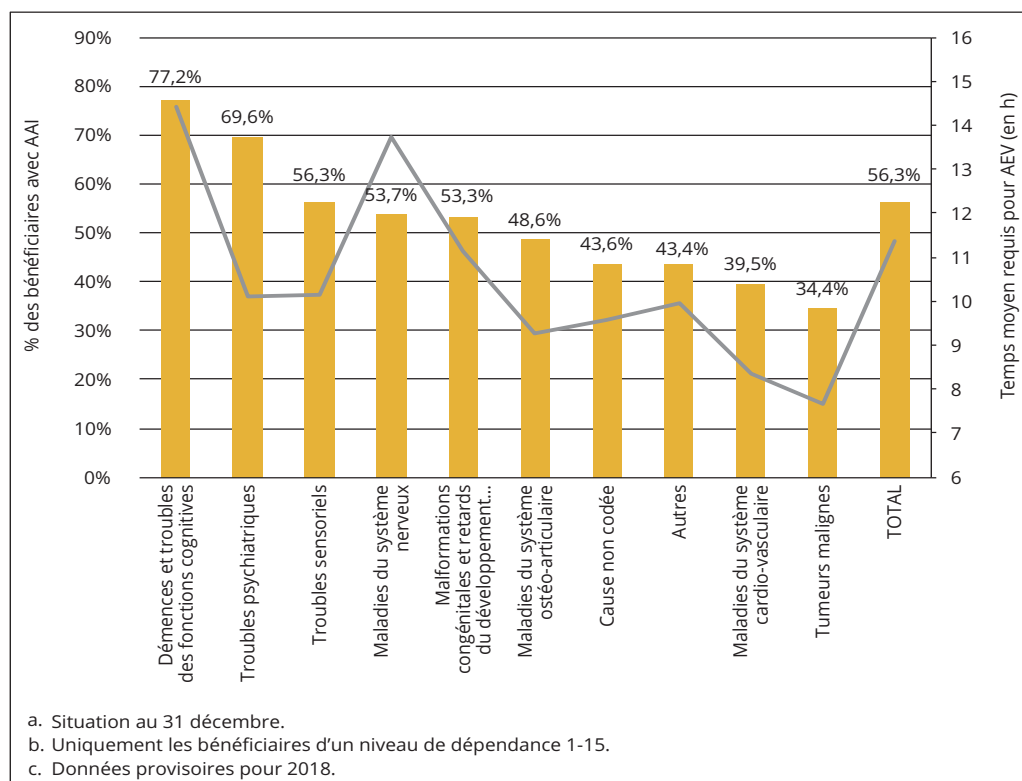
b. Uniquement les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 1-15.

c. Données provisoires pour 2018.

En comparant le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge avec le pourcentage des personnes ayant droit à des AAI, une forte ressemblance peut être constatée ce qui laisse conclure que l'octroi des AAI est en relation avec le niveau de dépendance, et ceci pour chaque groupe d'âge.



**Graphique 4: Pourcentage des bénéficiaires d'AAI par cause de dépendance principale en comparaison avec le temps moyen requis pour AEV (en heures) <sup>a b c</sup>**



En faisant la même analyse par cause de dépendance principale, on constate que non seulement le besoin d'aides et de soins pour AEV a une influence sur l'attribution des AAI, mais également la cause de dépendance. Alors que le besoin pour AEV est quasi-identique en moyenne pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques et les personnes atteintes de troubles sensoriels, 69,9% des personnes atteintes de troubles psychiatriques ont droit à des AAI contre seulement 56,3% des personnes atteintes de troubles sensoriels.

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

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

La formation liée aux aides techniques a pour but de conseiller et rendre compétent la personne dépendante ou son aidant pour l'utilisation des aides techniques mises à disposition aux personnes dépendantes à domicile. Elle est accordée sous forme d'un forfait annuel correspondant à 2 heures, lorsque la personne dépendante ou son aidant rencontrent des difficultés pour l'utilisation des aides techniques.

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

**Tableau 24: Les bénéficiaires à domicile d'une formation en fonction de l'origine du plan <sup>a b c</sup>**

Origine du plan	Formation liée aux aides techniques	Formation à l'aidant	TOTAL	En % des bénéficiaires à domicile
Conversion	26	99	123	2,3%
Synthèse	15	87	96	3,2%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>186</b>	<b>219</b>	<b>2,6%</b>

a. Situation au 31 décembre.

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

c. Données provisoires pour 2018.

Au 31 décembre 2018, 219 personnes dépendantes résidentes sont titulaires d'une synthèse de prise en charge à domicile comportant au moins une formation, ce qui représente 2,6% des bénéficiaires résidents exclusivement à domicile (les bénéficiaires alternant entre domicile et établissement intermittent ne sont pas compris).

Avant 2018, des formations, appelées activités de conseil, étaient également proposées à l'aidant et pour l'utilisation des aides techniques. Lors de la conversion des plans de prise en charge en vigueur au moment de l'entrée en vigueur de la réforme, les activités de conseils sont remplacés par les formations respectives. A noter qu'au 31 décembre 2017, le taux de personnes dépendantes à domicile avec des activités de conseil s'élevait à 2,6%.

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

Conformément à l'art. 354 du CSS, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les activités d'assistance à l'entretien du ménage peuvent être remplacées par des prestations en espèces si la personne est à domicile<sup>14</sup>.

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

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

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

- uniquement des prestations en nature ;
- uniquement des prestations en espèces<sup>15</sup> ;
- une combinaison de prestations en nature et de prestations en espèces.

14. Les personnes bénéficiant de prestations en espèces à l'étranger ainsi que les personnes bénéficiant de prestations forfaitaires (personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication et les personnes atteintes de spina bifida) ne sont pas reprises dans les tableaux qui suivent. Par contre, les bénéficiaires ESI sont compris avec la déclinaison de leur synthèse de prise en charge selon leur lieu au 31 décembre.

15. Dans ce cas de figure, la synthèse de prise en charge ne prévoit aucune intervention par un prestataire, et par conséquent ne peut pas contenir des AAI ou des activités de garde.





**Tableau 25: Evolution de la répartition des bénéficiaires par type de partage <sup>a b</sup>**

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
2016	1 678	20,4%	1 295	15,8%	5 234	63,8%	8 207	100,0%
2017	2 118	25,7%	1 277	15,5%	4 853	58,8%	8 248	100,0%
2018 <sup>c</sup>	2 399	27,7%	1 270	14,6%	5 006	57,7%	8 675	100,0%

- a. Situation au 31 décembre.
- b. Bénéficiaires résidents à domicile et en ESI sans dispositions particulières.
- c. Données provisoires pour 2018.

La part de personnes dépendantes ayant recours à des prestations combinées et des prestations en espèces diminuent en 2018 en faveur des prestations en nature. Ce recul peut s'expliquer par le fait que depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance en 2018, l'AEC évalue les capacités et disponibilités de l'aidant. Le type de partage le plus retenu reste cependant celui des prestations combinées (57,7%), suivi des prestations en nature (27,7%) et des prestations en espèces (14,6%).

Parmi les 5 006 bénéficiaires de prestations combinées en 2018, 3 535 personnes font recours à des prestataires pour obtenir des AEV et/ou des AMD-M. Les 1 471 bénéficiaires restent obtiennent des AAI et des activités de garde de la part des prestataires, les AEV et AMD-M sont cependant entièrement fournis par leur aidant.

**Tableau 26: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par groupe d'âge en 2018 <sup>a b c</sup>**

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	40	1,7%	93	7,3%	673	13,4%	806	9,3%
20-39	150	6,3%	128	10,1%	264	5,3%	542	6,2%
40-59	407	17,0%	234	18,4%	357	7,1%	998	11,5%
60-69	354	14,8%	226	17,8%	461	9,2%	1 041	12,0%
70-79	465	19,4%	243	19,1%	950	19,0%	1 658	19,1%
80-89	770	32,1%	281	22,1%	1 763	35,2%	2 814	32,4%
>=90	213	8,9%	65	5,1%	538	10,7%	816	9,4%
<b>TOTAL</b>	<b>2 399</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 270</b>	<b>100,0%</b>	<b>5 006</b>	<b>100,0%</b>	<b>8 675</b>	<b>100,0%</b>

- a. Situation au 31 décembre 2018.
- b. Données provisoires.
- c. Bénéficiaires résidant à domicile et en ESI sans dispositions particulières.

Les prestations combinées sont le type de partage préféré pour tous 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 2018<sup>a b c</sup>**

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	953	39,7%	594	46,8%	2 074	41,4%	3 621	41,7%
Femmes	1 446	60,3%	676	53,2%	2 932	58,6%	5 054	58,3%
<b>TOTAL</b>	<b>2 399</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 270</b>	<b>100,0%</b>	<b>5 006</b>	<b>100,0%</b>	<b>8 675</b>	<b>100,0%</b>

a. Situation au 31 décembre 2018.

b. Données provisoires.

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

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

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).

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1<sup>er</sup> janvier 2018, les aidants sont évalués par l'AEC afin de contrôler leur disponibilité et leur capacité de fournir les aides et soins requis. Le tableau 27 reprend les informations sur les aidants évalués depuis l'entrée en vigueur de la réforme, il s'agit donc des aidants de personnes dépendantes résidentes au Luxembourg qui disposent d'une synthèse de prise en charge avec intervention d'un aidant basée sur le nouveau référentiel des aides et soins de l'assurance dépendance.

**Tableau 28: Répartition des aidants évalués depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance par groupe d'âge et sexe en 2018<sup>a b c</sup>**

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	En % du total
0-19	0	0	0	0,0%
20-39	36	186	222	11,0%
40-59	191	662	853	42,2%
60-69	115	306	421	20,8%
70-79	101	204	305	15,1%
80-89	106	100	206	10,2%
90+	10	3	13	0,6%
<b>Total</b>	<b>559</b>	<b>1 461</b>	<b>2 020</b>	<b>100%</b>

a. Situation au 31 décembre 2018.

b. Données provisoires pour 2018.

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

Parmi les 6 276 bénéficiaires de prestations en espèces ou de prestations combinées, 2 020 disposent d'une synthèse de prise en charge établie à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018. Un quart des aidants évalués sont des hommes et trois quarts des aidants ont moins de 70 ans. Alors que les femmes sont majoritaires jusqu'à 79 ans, la situation s'inverse à partir de 80 ans ou le nombre des aidants masculins dépasse légèrement celui des aidants féminins.



A noter que pour ces 2 020 aidants, 19,9% bénéficient de la prise en charge des cotisations pour l'assurance pension par l'assurance dépendance.

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

La loi prévoit que la cotisation à l'assurance pension de cette personne puisse être prise en charge par l'assurance dépendance.

**Tableau 29: Répartition des aidants informels dont la cotisation assurance pension est prise en charge entre le 1<sup>er</sup> janvier 1999 et le 31 décembre 2018 par groupe d'âge et sexe**

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	En % du total
< 25 ans	8	72	80	2,1%
25-29	21	197	218	5,8%
30-34	30	347	377	10,0%
35-39	48	486	534	14,2%
40-44	55	513	568	15,1%
45-49	78	535	613	16,3%
50-54	89	627	716	19,0%
55-59	54	448	502	13,3%
60-64	12	127	139	3,7%
> 64 ans	1	24	25	0,7%
<b>Total</b>	<b>396</b>	<b>3 376</b>	<b>3 772</b>	<b>100%</b>

Le tableau 29 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 63,6% des aidants concernés.

## 3.2. LES AIDES TECHNIQUES ET LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT

Les aides techniques tout comme les adaptations du logement peuvent être octroyées à une personne sans que 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 l'AEC.

### 3.2.1. Les aides techniques

La personne a droit à la prise en charge des aides techniques qui lui permettront de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie. La liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance en fonction du lieu de séjour a été déterminée par le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006.



## Encadré méthodologique

Les aides techniques mises à disposition par la voie d'acquisition sont pour la plupart supposées être utilisées par la personne jusqu'à la fin de vie de l'aide technique, jusqu'au moment où la personne rapporte l'aide technique au Service Moyens Accessoires (SMA) parce qu'elle ne compte plus l'utiliser ou jusqu'à la mort de la personne. Dans les deux derniers cas le titre sera clôturé et l'aide technique ne sera plus renseignée comme en service auprès de la personne. Dans le premier cas, il n'est pas garanti que dans le cas d'un renouvellement l'ancien titre sera toujours clôturé. Ainsi une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 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 30 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 30: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO <sup>a b</sup>**

Code ISO	Libellé_ISO	2017			2018		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0912	Aides pour l'hygiène	17 898	0	17 898	19 431	104	19 535
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher	8 373	2 403	10 776	8 048	2 870	10 918
1818	Dispositifs de soutien	9 156	0	9 156	9 504	41	9 545
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)	2	9 144	9 146	2	9 433	9 435
1221	Fauteuils roulants	144	7 956	8 100	221	8 028	8 249
0333	Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels antiescarres)	1 255	5 000	6 255	1 314	5 079	6 393
1830	Dispositifs de changement de niveau	4 892	685	5 577	5 222	654	5 876
0906	Aides de protection portées sur le corps	3 650	0	3 650	3 693	0	3 693
1812	Lits	27	2 933	2 960	230	2 957	3 187
1212	Adaptations pour voitures automobiles	2 350	0	2 350	2 595	0	2 595

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires pour 2018.

Les aides les plus sollicitées en 2018 sont les aides pour l'hygiène suivi des aides pour se laver, baigner et doucher.

**Tableau 31: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale <sup>a b</sup>**

Code ISO	Libellé_ISO	2017			2018		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0300	Aides pour les traitements et l'entraînement	1 556	5 099	6 655	1 624	5 181	6 805
0900	Aides pour les soins personnels et la protection	31 693	2 406	34 099	33 037	2 974	36 011
1200	Aides pour la mobilité personnelle	5 333	20 038	25 371	5 911	20 422	26 333
1500	Aides pour les activités domestiques	2 377	0	2 377	2 478	0	2 478
1800	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles	15 552	4 139	19 691	16 426	4 209	20 635
2100	Aides pour la communication, l'information et la signalisation	4 893	18	4 911	5 066	85	5 151
2400	Aides pour manipuler les produits et les biens	2 539	3	2 542	2 622	7	2 629
<b>TOTAL</b>		<b>63 943</b>	<b>31 703</b>	<b>95 646</b>	<b>67 164</b>	<b>32 878</b>	<b>100 042</b>
<i>Variation en %</i>		<i>9,4%</i>	<i>1,8%</i>	<i>6,8%</i>	<i>5,0%</i>	<i>3,7%</i>	<i>4,6%</i>

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires pour 2018.

Au 31 décembre 2018, 100 042 aides techniques étaient mises à disposition par l'assurance dépendance, 67,1% sous forme d'acquisition et 32,9% sous forme de location. Le nombre total d'aides techniques mises à disposition a augmenté de 4,6% par rapport à 2017.

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<sup>er</sup> 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 32: Evolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement <sup>a b</sup>**

Année	Nombre	Variation en %
2016	170	-9,1%
2017	149	-12,4%
2018 <sup>c</sup>	164	10,1%

a. Données établies selon la date de prestation.

b. Source : Décompte CNS.

c. Données provisoires.

Le tableau 32 présente l'évolution du nombre de titulaires d'une ou plusieurs décisions positives depuis 2016 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 2017. Par conséquent, uniquement les actes prestés avant l'entrée en vigueur de la réforme sont considérés. 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 (situation jusqu'au 31 décembre 2017) 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. 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 était déterminé en multipliant la durée hebdomadaire des aides et soins apportés aux personnes dépendantes, et pondérée en tenant compte de la qualification requise du professionnel qui les prodigue, par les valeurs monétaires négociées chaque année par la CNS et la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins (COPAS).

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 33: Evolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2008 (en millions EUR) <sup>a</sup>**

Année	Montant	Variation en %	Dont résidents	En % du total
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%	553,7	98,9%
2015	564,4	0,8%	558,0	98,9%
2016	576,1	2,1%	569,9	98,9%
2017	580,5	0,8%	574,8	99,0%

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 Cellule d'évaluation et d'orientation (changement du nom en AEC suite à la réforme) dans le cadre du paquet d'avenir. Un montant de 8,2 millions EUR a été provisionné pour 2017, mais n'est pas encore liquidé.

Entre 2008 et 2012, les prestations ont connu des croissances qui se situent entre 8,4% et 9,7%. Un 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 1,6% et le temps moyen requis recule encore de 3,2% (suite des mesures BNG) alors que les dépenses pour



les prestations de l'assurance dépendance connaissent une croissance de 2,1%. En 2017, une croissance de 0,8% est observée. En ajoutant le montant de 8,2 millions EUR provisionné mais non encore liquidé dans le cadre du mécanisme de compensation, une croissance de 2,2% serait observée.

En moyenne annuelle, 99,0% des dépenses sont imputables aux bénéficiaires résidents. Le poste des bénéficiaires non-résidents se révèle plutôt instable. Les variations s'expliquent par des retards dans l'introduction des factures en provenance d'institutions étrangères mais aussi par le petit nombre de bénéficiaires concernés (473 au 31 décembre 2017). 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 34: Evolution des prestations par groupe d'âge et lieu de séjour du bénéficiaire <sup>a b</sup>**  
(en millions EUR)

Groupe d'âge	2015		2016		2017 <sup>c</sup>	
	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement
0-20	11,5	1,6	12,4	1,5	13,3	1,4
20-39	11,5	9,5	11,6	9,5	12,3	10,1
40-59	18,7	21,0	18,9	21,7	19,7	21,0
60-69	22,3	19,5	22,3	20,2	23,0	22,3
70-79	46,6	40,9	45,7	44,1	46,7	44,6
80-89	82,7	149,1	84,0	147,2	84,9	148,5
>=90	27,9	85,6	28,6	90,0	33,2	93,9
<b>TOTAL</b>	<b>221,2</b>	<b>327,3</b>	<b>223,5</b>	<b>334,1</b>	<b>233,0</b>	<b>341,8</b>
<i>Variation en %</i>	<i>-1,0%</i>	<i>-0,9%</i>	<i>1,0%</i>	<i>2,1%</i>	<i>4,3%</i>	<i>2,3%</i>

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Situation au 31 décembre.

c. Sans mécanisme de compensation - montant de 9,5 millions EUR en 2015, 12,3 millions EUR en 2016 et de 8,2 millions EUR (provisionné, mais pas encore liquidé) en 2017 accordé aux différents prestataires sans être attribué à un bénéficiaire spécifique.

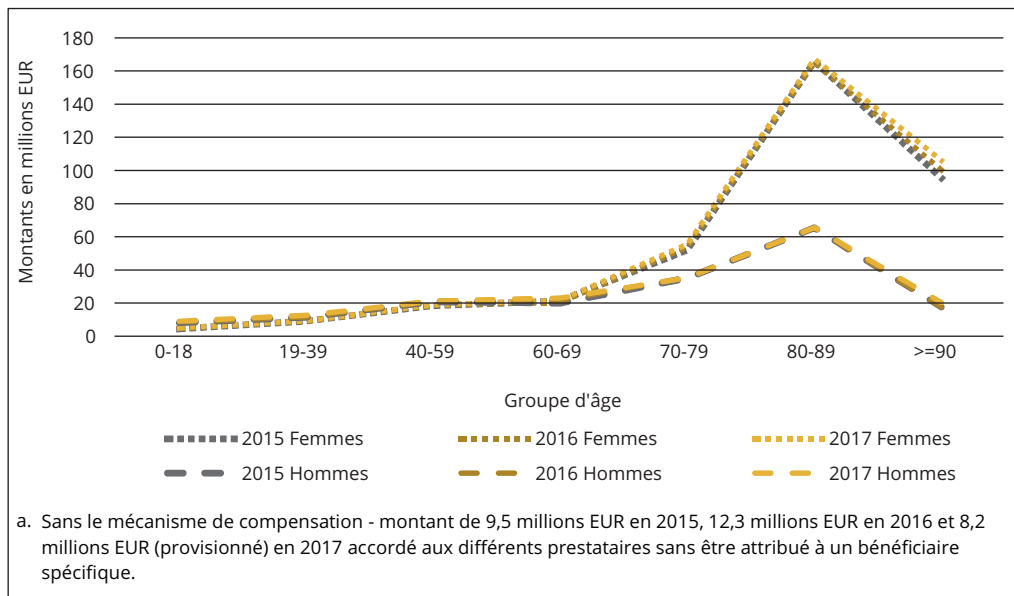
L'étude sur le coût des prestations de l'assurance dépendance délivrées au Luxembourg met en évidence une nouvelle croissance des dépenses en maintien à domicile tout comme en milieu stationnaire, après un recul en 2015. En effet, la variation annuelle des dépenses pour prestations à domicile s'élève en 2017 à 4,3% et en milieu stationnaire à 2,3%.

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 2017, ils représentent 78,6% de l'ensemble des dépenses, 84,0% des dépenses pour les bénéficiaires en établissement et 70,7% pour le domicile.



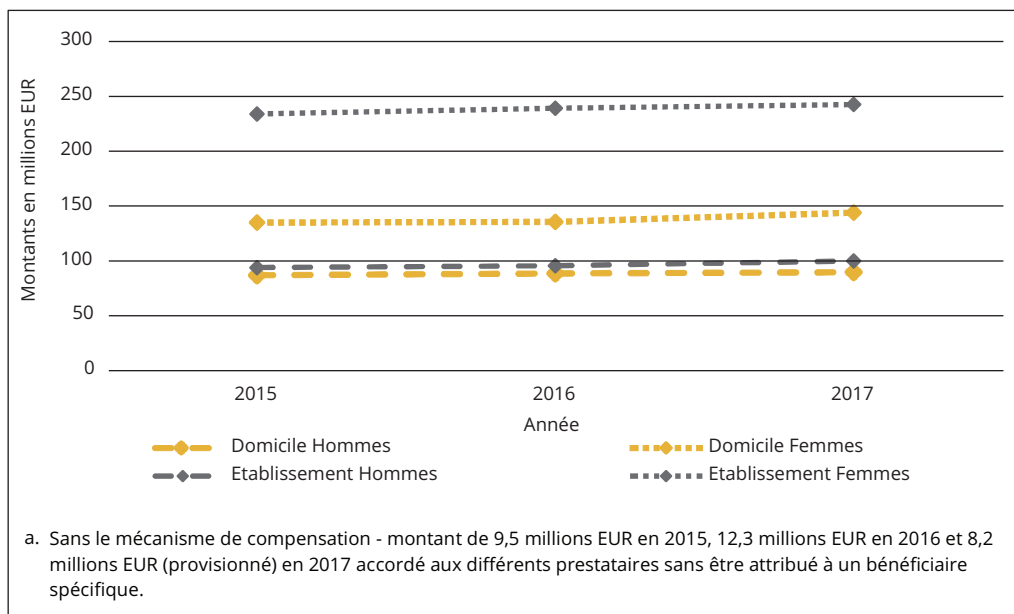


**Graphique 5: Evolution du coût des prestations par groupe d'âge et sexe du bénéficiaire <sup>a</sup>**



Le coût des prestations pour les femmes dépendantes est en moyenne 2,0 fois plus élevé que celui des 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 6: Evolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire <sup>a</sup>**





L'analyse du coût par lieu de séjour et par sexe pour l'année 2017 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 35: Evolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions EUR) <sup>a b</sup>**

	2015	2016	2017
Etablissement à séjour continu	294,8	302,6	302,6
Etablissement à séjour intermittent	37,8	38,0	37,8
Réseau d'aides et de soins	126,1	129,4	132,3
Centre semi-stationnaire	22,9	24,0	26,6
Fournisseur d'aides techniques y compris SMA	12,3	12,8	12,4
Fournisseur dans le cadre des adaptations du logement	3,1	2,8	2,3
International <sup>c</sup>	0,9	0,1	0,0
Pas de prestataire <sup>d</sup>	66,6	66,5	66,4
<b>TOTAL</b>	<b>564,4</b>	<b>576,1</b>	<b>580,5</b>
Variation en %	0,8%	2,1%	0,8%

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, pour 2017 le montant de 8,2 millions EUR n'est pas encore liquidé et donc non compris dans le montant de 2017.

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 2017, le coût total des prestations s'élève à 580,5 millions EUR, ce qui représente une augmentation de 0,8% par rapport à 2016. Dans le cadre du mécanisme de compensation, un montant de 8,2 millions EUR est provisionné pour 2017, mais pas encore liquidé et par conséquent non inclus dans le montant de 2017. 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 2015, des dépenses pour les différents types de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance.

**Tableau 36: Evolution du coût des prestations en nature <sup>a</sup> par type de prestation au Luxembourg <sup>b</sup> (en millions EUR)**

Type de prestation	2015	2016	2017	Variation en %	
				2015/2016	2016/2017
<b>MAINTIEN A DOMICILE</b>	<b>221,2</b>	<b>223,5</b>	<b>233,0</b>	<b>1,0%</b>	<b>4,3%</b>
Prestation en nature	144,8	148,8	160,9	2,7%	8,2%
Période transitoire <sup>c</sup>	3,7	4,0	2,9	9,3%	-27,1%
Prestations en espèces	53,6	51,2	50,2	-4,4%	-1,9%
Produits nécessaires aux aides et soins	3,9	4,0	4,2	1,3%	6,0%
Aides techniques	12,2	12,7	12,4	4,3%	-2,6%
Adaptations de logement	3,1	2,8	2,3	-8,1%	-16,9%
<b>ETABLISSEMENT</b>	<b>327,3</b>	<b>334,1</b>	<b>341,8</b>	<b>2,1%</b>	<b>2,3%</b>
Prestation en nature	327,3	334,1	341,8	2,1%	2,3%
<b>Mécanisme de compensation <sup>d</sup></b>	<b>9,5</b>	<b>12,3</b>	<b>0,0</b>	<b>30,2%</b>	<b>-100,0%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>558,0</b>	<b>569,9</b>	<b>574,8</b>	<b>2,1%</b>	<b>0,9%</b>

- 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 36 met en évidence une croissance des dépenses en 2017 de 0,9% par rapport à 2016. Sans tenir compte du mécanisme de compensation de 12,3 millions EUR en 2016, les dépenses auraient connu une hausse de 3,1% en 2017 par rapport à 2016. A domicile, elle s'élève à 4,3% contre 2,3% en établissement.

#### 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 37: Evolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature <sup>a b</sup>**  
(en millions EUR)

Type de prestation	2015	2016	2017	Variation en %	
				2015/2016	2016/2017
Actes essentiels de la vie	280,8	288,9	304,2	2,9%	5,3%
Tâches domestiques	33,6	35,2	37,6	4,8%	6,7%
Activités de soutien	157,7	158,7	161,0	0,7%	1,4%
Activités de conseil <sup>c</sup>	0,0	0,0	0,0	-14,3%	44,2%
<b>TOTAL</b>	<b>472,1</b>	<b>482,9</b>	<b>502,8</b>	<b>2,3%</b>	<b>4,1%</b>

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Ne tient pas compte du mécanisme de compensation mis en place pour compenser les découverts dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la CEO dans le cadre du paquet.

c. < 50 000 EUR.

En 2017, les dépenses pour les actes essentiels de la vie représentent 304,2 millions EUR, soit 60,5% de l'ensemble des dépenses pour les prestations en nature. Elles sont suivies par les activités de soutien, qui représentent 161,0 millions EUR, soit 32,0% 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 37,6 millions et représentent ainsi 7,5% des prestations en nature. Le coût des activités de conseil est négligeable dans l'ensemble (inférieur à 50 000 EUR).

**Tableau 38: Répartition des dépenses pour les prestations en nature en 2017 par groupe d'âge des bénéficiaires <sup>a b</sup>** (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	1,8	0,6%	0,3	0,7%	4,1	2,6%
20-39	9,0	3,0%	0,9	2,4%	6,5	4,0%
40-59	19,1	6,3%	2,6	6,8%	10,2	6,3%
60-69	22,3	7,3%	2,9	7,8%	11,4	7,1%
70-79	47,0	15,5%	6,2	16,6%	25,0	15,5%
80-89	129,5	42,6%	16,2	43,1%	67,3	41,8%
>= 90	75,5	24,8%	8,5	22,6%	36,4	22,6%
<b>TOTAL</b>	<b>304,2</b>	<b>100,0%</b>	<b>37,6</b>	<b>100,0%</b>	<b>161,0</b>	<b>100,0%</b>

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, de 12,3 millions EUR en 2016 et de 8,2 millions EUR en 2017).

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 2017, les dépenses pour ces groupes d'âge représentent 82,8% du total des dépenses pour les actes essentiels de la vie, 82,2% des dépenses totales pour les tâches domestiques et 80,0% 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 39: Evolution des dépenses pour les actes essentiels de la vie par domaine <sup>a b</sup>**  
(en millions EUR)

Domaine d'AEV	2015	2016	2017	Variation en %	
				2015/2016	2016/2017
Nutrition	48,3	49,3	51,4	2,1%	4,3%
Mobilité	122,7	128,5	137,0	4,7%	6,6%
Hygiène corporelle	109,7	111,0	115,8	1,2%	4,2%
<b>TOTAL</b>	<b>280,8</b>	<b>288,9</b>	<b>304,2</b>	<b>2,9%</b>	<b>5,3%</b>

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, de 12,3 millions EUR en 2016 et de 8,2 millions EUR en 2017).

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 2017 que 16,9% de l'ensemble des dépenses. Le besoin d'aide pour la nutrition révèle très souvent un état de perte d'autonomie très grave.

**Tableau 40: Evolution des dépenses pour les activités de soutien par type de soutien <sup>a b</sup>**  
(en millions EUR)

Type de soutien	2015	2016	2017	Variation en %	
				2015/2016	2016/2017
<b>En groupe</b>	<b>111,0</b>	<b>114,0</b>	<b>117,4</b>	<b>2,7%</b>	<b>2,9%</b>
Activité en groupe non spécialisée	34,6	34,2	35,4	-1,0%	3,3%
Activité en groupe spécialisée	76,4	79,8	82,0	4,4%	2,8%
<b>Individuel</b>	<b>46,7</b>	<b>44,7</b>	<b>43,6</b>	<b>-4,2%</b>	<b>-2,5%</b>
Activité individuelle non spécialisée	38,9	37,1	36,6	-4,4%	-1,4%
Activité individuelle spécialisée	7,8	7,6	7,0	-2,9%	-7,5%
<b>TOTAL</b>	<b>157,7</b>	<b>158,7</b>	<b>161,0</b>	<b>0,7%</b>	<b>1,4%</b>

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, de 12,3 millions EUR en 2016 et de 8,2 millions EUR en 2017).

Concernant les dépenses pour les activités de soutien, on relève l'importance des dépenses consenties pour les activités de soutien en groupe. En 2017, ces dépenses représentent 72,9% de l'ensemble des dépenses.

Les activités individuelles non spécialisées (gardes et courses / démarches avec la personne) représentent 22,7% 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 3.1.5.

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

**Tableau 41: Répartition des prestations à domicile par type de partage <sup>a b c</sup> (en millions EUR)**

Type de partage	2015	2016	2017	Variation en %	
				2015/2016	2016/2017
Prestations en nature uniquement	37,1	40,8	47,2	10,1%	15,5%
Prestations en espèces uniquement	25,8	25,0	24,8	-3,1%	-1,1%
Prestations combinées dont	135,5	134,1	139,2	-1,0%	3,8%
<i>Prestations en nature</i>	107,7	107,9	113,8	0,2%	5,4%
<i>Prestations en espèces</i>	27,8	26,2	25,5	-5,7%	-2,8%
<b>TOTAL dont</b>	<b>198,4</b>	<b>200,0</b>	<b>211,1</b>	<b>0,8%</b>	<b>5,6%</b>
<i>Prestations en nature</i>	144,8	148,8	160,9	2,7%	8,2%
<i>Prestations en espèces</i>	53,6	51,2	50,2	-4,4%	-1,9%

- a. 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, de 12,3 millions EUR en 2016 et de 8,2 millions EUR en 2017).
- b. Sont considérées les prestations en nature pour aides et soins.
- c. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en nature augmente de 15,5% en 2017. Le coût des plans de partage comportant des prestations combinées augmente quant à lui de 3,8%. Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en espèces diminue de 1,1%.

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 1,9% en 2017 par rapport à 2016 est constatée. Les prestations en nature, qui sont payées directement aux prestataires conventionnés connaissent par contre une hausse de 8,2% en 2017 par rapport à 2016.

### 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 42: Evolution des dépenses pour les bénéficiaires de prestations forfaitaires <sup>a</sup> (en milliers EUR)**

Type	2015	2016	2017
Surdité / troubles de la communication	1 128,6	1 157,1	1 145,8
Cécité	1 744,2	1 826,6	1 839,4
Spina bifida	294,5	293,0	268,0
<b>TOTAL</b>	<b>3 167,3</b>	<b>3 276,7</b>	<b>3 253,3</b>

- a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.



Les dépenses pour prestations forfaitaires sont assez stable.

**Tableau 43: Evolution des dépenses pour les aides techniques <sup>a</sup> (en millions EUR)**

Mise à disposition	2015	2016	2017	Variation en %	
				2015/2016	2016/2017
Location	5,6	6,1	6,3	8,1%	2,9%
Acquisition	6,5	6,6	6,1	1,1%	-7,7%
<b>TOTAL</b>	<b>12,2</b>	<b>12,7</b>	<b>12,4</b>	<b>4,3%</b>	<b>-2,6%</b>

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Les dépenses pour les aides techniques (location et acquisition) diminuent 2,6% en 2017.

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

### Encadré méthodologique

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

### 4.1. SITUATION GLOBALE

L'exercice 2018 de l'assurance dépendance se caractérise par une hausse annuelle de 5,6% des recettes courantes et une hausse de 5,3% des dépenses courantes. Avec un excédent de 36,0 millions EUR, le solde des opérations courantes affiche un excédent.



**Tableau 44: Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié <sup>a</sup> (en millions EUR)**

EXERCICE	2014	2015	2016	2017	2018
<b>RECETTES COURANTES</b>					
Contribution dépendance	344,2	355,9	373,6	402,2	428,7
Contribution forfaitaire Etat	231,8	231,3	217,7	250,9	263,8
Contribution Etat : mécanisme de compensation			11,1	10,7	8,2
Redevance AD du secteur de l'énergie	1,7	1,7	1,9	1,9	1,9
Autres recettes	1,5	1,2	1,4	0,9	1,1
<b>TOTAL DES RECETTES COURANTES</b>	<b>579,2</b>	<b>590,2</b>	<b>605,6</b>	<b>666,5</b>	<b>703,8</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>4,8%</i>	<i>1,9%</i>	<i>2,6%</i>	<i>10,1%</i>	<i>5,6%</i>
<b>DEPENSES COURANTES</b>					
Frais d'administration	15,9	15,5	16,5	17,6	15,8
Prestations en espèces	5,7	5,4	5,1	5,1	4,9
Prestations en nature	549,7	551,1	529,4	600,8	635,8
dont :					
Prestations à domicile	218,6	215,1	211,0	242,8	289,0
Prestations en milieu stationnaire	321,5	326,9	308,4	347,1	334,0
Prestations à l'étranger	9,5	9,2	10,0	10,9	12,7
Actions expérimentales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transferts de cotisations	5,1	6,1	6,9	7,0	7,4
Autres dépenses	0,6	0,1	0,4	0,2	0,3
<b>TOTAL DES DEPENSES COURANTES</b>	<b>577,0</b>	<b>578,2</b>	<b>558,4</b>	<b>630,7</b>	<b>664,1</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>4,9%</i>	<i>0,2%</i>	<i>-3,4%</i>	<i>12,9%</i>	<i>5,3%</i>
<b>SOLDE OPERATIONS COURANTES</b>	<b>2,2</b>	<b>12,0</b>	<b>47,2</b>	<b>35,9</b>	<b>39,6</b>
Dotation / prélèvement fonds de roulement	2,7	0,1	-3,1	7,3	3,6
Excédent / découvert de l'exercice	-0,5	11,8	50,3	28,6	36,0
<b>RÉSERVE</b>	<b>126,5</b>	<b>138,4</b>	<b>185,5</b>	<b>221,4</b>	<b>261,0</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>1,8%</i>	<i>9,4%</i>	<i>34,1%</i>	<i>19,3%</i>	<i>17,9%</i>

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

La situation quasiment équilibrée pour 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.

La réforme de l'assurance dépendance, entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018 a entraîné des modifications importantes au niveau de la facturation impliquant que la CNS avait à disposition seulement une partie très restreinte des factures se rapportant à l'exercice 2018 des prestataires d'aides et de soins à la clôture de l'exercice. Les montants des provisions et régularisations se sont ainsi accrus considérablement en 2018 par rapport à 2017 (provisions - 337,2 millions EUR en 2018 contre 39,3 millions EUR en 2017 ; régularisations - 153,6 millions EUR en 2018 contre 21,3 millions EUR en 2017). L'estimation des provisions ne s'est par ailleurs pas basée sur l'historique de facturation (car quasi inexistant), mais sur les plans





de facturation découlant des synthèses de prises en charge décrivant les prestations requises des bénéficiaires.

## 4.2. LES RECETTES COURANTES

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

**Tableau 45: 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
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%
2018	343,1	57,2	28,4	428,7	1,40%

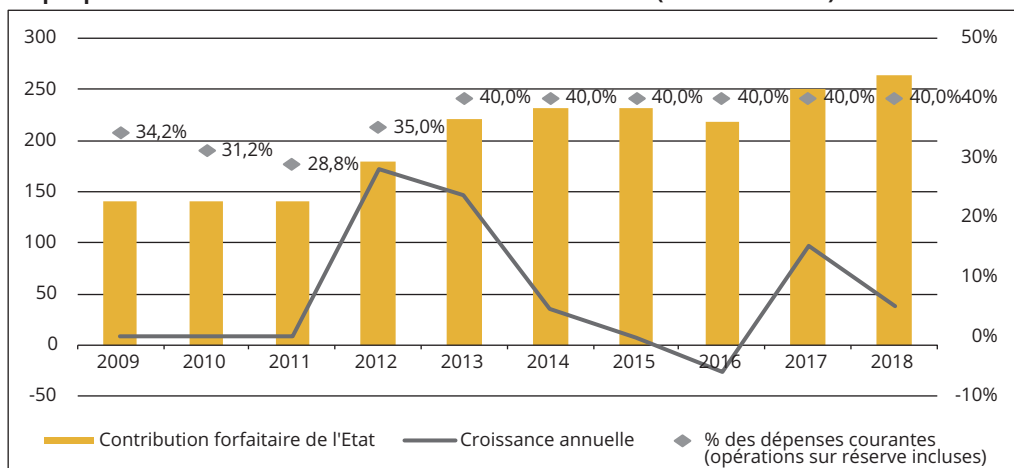
La contribution dépendance a rapporté 428,7 millions EUR en 2018 dont 80,0% issus des assurés actifs et autres, 13,3% des assurés pensionnés et 6,6% de contribution sur le patrimoine.

**Tableau 46: 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 %
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%
2018	272,0	4,0%	33,9	2,9%

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 7: Evolution 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 2018 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 5,3% en 2018.

Les frais d'administration s'élèvent à 15,8 millions EUR et représentent 2,4% des dépenses courantes en 2018.

Les prestations en espèces correspondent aux anciennes allocations pour personnes gravement handicapées et aux allocations de soins qui continuent à être payées aux ayants-droit tant que des prestations en nature de l'assurance dépendance ne leurs sont pas accordées. Le volume des prestations en espèces continue à baisser, et s'élève à 4,9 millions EUR en 2018 (0,7% des dépenses courantes).

Les prestations en nature<sup>16</sup> représentent 95,7% des dépenses courantes. Le montant rectifié des prestations en nature atteint 635,8 millions EUR en 2018. Avec 52,5% des prestations en nature, soit 334,0 millions EUR, les dépenses en milieu stationnaire occupent la première place devant les prestations à domicile avec 289,0 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.

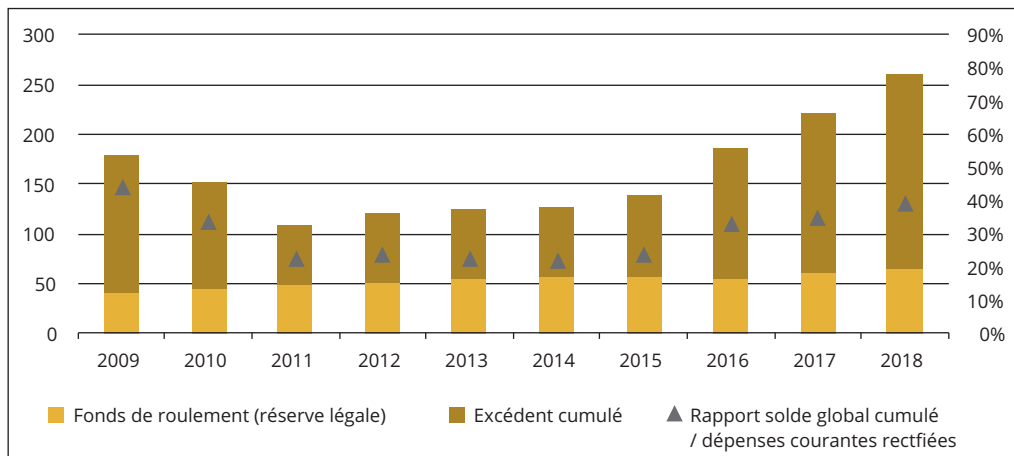
Le solde des opérations courantes de 2018 de 39,6 millions EUR fait croître le solde global cumulé de l'assurance dépendance de 17,9%. Le fond de roulement minimum de 2018 est supérieur à celui de 2017, 3,6 millions EUR sont nécessaires pour alimenter le fonds de roulement pour qu'il puisse atteindre son niveau requis.

---

16. Aides en soins à domicile et en milieu stationnaire, prestations en espèces subsidiaires, forfaits pour produits d'aides et soins, des aides techniques et adaptations du logement.



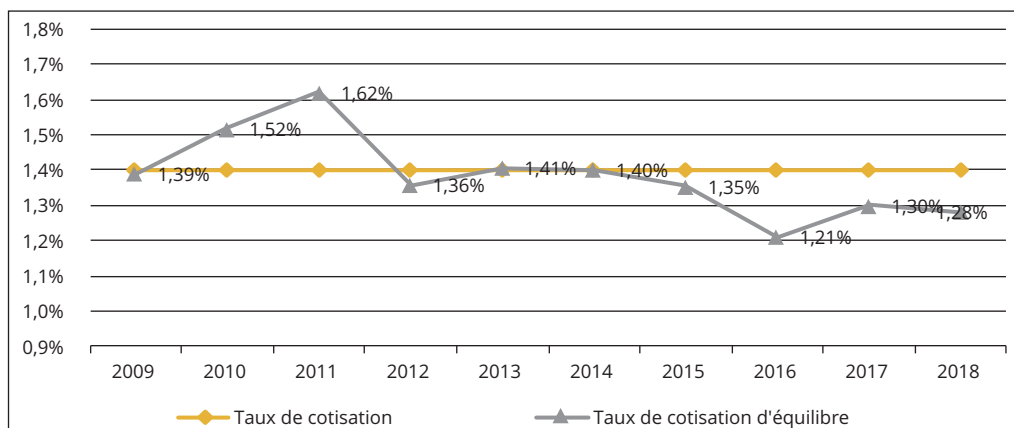
**Graphique 8: Evolution du solde global cumulé de l'assurance dépendance (en millions EUR)**



Au 31 décembre 2018, le solde global cumulé s'élève à 261,1 millions EUR dont 65,6 millions EUR, soit 25,1%, de réserve légale. Le solde global cumulé représente 39,3% des dépenses courantes rectifiées.

Le solde global cumulé avait atteint en 2009 son niveau le plus élevé avec 179,1 millions EUR, depuis l'introduction de l'assurance dépendance en 1999. En seulement deux années, le niveau a ensuite fortement baissé (108,8 millions EUR en 2011), or depuis il a de nouveau progressé pour dépasser en 2016 le niveau atteint en 2009, et a atteint 261,1 millions EUR en 2018.

**Graphique 9: Evolution du taux de cotisation d'équilibre**



Le taux de cotisation d'équilibre pour 2018 est de 1,28%.

L'évolution sur plusieurs exercices montre l'importance de l'augmentation de la contribution étatique en 2012 et 2013 et du versement " litige relobi " sur le niveau des recettes tout comme l'impact des mesures prises dans le cadre du BNG sur le niveau des dépenses entre 2015 et 2017.

En 2018, la réforme de l'assurance dépendance est entrée en vigueur, impliquant des retards importants dans la facturation. Par conséquent, les dépenses du décompte 2018 se basent sur des estimations pour établir les provisions.



# ASSURANCE PENSION

## INTRODUCTION

En 2018, la caisse nationale d'assurance pension (CNAP) a payé 181 281 pensions par mois par soit un plus de 3,1% par rapport à 2017. Le nombre moyen d'assurés cotisants s'élève à 436 318 assurés cotisants (+3,9%), ce qui correspond à 41,5 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 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*<sup>1</sup> (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*<sup>2</sup>. 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 au Fonds pour l'emploi le montant de la pension auquel le bénéficiaire aurait droit.

L'**indemnité professionnelle d'attente**, instaurée en 2016, est une prestation accordée à des salariés en processus de reclassement, qui, au terme de la durée légale de chômage

---

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.



(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.

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 assurés<sup>3</sup>, 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 PRESTATIONS PAYÉES

Au mois de décembre 2018, le régime général de pension compte 183 838 pensions en cours de paiement, soit une augmentation de 3,2% par rapport au décembre de l'année précédente (178 138). Avec 52,0%, on observe un léger surplus de pensionnaires masculins.

A noter que ce chiffre comprend 1 392 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 155 allocations trimestrielles.

Outre ces pensions, la CNAP a versé 3 468 indemnités d'attente et remboursé 500 indemnités de préretraite au Fonds pour l'emploi.

**Tableau 1: Evolution des prestations en cours de paiement <sup>a</sup>**

Nombre	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Pensions</b>	<b>161 331</b>	<b>167 367</b>	<b>173 058</b>	<b>178 138</b>	<b>183 838</b>
dont					
Pensions	159 715	165 645	171 466	176 745	182 291
Avances	1 340	1 494	1 394	1 216	1 392
Allocations trimestrielles	276	228	198	177	155
Variation en %	3,7%	3,7%	3,4%	2,9%	3,2%
<b>Indemnités préretraites</b>	<b>545</b>	<b>545</b>	<b>512</b>	<b>490</b>	<b>500</b>
Variation en %	-2,3%	0,0%	-6,1%	-4,3%	2,0%
<b>Indemnité d'attente</b>	<b>4 407</b>	<b>4 694</b>	<b>4 557</b>	<b>4 046</b>	<b>3 468</b>
Variation en %	18,0%	6,5%	-2,9%	-11,2%	-14,3%
<b>TOTAL</b>	<b>166 283</b>	<b>172 606</b>	<b>178 127</b>	<b>182 674</b>	<b>187 806</b>
Variation en %	4,0%	3,8%	3,2%	2,6%	2,8%

a. Prestations liquidées pour décembre de chaque année.

## 1.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS

Trois quarts des 183 838 pensions du régime général versées en décembre 2018 sont des pensions personnelles. On y retrouve 123 434 pensions de vieillesse (y compris les pensions de vieillesse anticipée) et 17 153 pensions d'invalidité.

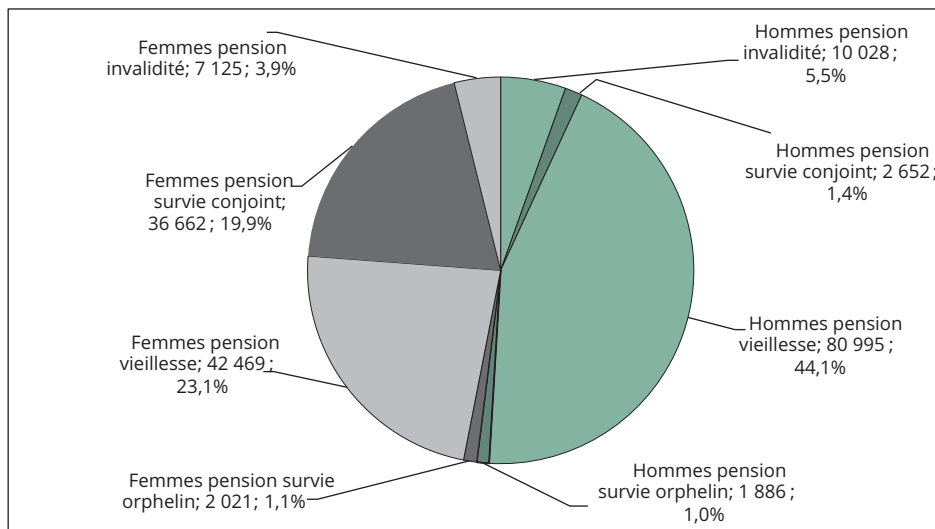
La loi prévoit que toutes les pensions d'invalidité sont reconduites en pensions de vieillesse à partir du 65<sup>ème</sup> anniversaire du bénéficiaire. Parmi les 123 434 pensions de vieillesse, on compte 24 994 pensions d'invalidité reconduites.

Presque deux pensions personnelles sur trois sont attribuées à des hommes. Par contre, la situation est complètement différente pour les 39 314 pensions de survie-conjoint, avec 93,3% de femmes bénéficiaires. Pour les 3 907 pensions de survie-orphelins, les deux sexes sont quasiment équilibrés.





**Graphique 1: Répartition des pensions 2018<sup>a</sup> par type de pension et par sexe du bénéficiaire**



a. Pensions payées pour décembre 2018, y inclus avances et allocations trimestrielles.

### 1.3. LES PENSIONS MIGRATOIRES ET LES PENSIONS TRANSFÉRÉES

Avec une population composée à 47,5%<sup>4</sup> de résidents de nationalité étrangère, et un marché de travail comptant 197 milliers de frontaliers<sup>5</sup>, il n'est pas étonnant que cet aspect international se manifeste aussi au niveau du régime général de pensions.

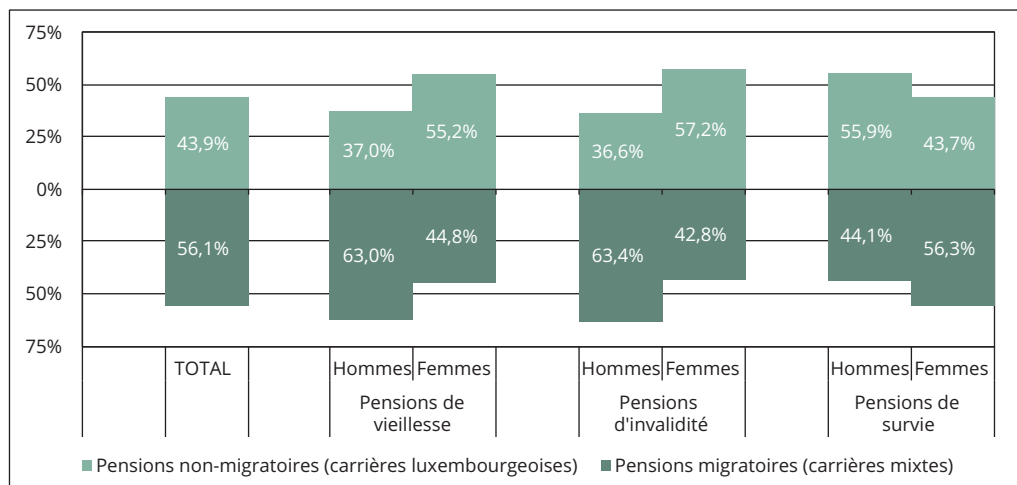
Ainsi, 56,1% des bénéficiaires d'une pension du régime général de décembre 2018 ont accumulés durant leur carrière professionnelle à la fois des périodes d'assurance au Luxembourg et des périodes à l'étranger. Pour ces gens qui peuvent, le cas échéant, éventuellement aussi bénéficier de pensions venant d'autres pays, on parle de pensions migratoires.

4. Données 2019 - STATEC Le Luxembourg en chiffres 2019.

5. Frontaliers non-résidents 2018 - STATEC Le Luxembourg en chiffres 2019.



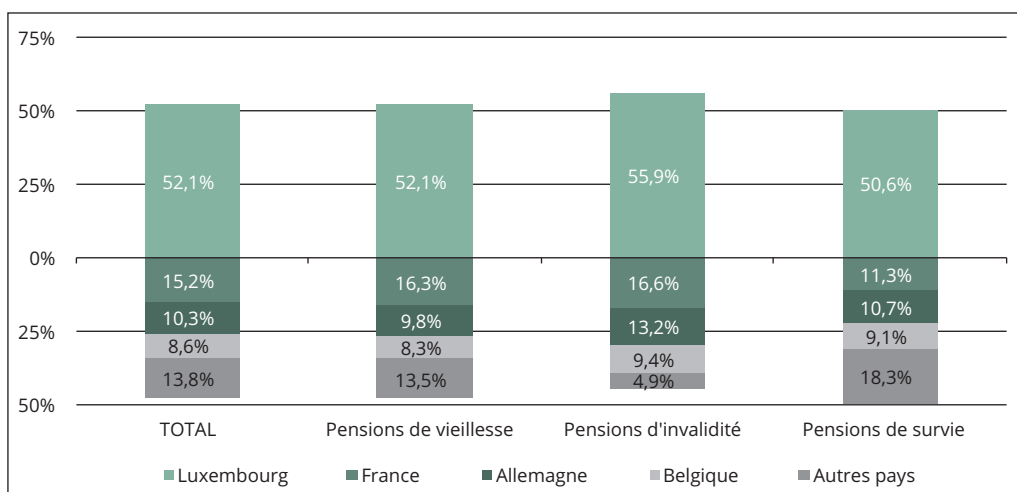
**Graphique 2: Part des pensions migratoires par type de pension en 2018**



La part des pensions à carrière exclusivement luxembourgeoises (non-migratoires) est de 37,9% pour les hommes et de 50,3% pour les femmes.

Tout aussi impressionnant est le fait que 47,9% des pensions versées en décembre 2018 sont destinées à des bénéficiaires non-résidents. En 1995, ce taux représentait moins qu'un tiers de l'ensemble des pensions pour atteindre un tiers en 2000. Au total en décembre 2018, 85 930 pensions sont versées dans des pays de l'Union européenne et 2 145 à des bénéficiaires dans quelque 75 pays du reste du monde.

**Graphique 3: Répartition des pensions 2018 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 27,9, 19,0 et 15,8 milliers de pensions). Les places suivantes sont occupées par l'Italie (9,7 milliers) et le Portugal (8,3 milliers).



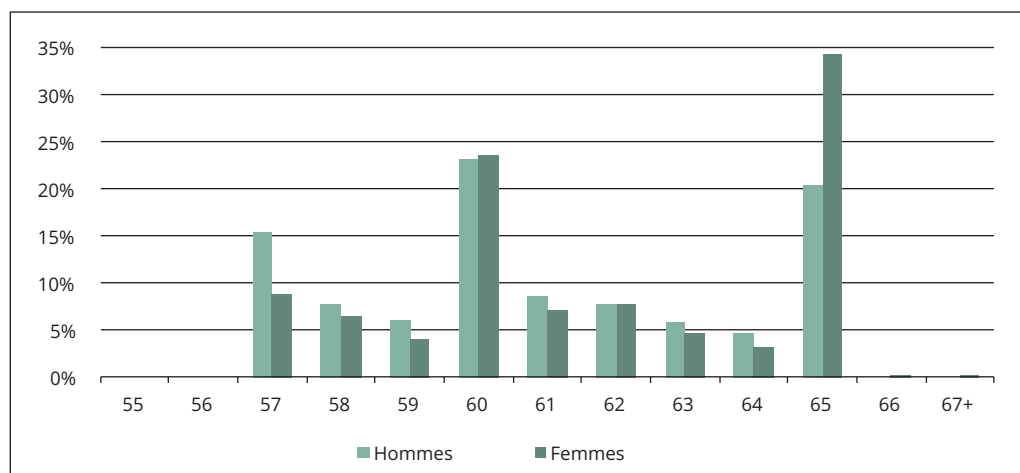
## 1.4. LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS

9 030 bénéficiaires d'une pension de décembre 2018 ont reçu leur première pension durant l'année, dont 6 290 pensions de vieillesse anticipée, 868 pensions d'invalidité et 1 606 pensions de survie conjoint. Le taux des pensions migratoires parmi les nouvelles pensions est de 54,5%.

Pour les nouvelles pensions de vieillesse, environ un quart des bénéficiaires ont moins de 60 ans<sup>6</sup> et 45% à des bénéficiaires entre 60 et 64 ans. Les 1 560 bénéficiaires d'une pension de vieillesse à 65 ans ou plus, affichent en moyenne respectivement 24,6 années (pensions non-migratoires) et 11,2 années (pensions migratoires) de périodes d'assurance au Luxembourg. Très peu de personnes ont demandé leur pension de vieillesse au-delà de 65 ans.

L'âge moyen<sup>6</sup> des nouveaux retraités est de 61,3 ans. Pour les pensions d'invalidité il s'élève à 53,4 et pour les pensions de survie conjoint à 70,3 ans.

**Graphique 4: Répartition par âge du bénéficiaire des pensions vieillesse attribuées en 2018**



## 1.5. LE NIVEAU MOYEN DES PENSIONS

Le montant d'une pension de vieillesse dépend essentiellement de la durée de stage d'assurance accompli et de la base d'assiette totale accumulée durant le stage.

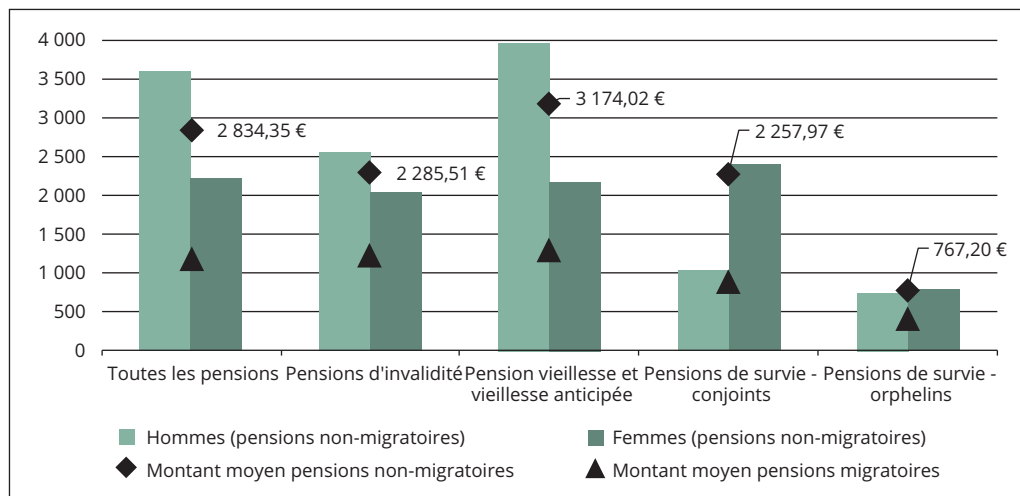
Le montant moyen de toutes les pensions versées pour décembre 2018 s'élève à 1 910,14 EUR et à 2 109,65 EUR pour les pensions de vieillesse. Il convient de rappeler la présence de 56,1% de pensions migratoires, c'est-à-dire des cas où les bénéficiaires ont, à côté de l'assurance pension au Luxembourg, aussi contribué dans des régimes étrangers. Potentiellement ils sont ainsi aussi éligibles à des pensions (partielles) des pays respectifs.

En faisant la distinction, on observe ainsi en effet une différence de plus de 1 500 EUR entre le montant moyen des pensions basées sur une carrière d'assurance exclusivement luxembourgeoise (non-migratoires), 2 835,35 EUR, et celui des pensions migratoires, 1 187,51 EUR.

6. Il s'agit de l'âge en fin d'année et pas forcément de l'âge au moment d'attribution.



Graphique 5: Niveau moyen des pensions 2018 par type de pension (en EUR)



Un important écart entre les deux sexes est observé au niveau des pensions de vieillesse (et de vieillesse anticipé) non-migratoires. Ceci s'explique entre autres par le fait que les femmes bénéficiaires d'une pension affichent en moyenne 12,0 années de stage accompli de moins que les pensionnés masculins.

## 1.6. LES ASSURÉS COTISANTS

Le nombre des assurés cotisants atteint 438 637 personnes en décembre 2018, dont 59% d'hommes et 54,9% d'assurés résidents. La moitié des assurés frontaliers réside en France, le reste se partage à parts égales entre la Belgique et l'Allemagne.

Le groupe des assurés cotisants de décembre 2018 contient 297 830 salariés et 21 556 non-salariés (indépendants, agriculteurs, ...). Pour le reste il y a 4 084 assurés volontaires et 15 167 bénéficiaires d'un revenu de remplacement ou similaire (chômage, préretraite, congé parental, aidant informel assurance dépendance, ...).

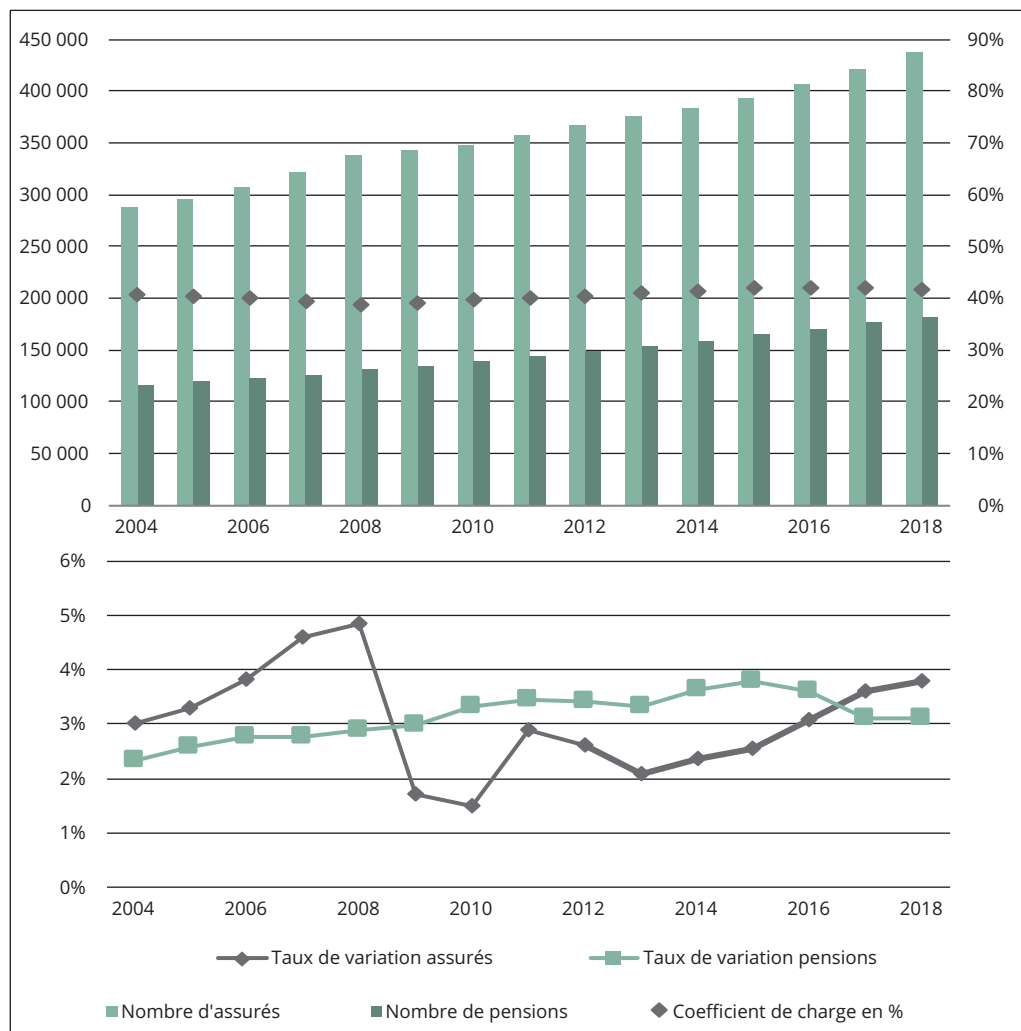
L'âge moyen des assurés obligatoire s'élève à 40,4 ans pour les hommes et à 39,6 ans pour les femmes. Les assurés volontaires ont une moyenne d'âge d'environ 50 ans.

En moyenne annuelle, on observe une augmentation de 3,9% pour passer à 436 318 assurés en 2018. Pour la deuxième année consécutive la croissance du nombre d'assurés dépasse celle du nombre de pensions. Ainsi le coefficient de charge<sup>7</sup> diminue légèrement de 41,9 à 41,5%.

7. Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.



Graphique 6: Evolution du nombre moyen d'assurés et de pensions





## 2. LA SITUATION FINANCIERE DU REGIME GENERAL D'ASSURANCE PENSION

En 2018 les recettes courantes du régime général de pension excèdent les dépenses courantes de 90 millions EUR.

Il s'agit du résultat consolidé de la caisse nationale d'assurance pension (CNAP) et du fonds de compensation (FDC).

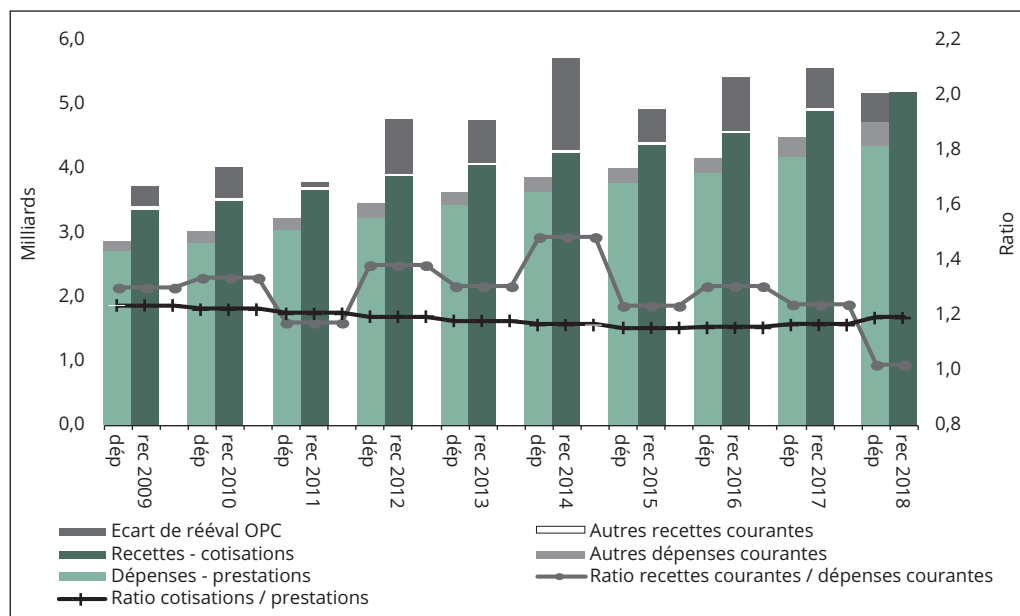
**Tableau 2: Evolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension (en millions EUR)**

Exercice	2014	2015	2016	2017	2018
<b>RECETTES</b>					
Cotisations des assurés et des employeurs	2 827	2 912	3 033	3 254	3 460
<i>Variation annuelle en %</i>	4,7%	3,0%	4,2%	4,2%	6,3%
Cotisations à charge des pouvoirs publics	1 413	1 455	1 516	1 626	1 729
Participation de tiers	0	0	0	0	0
Transferts provenant d'autres organismes	5	3	4	7	5
Revenus sur immobilisation	22	24	34	37	42
Produits divers de tiers	5	7	6	9	7
Produits financiers	1 443	515	830	628	2
Autres recettes	0	0	0	0	0
<b>TOTAL DES RECETTES COURANTES</b>	<b>5 715</b>	<b>4 916</b>	<b>5 422</b>	<b>5 561</b>	<b>5 245</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	20,4%	-14,0%	10,3%	2,5%	-5,7%
<b>DEPENSES</b>					
Frais d'administration	42	43	44	46	47
Prestations en espèces	3 639	3 782	3 932	4 183	4 359
<i>Variation annuelle en %</i>	5,8%	3,9%	4,0%	6,4%	4,2%
Transfert de cotisations à d'autres organismes	154	154	161	243	276
Décharges et restitutions à d'autres organismes	12	3	5	7	8
Frais de gestion du patrimoine	2	3	2	3	3
Charges financières	0	0	0	0	442
Dotations aux provisions et aux amortissements	6	6	8	8	20
Autres dépenses	0	0	0	0	0
<b>TOTAL DES DEPENSES COURANTES</b>	<b>3 855</b>	<b>3 991</b>	<b>4 153</b>	<b>4 490</b>	<b>5 155</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	6,0%	3,5%	4,1%	8,1%	14,8%
<b>SOLDE DES OPERATIONS COURANTES</b>	<b>1 860</b>	<b>926</b>	<b>1 269</b>	<b>1 071</b>	<b>90</b>
Réserve minimale	5 459	5 674	5 899	6 275	6 539
Excédent/découvert cumulé (après op. sur réserve)	10 155	10 867	11 912	12 606	12 431
<b>RESERVE GLOBALE</b>	<b>15 614</b>	<b>16 540</b>	<b>17 809</b>	<b>18 880</b>	<b>18 970</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	13,5%	5,9%	7,7%	6,0%	0,5%

Source : Compte d'exploitation et bilan consolidé du régime général.



Graphique 7: Evolution des dépenses et recettes courantes du régime général de pension



## 2.1. LES RECETTES

Les recettes en cotisations ont connu une croissance de 6,3% en 2018 (+4,2% en 2017) pour atteindre 5 189 millions EUR.

Au total, les recettes courantes du régime général s'élèvent à 5 245 millions EUR. Outre les recettes en cotisations, il y a lieu de mentionner 41,8 millions EUR de revenus sur immobilisations (loyers perçus), et 1,7 millions EUR de revenus sur prêts accordés réalisés par le FDC.

Les produits financiers passent de 627 millions EUR en 2017 à 1,8 millions EUR à cause d'un écart de réévaluation OPC négatif en 2018 (voir 2.2).



## 2.2. LES DÉPENSES

Le niveau des prestations en espèces atteint 4 359 millions EUR en 2018, soit une progression de 4,2% par rapport à 2017.

Les pensions proprement dites (pensions personnelles et pensions de survie) représentent 4 251 millions EUR, le coût des indemnités d'attente s'élève à 80,4 millions EUR.

**Tableau 3: Evolution des principales dépenses en prestations (en millions EUR)**

Dépenses en prestations	2014	2015	2016	2017	2018
Pensions	3 522,0	3 656,2	3 807,4	4 063,0	4 250,8
<i>Variation annuelle en %</i>	5,6%	3,8%	4,1%	6,7%	4,6%
Indemnités d'attente	88,1	98,4	97,9	93,5	80,4
<i>Variation annuelle en %</i>	19,2%	11,6%	-0,5%	-4,4%	-14,0%
Indemnités professionnelle d'attente				0,0%	172,3%
<i>Variation annuelle en %</i>					n/a
Indemnités de préretraite	24,8	24,4	21,9	21,4	21,2
<i>Variation annuelle en %</i>	-1,6%	-1,6%	-10,2%	-2,4%	-0,7%

Parmi les charges financières du régime en 2018 figure l'écart de réévaluation OPC (négatif) en hauteur de 441,7 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. Il est composé pour 2018 de 371,7 millions EUR de revenus dits réalisés (dividendes et intérêts perçus diminués de frais de gestion) et une moins-value non-réalisée d 813,4 millions EUR (variation de valeur nette au 31.12.2018 des actifs de l'OPC). En 2017, l'écart de réévaluation positif s'élevait à 624,9 millions EUR.

Les frais de gestion du patrimoine et les dotations aux amortissements sont liés aux immeubles détenus par le FDC.

## 2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE

Les recettes en cotisations dépassent les dépenses en prestations en espèces de 830 millions EUR, soit un surplus de 19%.

Hors FDC, l'excédent courant de la CNAP s'élève à 511,2 millions EUR pour 2018. 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 461,1 millions EUR au FDC.

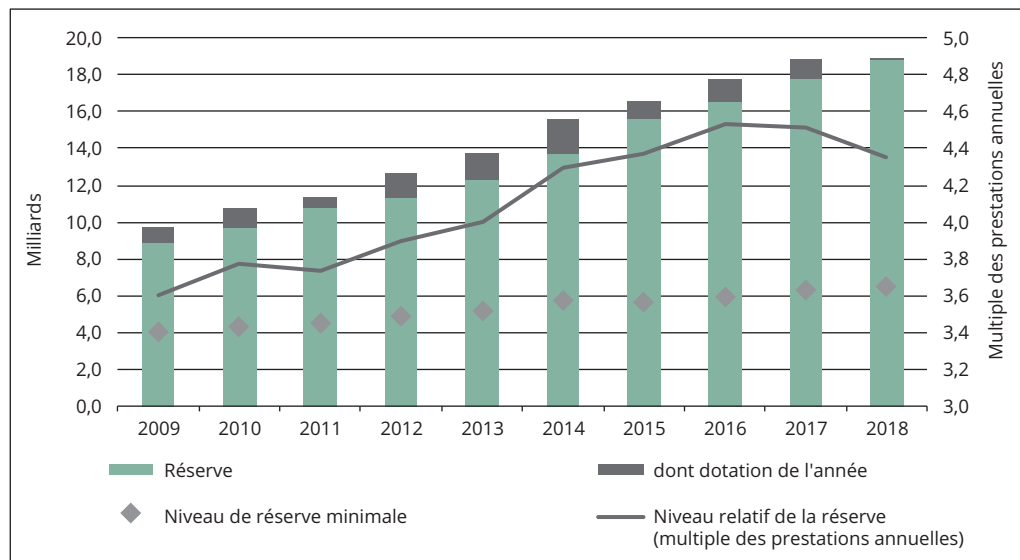
L'excédent consolidé du régime général (CNAP et FDC) atteint 90 millions EUR et permet de porter la réserve à 18 969,7 millions EUR, dont 836,6 millions EUR de fonds de roulement (CNAP) et 18 133,1 millions EUR de réserve de compensation (FDC). Au 31 décembre 2018, la réserve représente 4,35 fois le montant des prestations annuelles et dépasse largement le seuil minimum requis de 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

Au 31 décembre 2018, les actifs du FDC sont essentiellement composés de 551 millions EUR d'immobilisations, dont 409 millions EUR d'immobilisations corporelles (terrains, immeubles, installations et mobilier), et de 16 829 millions EUR de valeurs mobilières, placées en grandes parties dans l'OPC : 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 atteignant presque le triple du montant légalement requis.

**Tableau 4: Evolution de la situation du régime général de pension**

Année	Coefficient de charge <sup>a</sup>	Prime de répartition pure <sup>b</sup>	Niveau relatif de la réserve <sup>c</sup>
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
2018	41,5	21,80%	4,35

- a. Coefficient de charge = nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.
- b. Prime de répartition pure = rapport dépenses courantes / masse cotisable.
- c. Niveau relatif réserve = réserve exprimée comme multiple des prestations annuelles.



# ASSURANCE ACCIDENT

## INTRODUCTION

L'assurance accident appartient aux plus anciennes des protections sociales. Introduite par le législateur en 1902, l'assurance accident couvre d'abord les accidents de travail proprement dits. En 1928 et 1933, y sont ajoutés respectivement les maladies professionnelles et les accidents de trajet.

Sont assurés obligatoirement contre les accidents du travail, les accidents de trajet et contre les maladies professionnelles l'ensemble des salariés, y compris les fonctionnaires et les employés de l'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. Ces derniers incluent en particulier les écoliers, élèves et étudiants, et ceci dans le cadre de leurs activités scolaires et périscolaires.

En 2018, la population protégée par l'assurance accident se chiffre en moyenne à 458 138 personnes. Ce nombre est principalement constitué de la population active et des chômeurs, à l'exclusion de certaines catégories liées à des activités extraprofessionnelles, qui sont marginales et plus difficiles à estimer. La situation actuelle de la population protégée est présentée en détail au chapitre sur la protection sociale du présent ouvrage.

## OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT

L'assurance accident a pour objectif principal d'indemniser les assurés victimes d'un accident du travail ainsi que les victimes d'un accident de trajet et de certaines maladies dites professionnelles.

La loi définit l'accident du travail comme celui qui est survenu à un assuré par le fait du travail ou à l'occasion de son travail. Il est caractérisé par l'action soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion de l'organisme humain.

La loi qualifie d'accident de trajet celui survenu sur le trajet de l'aller et du retour entre le lieu de travail et soit la résidence, soit le lieu où l'assuré prend habituellement ses repas.

Une maladie professionnelle est une maladie qui a sa cause déterminante dans une activité professionnelle assurée. Il incombe au médecin de faire la déclaration d'une maladie professionnelle. Ensuite, l'employeur doit fournir tous les renseignements nécessaires concernant l'exposition professionnelle à des risques.

## LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT

La réforme de l'assurance accident de 2010 a considérablement modifié l'ensemble des prestations. Bien que les prestations accordées sous l'ancienne législation continuent à exister, la présente section ne traite que les prestations en espèces et les prestations en nature actuellement disponibles.



## **Prestations en espèces pendant les 78 premières semaines**

En cas d'incapacité de travail totale temporaire suite à un accident ou à une maladie professionnelle, le salarié a droit au maintien intégral de son salaire (Lohnfortzahlung) jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77ème jour d'incapacité de travail, pendant une période de référence de 18 mois de calendrier successifs. La mutualité des employeurs rembourse à l'employeur, pour compte de l'assurance accident, 80 % de la rémunération.

Si à l'issue de cette première période l'assuré continue à être atteint d'incapacité de travail totale, il a droit au paiement d'une indemnité pécuniaire par la Caisse nationale de santé pour compte de l'assurance accident. Cette indemnité pécuniaire est versée pendant un maximum de 78 semaines sur une période de référence de 104 semaines. Le montant de l'indemnité correspond au salaire cotisable de la victime au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

## **Les rentes**

Pour les accidents survenus et les maladies professionnelles déclarées à partir du 1er janvier 2011, les rentes accident y relatives indemnisent la perte totale ou partielle du revenu professionnel. Elles sont soumises aux retenues pour l'impôt sur le revenu et elles donnent lieu à l'affiliation aux assurances maladie et pension. De plus, elles sont adaptées automatiquement à l'évolution du coût de la vie et ajustées tous les deux ans à l'évolution du niveau de vie. L'octroi d'une pension de vieillesse anticipée ou l'accomplissement d'un âge de 65 ans impliquent la cessation du paiement des rentes.

## **Les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux**

Si, après la consolidation, l'assuré est atteint, par suite d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle, d'une incapacité de travail totale ou partielle permanente, il a droit à l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux. Selon ces préjudices, les indemnités sont forfaitaires ou calculées sur base d'un barème d'évaluation médicale.

## **Les prestations des survivants**

Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie. Les rentes de survie ne sont pas déterminées en faisant abstraction de l'octroi de la pension de survie au titre de l'assurance pension, mais elles sont au contraire conçues comme complément à cette pension.

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 ont en outre chacun droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire.

## **Les prestations pour soins de santé**

L'assurance accident accorde une multitude de prestations en nature prévues en matière d'assurance maladie. Les soins de santé liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle sont intégralement pris en charge par l'assurance accident sans que l'assuré ait à avancer les frais des prestations.



## **Les prestations de l'assurance dépendance**

L'assuré qui, à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle, a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition, de la mobilité, de l'élimination ou de l'habillement, a droit aux prestations en nature et en espèces prévues en matière d'assurance dépendance.

### **Indemnisation des dégâts matériels**

Si, lors d'un accident 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 au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu ou aux prothèses sur la voirie publique sous certaines conditions et dans certaines limites (art. 99 du CSS).

## **ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT**

La gestion de l'assurance accident incombe à l'Association d'assurance accident (AAA), qui est un établissement public chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

L'AAA est placée sous la tutelle du Ministère de la Sécurité sociale et sous la surveillance de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Elle est gérée par un conseil d'administration composé d'un président, de 8 délégués des employeurs et de 8 délégués des employés.

## **FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT**

Pour faire face aux charges globales du régime général, l'Association d'assurance accident applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve. Celle-ci ne peut être inférieure au montant des dépenses courantes de l'avant-dernier exercice.

Les charges du régime général sont essentiellement financées par des cotisations. Celles-ci sont à payer par les employeurs et les assurés non-salariés. Le taux de cotisation pour l'exercice à venir est fixé chaque année par le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident.

Le financement des régimes spéciaux incombe à l'Etat, qui rembourse à l'AAA les prestations payées pour les personnes assurées dans le cadre des régimes spéciaux.



# 1. PRINCIPALES DONNEES STATISTIQUES

Les informations contenues dans cette section proviennent soit des données comptables, soit des données statistiques de l'Association d'assurance accident.

## Encadré méthodologique

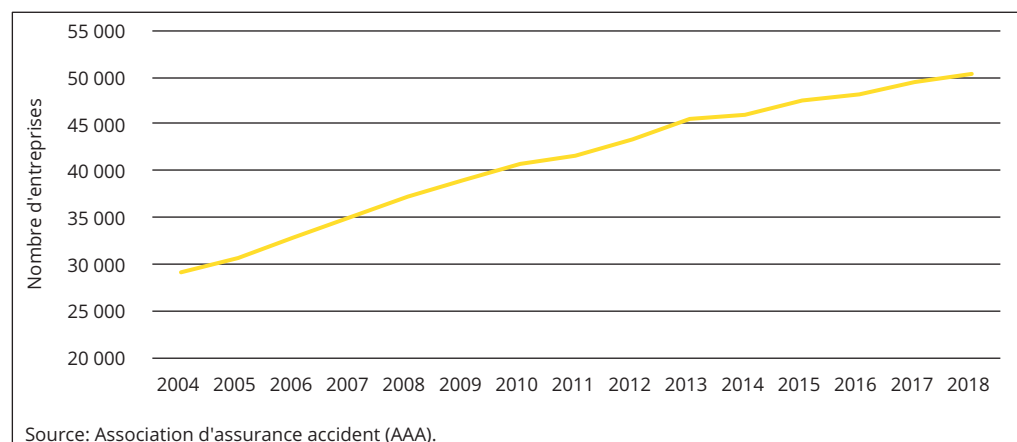
Pour la détermination des statistiques ont été pris en compte :

- le nombre d'affiliés à l'assurance accident qui correspond à celui retenu au 31 décembre de l'exercice concerné ;
- le nombre de prestations qui correspond aux prestations liquidées au 31 décembre de l'exercice concerné ;
- le nombre d'accidents déclarés qui comprend tous les accidents déclarés relevant de l'exercice concerné ;
- le nombre d'accidents reconnus qui comprend tous les accidents relevant de l'exercice concerné reconnus comme accident de travail avant le 2 septembre de l'année suivante.

## 1.1. L'AFFILIATION DES EMPLOYEURS

Le graphique suivant illustre l'évolution du nombre des employeurs affiliés à l'assurance accident depuis 2004.

**Graphique 1: Evolution du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)**



Au cours des 15 dernières années le nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident ne cesse d'augmenter. Le taux de croissance annuel moyen s'élève à 4,1% sur la période de 2004 à 2018. En 2018, leur nombre se situe à 50 353 unités, ce qui équivaut à une augmentation de 1,7% par rapport à 2017.



L'évolution du nombre des employeurs s'explique notamment par une croissance continue des ménages. En effet, alors que le nombre des employeurs hors ménages croît de 0,9% en moyenne annuelle entre 2014 et 2018, celui des ménages augmente de 4,4%.

**Tableau 1: Evolution récente du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)**

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Employeurs</b>	<b>46 033</b>	<b>47 476</b>	<b>48 229</b>	<b>49 521</b>	<b>50 353</b>
dont ménages	16 915	17 849	18 691	19 548	20 126
dont employeurs hors ménages	29 118	29 627	29 538	29 973	30 227
<b>Travailleurs-unité</b>	<b>372 974</b>	<b>384 928</b>	<b>394 275</b>	<b>406 129</b>	<b>423 213</b>

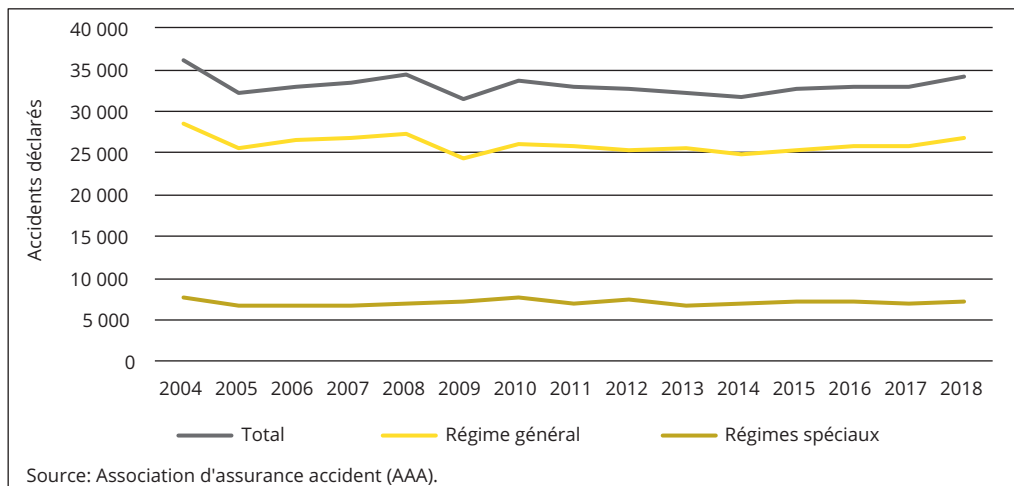
Source: Association d'assurance accident (AAA).

Afin de calculer un taux de fréquence des accidents, la notion de travailleurs-unité s'avère indispensable. Un travailleur-unité correspond au total des heures de travail déclarées divisé par le temps de travail moyen annuel. Le nombre de travailleurs-unités se situe en 2018 à 423 213 et montre une progression de 4,2% par rapport à 2017.

## 1.2. LES ACCIDENTS

Le nombre d'accidents déclarés à l'assurance accident en 2018 s'élève à 34 091, dont 26 837 (78,7%) relèvent du régime général et 7 254 (21,3%) des régimes spéciaux. L'évolution du nombre d'accidents est plutôt stable au cours des 15 dernières années.

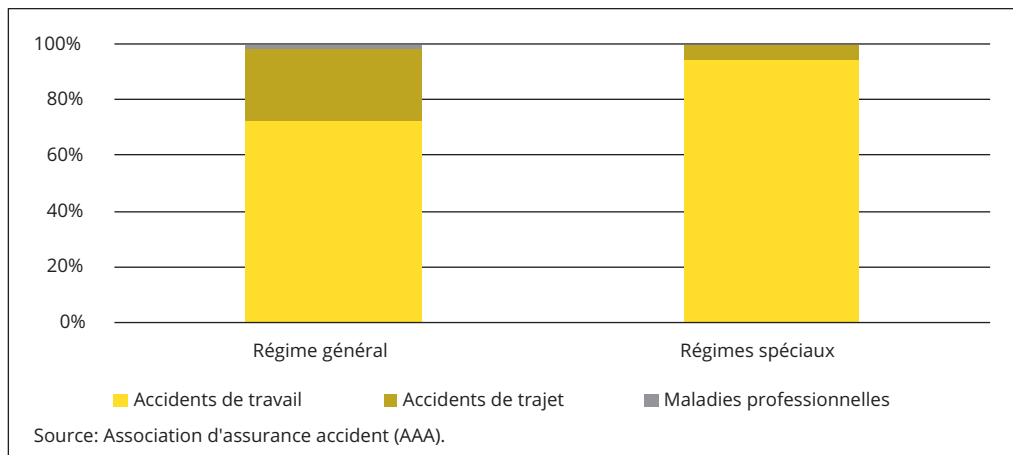
**Graphique 2: Evolution du nombre d'accidents déclarés par régime**





Dans l'ensemble des cas déclarés au régime général, 72,7% concernent des accidents de travail proprement dits, 25,7% des accidents de trajet et 1,6% des maladies professionnelles. Dans le cadre des régimes spéciaux, les accidents de travail proprement dits représentent 94,7% des accidents déclarés et les accidents de trajet 5,3%. Le nombre des maladies professionnelles est négligeable. Cette distribution différente s'explique par le fait que les régimes spéciaux incluent les écoliers, élèves et étudiants.

**Graphique 3: Nombre d'accidents déclarés du régime général et des régimes spéciaux par type d'accident**



Toute personne assurée devenue victime d'un accident de travail ou de trajet, respectivement d'une maladie professionnelle, 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.

En 2018, le nombre d'accidents reconnus par l'assurance accident s'élève à 26 846, soit 78,7% des accidents déclarés. Le taux des accidents reconnus est nettement plus bas pour le régime général que pour les régimes spéciaux. En effet, le régime général compte 20 241 accidents reconnus, ce qui donne un taux de 75,4%, tandis que 6 605 accidents ont été reconnus pour les régimes spéciaux, équivalant à une proportion de 91,1%.

**Tableau 2: Evolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général par type d'accident**

Année	Accidents (tous)			Accidents du travail proprement dits			Accidents de trajet			Maladies professionnelles		
	Déclarés	Reconnus	Taux	Déclarés	Reconnus	Taux	Déclarés	Reconnus	Taux	Déclarés	Reconnus	Taux
2014	24 855	<b>20 043</b>	80,6%	18 530	<b>16 384</b>	88,4%	5 847	<b>3 516</b>	60,1%	478	<b>143</b>	29,9%
2015	25 437	<b>19 938</b>	78,4%	18 521	<b>16 151</b>	87,2%	6 468	<b>3 695</b>	57,1%	448	<b>92</b>	20,5%
2016	25 827	<b>20 075</b>	77,7%	19 058	<b>16 429</b>	86,2%	6 368	<b>3 537</b>	55,5%	401	<b>109</b>	27,2%
2017	25 901	<b>19 517</b>	75,4%	18 756	<b>15 780</b>	84,1%	6 753	<b>3 638</b>	53,9%	392	<b>99</b>	25,3%
2018	26 837	<b>20 241</b>	75,4%	19 514	<b>16 417</b>	84,1%	6 892	<b>3 724</b>	54,0%	431	<b>100</b>	23,2%

Source : Association d'assurance accident (AAA).



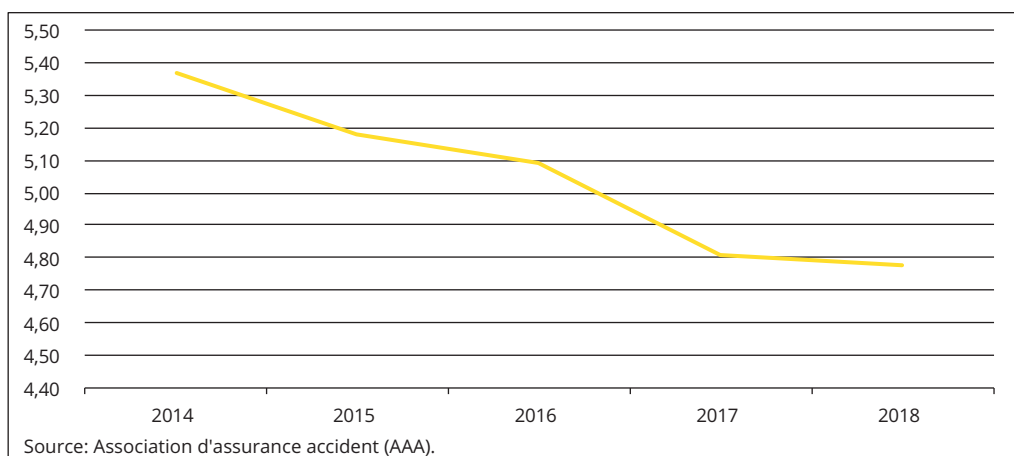


Le taux des accidents reconnus varie fortement en fonction du type d'accident déclaré. Ainsi, au régime général, 84,1% des accidents de travail proprement dits ont été reconnus, alors que seulement 54,0% des accidents de trajet et 23,2% des maladies professionnelles déclarés sont reconnus par l'assurance accident.

De plus, le taux d'accidents reconnus par l'assurance accident diminue au cours des 5 dernières années quel que soit le type d'accident.

Le taux de fréquence des accidents est obtenu en calculant le quotient du nombre d'accidents reconnus par le nombre de travailleurs-unité, multiplié par 100. Alors qu'il se situe encore à 5,69 en 2013, sa valeur n'affiche plus que 4,78 en 2018.

#### Graphique 4: Evolution du taux de fréquence des accidents



### 1.3. LES PRESTATIONS

Etant donné que les prestations accordées sous l'ancienne législation continuent à exister, mais poursuivront leur réduction rapide dans les années à venir, l'accent est mis sur les prestations actuellement prises en charge par l'assurance accident.

#### 1.3.1. Les prestations actuellement prises en charge

La présente sous-section résume les principales statistiques des prestations de l'assurance accident telles qu'elles ont été introduites ou modifiées par la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident.



### 1.3.1.1. Les prestations en espèces prises en charge pendant les 78 premières semaines

Les prestations en espèces prises en charge pendant les 78 premières semaines sont accordées en vue de maintenir le salaire intégral et d'autres avantages résultant du contrat de travail de l'assuré victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

Le nombre total des prestations du type Lohnfortzahlung reste stable au cours des dernières années. En effet, ce nombre s'élève à 11 988 unités en 2018, ce qui correspond à une augmentation de 6,4% par rapport à 2017. Le nombre d'indemnités pécuniaires par contre augmente légèrement en 2018. Il s'élève à 1 987 et affiche ainsi une croissance de 4,6% par rapport à 2017.

**Tableau 3: Evolution du nombre de prestations en espèces pendant les 78 premières semaines**

Catégorie	2016	2017	2018
Indemnités du type Lohnfortzahlung	12 067	11 267	11 988
Indemnités pécuniaires liquidées par la CNS	2 136	1 900	1 987

Source: Association d'assurance accident (AAA).

### 1.3.1.2. Les rentes

Les rentes comprennent les rentes complètes, payées en cas d'incapacité de travail totale, les rentes professionnelles d'attente, accordées lors d'un reclassement professionnel, les rentes partielles, garanties sous certaines conditions en cas de perte de revenu, et les rentes de survie.

En 2018, le nombre total de rentes accordées s'élève à 1 210 unités, ce qui correspond à un accroissement de 2,8% par rapport à 2017. La baisse du nombre de rentes complètes, qui se situe à 583 unités en 2018, est contrebalancée par une augmentation du nombre de rentes d'attente, qui s'élève à 432 unités en 2018. Le nombre de rentes partielles se situe à 8 unités, et le nombre de rentes de survie à 187 unités en 2018.

**Tableau 4: Evolution du nombre des rentes**

Catégorie	2016	2017	2018
Rentes complètes	637	611	583
Rentes partielles	6	6	8
Rentes professionnelles d'attente	324	382	432
Rentes de survie	132	177	187
<b>TOTAL</b>	<b>1 099</b>	<b>1 176</b>	<b>1 210</b>

Source: Association d'assurance accident (AAA).



### 1.3.1.3. Les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

En 2018, 2 719 indemnisations ont été accordées pour des préjudices extrapatrimoniaux, ce qui correspond à une forte réduction de 28,9% par rapport à 2017, où 3 828 indemnisations ont été enregistrées.

Avec 1 270 unités, presque la moitié des indemnités ont été versées pour des préjudices physiques et d'agrément. Parmi les indemnités pour des préjudices physiologiques et d'agrément, 911 unités représentent des indemnités versées en capital, tandis que 359 concernent des paiements mensuels. Alors que les paiements mensuels augmentent de 14,3% en 2018, les versements en capital baissent de 34,9% par rapport à 2017, où 1 400 indemnisations ont été reportées.

Les indemnités forfaitaires pour douleurs physiques endurées représentent la deuxième catégorie pour laquelle une forte réduction du nombre de cas a été enregistrée. Leur nombre passe de 1 433 en 2017 à 931 en 2018, ce qui correspond à une baisse de 35,0%. De même, les indemnités pour préjudice esthétique et les indemnités forfaitaires pour dommage moral des survivants diminuent : leur nombre s'élève à 496 respectivement 22 unités en 2018.

**Tableau 5: Evolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux**

Catégorie	2016	2017	2018
Indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément (capital)	1 159	1 400	911
Indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément (mensuel)	244	314	359
Indemnités forfaitaires pour douleurs physiques endurées	1 189	1 433	931
Indemnités forfaitaires pour préjudice esthétique	584	644	496
Indemnités forfaitaires pour dommage moral (survivants)	29	37	22
<b>TOTAL</b>	<b>3 205</b>	<b>3 828</b>	<b>2 719</b>

Source: Association d'assurance accident (AAA).

### 1.3.1.4. Prestations pour soins de santé

Les prestations en nature liquidées par la Caisse nationale de santé se rapportent à un total de 32 663 accidents en 2018, ce qui correspond à une baisse de 2,4% par rapport à 2017.

**Tableau 6: Evolution des prestations pour soins de santé**

Catégorie	2016	2017	2018
Prestations pour soins de santé	34 416	33 490	32 663

Source: Association d'assurance accident (AAA).

### 1.3.1.5. Indemnisation des dégâts matériels

Les statistiques présentées distinguent entre les dégâts aux véhicules automoteurs et les dégâts matériels accessoires, ces derniers incluant les prothèses. Alors que 636 indemnités sont payées en 2017, un total de 579 indemnités est mis en compte pour 2018, ce qui équivaut à une baisse de 8,9%. Cette évolution s'explique notamment par la hausse continue des contrats d'assurance " dommages matériels " (Casco). En effet, le droit à l'indemnisation par l'assurance accident n'existe pas si le préjudice est indemnisable à ce type de contrat d'assurance conclu avec une compagnie d'assurance privée.



**Tableau 7: Evolution du nombre des dégâts matériels**

Catégorie	2016	2017	2018
Dégât aux véhicules automoteurs	544	496	462
Dégât accessoire	141	140	117
<b>TOTAL</b>	<b>685</b>	<b>636</b>	<b>579</b>

Source: Association d'assurance accident (AAA).

### 1.3.2. Les rentes accordées avant la réforme de l'assurance accident

Le nombre total des rentes accordées avant la réforme s'élève en 2018 à 11 926 unités, ce qui représente une diminution de 3,0% par rapport aux 12 305 unités en 2017.

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.

**Tableau 8: Evolution des rentes avant la réforme et rachats de rentes**

Catégorie	2016	2017	2018
<b>Rentes</b>	<b>12 687</b>	<b>12 305</b>	<b>11 926</b>
Rentes viagères	11 842	11 508	11 173
Rentes transitoires pour blessés	60	45	36
Rentes pour survivants	785	752	717
<b>Rachats de rentes</b>	<b>121</b>	<b>93</b>	<b>56</b>
<b>TOTAL</b>	<b>12 808</b>	<b>12 398</b>	<b>11 982</b>

Source: Association d'assurance accident (AAA).

## 2. LA SITUATION FINANCIERE

### 2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

Sur la période 2014 à 2018, le solde des opérations courantes de l'assurance accident est en moyenne légèrement positif, avec un excédent de 9,4 millions EUR par an.

Les dépenses courantes représentent 0,4% du PIB en 2018, et leur proportion est en régression constante. Par ailleurs, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes entre 2014 et 2018 est de -1,5% (au nombre indice 100) ce qui témoigne d'une progression plus lente des dépenses de l'assurance accident par rapport à celle des dépenses des autres branches de la sécurité sociale.

Les années récentes sont marquées par la transition des prestations de l'ancienne législation vers la situation actuelle. 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, une diminution qui 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.



Comme le nombre de demandes reste 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 évolution est essentiellement imputable à la baisse du taux de cotisation de 1,10% à 1,00% en 2016. En ce qui concerne les dépenses, surtout les prestations en nature connaissent une forte diminution (-12,9% en 2016).

L'exercice de 2017 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 de 2,8%.

Finalement, en 2018, les recettes diminuent de 3,7% par rapport à 2017. Cette baisse est entièrement due à la réduction du taux de cotisation global de 1,0% à 0,9%, qui entraîne une révision à la baisse du total des cotisations. Les dépenses diminuent légèrement de 0,2% par rapport à 2017.

**Tableau 9: Evolution des recettes et des dépenses courantes de l'assurance accident (en millions EUR)**

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>RECETTES</b>					
Cotisations	210,5	217,5	205,2	219,6	210,1
Participations de tiers	6,7	6,2	5,9	6,2	6,2
Transferts de cotisations	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Produits divers provenant de tiers	9,1	8,9	9,6	10,4	11,4
Produits financiers	0,8	0,8	0,3	0,4	0,5
Autres recettes	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0
<b>TOTAL DES RECETTES COURANTES</b>	<b>227,2</b>	<b>233,7</b>	<b>221,0</b>	<b>236,9</b>	<b>228,2</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,7%</i>	<i>2,8%</i>	<i>-5,4%</i>	<i>7,2%</i>	<i>-3,7%</i>
<b>DEPENSES</b>					
Frais d'administration	11,6	12,1	12,7	13,4	14,4
Prestations en espèces	172,1	162,4	158,1	162,5	159,9
Prestations en nature	44,3	42,6	37,1	38,3	36,8
Transferts de cotisations à d'autres organismes	2,4	3,0	2,7	2,8	3,2
Autres dépenses	1,6	0,7	1,2	0,8	3,1
<b>TOTAL DES DEPENSES COURANTES</b>	<b>232,1</b>	<b>220,9</b>	<b>211,8</b>	<b>217,8</b>	<b>217,3</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>1,1%</i>	<i>-4,8%</i>	<i>-4,1%</i>	<i>2,8%</i>	<i>-0,2%</i>
<b>Solde des opérations courantes</b>	<b>-4,9</b>	<b>12,8</b>	<b>9,3</b>	<b>19,1</b>	<b>10,9</b>

Source : Compte de résultat et bilan de l'Association d'assurance accident.



## 2.2. LES RECETTES COURANTES

En 2018, les recettes courantes de l'assurance accident se composent de 92,0% de cotisations et de 2,7% de la prise en charge par l'Etat des dépenses dans le cadre des régimes spéciaux.

Les recettes en cotisations diminuent de 4,3% par rapport à 2017 et se situent actuellement à 210,1 millions EUR.

**Tableau 10: Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2018 (en millions EUR)**

Recettes	Montants	En % du total
Cotisations	210,1	92,0%
Participation de l'Etat	6,2	2,7%
Produits financiers et recettes diverses	11,9	5,2%
<b>TOTAL</b>	<b>228,2</b>	<b>100,0%</b>

Source: Association d'assurance accident (AAA).

La loi du 17 décembre 2010 a introduit un taux de cotisation unique dans l'assurance accident qui est fixé annuellement par le conseil d'administration de l'Association d'assurance accident. Il s'élève à 0,9% en 2018, contre 1,0% en 2017.

## 2.3. LES DÉPENSES COURANTES

En 2018, les dépenses courantes de l'assurance accident se composent de 90,5% de prestations, de 6,6% de frais d'administration et de 2,9% de dépenses diverses.

**Tableau 11: Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2018 (en millions EUR)**

Dépenses	Montants	En % du total
Frais d'administration	14,4	6,6%
Prestations en espèces	159,9	73,6%
Prestations en nature	36,8	16,9%
Dépenses diverses	6,3	2,9%
<b>TOTAL</b>	<b>217,3</b>	<b>100,0%</b>

Source: Association d'assurance accident (AAA).



### 2.3.1. Les prestations du régime général

La progression des montants des prestations du régime général s'explique notamment par 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, comparés aux montants concernés par l'ancienne législation qui baissent.

**Tableau 12: Evolution du montant des prestations du régime général (en millions EUR)**

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Prestations en espèces</b>	<b>169,6</b>	<b>160,3</b>	<b>155,9</b>	<b>160,5</b>	<b>157,8</b>
<i>Indemnités pécuniaires</i>	31,6	32,2	29,6	27,7	29,5
<i>Rentes</i>	109,1	109,2	107,2	109,5	110,3
<i>Rachats de rentes</i>	9,5	3,7	3,3	3,1	2,6
<i>Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux</i>	19,4	15,3	15,9	20,1	15,5
<i>Autres</i>	0,0	0,0	-	-	-
<b>Prestations en nature</b>	<b>40,7</b>	<b>38,9</b>	<b>33,6</b>	<b>34,4</b>	<b>33,1</b>
<b>TOTAL DES PRESTATIONS</b>	<b>210,3</b>	<b>199,2</b>	<b>189,6</b>	<b>194,9</b>	<b>190,9</b>

Source: Association d'assurance accident (AAA).

### 2.3.2. Les prestations des régimes spéciaux

Les prestations des régimes spéciaux affichent un montant total de 5,7 millions EUR. Alors que les prestations en nature ont légèrement augmenté, les prestations en espèces ont connu une diminution faible. Le détail afférent montre que les indemnités pécuniaires et les rachats de rentes diminuent, alors que les rentes et les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux stagnent.

**Tableau 13: Evolution du montant des prestations des régimes spéciaux (en millions EUR)**

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Prestations en espèces</b>	<b>2,6</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>2,0</b>	<b>2,1</b>
<i>Indemnités pécuniaires</i>	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
<i>Rentes</i>	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
<i>Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux</i>	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3
<i>Rachats de rentes</i>	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0
<b>Prestations en nature</b>	<b>3,7</b>	<b>3,7</b>	<b>3,5</b>	<b>3,9</b>	<b>3,7</b>
<b>TOTAL DES PRESTATIONS</b>	<b>6,2</b>	<b>5,8</b>	<b>5,6</b>	<b>5,9</b>	<b>5,7</b>

Source: Association d'assurance accident (AAA).





# 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 2018, l'indicateur conjoncturel de fécondité atteint 1,38 contre 1,39 en 2017, et le taux de natalité est de 10,32 contre 10,35 en 2017 (Source : STATEC, 2018). L'évolution du nombre d'enfants non-résidents peut être estimée à partir de la variation du nombre de travailleurs frontaliers, qui augmente de 4,3% entre décembre 2017 et décembre 2018 (Source: IGSS).

Les enfants sont bénéficiaires des allocations familiales de base, des majorations d'âge, de l'allocation spéciale supplémentaire, et des allocations 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<sup>er</sup> juin 2015), sous certaines conditions.



## Encadré méthodologique

Deux sources alimentent le chapitre sur les prestations familiales : les comptes annuels publiés par la CAE et, pour le point concernant l'allocation familiale de base, les bases de données de la CAE stockées auprès du Centre commun de la sécurité sociale. Ces bases de données contiennent les informations liées aux paiements courants et aux paiements uniques en matière de prestations familiales et notamment en matière d'allocations familiales. Pour ces dernières, ces paiements concernent l'ensemble des enfants bénéficiaires résidents et non-résidents à partir de novembre 2017 alors que jusqu'octobre 2016 inclus, une partie seulement des enfants bénéficiaires non-résidents 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 à droit au Luxembourg et le montant de l'ensemble des prestations familiales auxquelles il a droit dans son pays de résidence. Le mode de gestion des paiements différentiels étant différent des paiements courants et des paiements uniques, ils n'apparaissent pas dans l'ancienne base de données de la CAE (avant novembre 2017). Dans la nouvelle base de données de la CAE (à partir de novembre 2017), les paiements différentiels sont renseignés en tant que paiements uniques. Pour éviter une rupture de séries, ils ne sont donc pas repris dans les statistiques sur le nombre de bénéficiaires de ce chapitre qui ne se composent que des bénéficiaires des paiements courants. Les statistiques produites à partir des bases de données sous-estiment donc le nombre de bénéficiaires d'allocations familiales. Cette situation vaut également pour les nombres de bénéficiaires des majorations d'âge, de l'allocation spéciale supplémentaire, de l'allocation de rentrée scolaire et de l'allocation d'éducation publiés dans les comptes annuels de la CAE et repris dans ce chapitre.

## 1.1. L'ALLOCATION POUR L'AVENIR DES ENFANTS

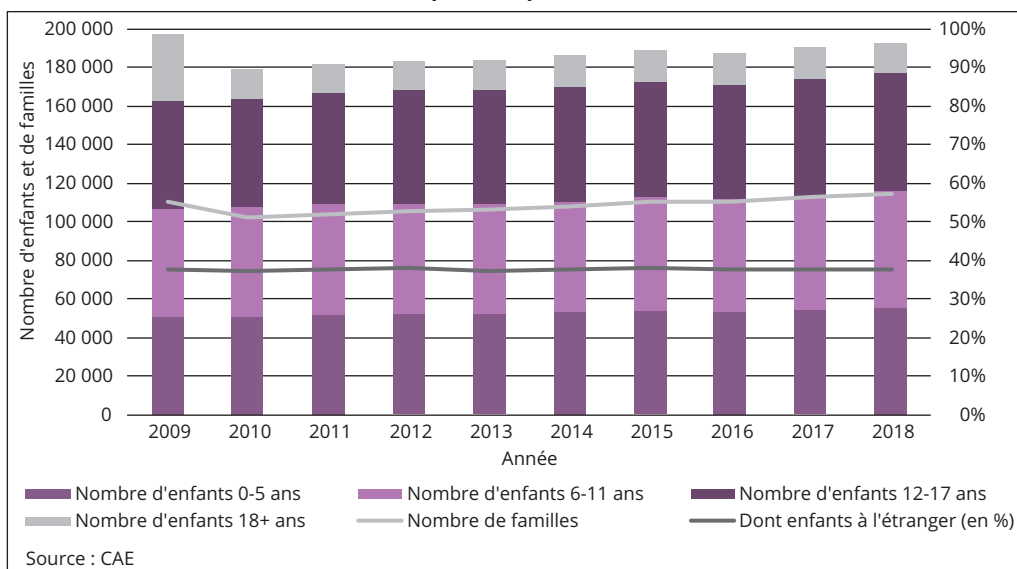
L'allocation pour l'avenir des enfants se compose de l'allocation familiale de base et des majorations d'âge.

### 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 de familles (situation au 31 décembre - uniquement paiements courants)**



Sur une fenêtre de 10 ans (2009 à 2018), deux périodes se distinguent franchement en matière de nombre de bénéficiaires d'allocations familiales (graphique 1).

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. Dès 2017, le nombre total de bénéficiaires repart de nouveau à la hausse. En décembre 2018, la CAE a versé des allocations familiales (paiements courants) à 193 106 enfants issus de 114 320 familles, ce qui équivaut à une augmentation du nombre des enfants de 2 909 unités (1,5%) et un accroissement du nombre des familles de 1 890 unités (1,7%) par rapport à 2017. 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 2009 et 2018, 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 2009 à 2018, 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 et en 2018 pour atteindre 72 278 enfants au 31 décembre 2018, soit 963 de plus qu'en 2017 (+1,4%).



## 1.1.2. Les majorations d'âge

Chaque enfant bénéficiaire des allocations familiales de base a droit à une majoration d'âge dès qu'il atteint l'âge d'entrée dans le cycle 2 de l'école fondamentale (début de l'ancienne école primaire), soit 6 ans. Le montant de 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 2018, 137 917 enfants ont bénéficié d'une majoration d'âge, dont 77 487 (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<sup>er</sup> 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 2018, le nombre de bénéficiaires de cette allocation s'établit à 2 648 enfants, contre 2 561 enfants en 2017 (+3,4%).

## 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 2018 à 126 607 unités, soit une augmentation de 1,9% par rapport à 2017.

## 1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE

Les prestations de naissance font partie des prestations familiales parmi les plus anciennes. Elles apparaissent dans la première base légale qui régit les prestations familiales en 1947. Actuellement, elles sont divisées en 3 tranches, et leur versement est soumis à des conditions d'examens médicaux de la mère et de l'enfant. L'évolution du nombre des bénéficiaires d'allocations de naissance a toujours suivi le mouvement des naissances, mais en raison des conditions d'attribution non remplies relatives aux visites médicales, le nombre des naissances au Luxembourg dépasse légèrement le nombre des allocations des résidents. En 2018, la CAE a liquidé 7 226 allocations prénatales, 7 146 allocations de naissance proprement dites et 6 923 allocations postnatales. Au total, 21 295 prestations de naissance ont été versées en 2018, ce qui constitue une augmentation de 2,6% par rapport à 2017.



## 1.5. L'INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL

Le congé parental, accordé depuis le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> décembre 2016. En décembre 2018, cette prestation compte 9 596 bénéficiaires, une augmentation de 16,3% par rapport aux 8 251 bénéficiaires de 2017. 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 49% des bénéficiaires en 2018, 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. En 2018, le nouveau congé fractionné devient le congé favori des pères, représentant 43% des congés parentaux pris par des hommes.

## 1.6. LES ALLOCATIONS ABROGÉES

Depuis le 1<sup>er</sup> 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 2018, il n'y a plus ni bénéficiaires 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> juin 2015, l'allocation d'éducation est abolie, mais les bénéficiaires au 1<sup>er</sup> juin continuent à la percevoir jusqu'à extinction du droit. Au 31 décembre 2018, l'allocation d'éducation compte encore 385 personnes, soit une réduction de 968 bénéficiaires ou de 71,5% par rapport à 2017.



Le tableau 1 ci-dessous regroupe le nombre de bénéficiaires des différentes prestations de la CAE pour 2017 et 2018. 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	2017	2018	Variation 2017/18
Allocation pour l'avenir des enfants	190 197	193 106	1,8%
Majorations d'âge	135 775	137 917	1,6%
Allocation spéciale supplémentaire	2 561	2 648	5,6%
Allocation de rentrée scolaire <sup>a</sup>	124 211	126 607	1,8%
Prestations de naissance (total)	20 761	21 295	3,2%
Indemnité de congé parental	8 251	9 596	74,8%
Allocation d'éducation (abrogée en 2015)	1 353	385	-57,7%

a. Situation au 31 août pour l'allocation de rentrée scolaire.

Source : CAE, comptes annuels.

## 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 2014 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 et 2018, les recettes et les dépenses augmentent de 5,5% respectivement 4,0%, principalement du fait de la réforme du congé parental de décembre 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	2014	2015	2016	2017	2018
<b>RECETTES</b>					
Cotisations	324,0	329,6	341,6	59,6	60,9
Participation de l'Etat	755,3	760,9	675,3	1 133,9	1 179,9
Autres recettes	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
<b>TOTAL DES RECETTES COURANTES</b>	<b>1 079,4</b>	<b>1 090,6</b>	<b>1 016,9</b>	<b>1 193,5</b>	<b>1 240,9</b>
Participation Etat-déficit	62,4	58,7	113,9	0,0	0,0
<b>TOTAL DES RECETTES</b>	<b>1 141,8</b>	<b>1 149,2</b>	<b>1 130,9</b>	<b>1 193,5</b>	<b>1 240,9</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,0%</i>	<i>0,7%</i>	<i>-1,6%</i>	<i>5,5%</i>	<i>4,0%</i>
<b>DEPENSES</b>					
<b>Frais d'administration</b>	<b>17,2</b>	<b>17,9</b>	<b>18,4</b>	<b>18,8</b>	<b>19,1</b>
<b>Prestations</b>	<b>1 112,9</b>	<b>1 120,2</b>	<b>1 101,5</b>	<b>1 160,0</b>	<b>1 219,1</b>
dont:					
Allocations familiales <sup>a</sup>	701,0	708,4	787,9	932,8	946,8
Boni pour enfant	219,0	221,6	148,2	4,2	0,9
Allocation d'éducation	70,0	65,3	39,3	15,2	6,6
Indemnité de congé parental	71,3	75,1	84,0	166,3	221,3
Allocation de rentrée scolaire	35,8	36,2	30,5	29,4	31,1
Prestations de naissance	12,0	11,9	11,6	12,0	12,4
Allocations de maternité	3,8	1,7	0,0	0,0	0,0
<b>Autres dépenses<sup>b</sup></b>	<b>11,6</b>	<b>11,1</b>	<b>11,0</b>	<b>14,7</b>	<b>2,7</b>
<b>TOTAL DES DEPENSES COURANTES</b>	<b>1 141,8</b>	<b>1 149,2</b>	<b>1 130,9</b>	<b>1 193,5</b>	<b>1 240,9</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,0%</i>	<i>0,7%</i>	<i>-1,6%</i>	<i>5,5%</i>	<i>4,0%</i>
<b>SOLDE</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

a. Comprennent l'allocation familiale de base, les majorations d'âge et l'allocation spéciale supplémentaire ; à partir de 2016: allocation pour l'avenir des enfants.

b. Décharges, restitutions et extournes de cotisations et frais de gestion du patrimoine.

Source : CAE, comptes annuels.

Les dépenses pour les prestations d'**allocations familiales** (allocations familiales de base, majorations d'âge et allocations spéciales supplémentaires) ont augmenté en 2018 de 13,9 millions EUR pour atteindre 946,8 millions EUR, contre 932,8 millions EUR en 2017. La hausse observée entre 2016 et 2017, qui est due à la réforme des allocations familiales et notamment l'intégration du boni pour enfants dans les allocations familiales 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 et à 0,9 millions EUR en 2018. Ainsi, le coût des deux prestations passe de 936,1 millions EUR en 2016 à 937,1 millions EUR en 2017 et à 947,7 millions EUR en 2018, soit une augmentation de 1,0 million EUR entre 2016 et 2017 et de 10,6 millions EUR entre 2017 et 2018. Avec une dépense de 862,1 millions EUR en 2018, les allocations familiales de base présentent 91,1% du total des dépenses pour les allocations familiales. Les majorations d'âge représentent 8,1% du total, avec une dépense de 76,5 millions EUR et les allocations spéciales supplémentaires 0,8% du total avec une dépense de 8,2 millions EUR en 2018.





Les dépenses au titre de l'**allocation de rentrée scolaire** sont passées de 29,4 millions EUR en 2017 à 31,1 millions EUR en 2018, soit une hausse de 6,0%.

Le montant total des **prestations de naissance** passe de 12,0 millions EUR en 2017 à 12,4 millions EUR en 2018, soit une hausse de 3,3%. Cette hausse est due au nombre croissant de bénéficiaires. En détail, les dépenses se composent de celles pour les allocations prénatales, soit 4,2 millions EUR, de celles pour les allocations de naissance proprement dites, soit 4,1 millions EUR, et de celles pour les allocations postnatales, soit 4,0 millions EUR en 2018.

Les dépenses relatives à l'**indemnité de congé parental** affichent une augmentation réelle de 33,1% en 2018, passant ainsi de 166,3 millions EUR en 2017 à 221,3 millions EUR en 2018. 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 3 414,24 EUR/mois au 31 décembre 2018 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 31,90 millions EUR, et les impôts, soit 15,54 millions EUR, font partie de la dépense en 2018.

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 2018 et ce, jusqu'à leur extinction. Les dépenses relatives aux allocations de maternité passent de 3 104,32 EUR en 2017 à -6 208,64 EUR en 2018. Il s'agit ici d'un trop payé qui est restitué à l'Etat. Les dépenses pour l'allocation d'éducation s'élèvent à 6,6 millions EUR en 2018, contre 15,2 millions EUR en 2017, et affichent donc une diminution de 56,4%.

## 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 2018, les recettes en cotisations représentent 4,8% des recettes et la dotation de l'Etat s'élève à 95,2% d'entre elles.

Le montant total des **cotisations** atteint 60,9 millions EUR en 2018, contre 59,6 millions EUR en 2017. En détail, pour 2018, 60,1 millions EUR sont des cotisations à charge de l'Etat en tant qu'employeur, et 0,8 millions EUR des cotisations prises en charge par l'Etat qui restent des exercices antérieurs.

La **dotation** annuelle de l'Etat est de 1 179,9 millions EUR en 2018. Pour 2018, il faut y ajouter les cotisations prises en charge par l'Etat (restant des exercices antérieurs), soit 0,8 millions EUR. Le total de 1 180,7 millions EUR peut être comparé à l'ensemble des participations de l'Etat (dans les prestations, les cotisations, les frais et le déficit) en 2017, soit un montant total de 1 136,1 millions EUR, ce qui équivaut à une augmentation de 3,9%.

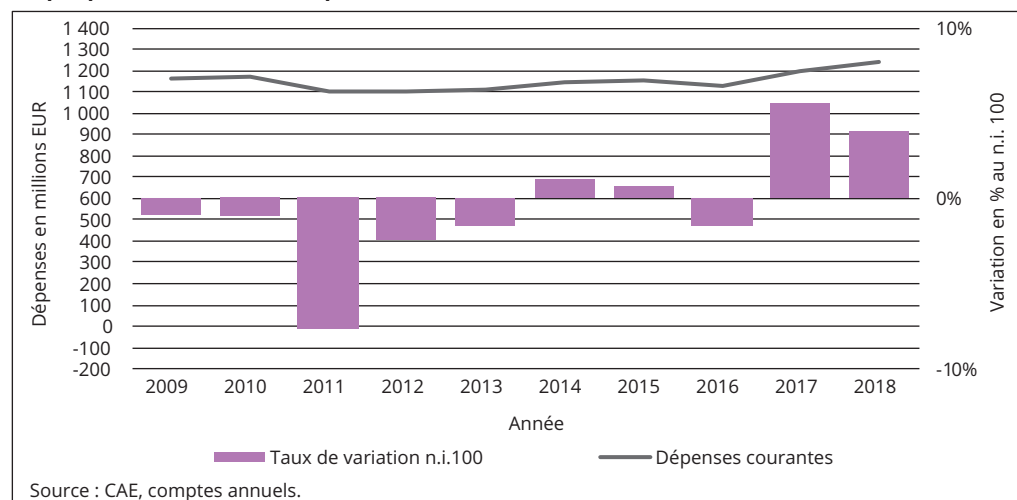


## 2.2. LES DÉPENSES COURANTES

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 2018, les dépenses pour prestations familiales atteignent 2,1% du PIB.

**Graphique 2: Evolution des dépenses courantes**



Les dépenses sont stables entre 2009 et 2010. 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 et 2018, les dépenses augmentent suite à la réforme du congé parental : les dépenses liées aux indemnités du congé parental de 2017 sont près du double de celles de 2016 et en 2018 elles augmentent de 33% par rapport à 2017.

En 2018, les dépenses courantes s'élèvent à 1 240,9 millions EUR, contre 1 193,6 millions EUR en 2017. Les prestations représentent presque la totalité des dépenses totales de la CAE (98,2% en 2018). Ainsi, en 2018, le montant total des prestations payées par la CAE atteint 1 219,1 millions EUR contre 1 160,0 millions EUR pour l'année précédente (+5,0%).

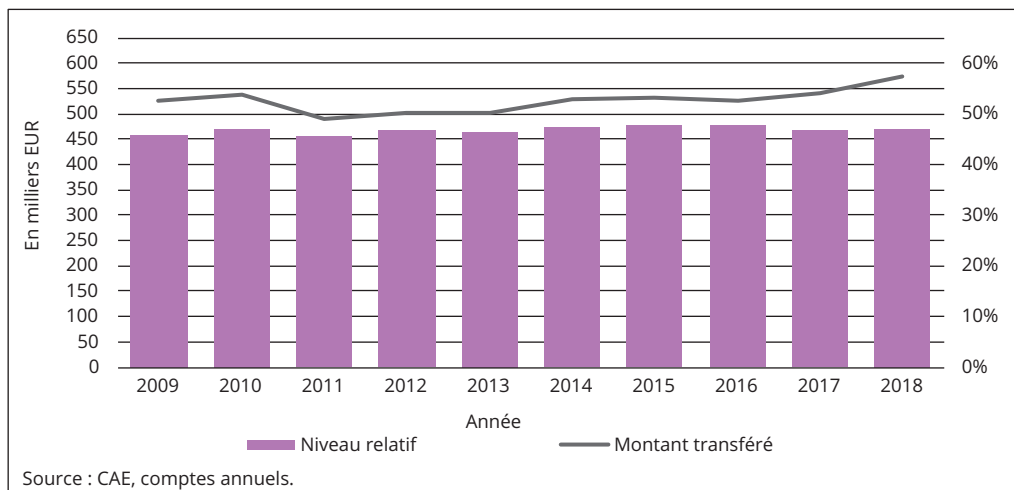
Les frais d'administration ne représentent que 1,5% du total des dépenses en 2018 et affichent 19,1 millions EUR, par rapport à 18,8 millions EUR en 2017. Les frais de personnel représentent 65,0% du montant total des frais d'administration.



## 2.3. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER

Toutes les prestations familiales sont exportables à l'étranger sous certaines conditions. Le montant total des prestations transférées à l'étranger (allocation pour l'avenir des enfants, allocation d'éducation, indemnité de congé parental, allocations de rentrée scolaire, allocations de naissance) se chiffre en 2018 à 574,5 millions EUR (contre 542,0 millions EUR en 2017), représentant 44,9% 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. 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. Entre 2011 et 2015, les transferts à l'étranger augmentent de nouveau. En 2016, les effets de la réforme des allocations familiales d'août 2016 deviennent visibles. En 2017 et 2018, les effets de la réforme du congé parental de décembre 2016 se manifestent également chez les bénéficiaires non-résidents.



**Tableau 3: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger (situation au 31 décembre 2018 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	72 278	37,4%	457,9	48,4%
Allocation de rentrée scolaire <sup>a</sup>	48 781	38,5%	15,4	49,6%
Indemnité de congé parental	4 276	44,6%	94,2	42,6%
Allocation d'éducation	157	40,8%	3,7	55,2%
Prestations de naissance (total)	4 253	20,0%	2,5	20,0%

a. Situation au 31 août.

Source : CAE, comptes annuels.

En 2018, les allocations pour l'avenir des enfants (allocations familiales de base, majorations d'âge, et allocations spéciales supplémentaires) transférées à l'étranger ont atteint 458,7 millions EUR, soit 48,4% 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. Entre 2017 et 2018, le montant augmente de 25,6 millions et passe à 94,2 millions EUR. Par rapport au total des dépenses de l'indemnité de congé parental, le taux transféré à l'étranger reste plutôt stable (42,6% en 2018 contre 41,3% en 2017).

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 (55,2% en 2018). 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 connaissent, par contre, beaucoup moins de succès à l'étranger (20,0% en 2018). 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.<sup>1</sup>

Au Luxembourg, l'inclusion sociale est un des principaux risques ou besoins couverts par la protection sociale et relève de la solidarité nationale. La solidarité nationale s'exprime par la prise en charge de risques ou besoins sans contrepartie de cotisations (logique d'assistance).

En principe, l'inclusion sociale est un volet de la protection sociale réservé aux personnes résidentes au Grand-Duché de Luxembourg. En 2018, 126 000 personnes sont en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale<sup>2</sup>. 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<sup>er</sup> 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](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/final_joint_inclusion_report_2003_fr.pdf)).

2. Source : STATEC, Analyses 2-2019 : Rapport " Travail et Cohésion sociale ".



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<sup>er</sup> janvier 2019. Le RMG est alors remplacé par le revenu d'inclusion sociale (REVIS), qui poursuit quatre objectifs<sup>3</sup> :

- 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](http://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 1999<sup>4</sup>. 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 qui ont été assouplies à plusieurs reprises (1989, 2000, 2002, 2008). Ainsi, l'augmentation du nombre des communautés domestiques à partir de 2003 s'explique par la modification de la condition de résidence<sup>5</sup>, par le relèvement des seuils de revenu<sup>6</sup>, 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 "[...] bénéficier d'un droit de séjour [...]". Ainsi, elle élargit le cercle des personnes exemptes de la condition de résidence de 5 ans au Luxembourg aux membres de la famille<sup>7</sup>, 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 2018.

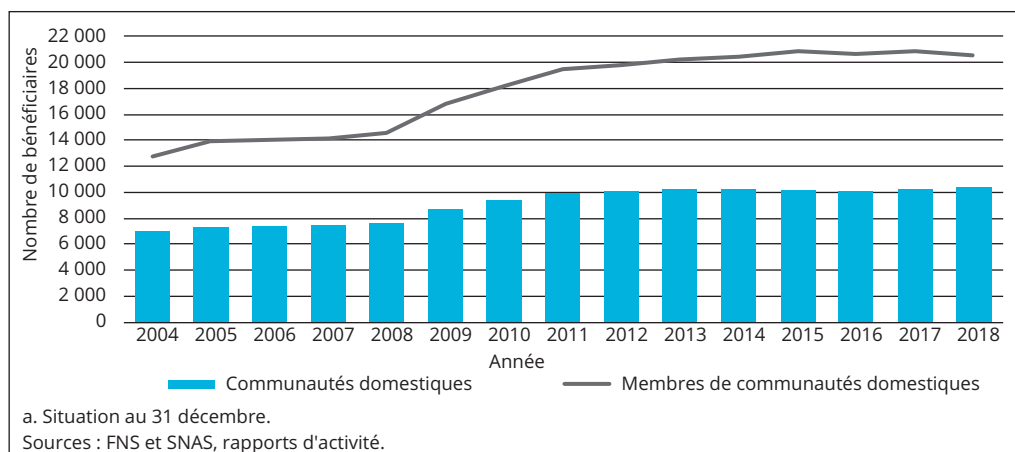
5. La loi du 21 décembre 2001 prescrit cette condition de résidence seulement pour les non-ressortissants du Grand-Duché du Luxembourg ou d'autres Etats membres de l'Union Européenne.

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.





**Graphique 1: Evolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille<sup>a</sup>**



Depuis 2011, le nombre de communautés domestiques est stable. Au 31 décembre 2018, le FNS compte 10 316 communautés domestiques composées de 20 581 membres, soit 0,4% de communautés domestiques de plus, mais 1,3% de membres de moins qu'en décembre 2017. Ainsi, 9 496 communautés domestiques bénéficient d'une allocation complémentaire, 1 257 d'une indemnité d'insertion pour une activité d'insertion professionnelle et 317 d'une indemnité d'insertion pour un contrat subsidié<sup>8</sup>. 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. Depuis 2011, le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 65 ans (60 ans auparavant) ou au moment de l'octroi d'une pension personnelle.

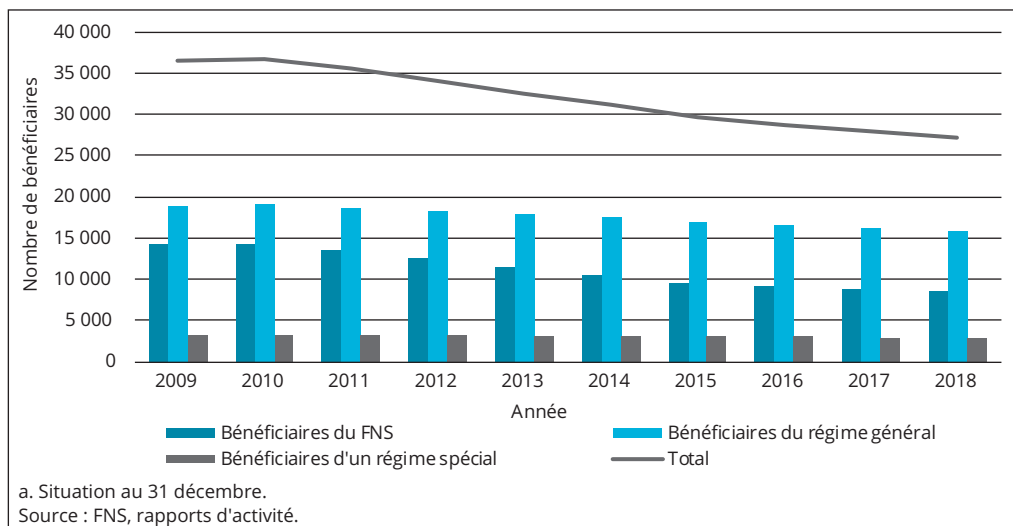
Pour les bénéficiaires de pension, le montant du forfait d'éducation s'élève à 114,72 EUR/mois/enfant en moyenne en 2018, contre 113,20 EUR/mois/enfant en 2017. Ce montant est adapté à l'indice du coût de la vie et ajusté au niveau de vie à l'instar des pensions. Il est soumis aux mêmes charges sociales 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.

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.  
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 <sup>a</sup>**



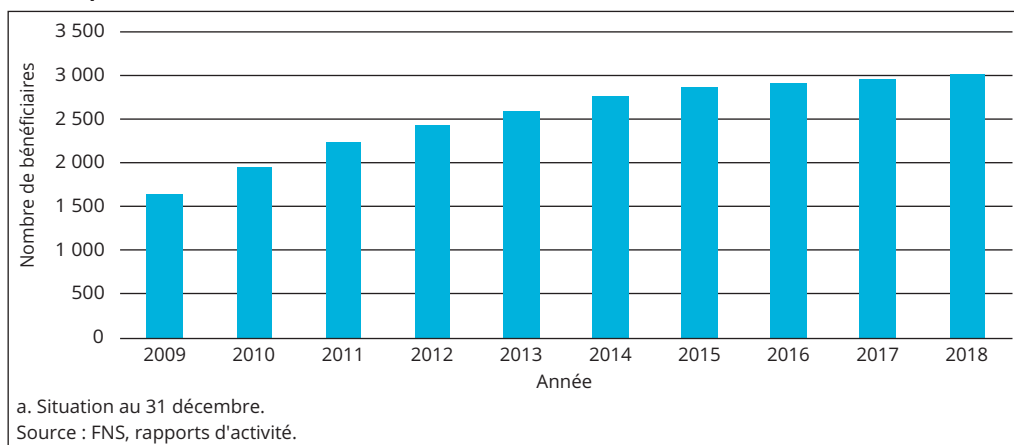
En décembre 2018, le FNS enregistre 8 524 paiements mensuels, les régimes spéciaux renseignent 2 905 liquidations, et la Caisse Nationale d'Assurance Pension (CNAP) enregistre 15 752 bénéficiaires. Au total, 27 181 bénéficiaires sont dénombrés en décembre 2018, contre 27 945 bénéficiaires en décembre 2017. La régression observée depuis 2011 résulte du rehaussement de l'âge d'ouverture du droit au forfait d'éducation à 65 ans en janvier 2011 contre 60 ans jusque-là et de l'arrivée progressive à l'âge de la retraite de générations de parents qui peuvent mettre en compte des baby-years ou qui ne se sont pas arrêtés de travailler lorsque leurs enfants avaient moins de quatre ans. En moyenne deux enfants par demande ouvrent droit au forfait.

### 1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES

La loi du 12 septembre 2003, entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> 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 <sup>a</sup>

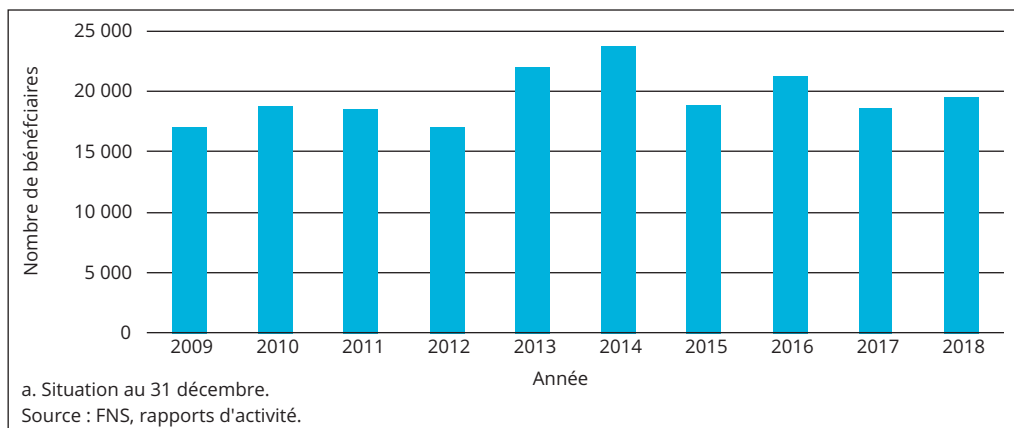


Cette dernière prestation est à charge du FNS. Le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2018 est de 3 006, contre 2 964 pour l'année 2017, soit une augmentation de 1,4%. A noter que le nombre de bénéficiaires a presque doublé entre 2009 et 2018.

## 1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE

Le règlement du Gouvernement en Conseil du 19 décembre 2008 introduit, à partir de l'année 2009, une allocation de vie chère en lieu et place de l'allocation de chauffage (créée en 1983) en faveur des ménages à revenu modeste. Les montants de cette nouvelle allocation de vie chère sont deux fois plus élevés que les montants de l'allocation de chauffage. Entre 2011 et 2012, ainsi qu'entre 2014 et 2015, un retard dans le traitement des nouvelles demandes explique la baisse apparente en 2012 et 2015. Depuis 2015, une nouvelle date limite (30.9.) pour introduire les demandes de l'allocation de vie chère a été fixée pour limiter les retards de traitement.

### Graphique 4: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère <sup>a</sup>



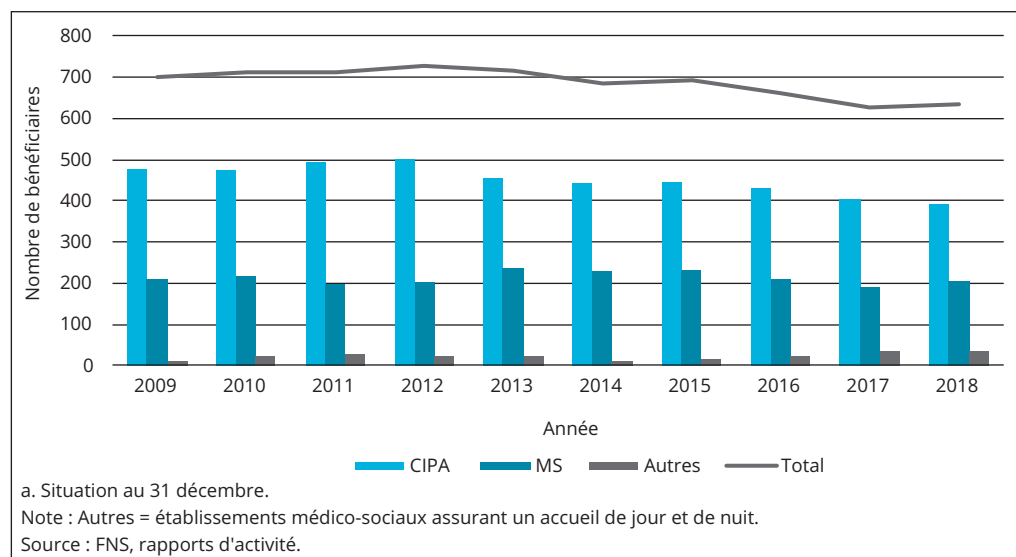
Au 31 décembre 2018, 19 541 ménages bénéficient de l'allocation de vie chère, contre 18 688 en 2017, soit une augmentation de 4,6%.



## 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 <sup>a</sup>**



Depuis 2009, 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 2018, 62% des bénéficiaires résident dans un CIPA, 33% résident dans une maison de soins, et 6% dans un autre établissement. Au 31 décembre 2018, 634 compléments sont versés, contre 626 en 2017, ce qui présente une augmentation de 1,3%.

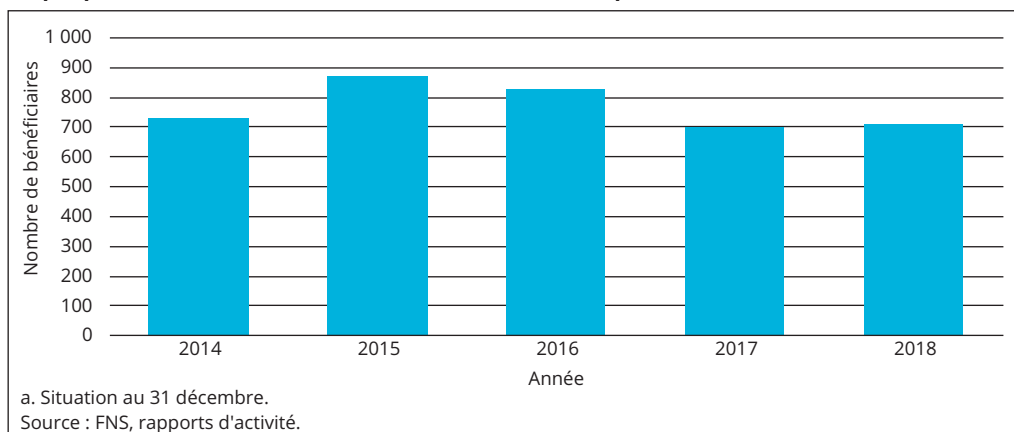


## 1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES

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 <sup>a</sup>**



Depuis la création de ce droit en 1980, le nombre de demandes suit une évolution croissante jusqu'en 2015. La diminution des bénéficiaires observée depuis 2015 résulte d'une augmentation des contrôles de la part du FNS. A partir de 2014, chaque personne bénéficiaire du ménage est comptabilisée. Au 31 décembre 2018, 710 personnes sont bénéficiaires, contre 699 personnes en 2017. Le nombre de bénéficiaires se stabilise donc en 2018.

## 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 199 au 31 décembre 2018. Plus aucun bénéficiaire n'est à charge du FNS, tous relèvent de la Caisse Nationale d'Assurance Pension (CNAP).

L'allocation pour personnes gravement handicapées (APGH) est abolie en 1999 mais continue à être versée aux bénéficiaires de cette allocation en 1999. Le nombre de bénéficiaires de l'APGH est passé de 2 713 personnes au 31 décembre 1999 à 577 personnes au 31 décembre 2018.



## 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, d'une partie du produit de la Loterie Nationale et des recettes issues de la restitution de certaines prestations.

### 2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

L'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	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Recettes</b>					
Dotations de l'Etat	302,1	288,7	282,8	298,1	300,6
Participation d'autres organismes <sup>a</sup>	5,0	6,6	13,5	3,6	7,1
Participation de l'Etat aux frais d'administration	7,4	7,8	8,2	8,6	9,0
Restitutions et pensions alimentaires recouvrées	17,2	19,8	18,4	17,8	18,1
Autres recettes	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
<b>TOTAL DES RECETTES</b>	<b>331,9</b>	<b>323,1</b>	<b>323,1</b>	<b>328,4</b>	<b>335,1</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,7%</i>	<i>-2,7%</i>	<i>0,0%</i>	<i>1,6%</i>	<i>2,0%</i>
<b>Dépenses</b>					
Frais d'administration	7,4	7,8	8,2	8,6	9,0
Prestations	322,3	312,2	314,2	319,1	325,6
dont:					
Revenu minimum garanti (RMG)	165,0	165,4	165,9	175,1	179,7
Forfait d'éducation ("Mammerent")	63,1	59,9	57,6	56,1	54,6
Revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH)	41,7	42,9	43,7	45,3	46,5
Allocation de vie chère	41,1	32,7	36,0	32,2	34,5
Accueil gérontologique	8,2	8,0	8,0	7,8	8,0
Pensions alimentaires	3,0	3,1	2,8	2,4	2,2
Allocations compensatoires	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Autres dépenses	2,2	3,1	0,7	0,6	0,5
<b>TOTAL DES DEPENSES COURANTES</b>	<b>331,9</b>	<b>323,1</b>	<b>323,1</b>	<b>328,4</b>	<b>335,1</b>
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,7%</i>	<i>-2,7%</i>	<i>0,0%</i>	<i>1,6%</i>	<i>2,0%</i>
<b>Solde des opérations courantes</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

a. Loterie nationale et Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte.

Source : FNS, comptes annuels.



Les dépenses se composent principalement des prestations qui sont au nombre de sept et qui représentent plus de 97% des dépenses totales.

Le coût total des **prestations RMG**<sup>9</sup>, charges sociales comprises, atteint un montant de 179,7 millions EUR en 2018, soit une augmentation de 2,6% par rapport à 2017. Parmi les prestations RMG, les allocations complémentaires affichent un montant de 141,2 millions EUR, et les indemnités d'insertion un montant de 38,5 millions EUR.

La dépense totale relative au **forfait d'éducation** pour l'exercice 2018 s'élève à 54,6 millions EUR, contre 56,1 millions EUR en 2017. Cette régression de 2,7% s'explique par une diminution du nombre de bénéficiaires. Les prestations liquidées directement par le FNS se chiffrent à 18,7 millions EUR. Les régimes spéciaux de pension se sont acquittés de 6,4 millions EUR et le régime général de pension a alloué 29,5 millions EUR.

Pour 2018, les dépenses annuelles du **revenu pour personnes gravement handicapées** se chiffrent à 46,5 millions EUR, contre 45,3 millions EUR pour 2017 (cotisations sociales comprises). L'augmentation de 2,6% de la dépense s'explique par l'augmentation du nombre de bénéficiaires et par l'indexation de ce revenu à partir d'août 2018 (+2,5%). Depuis son introduction en 2005, les dépenses de cette prestation ont plus que quadruplées, sachant que la dépense affichait 10,6 millions EUR en 2006.

La dépense annuelle pour l'exercice 2018 relative à **l'allocation de vie chère** s'élève à 34,5 millions EUR, contre 32,2 millions EUR en 2017, soit une hausse de 7,1%, due uniquement à l'augmentation 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 2018, le montant de la dépense augmente de 3,5%, suite à la hausse 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 2018, ce coût atteint 2,2 millions EUR, contre 2,4 millions EUR en 2017.

En 2018, le montant des dépenses des **allocations compensatoires** est de 0,17 million EUR, contre 0,20 million EUR en 2017.

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 2018, les dépenses pour l'allocation pour personnes gravement handicapées s'élèvent à 4,93 millions EUR, contre 5,08 millions EUR en 2017, soit une baisse de 3,0%.

---

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**

Les recettes courantes s'élèvent à 335,1 millions EUR en 2018, soit une hausse de 2,0% par rapport à 2017. Les dotations de l'Etat aux différentes prestations, qui composent la très grande part des recettes, s'élèvent à 300,6 millions EUR en 2018 contre 298,1 millions EUR en 2017. Les frais d'administration affichent 9,0 millions EUR en 2018. Depuis 2013, la quote-part du FNS dans les recettes de l'Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte a été relevée à un tiers, contre un quart auparavant. En 2018, ces recettes se situent à 7,1 millions EUR. Les restitutions de prestations qui se composent de restitutions de prestations indûment touchées ou de restitutions de prestations dûment touchées de la part de bénéficiaires revenus à meilleure fortune affichent 18,1 millions EUR en 2018.

## **2.3. LES DÉPENSES COURANTES**

Les prestations constituent la presque totalité des dépenses courantes, les frais d'administration ne représentant que 2,7% du total. En 2018, le montant total des prestations payées par le FNS atteint 325,6 millions EUR, contre 319,1 millions EUR pour l'année précédente. Le total des dépenses courantes atteint 335,1 millions EUR, contre 328,4 millions EUR en 2017, soit un surplus de 2,0%.



# SOMMAIRE DES TABLEAUX

<b>Protection sociale</b>	<b>9</b>
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 2018	23
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2018	24
Tableau 5: Evolution du nombre de personnes protégées entre 2014 et 2018	25
Tableau 6: Evolution annuelle de la population protégée entre 2014 et 2018	25
<b>Assurance maladie-maternité</b>	<b>27</b>
Tableau 1: Evolution de la démographie médicale du Luxembourg	31
Tableau 2: Evolution du nombre de médecins actifs praticiens par spécialité médicale	35
Tableau 3: Evolution du nombre des médecins hospitaliers de 2014 à 2018	38
Tableau 4: Evolution de la densité médicale des médecins actifs praticiens pour 1000 personnes protégées	38
Tableau 5: Nombre des professionnels de santé autorisés à exercer par qualification et mode d'exercice en 2019	39
Tableau 6: Evolution du nombre de salariés du secteur hospitalier par sexe et pays de résidence	40
Tableau 7: Evolution du nombre des pharmaciens	41
Tableau 8: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2018	42
Tableau 9: Evolution du nombre de concessions de pharmacie	43
Tableau 10: Evolution des dépenses pour soins de santé	45
Tableau 11: Evolution de la distribution des soins consommés	46
Tableau 12: Evolution du volume des honoraires des médecins depuis 2009	53
Tableau 13: Evolution du type d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus de 2014 à 2018	62
Tableau 14: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2018	66
Tableau 15: Evolution des frais des autres professions de santé de 2014 à 2018	70
Tableau 16: Evolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger entre 2016 et 2018	71
Tableau 17: Répartition du total des autorisations sollicitées par pays fournisseur en 2018	72
Tableau 18: Evolution des prestations en espèces de maladie	73
Tableau 19: Taux d'absentéisme maladie 2018 selon la résidence, le sexe et le type d'activité	77
Tableau 20: Evolution des prestations en espèces de maternité de 2016 à 2018	81
Tableau 21: Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité ayant pris fin en 2018, selon le groupe d'âge	81
Tableau 22: Accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2018, selon le type et le groupe d'âge	83
Tableau 23: Répartition sectorielle des dispenses ayant pris fin au cours de l'année 2018	85
Tableau 24: Proportion de congés de maternité, ayant pris fin au cours de l'année 2018, précédés d'une dispense, selon le secteur d'activité	85
Tableau 25: Proportion de travailleurs ayant bénéficié d'un congé pour raisons familiales qui a pris fin au cours de l'année considérée	86
Tableau 26: Evolution financière globale de l'assurance maladie-maternité	88
Tableau 27: Evolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité	90
Tableau 28: Evolution des dépenses pour soins de santé (en millions EUR) de 2014 à 2018	91
Tableau 29: Evolution des recettes et dépenses globales de la Mutualité des Employeurs entre 2014 et 2018	92
<b>Assurance dépendance</b>	<b>95</b>
Tableau 1: Evolution du personnel par qualification	101
Tableau 2: Evolution des effectifs du personnel	101
Tableau 3: Evolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance	104
Tableau 4: Evolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour	106
Tableau 5: Evolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour	106
Tableau 6: Evolution de l'âge moyen et de l'âge median des bénéficiaires de l'assurance dépendance	107



Tableau 7: Evolution du nombre de bénéficiaires par groupe d'âge et lieu de séjour	107
Tableau 8: Répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et par type d'affection	108
Tableau 9: Age moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type d'affection	108
Tableau 10: Nombre de bénéficiaires d'un forfait Décès ou d'un forfait Soins palliatifs en 2018	109
Tableau 11: Age moyen des bénéficiaires d'un forfait Décès ou Soins palliatifs	109
Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2018	111
Tableau 13: Classification des causes de la dépendance selon la AEC	112
Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2018	113
Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2018	114
Tableau 16: Répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance	117
Tableau 17: Répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance et par lieu de séjour en 2018	118
Tableau 18: Evolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV)	119
Tableau 19: Répartition des personnes vivant à domicile selon leur synthèse de prise en charge	120
Tableau 20: Répartition des personnes vivant en ESC selon leur synthèse de prise en charge	121
Tableau 21: Répartition des personnes résidant en ESI selon leur synthèse de prise en charge en vigueur en établissement	122
Tableau 22: Répartition des personnes résidant en ESI selon leur synthèse de prise en charge en vigueur à domicile	123
Tableau 23: Pourcentage des bénéficiaires d'AAI par cause de dépendance principale et lieu de séjour en 2018	124
Tableau 24: Les bénéficiaires à domicile d'une formation en fonction de l'origine du plan	126
Tableau 25: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par groupe d'âge en 2018	127
Tableau 26: Evolution de la répartition des bénéficiaires par type de partage	127
Tableau 27: Répartition des aidants évalués depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance par groupe d'âge et sexe en 2018	128
Tableau 28: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par sexe en 2018	128
Tableau 29: Répartition des aidants informels dont la cotisation assurance pension est prise en charge entre le 1 <sup>er</sup> janvier 1999 et le 31 décembre 2018 par groupe d'âge et sexe	129
Tableau 30: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO	130
Tableau 31: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale	131
Tableau 32: Evolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement	132
Tableau 33: Evolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2008	133
Tableau 34: Evolution des prestations par groupe d'âge et lieu de séjour du bénéficiaire	134
Tableau 35: Evolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire	136
Tableau 36: Evolution du coût des prestations en nature par type de prestation au Luxembourg	137
Tableau 37: Répartition des dépenses pour les prestations en nature en 2017 par groupe d'âge des bénéficiaires	138
Tableau 38: Evolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature	138
Tableau 39: Evolution des dépenses pour les actes essentiels de la vie par domaine	139
Tableau 40: Evolution des dépenses pour les activités de soutien par type de soutien	139
Tableau 41: Répartition des prestations à domicile par type de partage	140
Tableau 42: Evolution des dépenses pour les bénéficiaires de prestations forfaitaires	140
Tableau 43: Evolution des dépenses pour les aides techniques	141
Tableau 44: Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié (en millions EUR)	142
Tableau 45: Evolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance	143
Tableau 46: Evolution de la contribution de l'Etat aux recettes de l'assurance dépendance	143



<b>Assurance pension</b>	<b>147</b>
Tableau 1: Evolution des prestations en cours de paiement	150
Tableau 2: Evolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension	156
Tableau 3: Evolution des principales dépenses en prestations	158
Tableau 4: Evolution de la situation du régime général de pension	159
<b>Assurance Accident</b>	<b>161</b>
Tableau 1: Evolution récente du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)	165
Tableau 2: Evolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général par type d'accident	166
Tableau 3: Evolution du nombre de prestations en espèces pendant les 78 premières semaines	168
Tableau 4: Evolution du nombre des rentes	168
Tableau 5: Evolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	169
Tableau 6: Evolution des prestations pour soins de santé	169
Tableau 7: Evolution des rentes avant la réforme et rachats de rentes	170
Tableau 8: Evolution du nombre des dégâts matériels	170
Tableau 9: Evolution des recettes et des dépenses courantes de l'assurance accident	171
Tableau 10: Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2018	172
Tableau 11: Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2018	172
Tableau 12: Evolution du montant des prestations du régime général	173
Tableau 13: Evolution du montant des prestations des régimes spéciaux	173
<b>Prestations familiales</b>	<b>175</b>
Tableau 1: Evolution du nombre de bénéficiaires des prestations familiales	181
Tableau 2: Evolution des recettes et dépenses globales de la CAE	182
Tableau 3: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger	186
<b>Inclusion sociale</b>	<b>187</b>
Tableau 1: Evolution des recettes et des dépenses globales du FNS	196



# SOMMAIRE DES GRAPHIQUES

<b>Protection sociale</b>	<b>9</b>
Graphique 1: Evolution des recettes courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)	12
Graphique 2: Evolution du financement de la protection sociale (en % des recettes courantes)	13
Graphique 3: Evolution de la participation de l'Etat au financement de la protection sociale (en % du budget des dépenses courantes de l'Etat)	14
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 2014-2018)	14
Graphique 5: Evolution des dépenses courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)	16
Graphique 6: Evolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes)	17
Graphique 7: Evolution des prestations de protection sociale par fonction (en % du PIB)	17
Graphique 8: Evolution des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale (en % du PIB)	19
Graphique 9: Répartition de la population protégée par âge en 2018 (moyenne annuelle)	24
Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2014-2018	26
<b>Assurance maladie-maternité</b>	<b>27</b>
Graphique 1: Part des médecins professionnellement actifs dans l'ensemble de la démographie médicale	31
Graphique 2: Evolution des médecins professionnellement actifs	32
Graphique 3: Les médecins administratifs par âge et sexe en 2017	33
Graphique 4: Evolution de la pyramide des âges des médecins actifs praticiens par sexe et catégorie	34
Graphique 5: Evolution du nombre des médecins actifs praticiens par pays de résidence	36
Graphique 6: Evolution du nombre des médecins actifs praticiens par pays de résidence et catégorie	36
Graphique 7: Le nombre de médecins actifs praticiens par nationalité en 2017	37
Graphique 8: Évolution des dépenses pour soins de santé	44
Graphique 9: 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 2018	47
Graphique 10: Les soins de santé au Luxembourg : nombre de patients et remboursement moyen par sexe et groupe d'âge en 2018	47
Graphique 11: Contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2018	48
Graphique 12: Evolution des contacts médicaux de 2009 à 2018	49
Graphique 13: Evolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2016 à 2018	50
Graphique 14: Répartition des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2018	51
Graphique 15: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2018	53
Graphique 16: Evolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2014 et 2018 (par ordre décroissant pour 2018)	54
Graphique 17: Évolution des dépenses pour soins médicaux	54
Graphique 18: Évolution des dépenses pour soins dentaires	55
Graphique 19: Évolution des dépenses pour soins hospitaliers	56
Graphique 20: Répartition des types de journées prestées avec nuitée en 2018	58
Graphique 21: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2018	58
Graphique 22: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2018	59
Graphique 23: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2018	60
Graphique 24: Nombre de cas d'hospitalisations de jour en 2018 par groupe d'âge (hôpitaux aigus)	62
Graphique 25: Durée moyenne de séjour en 2018 par groupe d'âge et sexe (hôpitaux aigus)	63
Graphique 26: Evolution du nombre d'accouchements par césarienne et du nombre d'accouchements normaux de 2009 à 2018	64
Graphique 27: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2009 et 2018	64



Graphique 28: Évolution des dépenses relatives aux médicaments dispensés par les pharmacies ouvertes au public	65
Graphique 29: Evolution des dépenses totales relatives aux médicaments	66
Graphique 30: Part des médicaments génériques dans l'ensemble des médicaments	67
Graphique 31: Évolution des dépenses relatives aux analyses de biologie médicale	68
Graphique 32: Évolution des dépenses pour soins infirmiers	68
Graphique 33: Évolution des dépenses relatives aux actes de kinésithérapie	69
Graphique 34: Evolution des dépenses pour prestations à l'étranger	70
Graphique 35: Evolution du taux d'absentéisme maladie depuis 2009	75
Graphique 36: Evolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie pour les années 2017 et 2018	76
Graphique 37: Taux d'absentéisme maladie selon le groupe d'âge en 2017 et 2018	76
Graphique 38: Taux d'absentéisme maladie selon le secteur d'activité en 2017 et 2018	78
Graphique 39: Répartition du nombre de jours de maladie des salariés résidents en 2018, selon la raison médicale	79
Graphique 40: Répartition du nombre de jours et du nombre d'épisodes de maladie des salariés résidents en 2018, selon la raison médicale	79
Graphique 41: Décomposition du taux d'absentéisme des salariés résidents selon la raison médicale pour les années 2016 à 2018	80
Graphique 42: Evolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité	82
Graphique 43: Evolution de la proportion des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans ayant bénéficié d'un congé de maternité	82
Graphique 44: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 2004 et 2018	83
Graphique 45: Evolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail	84
Graphique 46: Evolution de la proportion de congés de maternité qui ont été précédés d'une dispense	84
Graphique 47: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2009 à 2018	89
Graphique 48: Evolution des recettes et dépenses courantes à partir de 2014	89
Graphique 49: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2018	90
<b>Assurance dépendance</b>	<b>95</b>
Graphique 1: Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance	105
Graphique 2: Evolution du temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge	119
Graphique 3: Pourcentage des bénéficiaires d'AAI par groupe d'âge en 2018 en comparaison avec le temps moyen requis pour AEV (en heures)	124
Graphique 4: Pourcentage des bénéficiaires d'AAI par cause de dépendance principale en comparaison avec le temps moyen requis pour AEV (en heures)	125
Graphique 5: Evolution du coût des prestations par groupe d'âge et sexe du bénéficiaire	135
Graphique 6: Evolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire	135
Graphique 7: Evolution de la contribution forfaitaire de l'Etat	143
Graphique 8: Evolution du solde global cumulé de l'assurance dépendance	145
Graphique 9: Evolution du taux de cotisation d'équilibre	145
<b>Assurance pension</b>	<b>147</b>
Graphique 1: Répartition des pensions 2018 par type de pension et par sexe du bénéficiaire	151
Graphique 2: Part des pensions migratoires par type de pension en 2018	152
Graphique 3: Répartition des pensions 2018 par pays de destination	152
Graphique 4: Répartition par âge du bénéficiaire des pensions vieillesse attribuées en 2018	153
Graphique 5: Niveau moyen des pensions 2018 par type de pension	154
Graphique 6: Evolution du nombre moyen d'assurés et de pensions	155
Graphique 7: Evolution des dépenses et recettes courantes du régime général de pension	157
Graphique 8: Evolution de la réserve du régime général de pension	159



<b>Assurance Accident</b>	<b>161</b>
Graphique 1: Evolution du nombre d'employeurs affiliés à l'assurance accident (régime général)	164
Graphique 2: Evolution du nombre d'accidents déclarés par régime	165
Graphique 3: Nombre d'accidents déclarés du régime général et des régimes spéciaux par type d'accident	166
Graphique 4: Evolution du taux de fréquence des accidents	167
<b>Prestations familiales</b>	<b>175</b>
Graphique 1: Evolution du nombre d'enfants bénéficiaires par groupe d'âge et du nombre de familles (situation au 31 décembre - uniquement paiements courants)	178
Graphique 2: Evolution des dépenses courantes	184
Graphique 3: Evolution des prestations familiales transférées à l'étranger	185
<b>Inclusion sociale</b>	<b>187</b>
Graphique 1: Evolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille	191
Graphique 2: Evolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension	192
Graphique 3: Evolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées	193
Graphique 4: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère	193
Graphique 5: Evolution du nombre de bénéficiaires du complément accueil gérontologique par lieu de séjour	194
Graphique 6: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire	195





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 <sup>er</sup> 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 <sup>er</sup> 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 <sup>er</sup> 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)	Les prestations de naissance ont pour objectif la prévention pour la mère et l'enfant, de problèmes de santé résultant de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que la réduction de la mortalité infantile, moyennant une surveillance médicale commençant au début de la grossesse et allant en ce qui concerne l'enfant jusqu'à son deuxième anniversaire. Les prestations de naissance sont allouées en trois tranches : 1. l'allocation prénatale ; 2. l'allocation de naissance proprement dite ; 3. l'allocation postnatale.
Prestations des survivants (AA)	Si le décès de l'assuré a pour cause principale l'accident du travail survenu ou la maladie professionnelle déclarée à partir du 1 <sup>er</sup> 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.
Prestation forfaitaire (AD)	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.
Prestations requises (AD)	Prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation et qui sont repris dans le plan de prise en charge.
Prime de répartition pure (AP)	Rapport entre les dépenses courantes annuelles et la totalité des salaires, traitements et revenus cotisables à la base des recettes annuelles en cotisations du régime général de pension.
Pyramide des âges (PS)	Représentation graphique de la répartition de la population (axe horizontal) en fonction de l'âge (axe vertical) et du sexe.
Redevance du secteur énergie (AD)	Produit de la taxe " électricité " prélevé sur les gros consommateurs d'électricité c.-à-d. les clients finaux avec une consommation annuelle supérieure à 1 million de kWh.
Régime contributif (PS)	Dans le domaine de la protection sociale, un régime contributif est un régime financé tout ou en partie par des cotisations sociales. En outre, le bénéfice des prestations de ce régime est conditionnel au fait d'avoir versé des cotisations sociales à ce régime.
Régime général de pension (AP)	Régime de pension du secteur privé.
Régime non contributif (PS)	Le régime non contributif s'oppose au régime contributif dans la mesure où le bénéfice des prestations de ce régime n'est pas conditionnel au fait d'avoir versé des cotisations sociales à ce régime.



Régime spécial (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"><li>• d'assurer l'exécution des dispositions prévues au chapitre II de la loi RMG (indemnité d'insertion);</li><li>• de coordonner à cet effet l'action et l'apport des instances et organismes concernés;</li><li>• d'assurer le secrétariat du comité interministériel et du conseil supérieur de l'action sociale;</li><li>• de recueillir les données statistiques nécessaires relatives aux prestations accordées aux bénéficiaires.</li></ul> <p>A partir de janvier 2019, le SNAS devient l'ONIS (Office national d'inclusion sociale).</p>
Sous-traitance (AD/AM)	<p>Opération par laquelle une entreprise confie, sous sa responsabilité et sous son contrôle, à une autre personne (sous-traitant) tout ou partie de l'exécution des tâches qui sont à sa charge.</p>
Spina Bifida (AD)	<p>Le spina bifida est une malformation congénitale qui apparaît dès le stade embryonnaire. Elle consiste en une malformation osseuse sous la forme d'une fissure de la partie postérieure de la colonne vertébrale, provenant d'un défaut d'ossification des vertèbres.</p>
Stage d'assurance pension (AP)	<p>Le stage d'assurance pension correspond à la somme des périodes d'assurance accumulées. Il se compose des périodes obligatoires, des périodes complémentaires et des périodes volontaires. Le stage est exprimé en mois.</p>
Statut unique (AM)	<p>Introduit par la loi du 13 mai 2008, le statut unique introduit la notion de " salarié " et met fin à la distinction faite entre les employés privés et les ouvriers. Cette loi vise l'harmonisation du maintien du salaire par l'employeur en cas de maladie, la diminution des taux de cotisation de l'assurance maladie par l'introduction d'un taux unique, la création de la mutualité des employeurs pour faire face à l'accroissement des charges salariales de ces derniers, la fusion des caisses de maladie et celle des caisses de pension.</p>
Taux d'absentéisme (AM)	<p>Le taux d'absentéisme correspond au rapport du nombre de jours de travail perdus sur le nombre de jours de travail disponibles, le tout multiplié par 100.</p>
Taux d'absentéisme de courte durée (AM)	<p>Le taux d'absentéisme de courte durée est défini par le rapport entre le nombre total de jours civils de maladie de tous les individus, dans la période comprise entre le 1<sup>er</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.</p>



Taux d'absentéisme de longue durée (AM)	Le taux d'absentéisme de longue durée est défini par le rapport entre le nombre total de jours civils de maladie de tous les individus, dans la période comprise entre 22ème et le dernier jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.
Taux de cotisation d'équilibre	Le taux théorique qui aurait été nécessaire pour garantir des recettes de l'année suffisantes pour couvrir les dépenses courantes ainsi que l'alimentation de la réserve légale.
Taux de dépendance (AD)	Ratio entre le nombre total de bénéficiaires de l'assurance dépendance et le nombre total de personnes protégées.
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
AEC	Administration d'Evaluation et de Contrôle de l'Assurance dépendance
AD	Assurance dépendance
ADEM	Agence pour le développement de l'emploi
AEV	Actes essentiels de la vie
AIP	Activité d'insertion professionnelle
AMM	Assurance maladie / maternité
AMMD	Association des médecins et médecins-dentistes
APGH	Allocation pour personnes gravement handicapées
ASS	Allocation spéciale supplémentaire
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical classification system
ATM	Assistant technique médical
AVC	Allocation de vie chère (chapitre Inclusion sociale)
CAE	Caisse pour l'avenir des enfants
CAS	Code des assurances sociales
CCSS	Centre commun de la sécurité sociale
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



CSM	Clinique Sainte-Marie
CSS	Code de la sécurité sociale
DDD	Daily Defined Dose
DMS	Durée moyenne de séjour
EMCFL	Entraide médicale des chemins de fer du Luxembourg
ETP	Equivalent temps plein
FDC	Fonds de compensation
FDL	Fonds de logement
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourg
FIS	Fonds d'investissement spécialisé
FNS	Fonds national de solidarité
FPE	Fonds pour l'emploi
HDJ	Hospitalisation de jour
HIS	Hôpital intercommunal de Steinfort
HRS	Hôpitaux Robert Schuman
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
INCCI	Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle
IP	Indemnités pécuniaires
ISO	Organisation internationale de normalisation - normes internationales
ISS	Institution de la sécurité sociale
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 socialeen matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée.
  - Règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
  - Règlement grand-ducal du 28 février 2003 portant nouvelle fixation des montants du revenu minimum garanti prévus à l'article 5 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.
  - Règlement grand-ducal modifié du 27 septembre 2004 portant exécution de la loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.
  - Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale.

