# RAPPORT GENERAL SUR LA SECURITE SOCIALE

AU GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

2006

## MINISTERE DE LA SECURITE SOCIALE INSPECTION GENERALE DE LA SECURITE SOCIALE

### RAPPORT GENERAL

SUR LA

### **SECURITE SOCIALE**

AU GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

2006



LUXEMBOURG DECEMBRE 2007

### Avant-propos

Lors de la publication du Rapport général de la sécurité sociale en décembre 1975 mon prédécesseur Charles REIFFERS présentait celui-ci comme " le premier d'une lignée dorénavant ininterrompue ", par lequel l'Inspection générale de la sécurité sociale s'acquitte d'une tâche lui impartie par sa loi organique du 25 avril 1974 dans le domaine de la sécurité sociale " à savoir de recueillir les données nécessaires, tant sur le plan national que sur le plan international, suivant un plan comptable et statistique uniforme. "

L'engagement a été tenu. Au fil de ses 31 éditions précédentes le rapport général a gagné en consistance, en poids et en pages. Toutefois, il a perdu de son accessibilité pour le public intéressé.

Vous constaterez qu'à la suite d'une cure de jouvence, le rapport général se présente dans sa 32e année sous une forme allégée. Des éditions précédentes, l'édition 2006 reprend la partie descriptive. Elle maintient dans les grandes lignes les différents chapitres renseignant comme par le passé sur les données-clé des différentes branches de la Sécurité sociale et fournissant à ce sujet les explications et analyses.

La partie statistique n'a plus été reprise dans la version papier, mais figure dorénavant sur le site Internet de l'IGSS sous l'adresse : www.statsecu.etat.lu. Les séries de données détaillées et l'historique des évolutions chronologiques pourront être consultés électroniquement. Au-delà de la simple consultation des données, l'utilisateur aura la possibilité d'agencer les données sous la forme voulue avant de les télécharger pour son usage personnel.

L'IGSS espère que cette nouvelle conception offre aux utilisateurs un outil mieux adapté. Elle reste ouverte aux suggestions et commentaires qui pourront lui être adressés.

Georges SCHROEDER

Directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale

### **SOMMAIRE**

Avant-propos	5
Signes et abréviations	11
Adresses utiles	13
APERCU GLOBAL SUR LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG	17
1. Le système de la protection sociale au Luxembourg	19
Evaluation de la situation socio-économique au Luxembourg	20
2.1. Croissance économique et finances publiques	20
2.2. Démographie	20
2.3. Emploi et chômage 2.4. Ménages et revenus	21 21
3. Recettes et dépenses de la protection sociale au Luxembourg	22
3.1. Situation globale	22
3.2. Les sources de financement	23
<ul><li>3.3. Les dépenses de la protection sociale</li><li>3.4. Les recettes et dépenses totales de la protection sociale</li></ul>	25 27
POPULATION PROTÉGÉE	29
Personnes protégées	31
1. Assurance maladie-maternité	32
<ul><li>1.1. Evolution du nombre des personnes protégées</li><li>1.2. Evolution du nombre des assurés du régime des prestations en espèces</li></ul>	32 35
	35 37
2. Assurance pension 2.1. Les assurés	37
2.2. Les revenus cotisables	39
3. Emploi au Luxembourg	40
3.1. Evolution de la population active au Luxembourg	40
3.2. L'activité salariée au Luxembourg	42
ASSURANCE MALADIE-MATERNITE	53
1. Introduction	55
1.1. Les objectifs de l'assurance maladie-maternité	55
1.2. Organisation et financement     1.3. Gestion administrative	55 55
1.4. Action concertée	56
2. Les ressources humaines du secteur de la santé	58
2.1. Evolution démographique globale	58
<ul><li>2.2. Les médecins</li><li>2.3. Les autres professions de santé</li></ul>	60 72
2.4. Les hôpitaux	75
3. Les prestations en nature	78
3.1. Les prestations de soins de santé et de maternité: évolution financière globale	78
<ul><li>3.2. Analyse du détail des prestations en 2006</li><li>3.3. Les prestations de soins de santé à l'étranger</li></ul>	80 86
3.4. Les soins de santé de la population résidente: point de vue statistique	88
4. Les prestations en espèces	104
4.1. Les prestations en espèces de maladie	104
4.2. Les indemnités pécuniaires de maternité	111
5. Données financières 5.1. Le système de financement	<b>114</b> 114
5.1. Le systeme de infancement 5.2. Situation financière : résultats et prévisions à court terme	116
5.3. Les mécanismes de contrôle	124

ASSURANCE DEPENDANCE	127
1. Introduction	129
1.1. Le droit aux prestations	129
1.2. L'organisation de l'assurance dépendance	130
2. Les prestations	133
2.1. Les demandes de prestations	133
2.2. Les décisions	134 135
2.3. Les prestations requises     2.4. Les prestations facturées	151
3. Les causes de la dépendance	166
3.1. Les causes de la dépendance d'après la classification CIM10	167
3.2. Les causes de la dépendance selon la classification établie par les médecins de la CEO	170
4. Les prestataires	175
4.1. Les contrats d'aides et de soins	175
4.2. Le personnel	176
4.3. L'aidant informel	178
5. Les données financières	<b>182</b> 182
<ul><li>5.1. Le système de financement</li><li>5.2. Les recettes et dépenses globales de l'assurance dépendance</li></ul>	182
5.3. Les cotisations de l'assurance dépendance	183
5.4. La contribution de l'Etat au financement de l'assurance dépendance	184
5.5. L'évolution financière de l'assurance dépendance	184
5.6. Les valeurs monétaires 5.7. Les comptes financiers	185 187
3.7. Les comptes infanciers	107
ASSURANCE PENSION	191
Introduction	193
	194
Les bénéficiaires de pension     1.1. Le nombre de pensions	194
1.2. Le coefficient de charge	196
2. Caractéristiques des prestations	197
2.1. Le niveau moyen des pensions	197
2.2. Les transferts à l'étranger	199
3. Données financières	200
3.1. Appréciation globale des opérations courantes	200
3.2. Les recettes courantes	201
3.3. Les dépenses courantes 3.4. Les autres dépenses	205 206
3.5. Les opérations sur réserves et sur reports	206
3.6. Les valeurs immobilisées	206
3.7. Les comptes financiers	206
3.8. La réserve de compensation	206
4. Appréciation globale de la situation du régime unique	207
ASSURANCE ACCIDENTS	209
Introduction	211
1. Les principales données statistiques	212
1.1. L'affiliation des entreprises	212
1.2. Statistiques sur les accidents	212
1.3. Les rentes	213
2. Les données financières	214
2.1. L'appréciation globale des opérations courantes	214
2.2. Les dépenses courantes     2.3. Les recettes courantes	215 215
2.3. Les recettes courantes	215

Introduction  1. Situation démographique  2. Situation financière  2.1. Dépenses courantes 2.2. Financement des prestations familiales  INCLUSION SOCIALE  Introduction  1. Evolution du nombre des bénéficiaires 1.1. Le revenu minimum garanti 1.2. L'allocation compensatoire de vie chère 1.3. L'avance et le recouvrement de pensions alimentaires 1.4. L'allocation de chauffage 1.5. Le complément aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique 1.6. Le forfait d'éducation 1.7. Le revenu pour personnes gravement handicapées  2. Niveau moyen et coût des prestations 2.1. Le revenu minimum garanti 2.2. L'allocation compensatoire de vie chère 2.3. L'avance et le recouvrement de pensions alimentaires	217
Introduction	219
1. Situation démographique	221
2. Situation financière	223
2.1. Dépenses courantes	223
2.2. Financement des prestations familiales	227
INCLUSION SOCIALE	229
Introduction	231
1. Evolution du nombre des bénéficiaires	232
1.1. Le revenu minimum garanti	232
1.2. L'allocation compensatoire de vie chère	235
1.3. L'avance et le recouvrement de pensions alimentaires	235
1.4. L'allocation de chauffage	236
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	236
	236
1.7. Le revenu pour personnes gravement handicapées	236
2. Niveau moyen et coût des prestations	237
2.1. Le revenu minimum garanti	237
2.2. L'allocation compensatoire de vie chère	238
2.3. L'avance et le recouvrement de pensions alimentaires	238
2.4. L'allocation de chauffage	239
2.5. Le complément aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique	239
2.6. Le forfait d'éducation	239

### Signes et abréviations

### **UNITÉS MONÉTAIRES:**

Sauf indications contraires données dans les tableaux, les valeurs reproduites sont exprimés en €.

#### SIGNES CONVENTIONNELS UTILISÉS:

... = le renseignement n'est pas disponible

(.) = nombre inclus ailleurs

- = résultat rigoureusement nul

0 = Nombre inférieur à la moitié de l'unité employée.

r = Rupture de série.

Les chiffres décimaux sont précédés d'une virgule.

Les milliers et les millions sont séparés par un espace blanc.

### **DÉCIMALES:**

Les nombres ont été arrondis au dernier chiffre le plus proche, ce qui peut entraîner le cas échéant une différence entre la somme des éléments constituants et le total indiqué.

### LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES :

AEV Actes essentiels de la vie

AVC Allocation compensatoire de vie chère

CAS Code des assurances sociales

CEO Cellule d'évaluation et d'orientation (dépendance)

CIPA Centre intégré pour personnes âgées

CIPAH Centre intégré pour personnes âgées handicapées

Code CIM -10 Classification statistique internationale des maladies et problèmes

de santé connexes 10e révision - organisation mondiale de la santé

DMS Durée moyenne de séjour

MEVS Médecins en voie de formation

MS Maison de soins

NACE Nomenclature générale des activités économiques dans les

communautés européennes

Norme internationale ISO Organisation nationale de normalisation

RGD Règlement grand-ducal
RMG Revenu minimum garanti
SSM Salaire social minimum

#### Organismes et établissements publics

OAS Office des assurances sociales

CCSS Centre commun de la sécurité sociale

CSAS Conseil supérieur des assurances sociales
CAAS Conseil arbitral des assurances sociales

CMSS Contrôle médical de la sécurité sociale

#### Caisses de Maladie

UCM Union des caisses de maladie
CMO Caisse de maladie des ouvriers

CMOA Caisse de maladie des ouvriers de l'Arbed
CMEP Caisse de maladie des employés privés
CMEA Caisse de maladie des employés de l'Arbed

CMFEP Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics
CMFEC Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux

EM-CFL Entraide médicale des chemins de fer luxembourgeois

CMEP -TII Les travailleurs intellectuels indépendants font partie de la caisse

des employés privés

CMPI Caisse de maladie des professions indépendantes

CMA Caisse de maladie agricole

### Caisses de Pension

AVI Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité

CPEP Caisse de pension des employés privés

CPACI Caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels

CPA Caisse de pension agricole

CPFEC Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux

### **Assurance Accidents**

AAA Association d'assurance contre les accidents - section agricole et

forestière

AAI Association d'assurance contre les accidents - section industrielle

**Autres** 

CNPF Caisse nationale des prestations familiales

aloss Association luxembourgeoise des organismes de la sécurité sociale

APE Administration du Personnel de l'Etat

FOA Fonds d'Orientation Agricole
SNAS Service national d'action sociale

FNS Fonds national de solidarité
FDC Fonds de compensation

### Adresses utiles

Ownerland	Advisor	Advisors	<b>T</b> (1(b	<b>T</b> (1(		UDL - have //
Organisme	Adresse	Adresse postale	Téléphone	Télécopieur	email	URL : http://
Ministère de la Sécurité sociale	26, rue Zithe L-2763 Luxembourg	L-2936 Luxembourg	2478-2478	247-86328	info@mss.public.lu	www.mss.public.lu
Ministère de la Famille et de l'Intégration	12-14, avenue Emile Reuter L-2420 Luxembourg	L-2919 Luxembourg	2478-2478	247-86570		www.fm.etat.lu
Ministère du Travail et de l'Emploi	26, rue Zithe L-2763 Luxembourg	L-2939 Luxembourg	247-86100	247-86108	info@mte.public.lu	www.mte.public.lu
Inspection générale de la sécurité sociale	26, rue Zithe L-2763 Luxembourg	boîte postale 1308 L-1013 Luxembourg	2478-2478	247-86225	igss@igss.etat.lu	www.mss.public.lu
Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO)	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2974 Luxembourg	247-86060	247-86061	secretariat@igss.etat.lu	www.mss.public.lu
Centre commun de la sécurité sociale	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2975 Luxembourg	40 141-1	40 44 81		www.ccss.lu
Union des caisses de maladie	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	boîte postale 1023 L-1010 Luxembourg	49 83 31-1	49 83 32		www.ucm.luwww.secu.lu
Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	boîte postale 1342 L-1013 Luxembourg	26 19 13-1	40 78 62		
Conseil arbitral des assurances sociales	16, boulevard de la Foire L-1528 Luxembourg		45 32 86-1	44 32 66		www.mss.public.lu
Conseil supérieur des assurances sociales	2-4, rue Beck L-1222 Luxembourg		26 26 05-1	26 26 05-38		www.mss.public.lu
Service central de la statistique et des études économiques - STATEC	Centre administratif Pierre Werner 13, rue Erasme L-1468 Luxembourg-Kirchberg	boîte postale 304 L-2013 Luxembourg	247-84333	46 42 89		www.statec.public.lu
Caisses de maladie						
Caisse de maladie des ouvriers	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2973 Luxembourg	40 11 2-1	40 06 11		www.cmo.lu
Agences (caisses de maladie des ouvriers)						
Bettembourg	4, route de Mondorf L-3260 Bettembourg	boîte postale 27 L-3201 Bettembourg	51 13 10	51 13 10 - 55		
Clervaux	84, Grand-rue L-9711 Clervaux	boîte postale 36 L-9701 Clervaux	92 11 01	92 11 01 - 55		
Diekirch	16, rue Jean l'Aveugle L-9208 Diekirch	boîte postale 150 L-9202 Diekirch	80 93 13	80 93 13 - 55		
Differdange	9, rue Michel Rodange L-4660 Differdange	boîte postale 11 L-4501 Differdange	58 80 04	58 80 04 - 55		
Dudelange	2, rue de la Libération L-3510 Dudelange	boîte postale 87 L-3401 Dudelange	51 18 43	51 18 43 - 55		
Echternach	Porte St-Willibrord L-6486 Echternach	boîte postale 18 L-6401 Echternach	72 02 50	72 02 50 - 55		
Esch/Alzette	coin Grand-rue et rue de l'Eglise L-4132 Esch/Alzette	boîte postale 332 L-4004 Esch/Alzette	53 05 37	53 05 37 - 55		
Ettelbruck	Place Marie-Adélaide L-9063 Ettelbruck	boîte postale 115 L-9002 Ettelbruck	81 01 62	81 01 62 - 55		
Goodyear Colmar-Berg	avenue Gordon Smith L-7750 Colmar-Berg	boîte postale 2 L-7701 Colmar-Berg	81 99-2268	81 99 - 5268		
Grevenmacher	9, rue de Centenaire L-6719 Grevenmacher	boîte postale 37 L-6701 Grevenmacher	75 02 97	75 02 97 - 55		
Luxembourg-Ville	8, boulevard Royal L-2449 Luxembourg		47 17 84	47 17 84 - 55		

Organisme	Adresse	Adresse postale	Téléphone	Télécopieur	email	URL : http://
Luxembourg-Hollerich	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg		40 112 - 1	40 06 11		
Mersch	Topaze shopping center route de Colmar-Berg L-7525 Mersch	boîte postale 92 L-7501 Mersch	32 00 65	32 00 65 - 55		
Rédange-Attert	33, Grand-rue L-8510 Rédange-Attert	boîte postale 32 L-8501 Rédange-Attert	23 62 10 62	23 62 10 62 - 55		
Remich	6, avenue Lamort-Velter L-5574 Remich	boîte postale 8 L-5501 Remich	23 66 90 09	23 66 90 09-55		
Rumelange	Place GD. Charlotte L-3710 Rumelange	boîte postale 22 L-3701 Rumelange	56 50 40	56 50 40-55		
Steinfort	Hôtel de Ville L-8443 Steinfort	boîte postale 43 L-8401 Steinfort	39 00 61	39 00 61-55		
Wiltz	6, Grand'Rue L-9530 Wiltz	boîte postale 107 L-9502 Wiltz	95 80 37	95 80 37-55		
Caisse de maladie de l'Arbed	Portail Neudorf	L-4006 Esch/Alzette	53 13-3702 53 13-3703	53 13-3799		
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics	32, avenue Marie-Thérèse L-2132 Luxembourg	L-2091 Luxembourg	45 16 81	45 67 50		
Caisse de maladie des employés privés	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2972 Luxembourg	40 11 31	48 76 17	cmep1@pt.lu	www.cmep.lu
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux	20, avenue Emile Reuter L-2420 Luxembourg	boîte postale 328 L-2013 Luxembourg	45 05 15	45 02 01-222		
Entraide médicale des chemins de fer luxembourgeois	13, Place de la Gare L-1616 Luxembourg	boîte postale 1803 L-1018 Luxembourg	49 90-3416	49 90-4501		
Caisse de maladie des professions indépendantes	39, rue Glesener L-1631 Luxembourg		40 52 02-1	40 52 02-218		
Caisse de maladie agricole	2, rue du Fort Wallis L-2714 Luxembourg	L-2969 Luxembourg	40 51 15-1	48 56 85		
Caisses de pension						
Établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2977 Luxembourg	26 19 14-1	49 53 33		www.avi.lu
Caisse de pension des employés privés	1a, bld Prince Henri L-1724 Luxembourg	L-2096 Luxembourg	22 41 41-1	46 40 73		www.cpep.lu
Caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels	39, rue Glesener L-1631 Luxembourg		40 52 02-1	40 52 02-230		www.cpaci.lu
Caisse de pension agricole	2, rue du Fort Walli L-2714 Luxembourg	L-2969 Luxembourg	40 51 15-1	48 56 85		www.cpag.lu
Administration du personnel de l'État - Division du personnel retraité	63, avenue de la Liberté L-1931 Luxembourg	boîte postale 1204 L-1012 Luxembourg	247-83200	26 48 36 12	info@ape.public.lu	www.ape.public.lu
Association d'assurance contre les accidents	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2976 Luxembourg	26 19 15-1	49 53 35		www.aaa.lu
Caisse nationale des prestations familiales	Bureaux :1a, bld. Prince Henri L-1724 Luxembourg Guichets : 34, av.de la Porte Neuve L-2227 Luxembourg	boîte postale 394 L-2013 Luxembourg	477153-1 Prest.familiales 477153-305/347/349 (congé parental)	47 71 53-328 47 71 53-348 (congé parental)		www.cnpf.lu
Administration de l'emploi	10, rue Bender L-1229 Luxembourg	boîte postale 2208 L-1022 Luxembourg	247-85300	40 61 40	info@adem.public.lu	www.adem.public.lu
Fonds national de solidarité	8-10, rue de la Fonderie L-1531 Luxembourg	boîte postale 2411 L-1024 Luxembourg	49 10 81-1	26 12 34 64		
Service national d'action sociale	12-14, avenue Emile Reuter L-2420 Luxembourg	L-2919 Luxembourg	247-83636	40 47 06		www.snas.etat.lu

APERCU GLOBAL SUR LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG

**POPULATION PROTEGEE** 

**ASSURANCE MALADIE-MATERNITE** 

**ASSURANCE DEPENDANCE** 

**ASSURANCE PENSION** 

**ASSURANCE ACCIDENTS** 

**PRESTATIONS FAMILIALES** 

**INCLUSION SOCIALE** 

# APERCU GLOBAL SUR LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG

### Le système de la protection sociale au Luxembourg

Le système de la protection sociale au Luxembourg garantit l'accès à des soins de santé et de longue durée de haut niveau, des prestations de chômage et des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie adéquates et à un minimum de revenu permettant de disposer d'un niveau de vie décent. Le système est basé sur une gestion tripartite, dans lequel le rôle de l'Etat est prépondérant en matière de financement, de gestion et d'organisation. Un élément caractéristique du système est l'harmonisation des mécanismes de financement pour toutes les prestations, organisé autour de deux grands principes: l'autonomie administrative et financière des institutions et leur gestion par les partenaires sociaux.

Le système de la protection sociale garantit le libre accès aux prestations des régimes de la sécurité sociale par le biais d'une affiliation obligatoire pour toute occupation professionnelle rémunérée. Il en est de même pour les personnes bénéficiant d'un revenu de remplacement et pour les bénéficiaires du revenu minimum garanti, qui ne bénéficient pas d'une protection à un autre titre. Des droits dérivés étendent les prestations des régimes au conjoint, au partenaire en communauté de vie et aux enfants légitimes, légitimés, naturels et adoptifs de l'assuré principal.

Les principes fondamentaux du régime de santé reposent sur le libre choix du médecin, l'accès direct aux médecins spécialistes et aux policliniques hospitalières ainsi que sur la prise en charge des frais générés par les soins et l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie.

En cas d'incapacité de travail, pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, ou dans le cas où la situation du travailleur est telle qu'il se trouve sans emploi pour des raisons indépendantes de sa volonté, la politique sociale vise à procurer des revenus de remplacement dans le but de maintenir son niveau de vie. Tout assuré a droit à la pension minimum après 40 années de carrière, et ceci indépendamment du montant des cotisations versées au cours de sa carrière active.

En matière d'aide au revenu, le Luxembourg dispose d'un filet de sécurité à approche universaliste qui prévoit une garantie de moyens d'existence assurant une vie décente. L'aide au revenu est fondée sur un droit et, en tant qu'expression de la solidarité nationale, contribue à préserver la cohésion sociale.

La politique familiale, basée sur le principe de la justice distributive, constitue un élément central de la politique sociale dans sa double composante de prestations en nature et de compensations financières (directes sous forme d'allocations familiales ou indirectes par le biais de la politique fiscale).

### 2. Evaluation de la situation socio-économique au Luxembourg

#### 2.1. Croissance économique et finances publiques

Au cours des 15 dernières années le Luxembourg a connu une performance économique enviable avec des taux de croissance de l'économie envoisinant les 8,5% en 1991, 1999 et 2000. Après des années de croissance relativement faible en 2001 et 2003, le rythme de l'activité économique a repris pour atteindre 5,0% en 2005 et 6,1% en 2006.<sup>1)</sup> Cette envolée de la croissance économique a été largement favorisée par la forte expansion du secteur financier. Tandis que la demande de travail dans l'industrie a diminué, elle a connu une extraordinaire expansion dans le secteur tertiaire. Cette demande, ne pouvant être satisfaite par la main-d'œuvre autochtone et les travailleurs immigrés, le recours, à partir de 1985, aux travailleurs frontaliers résidant dans l'un des pays limitrophes, n'a cessé de se développer.

Les finances publiques se sont fortement dégradées au cours des dernières années et le solde budgétaire des administrations publiques a basculé d'un excédent de 6,0% du PIB en 2000 à un déficit de 1,2% en 2004 et de 0,1% en 2005. Le solde public est de 0,7% en 2006. La dette publique n'a évolué que marginalement au cours des dernières années (6,6% en 2006) 1).

Les dépenses pour prestations sociales s'élèvent à 21,8% du PIB en 2004 (vieillesse et survie 8,0%, soins de santé 5,4%, prestations familiales 3,8%, invalidité, y compris soins de longue durée, 3,0%, chômage et mesures de mise au travail 1,0% et inclusion sociale/logement 0,7%)<sup>2)</sup>.

### 2.2. Démographie

Le Luxembourg compte 459 500 habitants en 2006<sup>3)</sup>. En 1990, la population était de 379 300. La proportion de la population âgée de 60 ans et plus, relativement à la population âgée de 20 à 59 ans, est constante au cours des 15 années dernières et se situe autour de 33%<sup>4)</sup>. L'accroissement naturel de la population est passé de quelques 1 163 unités en 1990 à un solde de 1 748 unités en 2006<sup>5)</sup>. Entre 1990 et 2006, le solde migratoire oscille entre 2 000 et 4 000 personnes, dépassant ainsi largement l'accroissement naturel. La population s'est accrue en moyenne de plus de 1% par année entre 1990 et 2006<sup>6</sup>). En 2005, la population de nationalité étrangère représente 277 600 personnes (177 400 autochtones)<sup>7)</sup>.

En 2005 l'espérance de vie à la naissance s'élève à 82,2 ans pour les femmes et à 76,3 ans pour les hommes<sup>8)</sup>. En 1990, ces valeurs ont été 78,7 et 72,4 respectivement. En 2005, le taux de fécondité (estimateur du nombre de naissances par femme) s'élève à 1,709 et l'âge moyen à la maternité à 29,7 ans (27,8 ans en 1990).

Le taux de mortalité infantile connaît une forte diminution entre 1980 et 2005. Si en 1995, le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pendant l'année sur 1000 naissances vivantes au cours de cette même année était de 11,5, il se situe à 2,6 en 2005<sup>10)</sup>. Les maladies de l'appareil circulatoire représentent la cause de décès principale chez les hommes (271,7 décès sur 100 000 habitants) et chez les femmes (191,4 décès sur 100 000 habitants)<sup>11)</sup>.

#### Indicateurs disponibles sur le système d'information sur la protection sociale et la santé: www.statsecu.etat.lu

- 1) IND 33 Contexte économique général 2) IND 158 Dépenses de protection sociale selon la méthodologie Sespros IND 25 3) Population au 1er janvier par sexe et groupe guinguennal d'âge 4) IND 26 Indicateurs de structure de la population au 1er janvier IND 35 Mouvement de la population: accroissement naturel et solde migratoire 5) IND 38 Croissance de la population au 1er janvier par sexe et groupe guinguennal d'âge 6) 7) IND 34 Population par sexe et nationalité 8) IND 28 Espérance de vie par sexe et âge IND 27 9) Indicateurs de fécondité
- Taux de mortalité infantile 11) IND 29 Causes décès - Taux de mortalité standardisé

10) IND 48

### 2.3. Emploi et chômage

En 2006 l'emploi domestique compte 318 600 personnes et est caractérisé par une participation des travailleurs frontaliers de 117 400<sup>12)</sup>. Depuis 1995, il a connu une progression de 3,6% en moyenne annuelle<sup>13)</sup>. Tandis que l'emploi national n'a progressé que de 1,7% en moyenne, l'emploi frontalier a connu une progression moyenne de 8,7% au cours de la période 1995-2006.

Le taux de participation au marché du travail des hommes âgés entre 25 et 55 ans est proche de 93% sur la période 1992-2006<sup>14)</sup>. Le taux de participation des femmes pour la même tranche d'âge a connu un développement considérable au cours des 15 dernières années: il est passé de 53,0% en 1990 à 69,5% en 2006. En ce qui concerne le taux de participation des travailleurs âgés, une légère hausse s'observe chez les hommes (35,1% en 1992 et 38,7% en 2006) tandis que la participation au marché du travail des femmes âgées est passée de 15,0% en 1992 à 27,8% en 2006.

L'âge moyen de sortie du marché du travail applicable à la population résidente seule a fortement progressé depuis quelques années. En 2005, l'âge moyen de départ à la retraite est de 59 ans<sup>15)</sup>.

Le taux de chômage des travailleurs masculins âgés de plus de 24 ans est passé de 1,0% en 1990 à 2,5% en 2006<sup>16)</sup>. Le taux respectif pour les femmes connaît une évolution plus accentuée de 1,9% à 5,5%. Le taux de chômage des jeunes de moins de 25 ans dépasse largement le seuil des 10% depuis quelques années.

#### 2.4. Ménages et revenus

3% des ménages sont des ménages monoparentaux et 32% des résidents forment des ménages de deux adultes avec deux enfants et plus. 4% des ménages sont formés par un adulte de 65 ans et plus et 9% sont composés par deux adultes, dont l'un a au moins 65 ans et plus. 57% des ménages comprennent des enfants dépendants. Ce rapport n'a guère évolué entre 1995 et 2005<sup>17</sup>).

Le pourcentage de la population résidente ayant atteint au plus un niveau d'éducation secondaire inférieur s'est continuellement affaibli entre 1992 et 2006. En 2006, 45% de la population âgée entre 55 et 64 ans est caractérisée par un niveau d'éducation secondaire inférieur. Ce rapport diminue à 22% dans le cas de la population âgée entre 25 et 34 ans 18).

En moyenne, sur la période 1995-2003, 76% des ménages étaient propriétaires de leur logement 19).

Le niveau du revenu des ménages, exprimé en standards de pouvoir d'achat, est fort élevé au Luxembourg. Ainsi le revenu moyen net d'un ouvrier célibataire sans enfants dans le secteur de l'industrie est de plus de 27 000 EUR pour l'année 2004. Le revenu annuel d'un ménage formé de deux adultes, dont un gagne le salaire moyen, et de deux enfants est de plus de 36 000 EUR en 2004<sup>20)</sup>. En tenant compte des parités de pouvoir d'achat, ces revenus dépassent largement ceux des ménages des pays limitrophes. Le taux de prélèvement (impôts et cotisations sociales) sur les revenus (y compris les revenus de remplacement et les allocations familiales) et proche de 0% dans le cas d'un couple marié dont le revenu équivaut au revenu moyen<sup>21)</sup>. Ce taux est de 26% pour un célibataire et de 15% dans le cas d'un couple ayant un salaire équivalent au double du salaire moyen. Reste à constater que l'écart de revenu entre hommes et femmes connaît une diminution continuelle entre 1995 et 2005 : si en 1995 le revenu horaire brut des femmes représentait en moyenne 81% de celui des hommes, ce rapport est monté à 86% en 2005<sup>22)</sup>.

Le revenu annuel médian équivalent (26 305 EUR) pour un ménage formé de deux adultes, dont l'un a au moins 65 ans, dépasse le revenu annuel médian d'un ménage formé de deux adultes avec deux enfants à charge (24 456 EUR). Les ménages monoparentaux avec enfants à charge et les ménages composés de deux adultes avec trois enfants et plus à charge ont les revenus annuels les plus faibles (20 868 EUR respectivement 23 793 EUR)<sup>23)24)</sup>.Le risque d'exposition à la pauvreté est particulièrement élevé pour les familles monoparentales (32%) et les familles nombreuses (20%) <sup>25)</sup>.

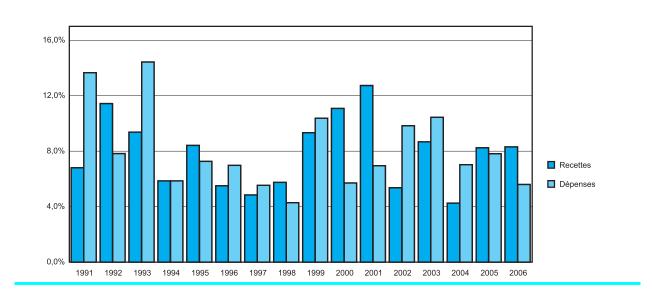
```
12) IND 36
              Emploi intérieur
13) IND 37
              Croissance de l'emploi intérieur
14) IND 32
               Emploi: taux de participation par sexe et par tranches d'âge
15) IND 60
              Âge moven de sortie du marché du travail
16) IND 30
              Taux de chômage par sexe et par tranches d'âge
17) IND 41
              Distribution de la population par type de ménage
18) IND 31
              Pourcentage de la population ayant atteint au plus un niveau d'éducation secondaire inférieur par tranches d'âge
19) IND 22
              Population par statut d'occupation du logement
20) IND 24
              Composition du revenu annuel (en SPA)
21) IND 23
              Taux de prélèvement sur les revenus
22) IND 42
              Ecart de rémunération entre hommes et femmes (en %)
23) IND 40
              Revenu médian par type de ménage (en SPA)
24) IND 63
              Revenu par type de ménage en % du revenu de l'ensemble des ménages
25) IND 20
              Taux de risque de pauvreté par type de ménage
```

### 3. Recettes et dépenses de la protection sociale au Luxembourg

#### 3.1. Situation globale

Les recettes courantes s'élèvent à 7 569,3 millions EUR en 2006, présentant une progression de 8,3% en comparaison avec l'année 2005 (6 989,0 millions EUR). Les dépenses courantes atteignent 6 933,2 millions EUR ce qui représente une augmentation de 5,6% par rapport à l'année 2005 (6 567,0 millions EUR). L'année 2006 termine avec un solde global positif de 636,0 millions EUR (422,0 millions EUR en 2005).

Graphique 1. - Croissance annuelle des recettes et dépenses courantes des régimes de protection sociale entre 1990 et 2006

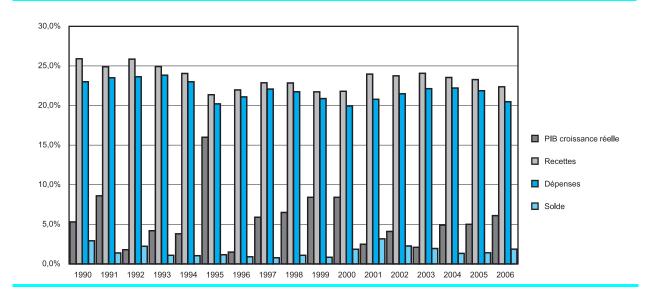


Concernant les dépenses, l'analyse des séries temporelles révèle des pointes de croissance multiples entre 1990 et 2006. En 1991, une augmentation substantielle des prestations de pension génère une croissance de 13,7% en valeur nominale. Une hausse des prestations familiales est entre autres à l'origine du pic en 1993. L'introduction de l'assurance dépendance en 1999 fait remonter la croissance annuelle à 10,4%. L'adaptation des prestations du régime assurance pension en 2002 accompagnée de l'introduction d'un forfait d'éducation provoquent les taux soutenus en 2002 et 2003.

Concernant les recettes, les taux de croissance en 1992 et 1993 sont générés par des recettes de cotisations supplémentaires. La pointe en 1995 résulte de versements supplémentaires ponctuels de l'Etat en faveur des régimes assurance maladie-maternité et prestations familiales. La croissance des recettes entre 1998 et 2000 découle d'un environnement économique extrêmement favorable. Les taux de croissance observés entre 2001 et 2003 ne reflètent pas la véritable progression des recettes. Suite à des procédures comptables introduites à partir de 2001 relatives au calcul des cotisations, le taux de croissance présenté pour 2001 est surestimé tandis que celui de 2002 est sous-estimé. La véritable croissance va de paire avec celle du marché du travail, à savoir un ralentissement.

En 2006 les recettes courantes représentent 22,4% du PIB tandis que les dépenses courantes sont à 20,5% du PIB. Le solde global revient à 1,9% du PIB.

Graphique 2. - Progression du PIB en valeur et variation des recettes, des dépenses et du solde en fonction du PIB entre 1990 et 2006

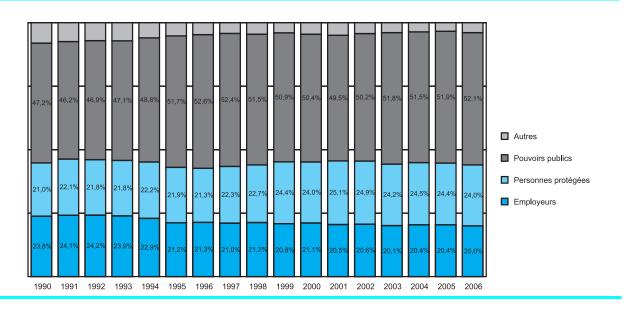


Généralement l'évolution des recettes et dépenses en fonction du PIB est semblable du fait que les dispositions de financement prévoient une participation directe de l'Etat dans certaines prestations ou bien suivent le mouvement grâce à l'effet combiné de l'évolution dynamique de l'emploi, de la fixation des taux de cotisations et de la hausse des rémunérations. L'inertie des recettes et des dépenses de protection sociale implique que le poids des prestations de sécurité sociale dans le PIB ainsi que le rapport entre les recettes des régimes de protection sociale et le PIB évoluent de manière anticyclique en fonction de la croissance économique.

#### 3.2. Les sources de financement

Les cotisations des employeurs (hors secteur public) représentent 20,0% des recettes courantes en 2006 tandis que la participation des personnes protégées revient à 24,0%. Les pouvoirs publics interviennent pour 52,1%. (Note méthodologique: les pouvoirs publics regroupent les contributions publiques, y compris les cotisations patronales du secteur public). En termes nominaux, les contributions des employeurs progressent de 6,2%, celles des personnes protégées de 6,7% et celle des pouvoirs publics de 8,7% (8,2%, 7,5% et 9,1% pour 2005).

Graphique 3. - Contribution des pouvoirs publics, des personnes protégées et des employeurs au financement des régimes de protection sociale entre 1990 et 2006

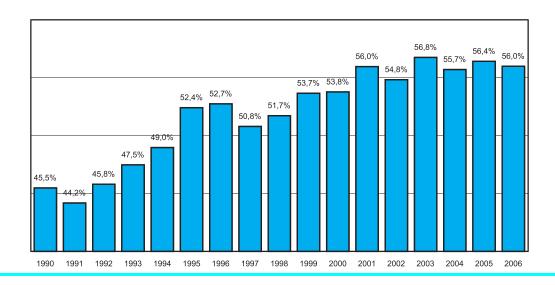


Entre 1990 et 2006 une diminution des charges sociales des employeurs va de pair avec une augmentation de la participation des personnes protégées au financement de la sécurité sociale. En premier lieu ont été abolies à partir de 1994 les cotisations aux allocations familiales à charge des employeurs du secteur privé ainsi que celles à charge des professions des non-salariés en 1999. Le taux moyen de cotisation à l'assurance contre les accidents a été réduit en contrepartie des hausses successives des taux de cotisation de l'assurance maladie. La part du prélèvement sur les salaires des ménages s'est amplifiée suite aux hausses successives des taux de cotisations de l'assurance maladie, la retenue de cotisations pour l'assurance pension dans le cadre des régimes spéciaux, et à l'introduction de la contribution pour l'assurance dépendance.

Dans le contexte de la forte croissance économique, le marché du travail au Luxembourg a connu un dynamisme extraordinaire. Le taux de participation des non-résidents à l'emploi salarié intérieur est proche de 40% (dépassant la proportion des salariés de nationalité luxembourgeoise). Les non-résidents participent avec 39,4% à la contribution des personnes protégées au régime assurance pension. Pour les régimes assurance maladie-maternité, assurance dépendance et assurance accidents, ces taux sont respectivement 32,3%, 29,6% et 10,2% (moyennes sur la période 2004-2006).

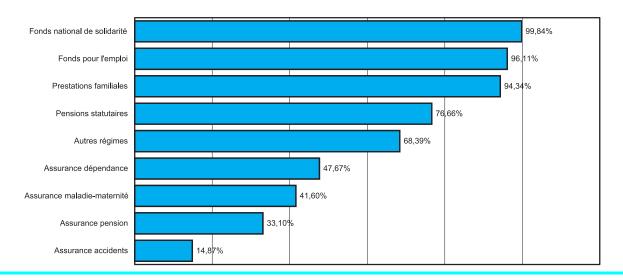
Une croissance soutenue des dépenses budgétaires en faveur des régimes de protection sociale est à observer entre 1990 et 2006, passant de 45,5% à 56,0%. Les pointes ponctuelles observables pour la période 1995-1996 sont à mettre en relation avec la situation conjoncturelle globale. En temps de conjoncture faible la rigidité des dépenses budgétaires envers la protection sociale implique des taux plus élevés. La participation élevée à partir de 2003 résulte de la contribution de l'Etat au financement de la prestation du forfait d'éducation liquidée par le régime Fonds national de solidarité et au financement des prestations du régime assurance dépendance.

Graphique 4. - Participation de l'Etat aux recettes courantes de la protection sociale en fonction du budget des dépenses courantes de l'Etat en 2006



La participation de l'Etat au régime assurance accidents est minoritaire. La majorité du financement de cette prestation étant assumée par les employeurs. L'assurance pension est financée par une participation identique de la part des employeurs, des personnes protégées et des pouvoirs publics. Le financement de l'assurance maladie-maternité dépend du risque couvert. Les cotisations pour prestations en espèces (à l'exception des prestations de maternité) se répartissent par parts égales entre les personnes protégées et les employeurs. Les pouvoirs publics font un support de 10% des cotisations. La répartition entre employeurs et personnes protégées est identique pour les prestations en nature. Les pouvoirs publics participent à raison de 37% des cotisations. L'assurance maternité est entièrement à charge de l'Etat. Les pouvoirs publics contribuent au financement de l'assurance dépendance à raison de 45% des dépenses totales, le restant étant financé par les personnes protégées. Les pensions statutaires sont majoritairement financées par les pouvoirs publics. Les recettes des régimes prestations familiales, du Fonds pour l'emploi et du Fonds national de solidarité proviennent principalement des pouvoirs publics. Aucune cotisation n'est payée pour ces trois régimes.

Graphique 5. - Participation de l'Etat au financement des différents régimes de protection sociale 1)

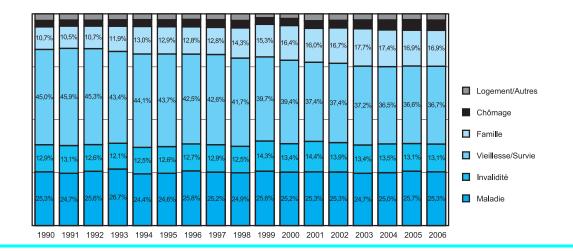


<sup>1)</sup> Valeurs moyennes sur la période 2004-2006.

### 3.3. Les dépenses de la protection sociale

En 2006 les dépenses courantes sont constituées à raison de 97,9% de prestations dont 69,8% représentent des prestations en espèces et 30,2% des prestations en nature. Les prestations de vieillesse et de survie représentent 36,7% et les prestations de soins de santé 25,3%.

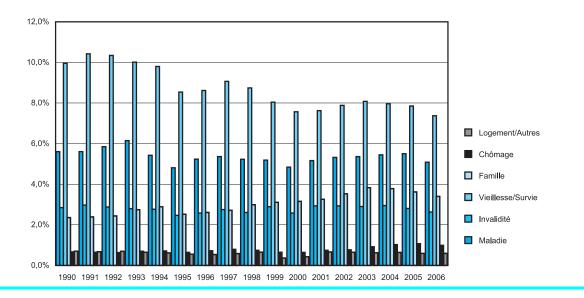
Graphique 6. - Répartition des prestations de protection sociale par rapport au total des prestations entre 1990 et 2006



Les séries temporelles montrent que le poids des prestations de vieillesse diminue constamment tandis que les prestations familiales sont en croissance continue depuis 1990. Ceci est dû au relèvement du montant nominal des allocations familiales, à l'introduction d'un congé parental et à l'expansion des prestations aux travailleurs frontaliers.

En 2006 les prestations de vieillesse et de survie représentent 7,4% du PIB. Les soins de santé forment 5,1% du PIB, les prestations familiales interviennent pour 3,4% et les prestations d'invalidité comptent pour 2,6%. Les prestations de vieillesse et de maladie absorbent une part importante du PIB et leur progression relative s'explique d'une part par la croissance soutenue des dépenses courantes et d'autre part par un rythme de progression freiné du PIB.

Graphique 7. - Evolution des prestations de protection sociale par rapport au PIB entre 1990 à 2006



Le taux de participation élevé de 40% des non-résidents à l'emploi salarié intérieur implique qu'une partie non-négligeable des prestations en espèces est exportée à l'étranger. Concernant le régime assurance maladie-maternité 49,2% des prestations reviennent aux bénéficiaires non-résidents. 39,8% des prestations du régime prestations familiales, 35,2% des prestations du régime assurance accidents et 17,7% du régime assurance pension sont exportées à l'étranger (moyenne sur la période 2004-2006). L'explication du taux faible relatif à l'assurance pension est multiple. Au cours des dernières cinquante années le rythme d'expansion de l'économie a dépassé celui de la démographie et le déficit n'a pu être comblé que grâce à l'apport fourni par une immigration soutenue. D'une part une partie non-négligeable des immigrants s'est implantée au Luxembourg, d'autre part, comme le montant des pensions est étroitement lié à la durée d'affiliation, les carrières partielles des travailleurs migrants retournant dans leur pays d'origine font que le taux des transferts à l'étranger reste réduit. Par contre, l'afflux d'une population active non-résidente relativement jeune au cours des dernières années sur le marché du travail fait que les frontaliers ne sont pas encore éligibles pour une prestation de pension.

Tableau 1 Evolution des transferts de prestations sociales à l'étranger (en millions EUR)									
Année	Assurance malad	ie-maternité	Assurance dépendance	Assurance pension	Prestations familiales	Assurance accidents	Total		
	Prestations en espèces	Prestations en nature	Prestations en nature	Prestations en espèces	Prestations en espèces	Prestation en espèces	Prestations en espèces	Prestations en nature	
1980		15,7		28,8	6,8	6,0	41,7	15,7	
1990		57,8		84,6	22,9	11,8	119,3	57,8	
1995		123,6		165,6	52,5	21,8	239,9	123,6	
2001	80,6	89,3	0,1	259,8	201,5	38,5	580,4	89,4	
2002	97,3	75,8	0,0	296,7	254,9	43,2	692,1	75,9	
2003	106,1	155,0	1,7	329,4	278,5	47,4	761,4	156,8	
2004	109,6	166,9	2,1	350,3	300,1	48,4	808,4	169,0	
2005	120,9	159,3	3,1	385,7	317,5	47,9	872,0	162,3	
2006	119,6	153,4	2,9	417,6	343,6	60,5	941,3	156,3	

Le tableau 2 résume les recettes et dépenses totales de protection sociale pour la période 2005-2006.

### 3.4. Les recettes et dépenses totales de la protection sociale

Tablea	au 2 Les recettes et dépense	s totales de	la protect	ion sociale	(en millior	ns EUR)					
		Assurance pension	Assurance pension statutaire	Assurance maladie	Assurance dépendance	Caisse nationale des prestations familiales	Fonds pour l'emploi	Fonds national de solidarité	Assurance accidents	Autres régimes	
	Recettes										Total
	Cotisations employeurs	806,5	508,0	392,6	0,0	45,6	0,0	0,0	153,9	97,9	2 004,6
	Cotisations personnes protégées	969,0	135,2	518,7	157,4	0,0	0,0	0,0	6,1	29,8	1 816,2
	Cotisations réacheminées	43,1	0,0	106,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	150,4
	Recettes fiscales	967,2	0,0	662,8	151,6	770,1	355,4	193,9	29,7	318,1	3 448,9
	Transferts entre régimes	0,5	35,3	0,0	0,0	14,9	26,9	0,0	0,0	0,0	77,5
	Autres recettes	225,7	0,0	15,8	2,7	0,7	14,2	0,2	13,0	27,4	299,7
	Prélèvements	0,0	0,0	5,9	19,5	0,0	0,0	0,0	20,7	2,5	48,7
	Total	3 012,1	678,4	1 701,9	331,2	831,3	396,5	194,1	224,7	475,7	7 845,9
2006		ŕ	ŕ	,	,	,	ŕ	,	,	ŕ	ŕ
ā	Dépenses										Total
	Prestations en espèces	2 202,9	660,3	240,3	7,6	818,3	324,8	169,0	173,5	140,3	4 737,0
	Prestations en nature	0,0	0,0	1 374,6	314,1	0,0	0,0	14,1	35,7	313,8	2 052,2
	Cotisations réacheminées	63,1	16,4	25,7	2,8	1,5	22,6	6,1	2,9	9,3	150,4
	Frais de fonctionnement	20,5	0,0	49,8	4,1	10,3	0,0	4,4	9,3	7,7	106,1
	Transferts entre régimes	53,5	1,7	3,2	0,0	1,2	14,9	0,4	2,7	0,0	77,5
	Autres dépenses	36,8	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	37,9
	Dotations	635,4	0,0	7,8	2,6	0,0	34,2	0,1	0,0	4,6	684,7
	Total	3 012,1	678,4	1 701,9	331,2	831,3	396,5	194,1	224,7	475,7	7 845,9
		·	·				·	·			·
	Recettes										Total
	Cotisations employeurs	751,0	490,3	367,5	0,0	43,5	0,0	0,0	165,5	81,5	1 899,2
	Cotisations personnes protégées	909,3	128,4	488,8	145,9	0,0	0,0	0,0	6,5	23,2	1 702,0
	Cotisations réacheminées	41,4	0,0	101,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	143,9
	Recettes fiscales	918,8	0,0	621,1	141,9	728,8	271,3	154,0	33,1	283,1	3 152,1
	Transferts entre régimes	0,5	29,7	0,0	0,0	16,1	27,8	28,0	0,0	0,0	102,2
	Autres recettes	164,3	0,0	15,6	2,1	0,5	13,0	0,4	12,0	27,6	235,7
	Prélèvements	0,0	0,0	68,8	13,5	0,0	41,3	0,0	3,4	2,7	129,7
2002	Total	2 785,3	648,4	1 662,8	303,5	788,9	353,3	182,4	222,0	418,1	7 364,8
8	Dépenses										Total
	Prestations en espèces	2 102,9	630,8	237,0	8,1	776,5	315,2	159,2	147,8	118,6	4 496,0
	Prestations en nature	0,0	0,0	1 331,2	286,2	0,0	0,0	12,3	36,5	279,0	1 945,2
	Cotisations réacheminées	60,4	15,6	25,5	2,3	1,5	22,1	6,5	2,3	7,8	143,9
	Frais de fonctionnement	19,7	0,0	50,6	4,0	9,8	0,0	4,1	8,3	8,6	105,1
	Transferts entre régimes	76,2	1,9	3,2	0,0	1,2	16,1	0,4	3,0	0,0	102,2
	Autres dépenses	20,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	-0,2	20,7
	Dotations	506,1	0,0	15,2	2,8	0,0	0,0	0,0	23,4	4,3	551,7
	Total	2 785,3	648,4	1 662,8	303,5	788,9	353,3	182,4	222,0	418,1	7 364,8

## **POPULATION PROTÉGÉE**

### Personnes protégées

Ce chapitre propose une analyse du champ des personnes protégées contre les risques reconnus par la sécurité sociale luxembourgeoise.

L'affiliation aux différents régimes de sécurité sociale se fait *obligatoirement* en raison de l'exercice d'une occupation professionnelle rémunérée. Les règles d'organisation de la sécurité sociale veulent que les personnes concernées soient assurées auprès des organismes compétents pour leur groupe socio-professionnel et selon les risques à couvrir. En dehors des personnes assurées obligatoirement du chef de leur occupation professionnelle il y a celles qui le sont du fait qu'elles touchent un revenu de remplacement. Les revenus de remplacement pour les assurés actifs sont :

- indemnité pécuniaire de maladie, accident, maternité ou congé d'accueil,
- indemnité de chômage ou de préretraite,
- congé parental,
- revenu minimum garanti.

Pour les assurés pensionnés, on peut citer les pensions d'invalidité, de vieillesse et de survie.

Sous certaines conditions, une assurance volontaire est possible.

Les *droits dérivés* sont des droits dont peuvent se prévaloir d'autres personnes que celles qui ont payé des cotisations. Il s'agit généralement des membres de famille (conjoints ou enfants des cotisants).

En assurance maladie, le bénéfice des prestations en nature s'étend aux membres de famille à condition que les intéressés ne soient pas affiliés personnellement et, sauf en cas d'études ou de formation professionnelle, qu'ils résident au Luxembourg. Chaque membre de famille n'est protégé que dans le chef d'un seul assuré principal, à savoir celui avec qui il vit en communauté domestique ou qui lui assure l'éducation et l'entretien.

Les droits dérivés en matière d'assurance pension et d'assurance accident sont les prestations de réversion. Des pensions et des rentes de réversion sont prévues au profit des conjoints et des partenaires, ainsi que pour les orphelins en cas de décès de l'assuré principal soutien de la famille.

Le champ des personnes protégées en assurance dépendance est identique à celui de l'assurance maladie soins de santé.

Pour les prestations familiales, le champ des cotisants se limite aux assurés actifs. Les seuls chiffres connus de protection sont identiques aux nombres des bénéficiaires. Leur détail est renseigné dans le chapitre " prestations familiales ".

Le présent chapitre se limite à la population protégée de l'assurance maladie-maternité, de l'assurance dépendance et de l'assurance pension. Puisqu'un des piliers du financement de la sécurité sociale est constitué par les cotisations des assurés actifs, le chapitre est complété par un aperçu sur la situation de l'emploi au Grand-Duché.

Etant donné que la sécurité sociale luxembourgeoise est organisée selon le principe de l'unicité d'affilitation, les principales catégories des assurés actifs en assurance maladie et assurance pension sont identiques.

Tableau 1. - Assurés actifs obligatoires de l'assurance maladie et l'assurance pension pour 2006 (moyenne annuelle)

		dont régimes pension statutaires
Ouvriers	130 800	
Employés	146 800	
Fonctionnaires	24 600	24 600
Indépendants	17 450	
Bénéficiaires d'une indemnité de chômage	5 600	
Bénéficiaires d'un congé parental	2 000	140
Bénéficiaires d'une indemnité de préretraite	1 250	20
Pensionnés actifs	1 900	30
Total	330 400	24 790

Cependant il existe de légères différences dans l'obligation d'affiliation selon les différents risques. Ainsi 40 personnes ne sont plus admises à l'assurance pension puisqu'elles ont dépassé l'âge de 65 ans. Environ 80 personnes exerçant pendant une durée ne dépassant pas une année une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime de pension à l'étranger peuvent être dispensées sur demande. L'employeur doit néanmoins la part de cotisation lui incombant. Pour les 4 600 bénéficiaires du revenu minimum garanti affiliés obligatoirement à l'assurance maladie, l'affiliation à l'assurance pension est liée à une condition de stage de 25 ans de cotisations préalable. L'assurance dépendance paie les cotisations assurance pension pour les personnes assurant des aides et soins à des personnes dépendantes, tout comme les organismes agréés le font pour les assistant(e)s maternel(le)s.

Pour ceux des pensionnés actifs qui exercent une occupation salariée (980 personnes), la cotisation à l'assurance pension est due comme en cas d'assujettissement. La moitié du montant nominal de la cotisation est remboursée à l'assuré sur demande par année de calendrier.

### Assurance maladie-maternité

Cette section analyse l'évolution de la moyenne annuelle de personnes recensées au dernier du mois. Dans le contexte des statistiques de cette section le " nombre " exprime:

- des personnes protégées ayant droit aux prestations en nature en cas de maladie ou de maternité;
- des assurés du système des indemnités pécuniaires de maladie.

L'année correspond à l'année du calendrier.

Par "personnes protégées" on entend toutes les personnes qui reçoivent de la part de l'assurance maladie des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité. Ces personnes sont ou bien des assurés cotisants ou bien ils profitent de droits dérivés (généralement de la part du conjoint ou des parents).

A noter que les prestations en espèces en cas de maladie ou de maternité sont réservées aux assurés actifs, relevant d'une des deux gestions concernant les prestations en espèces.

#### 1.1. Evolution du nombre des personnes protégées

Ces dernières années la croissance du nombre de personnes protégées évolue à rythme plutôt régulier. L'écart observé entre les taux de croissance de la population protégée globale et la population protégée résidente témoigne de l'impact socio-économique des travailleurs frontaliers.

Tableau 2 Personnes protégées résidentes depuis 2002 (moyenne annuelle)							
	2002	2003	2004	2005	2006		
Hommes	212 400	215 100	218 500	221 500	224 300		
Femmes	216 000	218 300	221 100	223 300	225 700		
Total	428 400	433 400	439 600	444 800	450 000		
Taux de croissance	1,0%	1,2%	1,4%	1,2%	1,2%		

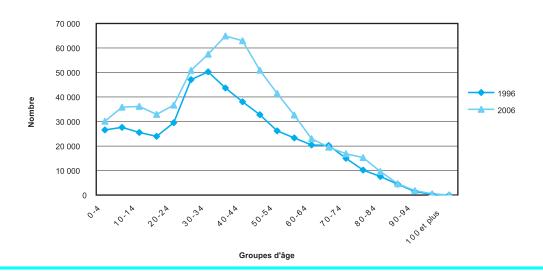
Tableau 3 Evolution de la population protégée depuis 2002 (moyenne annuelle)							
	2002	2003	2004	2005	2006		
Actifs et volontaires	464 900	476 400	490 000	503 900	518 400		
Pensionnés	101 500	102 000	102 800	104 000	105 800		
Total	566 400	578 400	592 800	607 900	624 200		
Taux de croissance	2,3%	2,1%	2,5%	2,5%	2,7%		

La répartition des personnes protégées par régime socio-professionnel a été la suivante.

Tableau 4 Répartition des personnes protégées par catégories socio-professionnelles							
	2002	2003	2004	2005	2006		
Ouvriers	237 800	242 700	248 900	255 000	260 700		
Employés	215 200	221 200	228 000	236 000	246 300		
Fonctionnaires et assimilés	70 000	71 100	72 100	73 000	73 700		
Indépendants	39 700	39 600	40 000	40 000	39 400		
Pensionnés résidant à l'étranger	3 700	3 800	3 800	3 900	4 100		
Total	566 400	578 400	592 800	607 900	624 200		

L'évolution par groupes d'âge du nombre de personnes protégées fait état d'une croissance située avant tout dans la fourchette d'âge comprise entre 35 et 55 ans.

Graphique 1. - Nombre de personnes protégées en 1996 et 2006: ventilation par groupes d'âge



Contrairement à la plupart des autres pays européens, le Luxembourg n'a pas à faire face pour l'instant à un vieillissement de la population assurée.

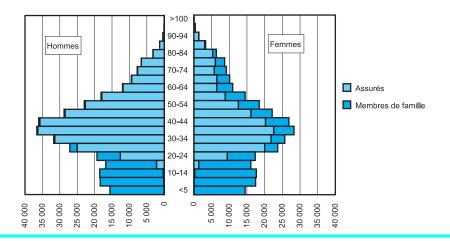
En 2006, 67,6% des personnes protégées sont des assurés directs, le reste étant des membres de familles bénéficiant de droits dérivés. L'ensemble des membres de famille se compose d'une part des enfants et des adolescents qui ne sont pas encore entrés dans la vie active, et d'autre part des conjoints (féminins pour la plupart) qui ne sont pas assurés de manière autonome. Le taux des assurés cotisants a augmenté en moyenne annuelle de 3,2% depuis 1995.

Tableau 5. - Les assurés directs et leurs membres de famille en 2006 (moyenne annuelle)

	Assurés directs	Membres de famille	Personnes protégées
Actifs et volontaires	340 200	178 200	518 400
Pensionnés	81 600	24 200	105 800
Total	421 800	202 400	624 200

Le graphique suivant présente la pyramide des âges des assurés et de leurs membres de famille en 2006.

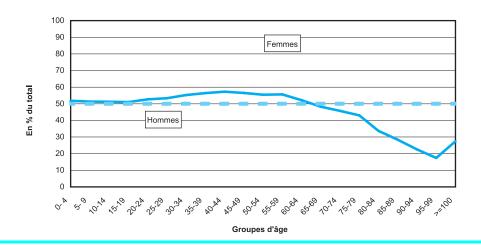
Graphique 2. - Population protégée en 2006 (moyenne annuelle)



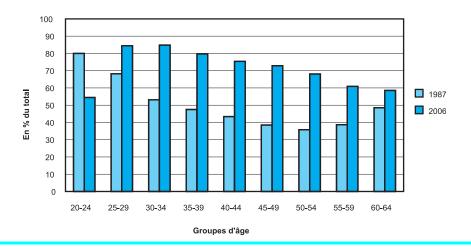
En analysant cette pyramide des âges on constate plusieurs choses:

- La proportion des personnes actives est à son maximum dans les tranches d'âge de 35 à 39 ans pour les hommes et pour les femmes.
- Si les hommes sont déjà largement majoritaires parmi la population active, ils sont également en surnombre d'une manière absolue dans les classes d'âge de la population protégée se situant en dessous de 60 ans.
- Ce n'est qu'au-delà de 60 ans que le rapport numérique hommes/femmes parmi la population protégée commence à changer. Cette dernière constatation est illustrée par le graphique suivant qui opère une distribution par âge et par sexe.

Graphique 3. - Population protégée en 2006 (moyenne annuelle)



Graphique 4. - Pourcentage des femmes "assurées directes" par rapport au nombre total des femmes protégées par l'assurance maladie



Si on compare l'affiliation des femmes actives en 2006 à celle de 1987 on constate des glissements importants.

- D'une part il y a une entrée plus tardive dans la vie active, probablement en raison d'un prolongement des études.
- D'autre part la progression de femmes actives dans les tranches d'âge allant de 30 à 59 ans se confirme de plus en plus.

Les assurés cotisants de la gestion "soins de santé"

L'ensemble des personnes protégées, les assurés et leurs membres de famille, consomme des soins de santé et détermine donc, par ses caractéristiques démographiques et épidémiologiques, les dépenses des prestations de soins de santé. Par contre les rentrées en cotisations ne dépendent que des seuls assurés.

Le tableau qui suit donne l'évolution à partir de 2004 des différentes catégories d'assurés.

Tableau 6 Evolution des différentes catégories d'assurés de 2004 à 2006							
	2004			Variatio	Variation en %		
	2004	2005	2006	2005/2004	2006/2005		
Actifs salariés	282 960	291 560	303 300	3%	4%		
Actifs non-salariés	18 260	18 640	18 390	2%	-1%		
Chômeurs indemnisés	4 940	5 470	5 560	11%	2%		
Préretraités	1 290	1 330	1 260	3%	-5%		
Congé parental	1 840	1 970	1 990	7%	1%		
Assurés à charge de l'Etat	450	390	350	-13%	-10%		
Assurés volontaires	5 020	5 110	4 780	2%	-6%		
Bénéficiaires RMG	3 820	4 230	4 580	11%	8%		
Pensionnés	78 870	79 990	81 540	1%	2%		
Total	397 450	408 690	421 750	3%	3%		

### 1.2. Evolution du nombre des assurés du régime des prestations en espèces

Les statistiques ci-après concernent les assurés des deux gestions des prestations en espèces.

La gestion ouvriers (Art. 29.1c CAS), dont fait partie la majorité des ouvriers, intervient dès le premier jour de maladie. L'employeur peut cependant opter pour une affiliation de ses salariés ouvriers auprès de la gestion employés et indépendants (Art. 29.1b CAS), qui a un taux de cotisation beaucoup plus avantageux. En cas de maladie d'un ouvrier, l'employeur devra alors continuer à payer le salaire pendant le mois en cours et les trois mois subséquents.

La gestion employés et indépendants (Art. 29.1b CAS) concerne les salariés bénéficiant de la conservation de la rémunération pendant le mois en cours et les trois mois subséquents ainsi que les travailleurs indépendants.

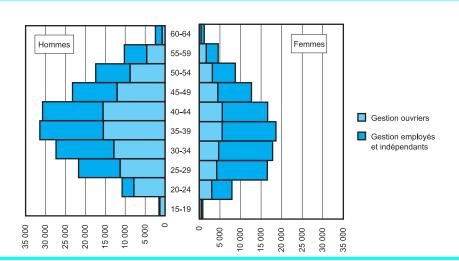
Le tableau 7 ci-après donne l'évolution par régime socio-professionnel et par gestion en pour cent du total des assurés. On remarque que la proportion des employés augmente au détriment des ouvriers et des indépendants.

Tableau 7. - Gestion prestations en espèces: pourcentage par gestion et par régime socio-professionnel à partir de 2000 (moyenne annuelle)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Gestion ouvriers (29.1c)	Hommes + Femmes	45,0%	44,3%	44,1%	44,3%	44,2%	44,0%	43,6%
	Hommes	32,9%	32,4%	32,3%	32,4%	32,2%	32,0%	31,8%
	Femmes	12,1%	11,9%	11,8%	11,9%	12,0%	12,0%	11,8%
Ouvriers	Hommes + Femmes	45,0%	44,3%	44,1%	44,3%	44,2%	44,0%	43,6%
	Hommes	32,9%	32,4%	32,3%	32,4%	32,2%	32,0%	31,8%
	Femmes	12,1%	11,9%	11,8%	11,9%	12,0%	12,0%	11,8%
Gestion employés et								
indépendants (29.1b)	Hommes + Femmes	55,0%	55,7%	55,9%	55,7%	55,8%	56,0%	56,4%
	Hommes	30,1%	30,5%	30,5%	30,3%	30,3%	30,6%	30,8%
	Femmes	24,9%	25,2%	25,5%	25,4%	25,5%	25,4%	25,6%
Ouvriers	Hommes + Femmes	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
	Hommes	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	Femmes	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
Employés	Hommes + Femmes	46,7%	47,8%	48,3%	48,1%	48,3%	48,6%	49,3%
	Hommes	25,1%	25,8%	25,9%	25,8%	25,9%	26,2%	26,5%
	Femmes	21,6%	22,0%	22,4%	22,4%	22,4%	22,4%	22,9%
Indépendants	Hommes + Femmes	7,6%	7,2%	7,0%	6,9%	6,9%	6,8%	6,5%
	Hommes	4,9%	4,6%	4,4%	4,4%	4,3%	4,3%	4,2%
	Femmes	2,7%	2,6%	2,6%	2,6%	2,6%	2,5%	2,3%
Total général	Hommes + Femmes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Nombre total des assurés	:	230 800	244 700	252 800	258 100	264 600	273 200	284 500

Le graphique 5 représente la répartition des assurés par gestion et par groupes d'âge en 2006.

Graphique 5. - Gestions prestations en espèces: répartition des assurés par groupes d'âge en 2006 (moyenne annuelle)

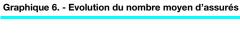


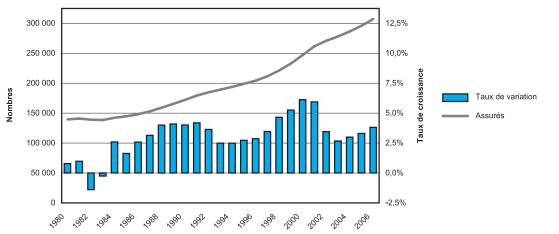
## 2. Assurance pension

Les données de cette section concernent le régime général de pension. Les données relatives aux régimes statutaires sont présentées dans la partie statistique disponible sur internet. L'équilibre financier du régime de pension est directement influencé par les évolutions du nombre des assurés et du nombre des bénéficiaires de pension. Comme le système de financement appliqué est proche de celui de la répartition pure, l'équilibre financier annuel dépend essentiellement des recettes en cotisations et des dépenses pour prestations, qui elles-mêmes dépendent directement des variables démographiques précitées. Les revenus de la fortune et les dotations aux réserves, bien que n'étant pas négligeables, ne présentent qu'une importance secondaire.

#### 2.1. Les assurés

En 2006, le nombre moyen d'assurés atteint quelque 307 300 personnes ce qui correspond à un taux de croissance de 3,8% par rapport à l'année précédente.





Le taux de croissance des assurés féminins est de 3,9% contre 3,7% pour les hommes.

Selon la répartition socioprofessionnelle, c'est la catégorie des employés privés qui accuse la plus forte progression observée entre 1984 et 2006 avec un taux de croissance annuel moyen de 5,5%, celle des ouvriers ne s'établit qu'à 2,6%. Il faut remarquer cependant qu'à partir de 2002, les deux taux se rapprochent de plus en plus. La forte régression des agriculteurs est freinée et se situe aux alentours de -2% au cours des dernières années. Le nombre des artisans, commerçants et industriels a diminué de -4,1% entre 2005 et 2006 suite à un changement dans la pratique d'affilation expliqué plus en détail dans la section 3.

Tableau 8 Nombre moyen d'assurés par caisse									
Caisse	2005	2006	Taux de variation						
AVI	132 400	136 400	3,0%						
CPEP	151 000	158 800	5,2%						
CPACI	9 560	9 160	-4,2%						
CPA	3 050	2 970	-2,6%						
Total	296 010	307 330	3,8%						

L'évolution du nombre d'assurés auprès des différentes caisses de pension est le reflet de l'évolution de l'emploi total par branches d'activité. Une étude plus détaillée de l'emploi et de son évolution suivra dans la section 3 du présent chapitre.

L'analyse de l'évolution de la structure d'âge des assurés amène à des conclusions similaires à celles concernant l'évolution des assurés actifs de l'assurance maladie : une population active en forte expansion démographique, des effectifs très nombreux dans les jeunes classes d'âge et des effectifs assez faibles dans les classes d'âge élevé. En comparant les différentes classes d'âge de 2006 avec celles de 1984, on constate:

- une régression du nombre d'assurés âgés de moins de vingt ans qui résulte de la prolongation de la durée moyenne de la scolarité ainsi que de l'arrivée à l'âge de début d'activité professionnelle de générations à effectifs plus faibles,
- une augmentation substantielle des classes d'âge de 20 à 44 ans en raison de l'apport massif des travailleurs migrants et frontaliers ainsi que de l'augmentation du taux d'activité féminin,
- une certaine constance des effectifs, notamment auprès des assurés féminins, dans les classes d'âge plus élevé.

Graphique 7. - Répartition par âge des assurés cotisants

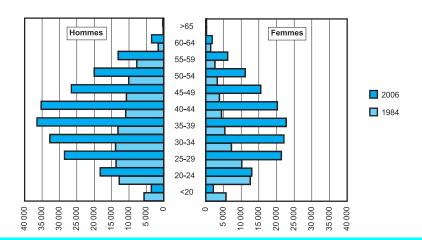


Tableau 9 Age moyen des assurés de 15 à 65 ans en 2006							
Caisse	Hommes	Femmes					
AVI	37,5	37,6					
CPEP	38,8	36,4					
CPACI	45,2	45,3					
CPA	43,9	47,2					
Total	38,4	34,3					

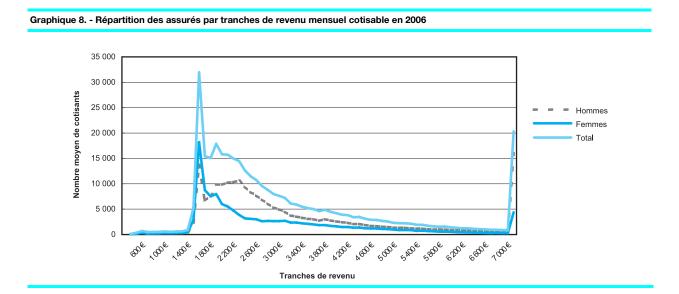
#### 2.2. Les revenus cotisables

Le revenu mensuel moyen cotisable s'est élevé en 2006 à 3 240 EUR pour l'ensemble des assurés, à 3 363 EUR pour les assurés masculins et à 3 011 EUR pour les assurés féminins. Ces moyennes cachent cependant des disparités assez importantes entre les différentes catégories socioprofessionnelles, comme le montre le tableau 10 ci-dessous.

Tableau 10 Evolution du revenu moyen cotisable											
Caisse	Sexe	1995	2000*)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Variation 2006/05	Variation moyenne 1995-2006
AVI	Hommes	1 877	2 069	2 156	2 213	2 272	2 324	2 395	2 459	2,6%	2,5%
	Femmes	1 371	1 543	1 667	1 728	1 798	1 857	1 931	1 985	2,8%	3,4%
CPEP	Hommes	3 381	3 724	3 891	3 998	4 140	4 232	4 384	4 490	2,4%	2,6%
	Femmes	2 414	2 826	2 975	3 082	3 197	3 315	3 447	3 563	3,4%	3,6%
CPACI	Hommes	2 348	2 610	2 623	2 661	2 791	2 828	2 884	2 936	1,8%	2,1%
	Femmes	1 546	1 829	1 874	1 925	2 065	2 114	2 182	2 232	2,3%	3,4%
CPA	Hommes	1 199	1 510	1 556	1 668	1 842	1 893	1 973	2 031	3,0%	4,9%
	Femmes	1 143	1 381	1 456	1 551	1 689	1 714	1 790	1 843	3,0%	4,4%
Total		2 277	2 628	2 761	2 851	2 948	3 028	3 143	3 240	3,1%	3,3%

<sup>\*)</sup> A partir de 2000, nouvelle série sans affiliation baby-year.

Le niveau de ces revenus moyens cotisables est influencé par l'existence d'un maximum et d'un minimum cotisable. Le niveau du minimum cotisable qui s'élève en 2006 en moyenne à 1 506,55 EUR joue avant tout un rôle dans le revenu moyen cotisable des assurés non salariés.



La distribution des assurés par tranches de revenu mensuel cotisable fait apparaître une forte concentration des assurés aux alentours du salaire social minimum pour les deux sexes. Au plafond cotisable, on constate une forte accumulation d'assurés masculins alors que tel n'est pas le cas pour les assurés féminins.

## 3. Emploi au Luxembourg

#### 3.1. Evolution de la population active au Luxembourg

Pour cette section, nous avons étudié l'évolution de la population active entre 1988 et 2007.

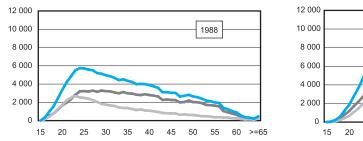
Au 31 mars 2007, la population active salariée au Luxembourg comptait 311 681 travailleurs, dont 37,8% de femmes. Depuis 1988 l'emploi féminin accuse une progression annuelle moyenne de 4,3%, tandis que l'emploi masculin n'a évolué en moyenne que de 3,5% par an.

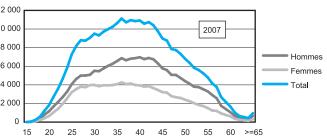
Tableau 11. - Evolution de l'emploi salarié par sexe

	Hommes		Femmes	
Année	Nombre	Variation en %	Nombre	Variation en %
1988	101 446		52 650	
1989	105 504	4,0%	55 439	5,3%
1990	109 370	3,7%	58 506	5,5%
1991	114 203	4,4%	61 542	5,2%
1992	117 972	3,3%	64 445	4,7%
1993	120 150	1,8%	66 812	3,7%
1994	121 574	1,2%	68 985	3,3%
1995	124 586	2,5%	71 014	2,9%
1996	127 250	2,1%	73 152	3,0%
1997	130 748	2,7%	76 072	4,0%
1998	137 382	5,1%	79 455	4,4%
1999	144 366	5,1%	84 050	5,8%
2000	152 606	5,7%	89 342	6,3%
2001	161 422	5,8%	95 452	6,8%
2002	167 728	3,9%	99 913	4,7%
2003	170 977	1,9%	102 450	2,5%
2004	174 998	2,4%	105 208	2,7%
2005	179 766	2,7%	108 519	3,1%
2006	186 131	3,5%	113 371	4,5%
2007	193 809	4,1%	117 872	4,0%
Variation moyenne entre 1988 et 2007		3,5%		4,3%

L'emploi salarié n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années. Entre 1988 et 1991, les premières années de notre observation, le taux de variation annuel se situait aux alentours de 4,5%. Par la suite, le taux subit d'importantes fluctuations avec des minima de 1,9% en 1994 et 2,2% en 2003 et un maximum de 6,2% en 2001. La relance économique perdure avec un taux de 4,1% pour 2007.

Graphique 9. - Nombre de salariés par âge

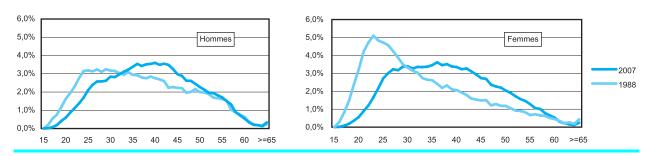




Il faut noter que cette évolution ne se reflète pas dans toutes les classes d'âge.

Vu la prolongation des études au-delà de 20 ans, on voit que le nombre de travailleurs âgés de moins de 24 ans diminue, alors que celui des travailleurs âgés de 25 à 50 ans a progressé plus rapidement que l'ensemble des travailleurs. L'explication en est que l'économie luxembourgeoise se trouve dans un état d'expansion encore assez remarquable et fait constamment appel à la main-d'oeuvre étrangère.

Graphique 10. - Distribution par âge et par sexe de l'emploi salarié



En analysant le graphique 10, on remarque que le comportement des femmes sur le marché du travail s'est modifié considérablement. Tandis qu'en 1988, on remarque une concentration des femmes qui travaillent entre 20 et 25 ans, la répartition en 2007 se rapproche de celle des hommes. Cela s'explique du fait que de nos jours les femmes restent plus longtemps sur le marché du travail et qu'elles reprennent leur activité professionnelle après une pause familiale.

Tableau 12. - Evolution de l'activité indépendante

Année	Travaille	urs intellect	uels indépend	lants	Artisans	, commerça	ınts et industı	riels		Agricult	teurs	
	Homm	nes	Femm	es	Homm	es	Femm	es	Homme	es	Femme	es
	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %
1993	2 206		666		6 341		3 217					
1994	2 343	6,2%	742	11,4%	6 461	1,9%	3 198	-0,6%				
1995	2 449	4,5%	822	10,8%	6 578	1,8%	3 260	1,9%	2 390		1 786	
1996	2 536	3,6%	922	12,2%	6 575	0,0%	3 294	1,0%	2 507	4,9%	1 808	1,2%
1997	2 630	3,7%	1 031	11,8%	6 595	0,3%	3 369	2,3%	2 490	-0,7%	1 763	-2,5%
1998	2 743	4,3%	1 131	9,7%	6 508	-1,3%	3 464	2,8%	2 404	-3,5%	1 716	-2,7%
1999	2 831	3,2%	1 225	8,3%	6 435	-1,1%	3 512	1,4%	2 369	-1,5%	1 668	-2,8%
2000	2 955	4,4%	1 325	8,2%	6 395	-0,6%	3 533	0,6%	2 334	-1,5%	1 621	-2,8%
2001*)	3 395	(14,9%)	1 801	(35,9%)	6 287	-1,7%	3 531	-0,1%	2 273	-2,6%	1 569	-3,2%
2002	3 495	2,9%	1 935	7,4%	6 210	-1,2%	3 499	-0,9%	2 198	-3,3%	1 524	-2,9%
2003	3 576	2,3%	2 041	5,5%	6 283	1,2%	3 575	2,2%	2 157	-1,9%	1 483	-2,7%
2004	3 690	3,2%	2 182	6,9%	6 411	2,0%	3 681	3,0%	2 129	-1,3%	1 469	-0,9%
2005	3 901	5,7%	2 320	6,3%	6 714	4,7%	3 788	2,9%	2 108	-1,0%	1 422	-3,2%
2006*)	4 010	2,8%	2 453	5,7%	6 818	1,5%	3 374	-10,9%	2 076	-1,5%	1 379	-3,0%
2007	4 143	3,3%	2 570	4,8%	6 932	1,7%	3 353	-0,6%	2 011	-3,1%	1 339	-2,9%

<sup>\*)</sup> Rupture de série.

En 2001, une rupture de série est observée chez les travailleurs intellectuels indépendants due au fait que dorénavant toute activité professionnelle non salariée accessoire (p.ex. agents d'assurances), même à revenu insignifiant dispensée du paiement de cotisations en matière d'assurance maladie et d'assurance pension, est déclarée au Centre commun de la sécurité sociale. En 2006, on constate les répercussions de la loi du 25 juillet 2005 sur le statut des dirigeants de sociétés et des conjoints-aidants. Les principales modifications sont les suivantes:

- L'autorisation d'établissement sur laquelle figure le nom de la personne qui assure la gérance de la société est retenue comme principal critère pour affilier celle-ci à la sécurité sociale en qualité d'indépendant, quelle que soit la forme de la société. Néanmoins, pour les sociétés de personnes ainsi que pour les Sàrl, il faut en outre que la personne en question détienne plus de 25% des parts sociales.
- L'affiliation comme indépendant par le simple fait de détenir seul ou ensemble avec son conjoint plus de la moitié des parts sociales est abandonnée.
- Le statut de conjoint-aidant est désormais réservé à la seule personne qui apporte son aide à son conjoint en dehors d'un lien sociétaire (ex: le conjoint d'un médecin, d'un avocat, etc.). Par contre, ce statut ne sera plus retenu pour le conjoint d'un indépendant œuvrant dans le cadre d'une société. Ledit conjoint pourra dès lors être affilié comme salarié de la société, à condition de ne pas remplir lui-même les conditions pour être qualifié d'indépendant.

#### 3.2. L'activité salariée au Luxembourg

#### 3.2.1. Les classes socio-professionnelles

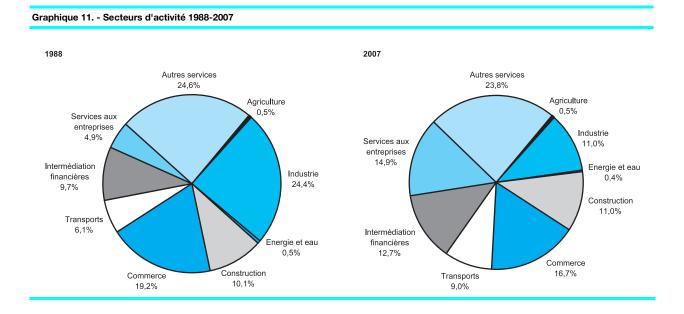
L'emploi au Luxembourg peut être classifié suivant le statut professionnel dont la répartition en nombres absolus est la suivante:

Tableau 13 Répartition par sexe et par statut								
	1988		2007					
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes				
Ouvriers	57 873	22 098	95 520	37 746				
Employés	28 922	27 080	81 822	71 830				
Fonctionnaires	14 645	3 470	16 467	8 296				
Total	101 440	52 648	193 809	117 872				

Ces statuts déterminent la caisse compétente en matière d'assurance maladie et d'assurance pension. Il existe toujours des différences entre ces trois groupes, notamment dans les taux de cotisations et les modalités de paiement des salaires.

La répartition par sexe n'est pas la même pour les trois catégories. Pour les travailleurs de statut employé on compte presque autant de femmes que d'hommes, alors que plus que deux tiers des ouvriers sont des hommes. Pour les fonctionnaires, il faut remarquer que les salariées travaillant dans les administrations publiques ne sont de loin pas toutes fonctionnarisées et que le nombre de celles qui travaillent sous le régime d'employée privée est assez élevé.

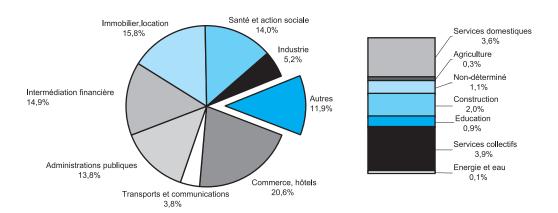
#### 3.2.2. Les différentes branches d'activité

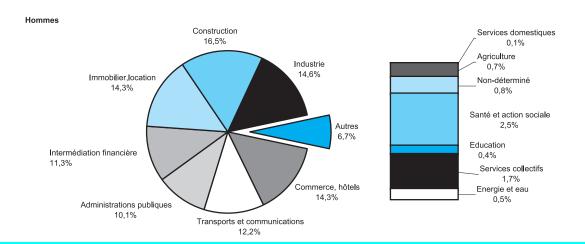


L'économie luxembourgeoise a subi des changements de structure aux cours des dernières décennies. D'une économie à caractère industriel elle a évolué vers une économie où prédomine le secteur tertiaire. En comparant les données de 1988 à celles de 2007, on voit que ce glissement entre secteurs continue : en 1988 le secteur de l'industrie représentait encore plus de 24% de l'emploi salarié, alors qu'en 2007 il ne représente plus que 11%.

Graphique 12. - Secteurs d'activité par sexe au 31 mars 2007

#### Femmes





L'emploi féminin se concentre en premier lieu dans le secteur du commerce, suivi de ceux de l'immobilier, location, de l'intermédiation financière ainsi que des autres services, administrations publiques comprises. Pour les hommes on note des proportions élevées dans le secteur de la construction et l'industrie. Les secteurs de l'immoblier, location et du commerce suivent de près.

Tableau 14. - Croissance de l'emploi dans les différents secteurs d'activité entre le 31 mars 2006 et le 31 mars 2007

	Nombre		Variation en %	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Agriculture, viticulture et sylviculture	163	35	14,5	10,3
Industrie	754	378	2,7	6,6
Energie et eau	29	12	3,2	7,8
Construction	1 522	165	5,0	7,6
Commerce, restauration et hébergement, réparations	829	306	3,1	1,3
Transports et communications	1 049	134	4,6	3,1
Intermédiation financière	1 393	968	6,8	5,8
Immobilier,location,services fournis aux entreprises	1 754	1 217	6,7	7,0
Autres services	185	1 286	0,6	3,0
Total	7 678	4 501	4,1	4,0

La relance économique perdure avec une croissance de 4% pour mars 2007 par rapport à mars 2006. Le secteur de la construction, secteur toujours en expansion au Luxembourg, affiche un taux de croissance de 5%. La croissance de l'emploi dans le secteur immobilier, location, services fournis aux entreprises se maintient à 7%, grâce aux services fournis aux entreprises (+2 534 personnes). Parmi ces services fournis principalement aux entreprises, une catégorie retient particulièrement l'intérêt général, celle du code NACE 74 502 Agences d'intérimaires et fourniture de personnel temporaire. En regardant de plus près le volume d'heures de travail prestées par les salariés affiliés à la sécurité sociale luxembourgeoise, on constate que le volume des heures prestées pendant les deux mois d'observation mars 2006 et mars 2007 par le personnel intérimaire se maintient à 2% du volume global des heures prestées. Par contre, le volume des heures œuvrées par le personnel intérimaire pour des entreprises utilisatrices n'ayant pas de liens directs avec la sécurité sociale luxembourgeoise a augmenté considérablement, surtout pour les ouvriers.

Tableau 15 Heures œuvrées (en milliers) par les salariés affiliés à la sécurité sociale luxembourgeoise								
En mars 2007	Ouvriers	Employés	Fonctionnaires	Total				
Par le personnel non-intérimaire	21 154,9	24 798,4	4 121,8	50 075,2				
Par le personnel intérimaire	1 121,2	180,1		1 301,3				
sur marché de travail luxembourgeois	883,0	169,3		1 052,3				
en dehors du marché de travail luxembourgeois	238,2	10,8		249,0				
Total	22 276,2	24 978,5	4 121,8	51 376,5				
En mars 2006	Ouvriers	Employés	Fonctionnaires	Total				
Par le personnel non-intérimaire	20 404,6	23 680,2	4 114,9	48 199,7				
Par le personnel intérimaire	878,0	173,5		1 051,5				
sur marché de travail luxembourgeois	696,2	164,9		861,0				
en dehors du marché de travail luxembourgeois	181,8	8,7		190,5				
Total	21 282 7	23 853 7	4 114 9	49 251 2				

#### 3.2.3. Le temps de travail

Les déclarations de salaires que les employeurs font chaque mois auprès du Centre commun de la sécurité sociale, contiennent entre autres les heures de travail effectuées pour le mois en question, données utilisées déjà dans le tableau 15. La distribution de ces heures de travail peut fournir une idée de l'emploi à temps partiel au Luxembourg.

On remarque une nette différence entre le comportement des hommes et des femmes : environ un quart des femmes travaillent à temps partiel, tandis que la proportion des hommes travaillant à temps partiel est insignifiante. Il faut noter que pour les salariés de statut ouvrier la proportion de personnes travaillant à temps partiel peut être surestimée légèrement en 1988, car les heures de maladie ne sont incluses dans les heures de travail qu'à partir de 2002. Pour les deux autres catégories socio-professionnelles, les heures de maladie sont incluses aussi dans les chiffres de 1988.

			1988			
Heures de travail	Ouvriers		Employés		Fonctionnaire	s
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
< 64	2,1	13,3	0,4	2,9	0,0	0,1
64 - 92	2,4	12,3	0,8	7,1	0,1	7,2
93 - 120	4,6	8,4	0,4	2,7	0,0	0,2
> 120	90,9	66,0	98,4	87,4	99,9	92,5
			2007			
Heures de travail	Ouvriers		Employés		Fonctionnaire	s
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
< 64	3,4	13,1	0,9	2,9	0,1	0,4
64 - 92	2,5	17,3	2,1	13,3	1,1	18,2
93 - 120	1,7	8,6	0,9	4,8	0,1	0,3
> 120	92,5	61,1	96,0	79,0	98,8	81,0

#### 3.2.4. Résidence et nationalité de la population active au Luxembourg

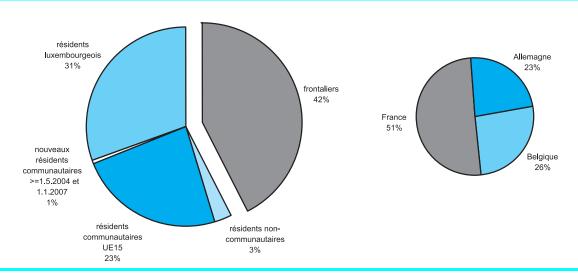
Comme pour les périodes d'observation précédentes, la progression (4,1%) que l'emploi total accuse entre mars 2006 et mars 2007 est due à l'augmentation de l'emploi des frontaliers (+7,4%) et en moindre partie à celle des résidents étrangers (+3,5%). Le nombre de salariés résidents de nationalité luxembourgeoise n'augmente que faiblement. En comparant les variations moyennes entre 1988 et 2007, on voit quel a été l'impact de l'emploi frontalier sur l'emploi salarié au Luxembourg: tandis que l'emploi résidentiel progresse en moyenne de 1,7% par année, l'emploi salarié frontalier accuse une variation annuelle moyenne de 9,3% entre 1988 et 2007.

Tableau 17. - Evolution de l'emploi salarié par résidence et par nationalité (situation au 31 mars de chaque année)

						Variation moyenne	Variation	on
	1988	1995	2005	2006	2007	1988-2007	2005-2006	2006-2007
Résidents au Luxembourg	129 529	141 444	171 904	175 934	178 937	1,7%	2,3%	1,7%
dont								
Luxembourgeois	90 999	87 013	94 007	94 900	95 083	0,2%	0,9%	0,2%
Communautaires								
U.E. pays des 15	35 729	49 169	68 360	70 830	73 000	3,8%	3,6%	3,1%
Membres à partir du 1.5.2004	()*)	()*)	1 468	1 671	1 667		13,8%	-0,2%
Membres à partir du 1.1.2007	()*)	()*)	251	254	303		1,2%	19,3%
Non-communautaires	2 801	5 262	7 818	8 279	8 884		5,9%	7,3%
Frontaliers	24 567	54 156	116 381	123 568	132 744	9,3%	6,2%	7,4%
résidant en								
Allemagne	4 366	9 760	25 100	27 873	31 021	10,9%	11,0%	11,3%
France	10 818	27 843	60 027	63 010	67 090	10,1%	5,0%	6,5%
Belgique	9 383	16 553	31 254	32 685	34 633	7,1%	4,6%	6,0%
Total	154 096	195 600	288 285	299 502	311 681	3,8%	3,9%	4,1%

<sup>\*)</sup> Inclus dans Non-communautaires.

Graphique 13. - Population active au Luxembourg d'après l'origine au 31 mars 2007



La population active au Luxembourg est caractérisée par un pourcentage élevé de travailleurs de nationalités non luxembourgeoises. En 2007 les Luxembourgeois ne représentent plus que 31% de la population active, proportion qui diminue continuellement. Cette situation est la conséquence du fait que l'économie luxembourgeoise a besoin de main-d'oeuvre étrangère pour pouvoir se développer.

Graphique 14. - Population active résidente d'après la nationalité au 31 mars 2007

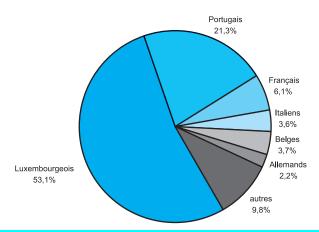


Tableau 18. - Répartition de l'emploi salarié par sexe et par résidence au 31 mars 2007 Hommes Femmes Total Nombre En % Nombre En % Résidents 103 883 58% 75 054 42% 178 937 dont 54 863 40 220 95 083 58% 42% Luxembourgeois 49 020 83 854 58% 34 834 42% Etrangers Frontaliers 89 926 68% 42 818 32% 132 744 Total 193 809 62% 117 872 38% 311 681

Tableau 19 Répartition de l'emploi salarié par branche et par résidence au 31 mars 2007							
	Luxembourgeois	Etrangers	Fronta	aliers résidant en			
	résidant au	Luxembourg	Allemagne	Belgique	France	Total	
Agriculture, viticulture et sylviculture	561	646	137	181	138	1 663	
Industrie	8 409	6 204	4 671	4 361	10 747	34 392	
Energie et eau	932	84	36	13	38	1 103	
Construction	3 306	14 353	5 584	4 048	6 988	34 279	
Commerce, restauration et hébergement, réparations	11 135	16 878	4 084	6 327	13 582	52 006	
Transports et communications	9 064	6 198	4 598	3 355	4 904	28 119	
Intermédiation financière	9 083	10 807	4 997	6 289	8 330	39 506	
Immobilier, location, services fournis aux entreprises	6 096	13 477	3 212	7 183	16 433	46 401	
Autres services	46 497	15 207	3 702	2 876	5 930	74 212	
Total	95 083	83 854	31 021	34 633	67 090	311 681	

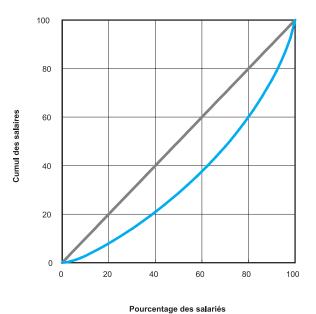
En confrontant résidence et nationalité (tableau 19) avec les secteurs de l'emploi, on constate une certaine préférence sectorielle pour les différentes catégories.

49% des Luxembourgeois sont employés dans la branche "autres services", qui comprend notamment les administrations publiques. Le fait que les salariés de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois et ceux de la société des postes et télécommunications sont comptés dans le secteur "Transport et communication" explique la proportion élevée de Luxembourgeois y employés (32%). 24% des salariés de l'industrie et 23% des salariés de l'intermédiation financière sont des Luxembourgeois. La branche où travaille le plus grand nombre de frontaliers est celle des immobilier, location, services fournis aux entreprises, suivie du secteur du commerce, restauration et hébergement, réparations et de celui de l'intermédiation financière. Les étrangers résidant au Luxembourg sont employés pour 20% dans le commerce, la restauration, l'hébergement et les services de réparation, pour 18% dans les autres services et pour 17% dans la construction, branche économique dont les salariés sont pour 42% des étrangers résidant au Luxembourg.

#### 3.2.5. La rémunération

Les déclarations de salaire qui parviennent au Centre commun de la sécurité sociale servent de base au calcul des cotisations pour les différentes branches de sécurité sociale. Ces données sont aussi la base des statistiques concernant les rémunérations publiées dans ce chapitre. Il faut signaler que les particularités des sources de données de la sécurité sociale entraînent certaines différences avec les chiffres publiés par le STATEC. Le minimum cotisable est égal au salaire social minimum, sauf dérogations spéciales. Au 31 mars 2007, le salaire social minimum s'est élevé à 1 570,28 EUR.

Graphique 15. - Courbe de Lorenz de la distribution des salaires



La courbe de Lorenz indique sur l'axe vertical le pourcentage de la masse totale des salaires déclarés par le pourcentage correspondant de salariés (rangés par ordre croissant selon leur salaire) sur l'axe horizontal. Ainsi au Luxembourg, 40% de la population active salariée rangée par salaire croissant, gagnent 20% de la masse salariale totale, alors qu'aux dix pour cent des salariés gagnant les salaires les plus élevés, reviennent presque 25% de cette même masse salariale. La courbe de Lorenz donne ainsi une indication sur l'inégalité entre salaires existant dans une population:

- si la courbe de Lorenz coïncide avec la diagonale, alors la distribution des salaires est parfaitement égale, c'està-dire que tout le monde est rémunéré de la même façon;
- si la courbe de Lorenz se situe au-dessous de la diagonale, la distribution des salaires présente des inégalités; plus l'écart entre la courbe et la diagonale est grand, plus grande est l'inégalité entre les salaires.

La comparaison entre la moyenne et la médiane du salaire horaire confirme l'inégalité de la répartition des salaires constatée sur la courbe de Lorenz.

Tableau 20 Distribution du salaire horaire par statut								
	2006		2007					
Statut	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane				
Ouvriers	12,78	12,11	13,26	12,52				
Employés	22,49	19,55	23,48	20,23				
Fonctionnaires	30,92	29,17	31,86	30,11				
Total	19,00	15,44	19,78	15,99				

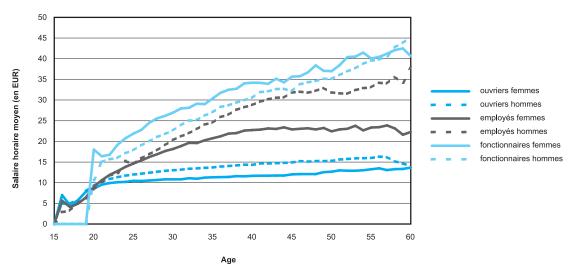
Le tableau 21 nous montre une image plus détaillée de la distribution du salaire horaire moyen par statut, sexe et temps de travail. Les apprentis et stagiaires sont exclus de ce tableau.

Tableau 21. - Montant moyen du salaire horaire par statut, sexe et temps de travail

			2006				2007			
Statu	Statut/sexe		artiel	Temps p	Temps plein		Temps partiel		Temps plein	
Juli	.u oono	Montant moyen	Age moyen	Montant moyen	Age moyen	Montant moyen	Age moyen	Montant moyen	Age moyen	
Ouvriers	Hommes	12,37	38,64	13,70	38,99	12,38	37,97	14,13	39,23	
	Femmes	11,42	41,00	11,00	38,42	11,79	41,27	11,57	38,81	
Employés	Hommes	24,27	42,40	25,59	39,41	25,05	42,07	26,62	39,50	
	Femmes	20,67	40,59	19,02	36,21	21,50	40,85	19,95	36,44	
Fonctionnaires	Hommes	29,49	43,61	30,70	42,58	29,28	42,41	31,60	42,81	
	Femmes	32,83	42,85	31,16	38,84	33,09	42,90	32,39	39,37	
Total	Hommes	15,27	39,55	20,45	39,51	17,16	39,50	21,01	39,66	
	Femmes	17,30	40,89	17,72	37,04	17,92	41,13	18,61	37,33	

En ce qui concerne les salariés masculins, les montants moyens des salaires temps plein sont les plus intéressants puisque la part des hommes travaillant à temps partiel ne dépasse dans aucune catégorie socioprofessionnelle les 8%. (cf. tableau 16). Lorsqu'on analyse la situation des femmes par statut, on remarque que celles travaillant à temps partiel gagnent en moyenne un salaire horaire plus élevé. Cela s'explique en partie par leur âge plus élevé. Le graphique 16 donne la distribution du salaire horaire de la population active par âge et par statut au 31 mars 2007.

Graphique 16. - Distribution du salaire horaire moyen par âge\*) au 31 mars 2007



<sup>\*)</sup> Personnes considérées entre 15 et 60 ans.

On s'aperçoit que le salaire horaire est une fonction croissante de l'âge. Pour les ouvriers, cette croissance n'est que modérée. Bien que la courbe des ouvriers masculins se situe légèrement au-dessus de celle des femmes, les deux courbes sont plutôt planes. Pour les employés, ce sont aussi les hommes qui gagnent le plus. Mais tandis que la courbe des hommes s'oriente très nettement vers le haut avec l'âge, celle des employés féminins a une allure proche de celle des ouvriers. Ce phénomène s'explique en partie par les nombreuses ruptures de carrières d'employées qui décident de se consacrer à l'éducation de leurs enfants. En effet jusqu'à l'âge de 30 ans on voit que la différence des salaires est moins prononcée, alors qu'elle est frappante pour les classes d'âge au-delà de 30 ans. Pour les fonctionnaires, on remarque que le salaire horaire moyen des femmes est supérieur à celui des hommes. La moyenne horaire est influencée par les salaires des fonctionnaires de carrières inférieures qui sont presque exclusivement des hommes.

#### 3.2.6. Première affiliation en tant que salarié au cours de 2006 selon type de profession

A partir du 1er mai 2005, de nouvelles variables ont été intégrées à la déclaration d'entrée des salariés. Il s'agit notamment

- du code CITP-88 (COM) correspondant à la version 1988 de la Classification internationale type des professions adaptée à la comparaison transnationale des informations issues des recensements de population et des enquêtes statistiques de la Communauté européenne
- et du lieu de travail habituel du salarié.

Jusqu'à présent, les nouvelles informations ne sont disponibles que pour les déclarations faites après le 30 avril 2005. La première année complète 2006 sert de base au tableau suivant :

Tableau 22. - Salariés affiliés pour la première fois à la sécurité sociale luxembourgeoise en 2006

Grands groupes de professions (citp1)	Hommes	Femmes	Total
0	727	461	1 188
Membres de l'exécutif et des corps législatifs, hauts fonctionnaires des services publics, dirigeants et cadres de direction des entreprises	426	92	518
2 Professions intellectuelles et scientifiques	1 363	645	2 008
3 Professions intermédiaires	1 458	796	2 254
4 Employés de type administratif	2 597	2 586	5 183
5 Personnel des services et vendeurs de magasin et de marché	1 508	2 068	3 576
6 Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche	83	9	92
7 Artisans et ouvriers des métiers de type artisanal	5 141	242	5 383
8 Conducteurs d'installations et de machines et ouvriers de l'assemblage	2 975	289	3 264
9 Ouvriers et employés non qualifiés	2 512	1 968	4 480
Total	18 790	9 156	27 946

Il s'agit du nombre de salariés affiliés au cours de l'année 2006 pour la première fois à la sécurité sociale luxembourgeoise. Pour un nombre assez important de salariés, la déclaration de la profession reste assez vague. Ainsi on retrouve 40% des personnes de la grande classe 4 employé de type administratif regroupées dans le sous-groupe 4190 Autres employés de bureau. Néanmoins on peut déjà remarquer que la grande classe 7 artisans et ouvriers des métiers de type artisanal a une part de 19,3 % dans l'embauche nouvelle de 2006 suivie de celle des employés de type administratif (18,5%) et des ouvriers et employés non-qualifiés (16,0%). 4% des nouvelles déclarations ont un code 0 ce qui correspond à 1 188 emplois dont on ignore tout concernant la profession.

En ce qui concerne la donnée " lieu de travail ", un projet pilote entre le Centre commun de la sécurité sociale et l'administration des contributions démarrera en 2009. Ce projet est un pas vers la validation du contenu de cette variable.

#### 3.2.7. Le salaire social minimum

Dans les rapports généraux antérieurs à 2004, était considérée comme rémunérée au salaire social minimum toute personne ayant un salaire horaire compris entre le SSM horaire et 130% de ce dernier. De part la largeur de l'intervalle considéré, la vocation de cette statistique était essentiellement de déterminer la proportion de bas salaires. Afin de permettre une estimation plus précise du nombre de personnes rémunérées au voisinage du SSM, la série a été remaniée selon la méthodologie présentée en annexe.

Rappelons qu'il existe quatre salaires sociaux minimums<sup>1)</sup>:

- SSM pour travailleurs non qualifiés : 1 570,28 €
- SSM pour travailleurs qualifiés<sup>2)</sup>: 1 884,34 €
- SSM pour les travailleurs dont l'âge est compris entre 15 et 17 ans<sup>3</sup>: 1 177,71 €
- SSM pour les travailleurs dont l'âge est compris entre 17 et 18 ans<sup>4)</sup>: 1 256,22 €

Ces valeurs seront appelées valeurs de référence. Le taux horaire est obtenu en divisant le montant mensuel par 173<sup>5)</sup>.

<sup>1)</sup> Pour les quatre valeurs qui suivent, il s'agit du taux mensuel au 31 mars 2007.

Montant égal à 120% du SSM pour travailleurs non qualifiés.

<sup>3)</sup> Montant égal à 75% du SSM pour travailleurs non qualifiés.

<sup>4)</sup> Montant égal à 80% du SSM pour travailleurs non qualifiés.

<sup>5) 173 = 40</sup> heures/semaine \* 52/12.

Tableau 23. - Proportion de salariés (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum

	Proportion de travailleurs (temps pleins*) et partiels)	Part des travailleurs qualifiés	Part des travailleurs non qualifiés	Proportion de travailleurs (temps pleins)	Part des travailleurs qualifiés	Part des travailleurs non qualifiés
1995	11,6%			10,0%		
1996	10,7%			9,2%		
1997	11,7%			10,4%		
1998	11,6%			10,1%		
1999	11,4%			10,1%		
2000	11,0%			9,7%		
2001	11,1%			9,8%		
2002	10,4%			9,2%		
2003	11,9%			10,7%		
2004	12,1%			10,8%		
2005	12,2%			11,0%		
2006	11,8%	5,0%	6,9%	10,9%	5,1%	5,8%
2007	12,0%	5,1%	6,9%	11,0%	5,2%	5,8%

<sup>\*)</sup> Est considéré comme travailleur à temps plein, tout travailleur dont le nombre d'heures ouvrées est supérieur ou égal à 130.

34 367 salariés, soit 12,0% des salariés (fonctionnaires exclus) présents sur le marché de l'emploi au 31.03.2007, sont rémunérés au voisinage du salaire social minimum. Notons que ces 34 367 personnes représentent 11,0% de l'ensemble des salariés (fonctionnaires compris). Le nombre de salariés travaillant à temps plein et rémunérés au voisinage du SSM s'élève à 27 332. Ceci représente 11,0% des salariés (fonctionnaires exclus) travaillant à temps plein.

Tableau 24. - Nombre et proportion de femmes (fonctionnaires exclus) rémunérées au voisinage du salaire social minimum selon le secteur d'activité au 31 mars 2007

Secteur	Femmes	Proportion	Part des temps pleins
Agriculture, viticulture et sylviculture	170	45,3%	82%
Industrie	1 022	16,7%	84%
Energie et eau	1	0,6%	100%
Construction	355	15,2%	69%
Commerce, réparation automobile	4 952	28,0%	80%
Hôtels et Restaurants	3 034	46,3%	74%
Transports et communications	374	9,2%	78%
Intermédiation financière	138	0,8%	84%
Immobilier, location, services aux entreprises	3 764	20,2%	53%
Services collectifs sociaux et personnels	1 147	25,1%	76%
Autres services	3 365	10,6%	68%
Total	18 323	16,7%	71%

Au 31 mars 2007, 18 323 femmes, soit 16,7% des femmes salariées (fonctionnaires exclus) présentes sur le marché de l'emploi, ont été rémunérées au voisinage du SSM. Parmi celles-ci, 71% travaillaient à temps plein. Le secteur Hôtels et Restaurants possède la plus grande proportion de femmes rémunérées au voisinage du SSM (46,3%). Le secteur Commerce, réparation automobile possède le plus grand nombre de femmes rémunérées au voisinage du SSM (4 952 femmes, soit 28% de l'ensemble des femmes concernées).

Tableau 25. - Nombre et proportion d'hommes (fonctionnaires exclus) rémunérés au voisinage du salaire social minimum selon le secteur d'activité au 31 mars 2007

Secteur	Hommes	Proportion	Part des temps pleins
And a three attacks and a track and a	400	04.00/	000/
Agriculture, viticulture et sylviculture	438	34,0%	90%
Industrie	1 355	4,8%	93%
Energie et eau	3	0,3%	100%
Construction	3 306	10,3%	94%
Commerce, réparation automobile	2 711	12,5%	91%
Hotels et Restaurants	1 587	26,0%	85%
Transports et communications	1 435	7,4%	88%
Intermédiation financière	125	0,6%	88%
Immobilier, location, services aux entreprises	2 459	8,9%	81%
Services collectifs sociaux et personnels	349	10,8%	87%
Autres services	2 277	15,1%	89%
Total	16 045	9,0%	89%

Au 31 mars 2007, 16 045 hommes, soit 9,0% des hommes salariés (fonctionnaires exclus) présents sur le marché de l'emploi, ont été rémunérés au voisinage du SSM. Parmi ceux-ci, 89% travaillaient à temps plein. Le secteur Agriculture, viticulture et sylviculture possède la plus grande proportion d'hommes rémunérés au voisinage du SSM (34,0%). Le secteur Construction possède le plus grand nombre d'hommes rémunérés au voisinage du SSM (3 306 hommes, soit 10,3% de l'ensemble des hommes concernés).

Tableau 26. - Nombre et proportion de salariés hommes et femmes (fonctionnaires exclus) rémunérés au voisinage du salaire social minimum selon le secteur d'activité au 31 mars 2007

Secteur	Salariés	Proportion	Part des temps pleins
Agriculture, viticulture et sylviculture	608	36,6%	88%
Industrie	2 377	6,9%	89%
Energie et eau	4	0,4%	100%
Construction	3 661	10,7%	92%
Commerce, réparation automobile	7 663	19,5%	84%
Hôtels et Restaurants	4 621	36,5%	78%
Transports et communications	1 810	7,7%	86%
Intermédiation financière	263	0,7%	86%
Immobilier, location, services aux entreprises	6 223	13,4%	64%
Services collectifs sociaux et personnels	1 496	19,2%	79%
Autres services	5 642	12,1%	77%
Total	34 367	12,0%	80%

Au 31 mars 2007, 34 367 salariés, soit 12,0% des salariés (fonctionnaires exclus) présents sur le marché de l'emploi, ont été rémunérés au voisinage du SSM. Parmi ceux-ci, 80% travaillaient à temps plein. Le secteur Agriculture, viticulture et sylviculture possède la plus grande proportion de salariés rémunérés au voisinage du SSM (36,6%). Le secteur Commerce, réparation automobile possède le plus grand nombre (7 663 personnes, soit 19,5% de l'ensemble des individus concernées) de salariés rémunérés au voisinage du SSM.

#### 3.2.8. Méthodologie des statistiques SSM

Contrairement à certains pays qui déterminent le nombre de salariés rémunérés au salaire minimum par le biais d'enquêtes<sup>1)</sup>, le Luxembourg se base sur les fichiers administratifs de la sécurité sociale pour réaliser cet exercice. A partir de ces fichiers, il n'est pas possible de repérer de façon directe les individus concernés par le SSM, le seul critère de décision étant le montant de la rémunération mensuelle ainsi que le nombre d'heures travaillées.

Le dénombrement est par conséquent particulièrement délicat. En effet, deux problèmes majeurs se posent. Le premier concerne les incertitudes statistiques inhérentes au fichier (fiabilité de la variable relative au nombre d'heures mensuelles, processus d'arrondi dans les déclarations, présence de salaires horaires inférieurs au SSM horaire,...). Le deuxième concerne l'absence d'informations détaillées concernant les éléments de rémunération, autres que le salaire proprement dit à prendre en compte dans la base de vérification du SSM (heures supplémentaires, gratifications, primes,...).

Dans la méthodologie appliquée, le revenu considéré est le salaire mensuel brut déclaré, net de la part patronale. Ce revenu ne contient pas les montants non cotisables à l'assurance maladie prestations en espèces (p.ex. gratifications, 13e mois).

Afin d'éviter les problèmes d'identification des salaires aux valeurs de référence dus aux erreurs d'arrondis, les montants mensuels (y compris les valeurs de référence mensuelles) sont arrondis au dixième d'euros. Les montants horaires (y compris les valeurs de références horaires) sont, quant à eux, arrondis au centième d'euros.

De part les difficultés de repérage précédemment énoncées, la statistique présentée ici a pour objet de déterminer le nombre de personnes payées au voisinage du SSM et non pas le nombre de personnes au SSM. En effet, selon les éléments de rémunération à prendre en compte dans la base de vérification du SSM, un salarié rémunéré au SSM peut percevoir un salaire mensuel (resp. horaire) supérieur au SSM mensuel (resp. horaire). Un des cas de figure concerne les heures supplémentaires qui peuvent être payées à des taux horaires majorés<sup>2)</sup>.

La difficulté réside dans la définition du seuil en dessous duquel un salarié est considéré comme rémunéré au niveau du SSM. Ne possédant pas de données permettant une estimation du seuil en question<sup>3)</sup>, ce dernier est déterminé à l'aide de l'analyse descriptive des différentes distributions des salaires horaires depuis 1995. Le seuil retenu est de 3%. Il correspond à l'intervalle à droite du SSM horaire au sein duquel les fréquences d'apparition des salaires horaires sont particulièrement élevées<sup>4)</sup>.

#### En résumé:

Le dénombrement proprement dit se déroule en deux étapes. La première consiste à comptabiliser les personnes dont le salaire horaire est inférieur ou égal à 103% du SSM pour travailleurs non qualifiés ainsi que les personnes dont le salaire horaire est compris entre le SSM pour travailleurs qualifiés et 103% de ce dernier.

De par le doute sur la fiabilité de la variable relative au nombre d'heures travaillées, une deuxième étape est nécessaire. Elle consiste à comptabiliser les personnes travaillant à temps plein dont le salaire mensuel est compris entre le SSM mensuel pour travailleurs non qualifiés et 103% de ce dernier ainsi que les personnes dont le salaire mensuel est compris entre le SSM pour travailleurs qualifiés et 103% de ce dernier.

Les individus retenus sont considérés comme rémunérés au voisinage du SSM.

<sup>1)</sup> A titre d'exemple, la France avec l'enquête annuelle ACEMO (Activité et conditions d'emploi de la main-d'œuvre).

<sup>2)</sup> Dans l'exploitation statistique des déclarations annuelles de la sécurité sociale (DADS), la France considère qu'une personne est rémunérée au voisinage du SMIC si son salaire est inférieur ou égal à 1,02 SMIC. Une des justifications pour ce seuil est que les heures supplémentaires représentent environ cette marge de 2% (cf. rapport sur le SMIC (1999) réalisé par le CSERC).

<sup>3)</sup> Au moment de l'élaboration de la méthodologie, aucune estimation de la part moyenne des compléments (heures supplémentaires, primes...) dans le salaire horaire total n'était disponible. Ce n'est plus le cas désormais. Par conséquent, la méthodologie sera revue à l'avenir afin de prendre en compte ces informations.

<sup>4)</sup> La décision sur le fait qu'une fréquence soit particulièrement élevée est basée sur l'inégalité de Bienaymé -Tchebychev, considérée comme méthode non paramétrique de détection de valeurs remarquables.

# **ASSURANCE MALADIE-MATERNITE**

### 1. Introduction

#### 1.1. Les objectifs de l'assurance maladie-maternité

L'assurance maladie-maternité offre à ses affiliés ainsi qu'aux ayants droit (membres de famille)<sup>1)</sup> une protection financière en cas de maladie ou de maternité. Cette protection comporte deux volets distincts:

- 1. Le système des prestations en nature, c'est-à-dire le remboursement total ou partiel des dépenses pour soins de santé. Ces prestations comprennent : les soins de médecine et de médecine dentaire, les soins à l'hôpital, les médicaments, les analyses de laboratoire, l'imagerie médicale, la physiothérapie, les soins infirmiers ou de sagesfemmes, les moyens curatifs et produits accessoires (lunettes, prothèses dentaires et orthopédiques, appareils), les cures thérapeutiques et de convalescence, les frais de voyage et de transport. Les modalités de la prise en charge des traitements (taux de remboursement, autorisation préalable requise ou non, conditions d'âge etc.) sont fixées par les statuts de l'UCM.<sup>2)</sup>
- 2. Le système des prestations en espèces qui assure le remplacement du revenu professionnel défaillant suite à un congé de maladie ou de maternité.

#### 1.2. Organisation et financement

L'assurance maladie-maternité est organisée en fonction des modalités de financement des différents risques assurés. Actuellement elle compte quatre gestions:

- La gestion des prestations en nature prend en charge toutes les prestations de soins de santé concernant le risque maladie. C'est non seulement la gestion la plus importante du point de vue financier mais aussi la plus complexe en raison de la multiplicité des acteurs en jeu: les caisses de maladie en tant que bailleurs de fonds, les bénéficiaires de soins (assurés et ayants droit), et enfin les prestataires de soins (médecins, hôpitaux, pharmaciens, autres professions de santé non-médecins, fournisseurs de moyens accessoires, services de transport de malades etc.).
- La gestion des prestations en espèces (Art. 29.1b CAS) gère les indemnités pécuniaires de maladie des nonsalariés ainsi que des salariés, employés pour la plupart, qui bénéficient de la continuation légale ou conventionnelle de leur rémunération pendant le mois en cours et les trois mois subséquents au début de la maladie. Elle n'intervient donc en principe qu'après le troisième mois de la maladie.
- La gestion des prestations en espèces (Art. 29.1c CAS) prend en charge les indemnités pécuniaires des salariés ne bénéficiant pas de la conservation de la rémunération en cas de maladie. Cette gestion, qui concerne principalement les ouvriers, intervient dès le premier jour de la maladie.
- La quatrième gestion concerne les prestations de maternité en nature (soins liés à l'accouchement) et en espèces (remplacement de salaire en cas de congé de maternité).

Les trois premières gestions sont financées sur base de cotisations prélevées auprès des assurés et d'une participation financière de l'Etat qui s'élève à 37% des cotisations en ce qui concerne les prestations en nature et à 10% pour les indemnités pécuniaires de maladie. Le financement des prestations de maternité incombe entièrement à l'Etat. L'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité est déterminé à partir du budget consolidé comportant l'ensemble des quatre gestions.

#### 1.3. Gestion administrative

Du côté administratif, l'Union des Caisses de Maladie (UCM), négocie les conventions avec les prestataires, fixe les statuts déterminant les droits et devoirs des assurés et joue un rôle centralisateur et coordinateur en ce qui concerne la liquidation des prestations en nature et la comptabilité générale de l'assurance maladie-maternité. La tâche des neuf autres caisses de maladie, organisées selon des critères socioprofessionnels, se limite à assurer le contact direct avec les assurés, à gérer l'affiliation des membres de famille, et à ordonner le remboursement des prestations en espèces ainsi que des prestations en nature qui ne relèvent pas du système du tiers payant dont la gestion est assurée directement par l'UCM.

<sup>1)</sup> Voir également chapitre personnes protégées et cotisations.

<sup>2)</sup> http://www.secu.lu/legis/Statucm/statactuel/sommaire.htm

#### 1.4. Action concertée

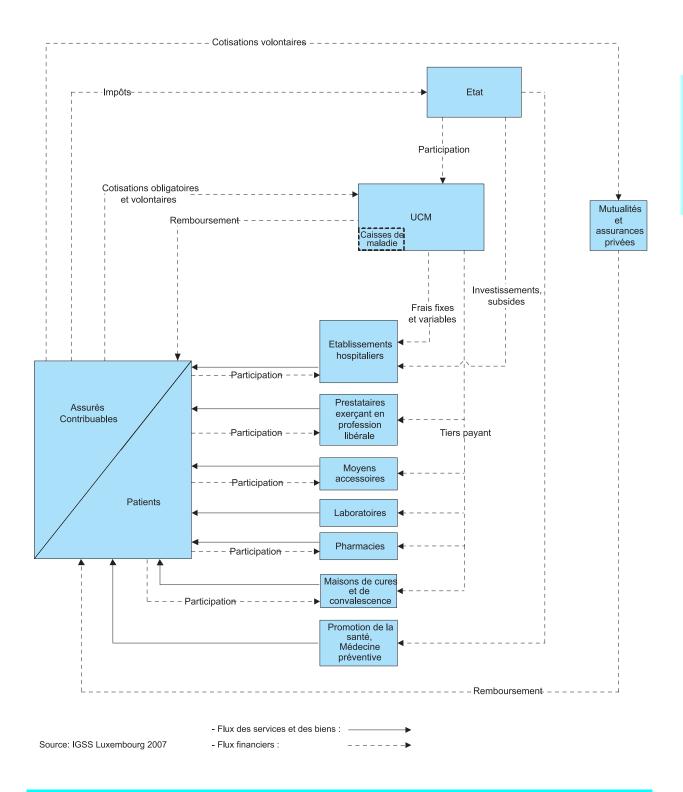
Aux termes de l'article 80 modifié du Code des assurances sociales, un comité quadripartite, réunissant les représentants des départements ministériels concernés, des organisations des salariés et des employeurs ainsi que des prestataires de soins est appelé à examiner annuellement l'évolution des recettes et des dépenses en matière de santé et de proposer :

- des mesures à prendre sur le plan légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire en matière d'assurance maladie :
- toutes autres mesures destinées à améliorer l'efficacité du système de santé en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des techniques médicales et des ressources dont dispose le pays.

Par ailleurs l'alinéa 3 de l'article 80 du Code des assurances sociales renvoie à des clignotants, signalant au comité quadripartite la nécessité de réagir par :

- a) la proposition d'économies à réaliser au niveau des prestataires de soins et une augmentation de la participation des assurés, si la croissance des dépenses entraı̂ne un relèvement important des cotisations ;
- b) l'introduction de mécanismes régulateurs, prévus à l'article 67 du Code des assurances sociales, si l'évolution du volume des actes et services des médecins et médecins-dentistes diffère considérablement des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité.

# Organisation et financement des soins de santé au Luxembourg



### 2. Les ressources humaines du secteur de la santé

#### 2.1. Evolution démographique globale

Dans cette section on présente l'évolution de l'emploi dans le secteur de la santé pour la période de 2003 à 2005.

#### Sources des données

Les données proviennent notamment du fichier "affiliation" de la sécurité sociale, du fichier "fournisseur" de l'UCM et du fichier de recensement annuel des médecins agréés dans les hôpitaux, géré par l'IGSS. Elles concernent les personnes physiques affiliées et actives, salariées ou indépendantes, travaillant dans le domaine des soins de santé aigus (assurance maladie-maternité) et de longue durée (réhabilitation et cures, assurance dépendance).

#### Méthodologie

La méthodologie employée pour établir les statistiques sur la main-d'œuvre dans le secteur de la santé se base sur une des dimensions du "Système de Comptes de la Santé" la classification des prestataires de soins de santé. En effet, le "Système de Comptes de la Santé" définit un cadre théorique pour l'établissement des statistiques sur les dépenses de la santé et propose une nouvelle classification internationale basée sur trois axes :

- la nomenclature des fonctions de soins de santé (ICHA-HC 2),
- la nomenclature des prestataires de soins de santé (ICHA-HP<sup>2)</sup>),
- la nomenclature des sources de financement (ICHA-HF <sup>2)</sup> ).

La nomenclature des prestataires de soins de santé a pour but de classer les établissements de soins de santé spécifiques à chaque pays dans des catégories communes, comparables à l'échelle internationale, et de fournir des outils permettant de relier les statistiques sur les ressources humaines dans le secteur de la santé aux données financières du Système de Comptes de la Santé. Elle permettra de suivre plus précisément les effectifs en personnel de santé et leurs formations d'où il résultera une meilleure estimation des frais de personnel et des coûts y relatifs<sup>3)</sup>.

La nomenclature des prestataires de soins de santé s'inspire largement de la "Nomenclature générale des activités économiques dans les Communautés européennes" (NACE), révision 1. La majorité des prestataires de soins, cités dans cette classification ICHA-HP, sont regroupés à la section N, Santé et action sociale de NACE.

Dans la classification ICHA-HP l'activité principale qu'exerce l'établissement prestataire constitue le critère essentiel de répartition des prestataires de soins de santé par secteur. Elle couvre à la fois les producteurs primaires et secondaires de soins de santé. Un producteur primaire de soins est une entité, comme par exemple un hôpital ou un cabinet de médecin, dont l'activité principale est la production de services de santé. Les producteurs secondaires par contre, fournissent des services de santé en tant qu'activité secondaire s'ajoutant à leur activité principale. Il en est ainsi, par exemple, des établissements de soins avec hébergement, comme les foyers logement, qui dispensent principalement des services sociaux, mais en association avec des soins (soins de longue durée ou psychiatriques).

De plus, la nomenclature ICHA-HP s'écarte des systèmes habituels de classification des branches d'activité dans la mesure où elle inclut les ménages privés (par exemple les aidants informels dans le cadre de l'assurance dépendance), considérés comme prestataires de services médicaux à des personnes malades, invalides ou âgées, ainsi que la médecine du travail.

Finalement la classification des prestataires de soins de santé n'établit pas de distinction entre les établissements publics ou privés ou d'après leur taille et leur statut juridique.

OECD (2000), " Le Système de Comptes de la Santé " , Paris. http://www.oecd.org/dataoecd/41/5/1841464.pdf

<sup>2)</sup> ICHA-HC: International Classification of Health Accounts - Health Care Functions. ICHA-HP: International Classification of Health Accounts - Health Care Providers. ICHA-HF: International Classification of Health Accounts - Health Care Financing.

<sup>3)</sup> Un tel projet, intitulé " Statistical Analysis and Reporting of data on Health Labour Accounts " a été réalisé en 2004 par EUROSTAT et BASYS (Augsbourg).

#### Résultats et analyse

Les statistiques sur le personnel effectif du secteur de la santé au Luxembourg sont établies au 31 mars de chaque année et présentées dans le tableau suivant.

Tableau 1. - Evolution démographique des prestataires de soins de santé au Luxembourg, source IGSS (Situation au 31 mars)

o 1)			0004		Variation en %	
Code ICHA 1)	Prestataires de soins de santé	2003	2004	2005	2003/2004	2004/2005
HP.1	Hôpitaux <sup>2)</sup>	6 659	7 113	7 133	6,8%	0,3%
HP.2	Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement <sup>3)</sup>	3 595	3 855	4 103	7,2%	6,4%
HP.3	Prestataires de soins ambulatoires <sup>4)</sup>	6 117	6 487	7 179	6,0%	10,7%
HP.4	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux 5)	1 489	1 550	1 611	4,1%	3,9%
HP.5	Fourniture et gestion de programmes de santé publique 6)	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
HP.6	Administration générale de la santé et assurance maladie 7)	641	653	669	1,9%	2,5%
HP.7	Autres prestataires de services de santé (reste de l'économie) <sup>8)</sup>	357	390	472	9,2%	21,0%
Emploi Santé		18 858	20 048	21 167	6,3%	5,6%
Emploi total		292 542	299 768	308 538	2,5%	2,9%
Emploi Santé en % du total		6,4%	6,7%	6,9%		

ICHA - International Classification of Health Accounts.

Les statistiques montrent que le secteur de la santé connaît une croissance moyenne annuelle de 5,9% sur la période de 2003 à 2005. La plus importante augmentation de la main-d'œuvre a eu lieu en 2004 avec 6,3%. Cette hausse résulte essentiellement d'une embauche considérable dans le secteur hospitalier, le secteur des prestataires de soins ambulatoires et dans les maisons de soins et centres intégrés pour personnes âgées (environ 1 100 personnes de plus occupées en 2004 qu'en 2003, soit 5,5% du total).

Le nombre de médecins et médecins-dentistes, agréés dans les hôpitaux, mais classés en tant que travailleurs indépendants dans la catégorie des prestataires de soins de santé ambulatoires (HP.3), augmente en 2004 de 1,6% et en 2005 de 3,1%.

La catégorie de prestataires de soins la plus fortement représentée est celle des hôpitaux : en moyenne, environ 34,8% de l'emploi total du secteur de la santé est classé sous HP.1 : Hôpitaux. Viennent ensuite les prestataires de soins ambulatoires qui représentent en moyenne 32,9% de l'effectif total et les maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement (HP.2 ; 19,2% en moyenne). Ces 3 catégories représentent en moyenne 87,0% de la totalité de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

L'emploi recensé dans le secteur de la santé représente en moyenne 6,7% de l'emploi total au Luxembourg et correspond ainsi au double de l'emploi dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration (environ 12 000 salariés).

Ce taux de 6,7% ne comprend toutefois pas le personnel travaillant en sous-traitance dans des domaines qui ne relèvent pas de l'activité centrale de l'hôpital et qui sont donc classées dans une autre catégorie NACE. En effet, tous les établissements hospitaliers et aussi certaines maisons de soins ont recours, dans des proportions variables, à des travaux de sous-traitance en ce qui concerne les tâches comme la buanderie, la restauration, certains travaux d'entretien ou encore la maintenance de systèmes informatiques.

<sup>2)</sup> Cette catégorie regroupe les hôpitaux et établissements spécialisés tel qu'ils sont définis dans le Plan Hospitalier National.

<sup>3)</sup> Cette catégorie regroupe essentiellement des prestataires offrant des services dans le cadre de l'assurance dépendance. Il est notamment question des CIPA et maisons de soins.

<sup>4)</sup> Cette catégorie regroupe les médecins et autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, infirmiers, etc.) en exercice libéral, les centres de jours, laboratoires d'analyses médicales, les services d'ambulance et les prestataires de services de soins à domicile.

<sup>5)</sup> Cette catégorie regroupe les pharmacies, opticiens, bottiers-orthopédistes, orthopèdes-bandagistes et magasins d'appareils auditifs ou médicaux.

<sup>6)</sup> Cette catégorie regroupe les personnes impliquées dans l'organisation et le bon fonctionnement de programmes de santé publique nationaux (programme mammographie, programme de vaccination, etc.); une donnée faisant défaut actuellement.

Cette catégorie regroupe les personnes travaillant dans les ministères de la santé, de la sécurité sociale et de la famille, les organismes de la sécurité sociale (CMSS par exemple), etc.

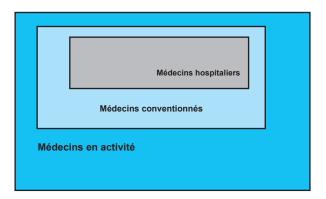
B Cette catégorie regroupe la médecine du travail, les aidants informels et toute autre personne physique n'ayant pas pu être classée dans les 6 autres groupes de prestataires.

#### 2.2. Les médecins

Sources des données :

- La base de données des médecins autorisés à exercer est du domaine du Ministère de la Santé qui accorde les autorisations d'exercer. Cette base de données qui repose sur des données administratives, enregistre tous les médecins indépendamment de leur statut (libéral, salarié ou fonctionnaire, actif, non-actif), du mode d'activité (soins curatifs, soins préventifs, laboratoires d'analyses, imagerie, administration de la santé ou assurance sociale, recherche, autres secteurs d'activité) ou du lieu de travail (cabinet médical, hôpital aigu, moyen séjour, long séjour, organisme public ou privé).
- La base de données "prestataires" de la sécurité sociale est gérée par l'Union des Caisses de Maladie et repose également sur des données administratives. Elle concerne tous les médecins conventionnés<sup>1)</sup>, indépendamment de leur statut (libéral ou salarié), qui exercent une activité médicale rémunérée par la sécurité sociale et qui disposent d'une autorisation d'exercer. La méthodologie concernant l'établissement des statistiques démographiques ou liées à l'activité médicale, établies à partir de cette base de données, est développée plus amplement ci-après.
- Le fichier des médecins hospitaliers est géré par l'IGSS. Contrairement aux deux bases de données précédentes, il ne repose pas sur des données administratives mais sur un recensement annuel du nombre des médecins agréés (libéraux ou salariés) auprès des établissements hospitaliers aigus.

Les statistiques concernant les médecins sont déclinées conformément au schéma ci-après :



#### 2.2.1. Les médecins en activité

Le tableau ci-après donne un aperçu global des médecins en activité en 2006.

Il opère une distinction entre les médecins qui s'occupent des patients (médecins conventionnés) et les médecins qui travaillent dans d'autres domaines du secteur de la santé, comme l'administration publique ou d'autres organismes non gouvernementaux.

La classification par spécialité pour les médecins ayant plusieurs spécialités se fait en fonction de l'activité prépondérante ou en fonction de la spécialité pour laquelle l'autorisation d'exercer la plus récente à été attribuée.

<sup>1)</sup> Les médecins exerçant dans le cadre d'une activité rémunérée par la sécurité sociale sont soumis au conventionnement obligatoire.

Fonction / spécialité	Hommes	En % du total	Femmes	En % du total	Hommes et Femmes	En % du tota
Médecins conventionnés <sup>1)</sup>	1 168	94,3%	477	89,3%	1 645	92,8%
Médecine générale	242	19,5%	123	23,0%	365	20,6%
Anesthésie-réanimation	60	4,8%	20	3,7%	80	4,5%
Cardiologie et angiologie	30	2,4%	2	0,4%	32	1,8%
Chirurgie cardio-vasculaire	3	0,2%		0,0%	3	0,2%
Chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale	3	0,2%	2	0,4%	5	0,3%
Chirurgie générale	53	4,3%	5	0,9%	58	3,3%
Chirurgie plastique	8	0,6%	2	0,4%	10	0,6%
Chirurgie pédiatrique	4	0,3%		0,0%	4	0,2%
Chirurgie thoracique	1	0,1%		0,0%	1	0,1%
Chirurgie vasculaire	1	0,1%		0,0%	1	0,1%
Dermato-vénéréologie	13	1,0%	15	2,8%	28	1,6%
Electroradiologie	9	0,7%		0,0%	9	0,5%
Endocrinologie, maladies du métabolisme+nutrit.	1	0,1%	2	0,4%	3	0,2%
Gastro-entérologie	13	1,0%	2	0,4%	15	0,8%
Gynécologie-obstétrique	46	3,7%	20	3,7%	66	3,7%
Microbiologie	1	0,1%	1	0,2%	2	0,1%
Médecine interne	85	6,9%	18	3,4%	103	5,8%
Médecine nucléaire	7	0,6%	3	0,6%	10	0,6%
Neuro-psychiatrie	12	1,0%		0,0%	12	0,7%
Neurochirurgie	8	0,6%	1	0,2%	9	0,5%
Neurologie	21	1,7%	5	0,9%	26	1,5%
Néphrologie	3	0,2%	2	0,4%	5	0,3%
Ophtalmologie	33	2,7%	15	2,8%	48	2,7%
Orthopédie	35	2,8%	1	0,2%	36	2,0%
Oto-rhino-laryngologie	35	2,8%	3	0,6%	38	2,1%
Pneumo-phtisiologie	13	1,0%	2	0,4%	15	0,8%
Pneumologie	1	0,1%	2	0,4%	3	0,2%
Psychiatrie	36	2,9%	23	4,3%	59	3,3%
Psychiatrie infantile	1	0,1%	5	0,9%	6	0,3%
Pédiatrie	28	2,3%	37	6,9%	65	3,7%
Radiodiagnostic	39	3,1%	9	1,7%	48	2,7%
Radiothérapie	3	0,2%	2	0,4%	5	0,3%
Rhumatologie	9	0,7%	6	1,1%	15	0,8%
Rééducation et réadaptation fonctionnelles	9	0,7%	6	1,1%	15	0,8%
Urologie	21	1,7%	1	0,2%	22	1,2%
Total médecins spécialistes	645	52,1%	212	39,7%	857	48,3%
Médecin-dentiste	253	20,4%	107	20,0%	360	20,3%
Stomatologie	5	0,4%		0,0%	5	0,3%
Total dentistes et stomatologues	258	20,8%	107	20,0%	365	20,6%
Médecins en voie de spécialisation	23	1,9%	35	6,6%	58	3,3%
Autres médecins en activité	71	5,7%	57	10,7%	128	7,2%
Médecins occupés dans des laboratoires	12	1,0%	10	1,9%	22	1,2%
Médecins administratifs <sup>2)</sup>	30	2,4%	21	3,9%	51	2,9%
Médecins du travail <sup>2)</sup>	29	2,3%	26	4,9%	55	3,1%

TOTAL GENERAL

1 239

100,0%

534

100,0%

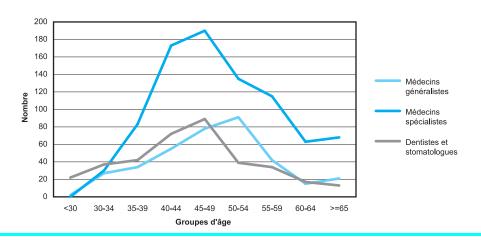
1 773

100,0%

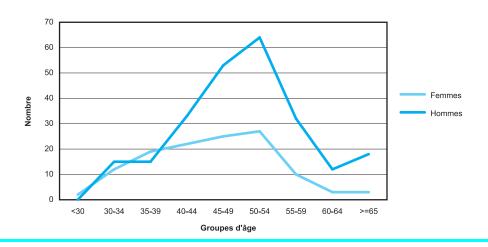
Médecins prodiguant des soins ou services aux patients (fonction de soins de santé individuels).
 Services fournis à la collectivité.
 Sources: Base de données Ministère de la Santé, base de données "prestataires" de la sécurité sociale.

Les graphiques ci-après indiquent la répartition par groupes d'âge et par sexe des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des médecins dentistes.

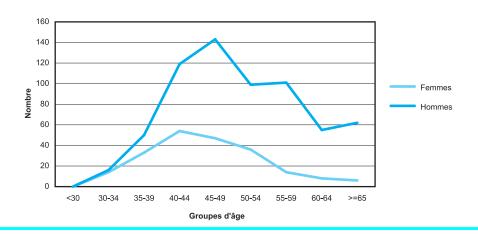
Graphique 2. - Répartition des médecins par groupes d'âge en 2006



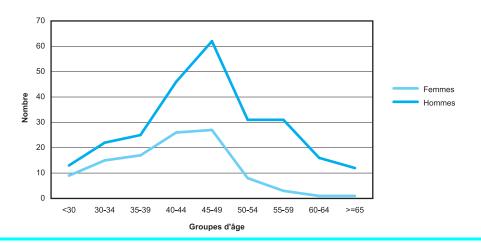
Graphique 3. - Répartition par groupes d'âge et par sexe en 2006: médecins généralistes



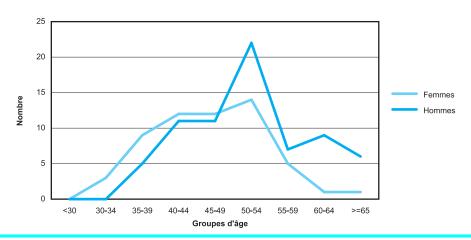
Graphique 4. - Répartition par groupes d'âge et par sexe en 2006: médecins spécialistes



Graphique 5. - Répartition par groupes d'âge et par sexe en 2006: dentistes et stomatologues



Graphique 6. - Répartition par groupes d'âge et par sexe en 2006: autres médecins 1) en activité



<sup>1)</sup> Médecins travaillant dans les laboratoires ou des services administratifs (médecine du travail, contrôle médical de la sécurité sociale, ministère de la Santé, etc.).

#### La démographie médicale en comparaison internationale

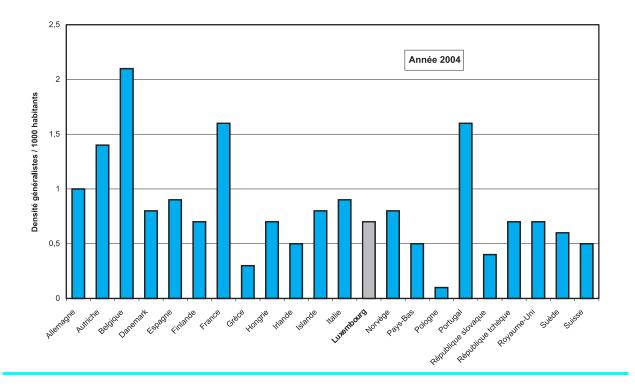
Les données publiées ci-après reposent entièrement sur des statistiques tirées de la base de données Eco-Santé établie par l'OCDE en 2007. Le choix des pays a été fait en fonction des données disponibles pour l'année 2004.

Comme c'est le cas pour toute comparaison internationale, il faut interpréter les chiffres avec prudence. La méthodologie concernant la collecte des données peut varier d'un pays à un autre. D'un autre côté il faut se garder de tirer des conclusions hâtives à partir d'un indicateur unique. Si c'est vrai que les médecins jouent un rôle clé dans les systèmes de santé, le seul indicateur de la couverture médicale ne permet pas de préjuger de la performance d'un système de santé où il faut considérer également l'organisation générale ainsi que l'implication des autres professionnels de santé dans la chaîne des soins.

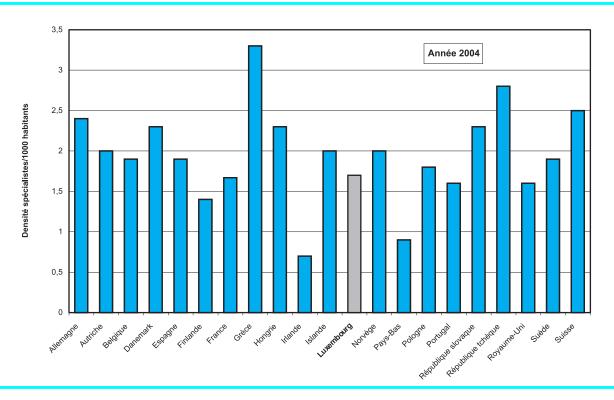
Les chiffres recensés par l'OCDE concernant les médecins au Luxembourg, proviennent de la base de données du Ministère de la Santé<sup>1)</sup>. Ils concernent tous les médecins en activité au Luxembourg, donc y compris les médecins fonctionnaires ou médecins occupés dans d'autres secteurs (médecine du travail, laboratoires etc.) .

Les données fournies par le Luxembourg ne rejoignent pas tout à fait la définition de l'OCDE qui voudrait que les médecins en activité incluent les internes et excluent les médecins fonctionnaires ou occupés dans d'autres secteurs. De ce fait le nombre des généralistes se trouve un peu surestimé et celui des spécialistes sous-estimé.

Graphique 7. - Comparaison de la densité médicale dans différents pays européens: médecins généralistes



Graphique 8. - Comparaison de la densité médicale dans différents pays européens: médecins spécialistes



En ce qui concerne les médecins dentistes on constate une répartition assez équilibrée (0,1/1 000) pour l'ensemble des pays européens à l'exception de la Hongrie qui présente une densité plus forte de médecins dentistes par 1 000 habitants.

#### 2.2.2. Les médecins conventionnés

Cette sous-section présente des statistiques plus détaillées sur la démographie et l'activité médicale des prestataires exerçant dans le cadre d'une prise en charge par l'assurance maladie-maternité. Elles reposent sur des données administratives de la sécurité sociale. Les données concernant les actes et services médicaux ne sont donc pas exhaustives pour deux raisons essentiellement :

- Elles ne concernent que la population protégée affiliée à l'UCM (+/- 96% de la population totale).
- Elles n'englobent pas des actes et services prestés sortant du champ d'application de l'assurance maladiematernité, et financés par des moyens privés.

# Note méthodologique concernant les statistiques basées sur des données administratives (médecins conventionnés)

#### Données démographiques :

Les statistiques concernent les médecins résidents<sup>1)</sup>, conventionnés, classés par spécialité. La spécialité du médecin est en principe celle pour laquelle il a obtenu en dernier lieu une autorisation d'exercer.

Les statistiques concernant la démographie médicale comprennent les médecins libéraux et salariés. A noter que l'assurance maladie ne fait pas de distinction entre médecins libéraux et médecins salariés en ce qui concerne le mode de financement. La rémunération du médecin se fait toujours à l'acte. Dans le cas des médecins salariés, c'est l'hôpital employeur qui perçoit les honoraires.

Le comptage des médecins est fait mensuellement. Pour les besoins des statistiques démographiques ci-après, compte le nombre de médecins au 31 décembre.

Pour les médecins libéraux on ne retient que ceux ayant une activité significative. On considère comme mois d'activité insignifiante ceux, où le niveau des honoraires est inférieur au salaire social minimum (SSM) ou encore les mois d'activité isolés, précédés et suivis de mois d'inactivité.

En ce qui concerne les médecins salariés, employés au CHL pour la plupart, la constatation de leur activité se base sur les relevés fournis par l'hôpital employeur. Les médecins salariés comprennent également un sous-groupe: ce sont les "internes" (médecins en voie de spécialisation - MEVS -).

#### Honoraires médicaux :

- Les statistiques concernant les honoraires médicaux englobent tous les médecins exerçant dans le régime libéral à condition que leur activité s'étende sur toute l'année et que le niveau des honoraires dépasse le SSM par mois, et 4 957 EUR à l'indice 100 par an.
- Les personnes considérées sont âgées entre 25 et 70 ans.
- Les actes médicaux sont recensés par rapport à l'année de leur prestation. Ils sont attribués aux médecins en fonction de leur spécialité et non pas en fonction du classement des actes dans la nomenclature. La spécialité du médecin est en principe celle pour laquelle il a obtenu en dernier lieu une autorisation d'exercer.
- Les chiffres concernant l'exercice le plus récent sont à considérer comme données provisoires.
- Des caractéristiques spécifiques d'une spécialité (moyenne d'honoraires ou données par rapport au sexe et à l'âge) ne sont pas mentionnées, si ce groupe de médecins compte en moyenne annuelle moins de 5 personnes.

<sup>1)</sup> Concerne l'adresse professionnelle.

Tableau 3 -	Evolution du nombre de	médecins conventionnés	et de la nonulation	nrotégée denuis 2001 1)
iabicau s	Evolution an nombre de	Illedecilis conventioniles	et de la bobulation	Di Oledee debuis 2001

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Médecins généralistes	288	298	304	318	319	334
Variation en %	3,2%	3,5%	2,0%	4,6%	0,3%	4,7%
Médecins spécialistes	688	709	770	792	801	847
Variation en %	4,4%	3,1%	8,6%	2,9%	1,1%	5,7%
Dentistes et stomatologues	275	288	293	312	326	343
Variation en %	5,8%	4,7%	1,7%	6,5%	4,5%	5,2%
TOTAL	1 251	1 295	1 367	1 422	1 446	1 524
Variation en %	4,4%	3,5%	5,6%	4,0%	1,7%	5,4%
Evolution de la population protégée résidente 2)	1,4%	1,0%	1,2%	1,4%	1,2%	1,2%

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre.

En 2006 la progression du nombre des médecins conventionnés accuse une croissance sensible et dépasse largement le taux de croissance de la population protégée pour cette même année.

Entre 2001 et 2006 le nombre de médecins conventionnés a augmenté en moyenne annuelle de 4,0%, tandis que la croissance de la population protégée était de 1,2%.

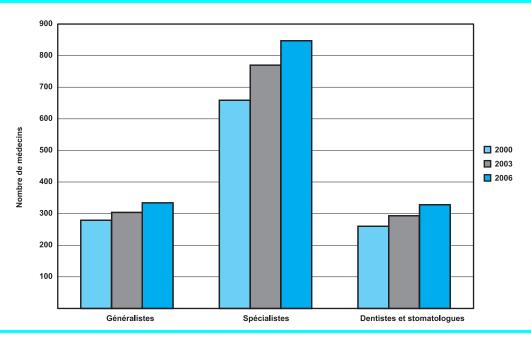
Par rapport aux années précédentes on constate que les taux de croissance pour les différentes catégories de médecins sont assez rapprochés.

Tableau 4. - Evolution des trois principales catégories de médecins, exprimée en % du total

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Médecins généralistes	23,3%	23,0%	23,0%	22,2%	22,4%	22,1%	22,1%
Médecins spécialistes	55,0%	55,0%	54,7%	56,3%	55,7%	55,4%	56,1%
Dentistes et stomatologues	21,7%	22,0%	22,2%	21,4%	21,9%	22,5%	21,7%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Les médecins généralistes maintiennent leur position en 2006, tandis que les spécialistes gagnent 0,7 points. Les dentistes et stomatologues viennent en 3e position derrière les spécialistes et presque à égalité avec les généralistes.

Graphique 9. - Evolution du nombre des médecins par catégorie à partir de 2000



<sup>2)</sup> Moyenne annuelle.

	s médecins par sexe de 2001 à 2006	

	Hommes	Femmes	Hommes + Femmes
Médecins généralistes	2,8%	3,6%	3,0%
Médecins spécialistes	2,9%	5,6%	3,7%
Dentistes et stomatologues	3,2%	7,6%	4,2%
Total médecins	3,0%	6,0%	3,8%

En 2006 les femmes médecins constituent 29% du total des médecins conventionnés. Elles représentent 32% du nombre total des médecins généralistes, 27% des médecins spécialistes et 30% des médecins dentistes.

#### Evolution des honoraires des médecins conventionnés

Après une croissance extrêmement importante de la masse des honoraires bruts en 2004 (consécutive à la mise en application au 1.1.2004 de la loi du 22 juillet 2003, prévoyant une majoration de certains honoraires médicaux et médico-dentaires), un ralentissement de la progression de la masse des honoraires en 2005, l'année 2006 se caractérise par une évolution de nouveau accélérée de la masse des honoraires (+4,5%).

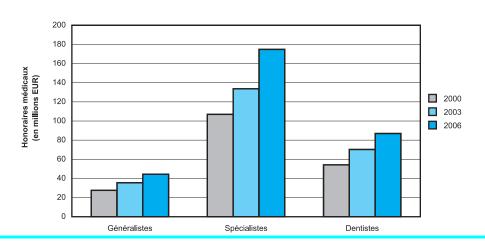
La section 5.3. ci-après analyse plus en détail l'évolution des honoraires médicaux en comparaison avec l'évolution de la population.

Tableau 6. - Evolution de la masse des honoraires des médecins en 2005 et 2006

	2005	2006	
Médecins généralistes	2,8%	4,8%	
Médecins spécialistes	3,0%	3,6%	
Dentistes et stomatologues	2,5%	6,3%	
Total des médecins	2,8%	4,5%	

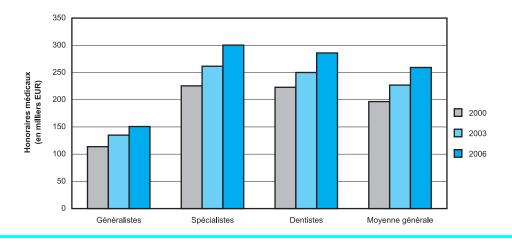
On constate en 2006 une progression plus significative de la masse des honoraires auprès des médecins dentistes.

Graphique 10. - Evolution de la masse des honoraires médicaux (en millions EUR)



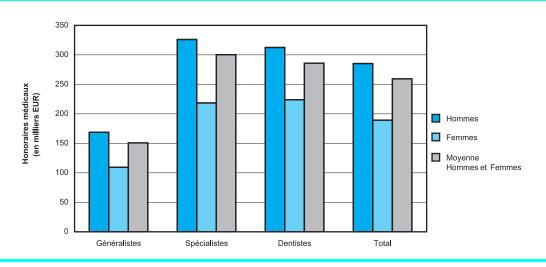
A l'instar de la masse totale des honoraires, la croissance des honoraires médicaux moyens a également été plus importante en 2006. Voici la répartition par catégorie:

Graphique 11. - Honoraires médicaux: moyenne par catégorie de médecins (en milliers EUR)



Le graphique suivant indique la répartition des honoraires médicaux moyens par catégorie et par sexe.

Graphique 12. - Répartition des honoraires médicaux moyens selon le sexe en 2006 (en milliers EUR)



La répartition des honoraires médicaux moyens par catégorie et spécialité

Tableau 7 Moyenne des honoraires médicaux par catégorie en 2006 (en EUR)					
Médecins généralistes	150 725				
Médecins spécialistes	300 351				
Dentistes et stomatologues	285 967				
Total des médecins	259 274				

On constate, entre le montant moyen des honoraires du généraliste et du spécialiste un écart allant du simple au double.

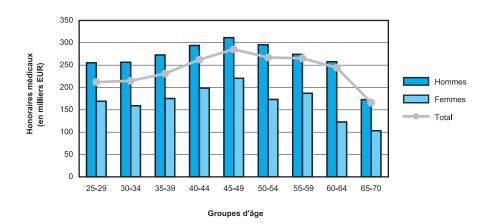
Mais les écarts peuvent aussi être très importants parmi les médecins spécialistes eux-mêmes. En règle générale les moyennes d'honoraires les plus faibles se rencontrent auprès des spécialités médicales conservatrices et les moyennes plus élevées sont associées aux spécialités médicales interventionnelles.

- Les spécialités médicales les plus significatives dans le premier groupe sont les pédiatres, les dermatologues et les psychiatres dont les honoraires moyens se situent au-dessous de la moyenne générale. On note que les spécialités citées présentent un taux élevé de praticiens féminins.
- Dans le deuxième groupe des spécialités interventionnelles, dont les moyennes d'honoraires se situent largement au-dessus de la moyenne des honoraires des spécialistes, le top 7 se présente ainsi en 2006 (en ordre décroissant) :
  - Electroradiologie
  - Cardiologie
  - Orthopédie
  - Neurochirurgie
  - Anesthésie-réanimation
  - Oto-rhino-laryngologie
  - Néphrologie

Les moyennes d'honoraires par catégorie donnent une première indication sur la répartition des montants d'honoraires que les médecins ont perçus pendant l'année sous revue. Si on observe la distribution des honoraires toutes spécialités confondues, on constate cependant qu'elle ne reflète que partiellement l'analyse des moyennes d'honoraires. Néanmoins certaines tendances observées au niveau de l'analyse des moyennes d'honoraires sont corroborées au niveau de l'analyse de la distribution par tranches de montant.

- En 2006, 10% des médecins ont disposé d'honoraires en-dessous de 78 790 EUR. Dans cette tranche 45% étaient des généralistes, suivis des dentistes (23%).
- Parmi les 5% de médecins ayant perçu les montants d'honoraires les plus élevés c'est-à-dire plus de 557 282
   EUR par an 51% sont des dentistes. Suivent ensuite les gynécologues (10%), les cardiologues (8%) et les électroradiologues (8%).

Graphique 13. - Répartition des honoraires médicaux moyens selon l'âge et le sexe en 2006 (en milliers EUR)



Les revenus moyens des médecins

Le tableau suivant retrace l'évolution des revenus bruts annuels des médecins par catégorie et par sexe.

Tableau 8. - Evolution des revenus moyens annuels bruts des médecins par catégorie, statut et sexe de 2003 à 2005 (en EUR)

	2003				2004			2005		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL	
Libéraux										
Médecins généralistes	114 404	68 590	100 868	108 260	65 771	95 956	131 968	84 621	118 572	
Médecins spécialistes	219 210	150 110	204 574	210 352	142 827	196 209	246 706	166 697	229 113	
Médecins dentistes	151 029	106 074	138 420	150 921	100 466	137 141	168 563	118 395	154 548	
Salariés										
Médecins généralistes	81 183	77 520	79 090	89 068	98 762	94 607	107 035	108 112	107 650	
Médecins spécialistes	150 159	98 760	136 480	152 388	103 869	140 092	162 072	110 533	150 070	
Médecins dentistes	p.m.									
Libéraux + salariés										
Médecins généralistes	113 876	69 025	100 305	107 952	67 441	95 921	131 571	85 841	118 283	
Médecins spécialistes	206 064	137 741	190 844	197 562	132 457	183 266	228 477	153 881	211 863	
Médecins dentistes	151 029	106 074	138 420	150 921	100 466	137 141	168 563	118 395	154 548	
Moyenne globale	173 879	110 589	157 777	168 492	106 960	153 176	195 878	127 821	178 878	
Variation annuelle en %				-3,1%	-3,3%	-2,9%	16,3%	19,5%	16,8%	
Evolution démographique des médecins exprimée en %				1,2%	-1,7%	0,4%	3,7%	4,2%	3,9%	

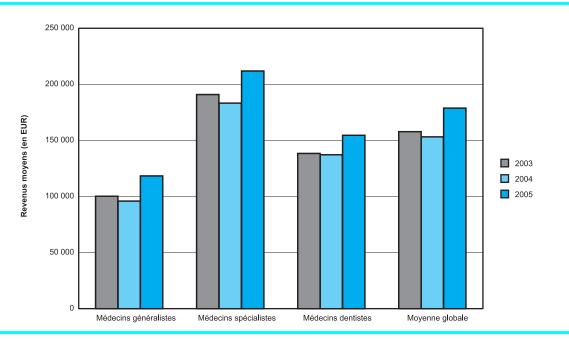
Les revenus des médecins varient en fonction des facteurs suivants:

- durée de travail
- évolution démographique des médecins (liée très fortement au développement du secteur hospitalier)
- évolution des honoraires médicaux et de la nomenclature des actes médicaux.

Etant donné que la durée de travail n'est pas mesurable auprès des médecins libéraux, il n'est pas possible de comparer directement les revenus des médecins libéraux et salariés.

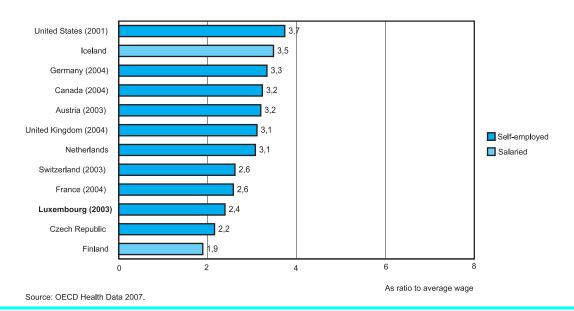
Les revenus des femmes médecins se situent dans une fourchette comprise entre 64 % et 70% des revenus de leurs confrères, avec une exception notable pour les médecins généralistes salariés ou il y a égalité des rémunérations.

Graphique 14. - Evolution des revenus moyens annuels bruts par catégorie de 2003 à 2005



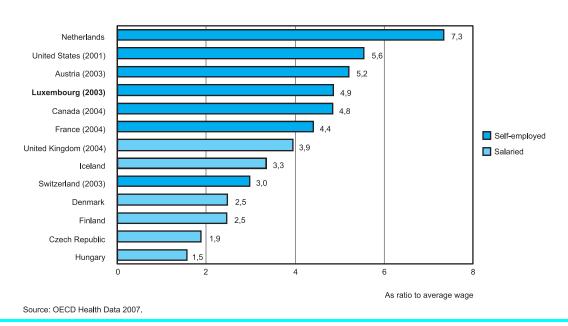
Les revenus moyens des médecins en comparaison internationale:

Graphique 15. - Ratio du revenu des médecins généralistes par rapport au salaire moyen 1)



Average wage or salary rates are the rates for nominal time work comprising basic wages and salaries, cost of living allowances and other guaranteed and regularly paid allowances.

Graphique 16. - Ratio du revenu des médecins spécialistes par rapport au salaire moyen 1)



Average wage or salary rates are the rates for nominal time work comprising basic wages and salaries, cost of living allowances and other guaranteed and regularly paid allowances.

On constate ici que les revenus des médecins spécialistes luxembourgeois sont environ 5 fois plus élevés que le revenu moyen des salariés et se trouvent ainsi en tête de liste avec les Pays-Bas, les Etats-Unis et l'Autriche.

Si on considère à un niveau international les écarts des revenus des médecins spécialistes par rapport aux médecins généralistes, les ratios varient dans une fourchette allant de 0,9 à 2,4. Avec un ratio du revenu du spécialiste par rapport au revenu du généraliste de 2,0, le Luxembourg apparaît en 2e position, derrière les Pays-Bas (2,4).

#### 2.2.3. Evolution démographique des médecins hospitaliers

Tableau 9. - Evolution démographique des médecins hospitaliers de 2004 à 2007

	2004	2005	2006	2007	Taux de variation annuelle moyenne
	H + F	H + F	H + F	H + F	2004/07
Total médecins agréés	739	787	810	856	5,0%
Internes 1)	43	79	52	52	6,5%
Total médecins agréés + internes	782	866	862	908	5,1%

Un tableau statistique ventilé par spécialité médicale et par sexe, reproduit dans la section 2.4 (Hôpitaux) le détail de l'évolution démographique des médecins agréés dans les hôpitaux.

#### 2.3. Les autres professions de santé

Evolution du nombre des professionnels de santé

Le tableau suivant indique l'évolution démographique des professions de santé entre 2003 et 2005. Ces chiffres proviennent de statistiques établies par la Direction de la Santé sur base d'un recensement annuel. Ils visent l'ensemble des prestataires en activité qu'ils soient salariés ou non, qu'ils soient rémunérés (d'une manière directe ou indirecte) par la sécurité sociale ou qu'ils travaillent dans d'autres secteurs.

Tableau 10 Professions de santé <sup>1) 2)</sup>						
Spécification	2003	2004	2005 <sup>3)</sup>	Variation en % 2004/05		
Total des professionnels en activité	7 305	7 566	8 376	10,7%		
Aide-soignant(e)s	1 622	1 683	1 910	13,5%		
Aide-soignant(e)s psychiatriques	n.d.	n.d.	19	p.m.		
Assistant(e)s d'hygiène sociale	110	110	120	9,1%		
Assistant(e)s senior	17	17	n.d.	p.m.		
Assistante(s) sociales (aux)	203	213	271	27,2%		
Assistante(s) techniques méd. de chirurgie	115	120	126	5,0%		
Assistante(s) techniques méd. de laboratoire	178	181	188	3,9%		
Assistante(s) techniques méd. de radiologie	185	189	206	9,0%		
Diététicien(ne)s	29	33	37	12,1%		
Ergothérapeutes	123	133	163	22,6%		
Infirmières (iers) en anesthésie et réanimation	266	269	304	13,0%		
Infirmières (ers) gradué(e)s	146	153	139	-9,2%		
Infirmières (iers)	3 197	3 302	3 563	7,9%		
Infirmières (iers) en pédiatrie	173	180	208	15,6%		
Infirmières (iers) en psychiatrie	140	142	196	38,0%		
Laborantin(e)s	208	215	221	2,8%		
Masseurs-kinésithérapeutes	357	378	433	14,6%		
Masseurs	35	36	36	0,0%		
Orthophonistes	35	36	54	50,0%		
Orthoptistes	10	10	2	-80,0%		
Pédagogues curatifs (ves)	26	27	24	-11,1%		
Rééducateurs (trices) en psycho-motricité	15	16	13	-18,8%		
Sages-femmes	114	123	142	15,4%		
Non-spécifié	1	_	1	p.m.		

Le tableau reprend le nombre de professionnels en exercice appartenant aux professions de santé dont l'exercice est régi par la loi du 26 mars 1992.

Situation au 31 décembre de l'année. Source: http://www.ms.etat.lu/: Direction de la Santé, Service statistiques, Registre professionnel de Santé, version octobre 2006.

Tableau 11. - Evolution des revenus moyens annuels 1) des infirmières hospitalières de 2004 à 2006 (en EUR)

Année	Revenus moyens bruts <sup>2)</sup>	Variation en %
2004	59 112	
2005	61 152	3,5%
2006	64 411	5,3%

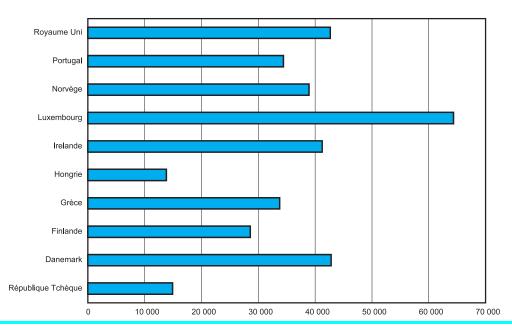
Source données: EHL

- Sont considérées les professions suivantes: infirmier en anesthésie et réanimation, infirmier en pédiatrie, infirmier psychiatrique, ATM de chirurgie et aide-soignants travaillant dans les établissements du secteur aigu.
  Les cadres, étudiants et stagiaires sont exclus.
  - Les chiffres se réfèrent à un ETP (équivalent temps plein).
- Salaire annuel brut avant impôts.

Les revenus moyens des infirmières en comparaison internationale:

Les données publiées ci-après reposent sur des statistiques tirées de la base de données Eco-Santé établie par l'OCDE en 2007. Le choix des pays a été fait en fonction des données disponibles pour l'année 2004. Les données présentées pour le Luxembourg sont légèrement sous-estimées en raison de l'inclusion des revenus des aides-soignantes dans les statistiques.

Graphique 17. - Comparaison des revenus moyens 1) des infirmières dans différents pays européens (en US\$ PPA 2) )



Source: OECD Eco-Santé.

<sup>1)</sup> Revenus moyens bruts avant impôts.

<sup>&</sup>lt;sup>2)</sup> La parité de pouvoir d'achat (PPA) est un taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies. Ce taux exprime le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même "panier" de biens et de services.

Evolution démographique du nombre de pharmaciens et d'officines de pharmacie

Le tableau ci-après montre l'évolution du nombre de pharmaciens et d'officines de pharmacie à partir de 1996.

Tableau 12. - Evolution du nombre des concessions de pharmacies et du nombre des pharmaciens 1)

Spécification	1996	2000	2006	Taux de progression moyen annuel à partir de 1996
Concessions de pharmacies				
- ouvertes au public	77	79	86	1,1%
- hospitalières	8	10	9	1,2%
Pharmaciens en activité selon secteurs	286	325	401	3,4%
- Pharmacies ouvertes au public	252	280	336	2,9%
- Pharmacies d'hôpitaux	10	14	31	12,0%
- Laboratoires d'analyses médicales	6	9	8	2,9%
- Distribution en gros	12	14	15	2,3%
- Fonctionnaires	4	5	5	2,3%
- Autres secteurs	2	3	6	11,6%

Situation au 31 décembre de l'année.
 Source: Direction de la Santé, Division de la Pharmacie et des Médicaments.

Evolution des honoraires et frais des professions de santé non-médecins exerçant en profession libérale

L'évolution du montant net des honoraires ou prestations des professions de santé non-médecins pris en charge par la sécurité sociale, est documentée ci-après. Les chiffres correspondent à l'année de prestation sans tenir compte du moment de la comptabilisation des frais. Pour évaluer l'évolution quantitative des soins de santé, les statistiques basées sur la "date prestation" fournissent des résultats plus concluants que celles basées sur la date de la liquidation.

Tableau 13. - Evolution des honoraires et frais des professions de santé non-médecins (en milliers EUR)

	2004	2005	2006 <sup>2)</sup>	2004/05	2005/06
Frais pharmaceutiques (secteur extrahospitalier)	130 847	134 732	137 870	3,0%	2,3%
Analyses de laboratoires	38 032	31 172	35 357	-18,0%	13,4%
Massages, kinésithérapie 1)	21 113	23 618	25 952	11,9%	9,9%
Opticiens	8 718	8 736	8 682	0,2%	-0,6%
Soins infirmiers 1)	20 327	21 997	24 286	8,2%	10,4%
Psychomotriciens 1)	460	637	852	38,6%	33,7%
Orthophonie 1)	392	393	510	0,3%	29,6%

<sup>1)</sup> Adaptations des honoraires à l'indice du coût de la vie au 1.10.2004 (+2,5%), au 1.10.2005 (+2,5%) et au 1.12.2006 (2,5%).

Si les taux de croissance des honoraires des psychomotriciens et des orthophonistes sont de loin les plus importants, leurs effets sont cependant minimes sur le plan financier.

En comparaison internationale les dépenses pour produits pharmaceutiques sont très élevées au Luxembourg <sup>1)</sup>. L'augmentation du niveau des frais pharmaceutiques de 2004 à 2006 est plus ou moins en phase avec l'évolution démographique de la population résidente. On note par contre une croissance très marquée des frais pour analyses de laboratoire et soins infirmiers.

Données provisoires.

<sup>1)</sup> Voir: Panorama de la santé 2007, OCDE p. 93.

## 2.4. Les hôpitaux

Les frais hospitaliers (sans les frais pour soins médicaux), représentent près de la moitié des dépenses pour soins de santé au Luxembourg. Les hôpitaux occupent donc le premier rang en tant que prestataire. Leurs besoins à long terme en ressources humaines et en investissements lourds ainsi que leur organisation complexe requièrent au niveau national un effort de planification et d'utilisation des moyens. Ces efforts se concrétisent entre autres par l'élaboration, sous la responsabilité du Ministère de la Santé, d'une carte sanitaire annuelle et d'un plan hospitalier national pluriannuel.

La carte sanitaire est un ensemble de documents d'information et de prospective qui informe sur l'agencement général des hôpitaux, leurs services, leurs ressources humaines, ainsi que le niveau d'équipement technique des différents sites. Elle peut être consultée sur Internet sous: www.etat.lu/MS/

Le plan hospitalier, dont la dernière version date du 18 avril 2001, édite les critères de classement des établissements hospitaliers, leurs besoins en services et en lits, ainsi que les besoins en équipements lourds.

Le plan hospitalier distingue, dans le domaine des soins aigus et subaigus, trois régions hospitalières et trois types d'établissements hospitaliers: les hôpitaux généraux, les hôpitaux de proximité et les établissements hospitaliers spécialisés.

Les établissements du secteur aigu et subaigu

Tableau 14. - Les établissements hospitaliers au 01.01.2007

Nombre	Nom de l'établissement	Catégorie	Région hospitalière
1	CENTRE HOSPITALIER LUXEMBOURG 1)	Hôpital général	Centre
	CLINIQUE D'EICH 1)	порна денега	Centre
2	HOPITAL DE LA VILLE D'ESCH 2) 5)	Hôpital général	Sud
2	HOPITAL DE LA VILLE DE DUDELANGE <sup>2) 5)</sup>	порна денега	Sua
3	HOPITAL DU KIRCHBERG	Hôpital général	Centre
4	HOPITAL ST LOUIS ETTELBRUCK 6)	Hôpital général	Nord
5	CLINIQUE STE THERESE LUXEMBOURG	Hôpital général	Centre
6	HOPITAL PRINCESSE MARIE-ASTRID DIFFERDANGE 5)	Hôpital général	Sud
7	CLINIQUE STE MARIE ESCH	Hôpital de proximité	Sud
8	CLINIQUE ST JOSEPH WILTZ 6)	Hôpital de proximité	Nord
9	CENTRE HOSPITALIER NEUROPSYCHIATRIQUE (+ annexes) <sup>3)</sup>	Etablissement hospitalier spécialisé	Nord
10	MATERNITE DR. BOHLER LUXEMBOURG	Etablissement hospitalier spécialisé	Centre
11	INTITUT BACLESSE (Centre national de radiothérapie Esch-Alzette)	Etablissement hospitalier spécialisé	4)
12	INCCI (Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle, Luxembourg)	Etablissement hospitalier spécialisé	4)
13	HOPITAL COMMUNAL STEINFORT (Centre de rééducation gériatrique)	Etablissement hospitalier spécialisé	Centre
14	CNRFR (Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation: Kirchberg)	Etablissement hospitalier spécialisé	4)

<sup>1)</sup> Fusionnés à partir du 1.1.2004.

Dans le domaine de l'offre de soins subaigus il faut ajouter les centres de cures thermales ou de convalescence, de réhabilitation et de rééducation fonctionnelle.

Pour autant que leur activité soit opposable à l'assurance maladie-maternité, les établissements hospitaliers sont financés par des budgets annuels négociés. Les soins prodigués dans les établissements de cures thermales ou de centres de convalescence sont rémunérés sur base forfaitaire ou tarifaire. Le centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation a intégré le système des établissements budgétisés à partir de 2003.

<sup>&</sup>lt;sup>2)</sup> Fusionnés à partir du 1.7.2004.

<sup>3)</sup> Centres thérapeutiques de Manternach (toxicomanie) et Useldange (alcoolisme).

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

Fusion décidée pour le 1.1.2008.
 Projet de fusion courant 2008.

#### Les ressources humaines

Les hôpitaux constituent une source importante d'emploi. Au 31 mars 2007, 7 469 personnes travaillaient en tant que salariés au service des hôpitaux ou établissements hospitaliers spécialisés. Ce nombre est en légère augmentation de 1,8% par rapport à la même date de l'année précédente où la croissance constatée était de 2,9%.

La croissance la plus forte s'observe auprès des établissements spécialisés (+6,1%), suivis des hôpitaux généraux (+1,3%). Les effectifs des hôpitaux de proximité régressent légèrement (-2,6%).

Pour apprécier correctement les statistiques concernant l'emploi dans le secteur hospitalier il faut savoir que:

- Les statistiques reproduites ci-après sont établies à partir de fichiers recensant l'emploi salarié selon la classification NACE. Elles concernent donc des personnes physiques et non des Equivalents Temps Plein (ETP) et ne sont pas directement comparables avec les informations sur l'emploi dans le secteur hospitalier fournies par la carte sanitaire. Y sont également inclus les médecins salariés, plus ou moins 200 unités (dont des internes). Les médecins libéraux sont exclus.
- Tous les établissements hospitaliers ont recours, dans des proportions variables, à des travaux de sous-traitance en ce qui concerne les tâches telles que la buanderie, la restauration, certains travaux d'entretien ou de maintenance de systèmes informatiques. Le personnel travaillant en sous-traitance dans des domaines qui ne relèvent pas de l'activité centrale de l'hôpital et qui sont donc classées dans une autre catégorie NACE n'est pas recensé dans ces statistiques.
- Certains établissements (notamment des hôpitaux de proximité ou certains établissements spécialisés) peuvent avoir des patients relevant les uns de l'assurance maladie et les autres de l'assurance dépendance. Dans le contexte de cette statistique il est cependant impossible de départager l'affectation du personnel selon les secteurs.

Voici un aperçu sur la situation de l'emploi salarié dans les hôpitaux au 31 mars 2006 et 2007.

Tableau 15. - Salariés du secteur hospitalier 1): répartition selon le pays de résidence

Situation au 31.3.2006	Luxembourg	France	Belgique	Allemagne	Total
Hôpitaux généraux	3 779	1 043	531	391	5 744
Hôpitaux de proximité	277	83	91	15	466
Etablissements hospitaliers spécialisés	680	185	149	116	1 130
TOTAL	4 736	1 311	771	522	7 340
Situation au 31.3.2007					
Hôpitaux généraux	3 803	1 056	546	411	5 816
Hôpitaux de proximité	272	82	84	16	454
Etablissements hospitaliers spécialisés	712	194	157	136	1 199
TOTAL	4 787	1 332	787	563	7 469

<sup>1)</sup> Classement des établissements hospitaliers conformément aux dispositions du plan hospitalier (avril 2001).

Tableau 16. - Salariés du secteur hospitalier 1): répartition par sexe

Situation au 31.3.2006	Hommes	Femmes	Total
Hôpitaux généraux	1 357	4 387	5 744
Hôpitaux de proximité	84	382	466
Etablissements hospitaliers spécialisés	325	805	1 130
TOTAL	1 766	5 574	7 340
Hommes / Femmes par rapport au total	24,1%	75,9%	100,0%
Situation au 31.3.2007			
Hôpitaux généraux	1 377	4 439	5 816
Hôpitaux de proximité	81	373	454
Etablissements hospitaliers spécialisés	339	860	1 199
TOTAL	1 797	5 672	7 469
Hommes / Femmes par rapport au total	24,1%	75,9%	100,0%

<sup>1)</sup> Classement des établissements hospitaliers conformément aux dispositions du plan hospitalier (avril 2001).

Tableau 17. - Evolution démographique des médecins hospitaliers <sup>1)</sup> de 2005 à 2007 - Classement par spécialité et par sexe (situation au 1<sup>er</sup> janvier)

		0005	ı		0006	ı		0007	
	Hommes	2005 Femmes	H + F	Hommes	2006 Femmes	H+F	Hommes	2007 Femmes	H+F
Anesthésie-réanimation	42	18	60	46	19	65	51	18	69
Cardiologie et angiologie	42	3	46	43	3	46	45	4	49
Chirurgie dentaire	43	3 1	46	43	1	1	45	2	2
Chirurgie générale	54	4	58	57	4	61	53	4	57
Chirurgie plastique	7	2	9	7	2	9	7	2	9
Chirurgie pédiatrique	0	1	1	2	1	3	2	0	2
Chirurgie thoracique	1		1	1	•	1	1	Ü	1
Chirurgie vasculaire	1		1	1		1	1		1
Dermato-vénéréologie	8	10	18	8	10	18	8	10	18
Endocrinologie	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Gastro-entérologie	11	2	13	11	2	13	11	2	13
Gynécologie-obstétrique	52	11	63	53	12	65	45	13	58
Médecin généraliste	25	16	41	31	18	49	38	18	56
Médecin dentiste	11	1	12	12	1	13	15	3	18
Médecine interne	66	9	75	67	10	77	70	12	82
Médecine nucléaire	3	1	4	3	1	4	3	2	5
Neuro-psychiatrie	6		6	6		6	6		6
Neurochirurgie	10	1	11	10	1	11	10	1	11
Neurologie	20	4	24	20	4	24	20	4	24
Néphrologie	3	3	6	3	3	6	4	3	7
Ophtalmologie	22	10	32	27	10	37	27	10	37
Orthopédie	24	1	25	28	1	29	29	1	30
Oto-rhino-laryngologie	41	3	44	41	3	44	37	3	40
Pneumologie	13	3	16	14	3	17	14	3	17
Psychiatrie	20	7	27	22	9	31	24	10	34
Psychiatrie infantile	1	1	2	1	1	2	1	2	3
Pédiatrie	21	22	43	25	22	47	28	25	53
Radiodiagnostic	43	5	48	46	6	52	47	7	54
Radiothérapie	2	1	3	2	2	4	2	2	4
Rhumatologie	6	3	9	6	3	9	6	3	9
Rééducation, réadapt. fonct.	7	5	12	8	6	14	8	5	13
Stomatologie	3		3	3		3	4		4
Urologie	21	1	22	21	1	22	20	1	21
Total médecins agréés	588	151	739	626	161	787	638	172	810
Internes <sup>2)</sup>	26	17	43	45	34	79	26	26	52
Total médecins agréés + internes	614	168	782	671	195	866	664	198	862

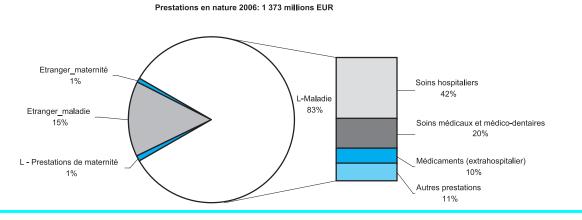
Médecins libéraux et salariés.
 Médecins en voie de spécialis

<sup>2)</sup> Médecins en voie de spécialisation y compris médecins généralistes stagiaires.

## 3. Les prestations en nature

Pendant l'année 2006, l'assurance maladie-maternité a liquidé des prestations en nature pour un montant total de 1 373,2 millions EUR.

Graphique 18. - Ventilation des prestations en nature en 2006



Note: Le poste de soins de santé " Autres prestations " regroupe les analyses de laboratoire, les soins des autres professions de santé, les moyens curatifs et adjuvants, la rééducation et les cures, les frais de transports et les indemnités funéraires.

L'évolution des prestations sera analysée sous deux points de vue différents:

- 1. Le premier est axé sur les résultats comptables et permet de retracer l'évolution financière de l'assurance maladie. Ces données comptables présentent l'inconvénient de fluctuer considérablement d'un exercice à un autre et se prêtent donc mal à une analyse statistique des prestations pendant l'année sous revue.
- 2. Le deuxième suit l'évolution des prestations en se basant sur la date de la prestation sans tenir compte du moment de la liquidation des frais. Cette approche fournit des séries statistiques plus homogènes que celles basées sur les résultats comptables, ce qui permet donc de mieux comprendre l'évolution des prestations dans le passé. Cette approche nécessite toutefois un peu plus de recul dans le temps pour fournir des résultats satisfaisants.

La sous-section 3.1. ci-après analyse l'évolution financière globale des prestations en nature sur base des montants comptabilisés en 2006.

Les sous-sections 3.2. et 3.3. présentent, d'un point de vue comptable, les différents types de prestations pour l'année 2006.

Les statistiques de la sous-section 3.4. ci-après sont par contre basées sur l'année de prestation des soins.

## 3.1. Les prestations de soins de santé et de maternité: évolution financière globale

Remarque préliminaire: En raison de retards constants concernant la présentation des factures par certains prestataires, l'UCM est obligée d'inscrire annuellement dans ses décomptes des sommes importantes de provisions pour prestations échues, mais non encore liquidées. Cela veut dire que ces prestations, bien que comprises sous forme de provisions dans le total des dépenses, n'apparaissent dans le détail des prestations qu'à la fin de l'exercice suivant. Du côté des recettes, ces prestations sont alors contrebalancées par un prélèvement aux provisions. En gonflant artificiellement les recettes et les dépenses, ces procédés comptables compliquent malheureusement le calcul du taux d'évolution annuel aussi bien du côté des recettes que du côté des dépenses.

Pour faciliter la compréhension de l'évolution nous avons éliminé ce biais dans les tableaux ci-après.

Le tableau qui suit, donne un aperçu global de l'évolution des prestations de soins de santé prises en charge par les caisses de maladie, y compris les soins en cas de maternité.

Tableau 18. - Evolution des frais pour soins de santé 1)

	Variation 2005/06 <sup>2)</sup>	Variation 2006/07	Variation 2007/08
Soins hospitaliers	8,6%	5,2%	3,6%
Honoraires médicaux	-0,3%	4,7%	6,6%
Honoraires médico-dentaires	4,0%	5,8%	4,8%
Produits pharmaceutiques	2,6%	4,1%	4,1%
Moyens curatifs et adjuvants	10,6%	14,3%	5,1%
Analyses de laboratoire (en dehors des hôpitaux)	13,8%	9,9%	15,0%
Soins des autres professions de santé	15,0%	6,3%	8,2%
Autres prestations	4,6%	11,3%	15,9%
Prestations de maternité	18,9%	-0,2%	12,2%
Total des prestations au Luxembourg	6,4%	5,5%	5,4%
Prestations à l'étranger <sup>3)</sup>	-12,2%	19,8%	2,2%
Total soins de santé	3,0%	7,7%	4,8%

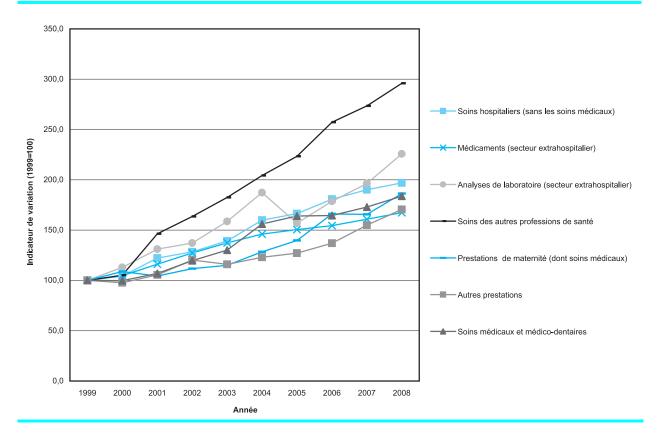
<sup>1)</sup> Source: Estimations UCM (septembre 2007).

En 2006 les prestations en nature au Luxembourg augmentent de 6,2%. Pour les années 2007 et 2008 on s'attend à une croissance plus modérée qui se situe à 5,6% en 2007 et à 5,2% en 2008.

La progression des dépenses de soins de santé au Luxembourg en 2007 et 2008 est due aux augmentations des frais pour les analyses de laboratoires, pour les soins des autres professions de santé et pour les "autres prestations", plus précisément les frais pour la rééducation et les cures.

Le graphique 19 montre l'évolution des différents postes de frais pour soins de santé.

Graphique 19. - Evolution des différents postes de frais pour soins de santé 1) 2) (Indicateur de variation 1999=100)



Données ajustées en tenant compte des dotations et prélèvements aux provisions pour prestations.

Les séries 2005 et 2006 ont été redressées pour éliminer le biais introduit par la liquidation de prestations provisionnées à la fin de l'exercice précédent respectif.

<sup>3)</sup> La liquidation de ces frais est sujette à d'importantes fluctuations en fonction de la rentrée des factures.

Sans les prestations à l'étranger.

Le coût des médicaments dans le secteur extrahospitalier ainsi que celui des soins médicaux évolue à un rythme plus modéré à partir de 2005 respectivement 2006. Les frais hospitaliers par contre continuent à gagner en ampleur par rapport aux autres postes de frais. Ce n'est qu'en 2008 qu'on s'attend à un ralentissement de leur croissance.

L'analyse plus détaillée des différents types de soins qui suit, porte uniquement sur les soins dispensés au Luxembourg par des prestataires résidents pour l'exercice 2006. Or, les prestations à l'étranger représentent près de 15,4% du total des frais pour soins de santé liquidés en 2006. Cependant une ventilation de ces prestations, à l'instar de celle appliquée aux prestations au niveau national est impossible, étant donné que l'organisation des soins de santé ainsi que le système de tarification varient fortement d'un pays à un autre.

## 3.2. Analyse du détail des prestations en 2006

Tableau 19. - Le détail des prestations en nature au Luxembourg en 2006 (en millions EUR)

	Montant 2006	En % du total
Total prestations de soins de santé *)	1 101,6	97,6%
(Total prestations de soins de santé)**)	(1 134,3)	(97,6%)
Soins hospitaliers, sans les frais médicaux*)	541,9	48,0%
(Soins hospitaliers, sans les frais médicaux)**)	(576,3)	(49,6%)
Soins médicaux, secteur hospitalier et extrahospitalier*)	229,3	20,3%
(Soins médicaux, secteur hospitalier et extrahospitalier)**)	(226,2)	(19,5%)
Soins médico-dentaires, prothèses, traitement orthodontique	51,4	4,6%
Médicaments (secteur extra-hospitalier)	140,3	12,4%
Soins des autres professions de santé*)	52,2	4,6%
(Soins des autres professions de santé)**)	(53,6)	(4,6%)
Moyens curatifs et adjuvants	29,3	2,6%
Analyses de laboratoire (secteur extra-hospitalier)	36,4	3,2%
Rééducation et cures	9,1	0,8%
Frais de voyage et de transport	7,3	0,6%
Médecine préventive	4,4	0,4%
Prestations diverses	0,1	0,0%
Prestations de maternité	23,4	2,1%
Indemnités funéraires	3,9	0,3%
TOTAL*)	1 129,0	100,0%
(TOTAL)**)	(1 161,7)	(100,0%)

<sup>\*)</sup> Données comptables.

\*\*) Données comptables.

#### 3.2.1. Les soins médicaux et médico-dentaires

Les tableaux 20 et 21 indiquent pour 2006 la répartition des soins médicaux, respectivement des soins médicodentaires.

Tableau 20. - Les soins médicaux 1) au Luxembourg en 2006 (en millions EUR)

	Montant 2006	En % du total
Consultations	70,1	31,0%
Visites	7,5	3,3%
Autres actes généraux	27,6	12,2%
Actes techniques ambulatoires	69,8	30,8%
Actes techniques stationnaires	54,3	24,0%
Dotation aux provisions	1,9	0,8%
Prélèvement aux provisions (exercice n-1)	-5,0	-2,2%
TOTAL <sup>2)</sup>	226,2	100,0%

<sup>1)</sup> Soins hospitaliers et extrahospitaliers.

Données ajustées en fonction des dotations et prélèvements aux provisions.

Sans les frais médicaux en cas d'accouchement.

Après une croissance anormalement forte de 21% des honoraires médicaux en 2004, une croissance résultant de l'introduction d'une majoration de certains honoraires médicaux avec effet au 1er janvier 2004, et de l'augmentation des honoraires médicaux de 5,6% en 2005, on constate pour 2006 une certaine stabilisation du coût des soins médicaux (-0,5%).

A noter que le taux de croissance (moyenne annuelle) de la population protégée résidente se situe à 1,2% pour la période de référence 2005-2006.

Tableau 21. - Les soins médico-dentaires 1) au Luxembourg en 2006 (en millions EUR)

	Montant 2006	En % du total
Consultations	7,2	14,0%
Visites 2)	0,1	0,1%
Autres actes généraux 3)	0,0	0,0%
Actes techniques	27,0	52,6%
Soins dentaires : prothèses	13,3	25,8%
Soins dentaires : orthodontie	3,8	7,4%
TOTAL	51,4	100,0%

<sup>1)</sup> Traitement hospitalier et ambulatoire; toutefois, pour les médecins dentistes, les traitements à l'hôpital sont peu fréquents.

En 2006 les dépenses pour soins médico-dentaires ont augmenté de 4,0% contre 2,5% en 2005. Cette progression s'explique en partie par l'augmentation de la population protégée résidente et par l'adaptation indiciaire des tarifs.

#### 3.2.2. Les dépenses en médicaments (secteur extrahospitalier)

Avec 140,3 millions EUR en 2006, soit 12,1% des frais pour soins de santé prestés au Luxembourg, les dépenses pharmaceutiques du secteur extrahospitalier occupent le 3<sup>e</sup> rang des prestations en nature après les soins hospitaliers et les soins médicaux. Le taux de croissance des dépenses en médicaments a atteint 2,6% en 2006, contre 3,1% en 2005.

Le tableau suivant donne la répartition des médicaments selon le taux de prise en charge.

Tableau 22. - Médicaments remboursés en 2006 en milieu extrahospitalier au Luxembourg (en millions EUR)

	Montant 2006	En % du total
Médicaments remboursés:		
- au taux normal (80%)	75,6	53,9%
- au taux réduit (40%)	4,8	3,4%
- au taux préférentiel (100%)	59,9	42,7%
TOTAL	140,3	100,0%

En 2006 on constate que ce sont les frais pour médicaments à remboursement préférentiel (100%) qui présentent l'augmentation la plus sensible: 6,6%. Cette progression est encore plus importante qu'en 2005 où elle avait atteint 4,4%.

## 3.2.3. L'évolution du coût des soins hospitaliers

Les budgets des hôpitaux se composent de deux volets distincts: les frais fixes non liés à l'activité et les frais variables directement proportionnels à l'activité.

Les frais médicaux, tous facturés à l'acte, ne sont pas inclus dans les budgets hospitaliers.

Le nombre d'établissements budgétisés s'établit à 14 unités en 2006.

En 2006 les frais hospitaliers reprennent leur rythme accéléré de croissance. Alors qu'en 2005 ils affichaient une progression de 4,1%, l'année 2006 est caractérisée par une augmentation de 8,6%.

<sup>2)</sup> Valeur <55 000 EUR.

Valeur <19 000 EUR.</li>

Les frais fixes négociés en 2006 représentent 79,5% du total des frais hospitaliers.

- Avec 74% des frais fixes négociés, les frais de personnel devancent de loin tous les autres postes de frais. La progression des ETP (équivalents temps plein) atteint 0,6% en 2006. Dans ce contexte il faut relever que l'évaluation des frais hospitaliers réels se complique d'année en année en raison des retards pris dans la négociation des budgets et surtout dans la présentation des comptes de certains hôpitaux importants qui accusent un retard de plusieurs années. La hausse des frais de personnel est due principalement à l'adaptation des salaires à l'échelle mobile des salaires (+2,5%) et à la croissance des salaires en fonction de l'ancienneté. Ce dernier facteur varie d'un hôpital à un autre et il se situe entre 0,3% et 1,4% par an.
- Le deuxième poste d'importance est celui des frais d'amortissement des actifs immobilisés qui s'élève à 43,8 millions EUR. Il progresse de 27,7% par rapport à 2005. La forte augmentation des frais d'amortissement est essentiellement due à la mise en service d'une nouvelle annexe du CHL et à l'ouverture du nouveau bâtiment de l'hôpital St Louis à Ettelbruck et de la clinique Dr Bohler au Kirchberg.
- A la 3e place se trouvent les frais d'immeubles et d'équipements qui affichent une croissance de 10,4% en 2006.

Tableau 23. - Evolution du coût du secteur hospitalier 1) 2) au Luxembourg (en millions EUR)

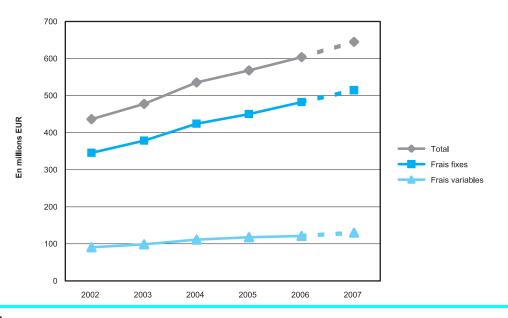
				Variatio	n en %
	2004	2005	2006	2004/05	2005/06
Frais fixes	400,3	417,3	458,0	4,2%	9,7%
Frais variables	109,5	113,2	118,3	3,4%	4,5%
TOTAL	509,8	530,5	576,3	4,1%	8,6%

<sup>1)</sup> Données ajustées en tenant compte des dotations et prélèvements aux provisions pour prestations

Le tableau ci-dessus indique les frais hospitaliers inscrits aux décomptes respectifs de l'UCM. Cependant, ces chiffres ne rendent pas compte des dépenses hospitalières réellement engagées pendant les exercices sous revue. En effet, en raison de la possibilité d'une rectification individuelle des budgets des hôpitaux, les dépenses réelles ne peuvent être constatées qu'avec un certain décalage, à l'aide de statistiques basées sur l'année de prestation.

Evolution globale des budgets hospitaliers opposables 2002-2007

Graphique 20. - Evolution des budgets hospitaliers de 2002 à 2007 1)

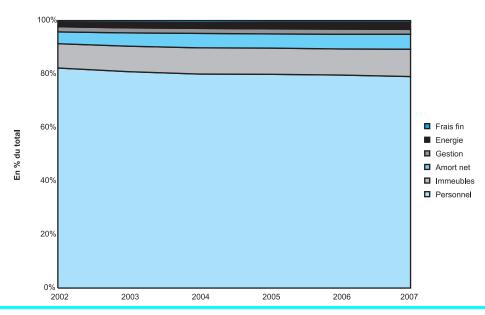


Source: UCM.

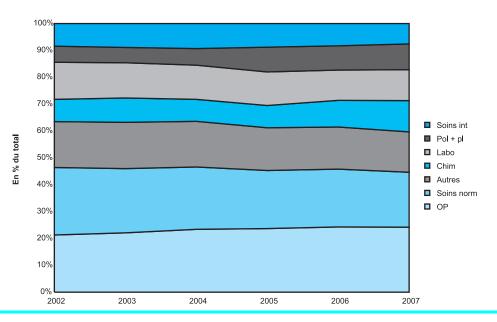
<sup>2)</sup> Sans les honoraires médicaux

Prévisions pour 2007.

Graphique 21. - Evolution des frais fixes de 2002 à 2007 1)



Graphique 22. - Evolution des frais variables de 2002 à 2007 1)



Source: UCM.

1) Prévisions pour 2007.

Source: UCM.

1) Prévisions pour 2007.

#### 3.2.4. Le secteur extrahospitalier : les soins des autres professions de santé

Tableau 24. - Les soins des autres professions de santé: prestations en 2006 (en millions EUR)

	Montant 2006	En % du total
Soins infirmiers (secteur extrahospitalier) 1)	25,3	47,2%
Massages-kinésithérapie	26,8	50,0%
Orthophonie	0,5	1,0%
Psychomotriciens	0,9	1,7%
Sages-femmes	0,2	0,1%
TOTAL	53,6	100,0%

<sup>1)</sup> Montants ajustés en fonction des dotations et prélèvements aux provisions pour prestations. Les dotations respectivement prélèvements aux provisions sont dus à des retards de facturation des prestations infirmières de la part des établissements et réseaux d'aides et de soins travaillant dans le domaine de l'assurance dépendance.

En 2006 les frais relatifs aux soins des autres professions de santé ont augmenté de 15,2% par rapport à 2005.

A partir de 2001 les frais pour soins infirmiers ont augmenté de 11,9% en moyenne annuelle. Cette hausse extrêmement importante est liée à l'augmentation de la prise en charge des soins pour personnes dépendantes à domicile et dans les établissements d'aides et de soins.

#### 3.2.5. Les examens de laboratoire

Le niveau des frais pour analyses de laboratoires a augmenté de 13,9% en 2006, contre une baisse de 16,3% en 2005, malgré la limitation de la prise en charge à 12 positions par ordonnance, mesure introduite en 2005. Le taux moyen de croissance annuelle s'est élevé à 6,4% pour la période 2001-2006.

La croissance des frais pour analyses de laboratoire s'explique d'un côté par un nombre croissant de patients et d'ordonnances prescrites (+6,1%) et de l'autre côté par un coût moyen par ordonnance de 7,2% plus élevé qu'en 2005.

Tableau 25. - Les analyses de laboratoire (secteur extrahospitalier)

	Montant	Evolution en %
2001	26,7	16,1%
2002	27,9	4,6%
2003	32,3	15,7%
2004	38,2	18,1%
2005	32,0	-16,3%
2006	36,4	13,9%

## 3.2.6. Les moyens curatifs et adjuvants

Ces prestations ont augmenté de 10,6% en 2006 et de 9,3% en moyenne annuelle pour la période 2001-2006.

	Montant	En % du total
Prothèses et autres moyens accessoires	17,2	58,7%
Opticiens	9,2	31,5%
Produits sanguins	2,9	9,8%
TOTAL	29,3	100,0%

## 3.2.7. Les rééducations et cures

Tableau 27 Les rééducations et cures en 2006 (en millions EUR)					
	Montant	En % du total			
Frais de cures, dont	8,9	98,2%			
frais de séjour	2,4	26,7%			
Cures de convalescence	0,2	1,8%			
TOTAL	9,1	100,0%			

La progression des frais pour rééducation et cures est de 2,5% en 2006 contre 3,4% en 2005.

#### 3.2.8. Autres prestations

Tableau 28 Autres prestations en 2006 (en millions EUR)					
	Montant	En % du total			
Médecine préventive dont:	4,4	28,0%			
- programme mère-enfant	1,6	10,2%			
- programmes de dépistage et de vaccinations	1,9	12,5%			
- autres	0,8	5,4%			
Frais de voyage et de transport	7,3	46,7%			
Indemnités funéraires	3,9	25,3%			
TOTAL	15,6	100,0%			

Les frais pour prestations de médecine préventive ont augmenté de 7,6% en 2006. Toutefois ces chiffres ne sont pas exhaustifs, étant donné que seulement une partie des prestations médicales dans ce domaine est identifiable à partir de la nomenclature des médecins.

Le taux de couverture vaccinale contre la grippe, pour les personnes âgées de 65 ans et plus, a progressé de 42,8% en 2001 à 52,0% en 2006.

En 2006 l'évolution des frais de voyage et de transport a été de 4,9% et celle des indemnités funéraires de 5,2%.

## 3.2.9. Les prestations en nature de maternité

Les frais liés au forfait d'accouchement ont augmenté de 18,9% en 2006 et le nombre d'accouchements de 1,8%.

Tableau 29. - Les prestations en nature de maternité en 2006 au Luxembourg (en millions EUR)

	Montant	En % du total
Prestations au Luxembourg		
- Honoraires médicaux	2,6	11,1%
- Honoraires pour sages-femmes 1)	0,1	0,4%
- Forfaits d'accouchement	20,0	85,5%
- Produits diététiques	0,7	3,0%
TOTAL	23,4	100,0%

Travaillant en profession libérale.

Voici l'évolution des prestations en nature de maternité à partir de 2000.

Tableau 30. - Evolution des prestations en nature de maternité à partir de 2000 1)

	Variation en %						
	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	Taux moyen de variation 2000/2006
Prestations au Luxembourg							
- Honoraires médicaux	-6,1%	7,8%	20,5%	19,8%	5,2%	25,4%	11,6%
- Honoraires pour sages-femmes <sup>2)</sup>	-14,4%	10,2%	-11,3%	28,1%	-11,5%	30,2%	3,6%
- Forfaits d'accouchement	-3,7%	6,5%	1,7%	11,1%	9,3%	18,6%	7,0%
- Produits diététiques	-7,5%	18,2%	-7,0%	2,1%	10,1%	3,5%	2,9%
TOTAL	-4,1%	7,0%	2,9%	11,7%	8,8%	18,9%	7,3%
Variation du nombre annuel d'accouchements 3)	-3,3%	-2,6%	-0,8%	4,4%	-1,4%	1,8%	-0,4%

<sup>1)</sup> Sans les prestations servies à l'étranger.

L'augmentation très importante des honoraires médicaux en 2006 est due au relèvement du tarif pour honoraires médicaux (moyenne annuelle 1,3%), à une augmentation du nombre de cas d'anesthésie péridurale pris en charge (+2,5%) et à l'introduction de nouveaux tarifs.

La croissance du forfait d'accouchement en 2006 est imputable à un forfait hospitalier augmenté de 9,4% pour la salle d'accouchement et de 16,1% pour la journée d'hospitalisation. L'augmentation des frais est liée à l'ouverture d'une nouvelle maternité.

## 3.3. Les prestations de soins de santé à l'étranger

Les prestations de soins de santé à l'étranger constituent 15,4% des prestations en nature liquidées en 2006, contre 18,1% en 2005. Ils ont connu une baisse de 13,2% en 2006. Cette diminution résulte d'abord de l'absence de comptabilisation de factures des mutualités belges se rapportant à 2005 et ensuite du fait que le chiffre de 2005 était anormalement élevé (reports de l'exercice 2004). D'une manière générale ce poste de frais évolue en zigzag en fonction de la présentation plus ou moins tardive des factures des établissements étrangers.

Presque trois quarts des frais couvrent les soins de santé des assurés luxembourgeois résidant à l'étranger, dont la grande majorité sont des travailleurs frontaliers. Les autres prestations concernent des assurés résidant au Luxembourg et soignés à l'étranger.

Tableau 31. - Les prestations en nature servies à l'étranger (en millions EUR)

	2004	2005	2006	Variation en %		
	2004		2000	2004/05	2005/06	
Prestations de soins de santé, dont:	146,9	234,3	203,5	59,5%	-13,2%	
- Conventions internationales (tiers payant)	141,2	228,4	197,3 <sup>1)</sup>	61,8%	-13,6%	
- Autres prestations à l'étranger (remboursement de prestations)	5,7	5,9	6,2	3,7%	4,9%	
Prestations de maternité	5,3	6,7	8,1	26,8%	21,7%	
Indemnités funéraires	0,1	0,1	0,1	9,9%	5,0%	
TOTAL DES PRESTATIONS	152,2	241,1	211,7	58,4%	-12,2%	

<sup>1)</sup> Montants ajustés en fonction des dotations aux provisions.

<sup>2)</sup> Travaillant en profession libérale.

<sup>3)</sup> Accouchements dont les frais sont pris en charge par la sécurité sociale.

Le tableau ci-après indique le nombre de cas de transferts autorisés par le contrôle médical de la sécurité sociale dans le cadre du règlement CEE 1408/71.

Tableau 32. - Nombre de cas de transferts 1) autorisés en 2006 par groupes de pathologie

Code diagnostic	тот	AL		Pays de destin	ation		TOTAL
	Nombre	En % du total	Allemagne	Belgique	France	Divers	
Cardiologie	1 627	9,4%	61,5%	23,1%	14,4%	1,0%	100,0%
Cures thermales	24	0,1%	8,3%	0,0%	87,5%	4,2%	100,0%
Dermatologie	419	2,4%	52,0%	16,0%	30,5%	1,4%	100,0%
Endocrinologie	324	1,9%	46,6%	37,0%	14,5%	1,9%	100,0%
Fractures et lésions	160	0,9%	50,6%	30,6%	16,9%	1,9%	100,0%
Gastro-enterologie	654	3,8%	21,3%	52,8%	25,4%	0,6%	100,0%
Gynécologie	735	4,2%	12,1%	72,8%	14,4%	0,7%	100,0%
Hematologie	220	1,3%	25,0%	30,9%	42,7%	1,4%	100,0%
Malformations congénitales	865	5,0%	21,4%	52,3%	24,3%	2,1%	100,0%
Medecine dentaire	115	0,7%	45,2%	30,4%	23,5%	0,9%	100,0%
Maladies infectueuses	67	0,4%	28,4%	41,8%	23,9%	6,0%	100,0%
Néphrologie	295	1,7%	27,1%	47,8%	23,4%	1,7%	100,0%
Neurologie	1 087	6,3%	58,3%	25,9%	13,4%	2,3%	100,0%
Obstétrique périnatale	58	0,3%	15,5%	58,6%	19,0%	6,9%	100,0%
Ophtalmologie	2 627	15,1%	73,0%	16,9%	8,8%	1,3%	100,0%
Orl	505	2,9%	44,0%	40,6%	14,3%	1,2%	100,0%
Pneumologie	203	1,2%	35,5%	32,0%	30,0%	2,5%	100,0%
Psychiatrie	1 168	6,7%	84,8%	8,5%	1,8%	5,0%	100,0%
Radiothérapie	27	0,2%	96,3%	0,0%	3,7%	0,0%	100,0%
Réeducation	54	0,3%	87,0%	0,0%	13,0%	0,0%	100,0%
Rhumatologie	3 202	18,4%	64,7%	12,4%	19,0%	3,9%	100,0%
Symptomes	18	0,1%	27,8%	38,9%	27,8%	5,6%	100,0%
Tumeurs bénignes	71	0,4%	38,0%	52,1%	9,9%	0,0%	100,0%
Tumeurs malignes	2 255	13,0%	39,8%	35,7%	22,1%	2,4%	100,0%
Urologie	57	0,3%	49,1%	31,6%	17,5%	1,8%	100,0%
Médecine nucléaire	1	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Radio-diagnostic	3	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	100,0%
Dépendance	448	2,6%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Inconnu	97	0,6%	40,2%	30,9%	25,8%	3,1%	100,0%
TOTAL	17 386	100,0%	54,7%	26,7%	16,4%	2,2%	100,0%

Il s'agit du nombre de dossiers examinés et autorisés par le Contrôle médical de la sécurité sociale.
 Source: données UCM.

Parmi les pays destinataires l'Allemagne tient le premier rang avec 54,7% du nombre de cas, suivie par la Belgique (26,7%) et la France (16,4%). Très peu de patients se dirigent vers des pays non limitrophes (2,2%).

#### 3.4. Les soins de santé de la population résidente: point de vue statistique

Remarque méthodologique

Les données statistiques ci-après concernent uniquement la population résidente ainsi que les prestataires de soins installés au Luxembourg. Cette limitation du champ d'observation est conditionnée par les différences structurelles entre les différents systèmes nationaux d'assurance maladie. En effet les différences entre les nomenclatures, les tarifs et les modes de remboursement respectifs ne permettent pas d'établir des statistiques valables incluant les prestations à l'étranger.

Les données ont été tirées de fichiers basés sur la date de la prestation des soins. Sachant que ces fichiers subissent des mises à jour continuelles et que le recul par rapport à l'année sous revue est assez petit comparé au délai accordé aux assurés pour la demande de remboursement (2 ans), les chiffres concernant l'année d'observation la plus récente sont à considérer comme données provisoires.

## 3.4.1. La consommation moyenne de soins de santé par personne protégée

En 2006, les caisses de maladie ont remboursé en moyenne annuelle et par personne, un montant de 2 336 EUR pour les prestations en nature.

La consommation médicale de la population est très inégale. Ainsi 13,36% des personnes protégées n'ont pas profité d'un remboursement de frais par leur caisse de maladie.

En ce qui concerne les personnes ayant profité d'une indemnisation, les écarts entre les différents montants sont considérables:

- La moitié des personnes a bénéficié d'un remboursement inférieur à 750 EUR.
- Plus de trois quarts des personnes (78%) ont touché un montant inférieur à la moyenne annuelle de 2 336 EUR.
- 2% des patients (soit 8 680 personnes) ont eu des remboursements supérieurs à 17 042 EUR.
- Le remboursement le plus élevé pour une seule personne en 2006 était de 1 298 400 EUR.

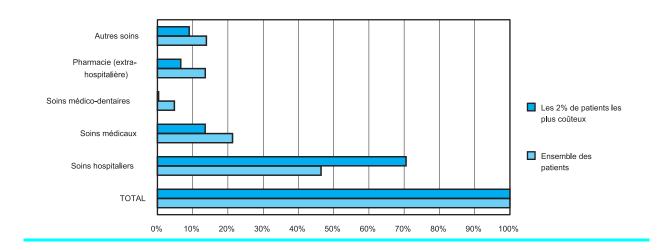
En analysant le niveau des remboursements individuels on a pu constater que la distribution des soins est inégale parmi la population ayant bénéficié de soins. On arrivera à la même conclusion en examinant la part dans la consommation totale annuelle, d'un pourcentage donné de patients.

Pourcentage de patients	Part de la consommation totale
50 % bénéficient	7,0%
75 % bénéficient	20,0%
98 % bénéficient	69,4%

Si on fait la différence avec les 2% de patients restants on voit qu'une grande partie des moyens, en l'occurrence quelque 30% de la consommation totale, est consacrée à une très petite minorité de patients.

Partant de cette constatation, il est intéressant de comparer la répartition des soins de santé de l'ensemble de tous les patients avec celle des 2% de patients qui ont eu la consommation de soins la plus élevée.

Graphique 23. - Répartition des soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de malades ayant eu la consommation la plus élevée en 2006 (en % du total)



Dans cette répartition par catégorie de soins on peut surtout constater dans le cas des derniers 2% de patients, l'importance des frais d'hospitalisation et la diminution relative de la part des soins médicaux ou autres de ce groupe par rapport à l'ensemble des patients.

Toujours est-il que pour ces 2% de patients, la moyenne des soins médicaux est plus de 9 fois plus élevée, celle des médicaments (en extrahospitalier) 7,3 fois, et celle des hospitalisations près de 23 fois plus élevée que pour l'ensemble des patients.

#### 3.4.2. La répartition des soins de santé selon l'âge et le sexe des bénéficiaires

La série qui suit a pour but d'illustrer comment le montant moyen remboursé par patient dépend:

- du type de prestation,
- d'une éventuelle hospitalisation du patient,
- de l'âge du patient, ou encore
- du sexe du patient.

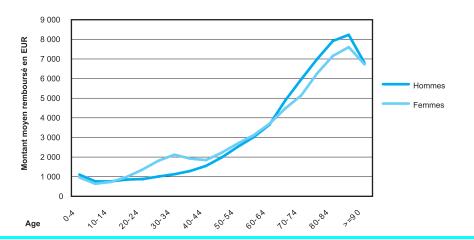
Les graphiques 22 à 26 illustrent les types de soins suivants:

- total des prestations pour soins de santé,
- total des prestations pour soins de santé, ventilé en traitement stationnaire et traitement ambulatoire,
- les soins médicaux.
- les frais pharmaceutiques extrahospitaliers,
- les soins médico-dentaires.

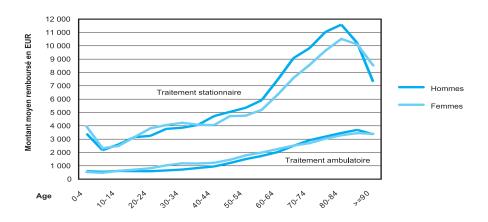
Les montants moyens par personne sont exprimés en EUR.

## 3.4.2.1. - Les soins de santé 2006: montant moyen remboursé par patient

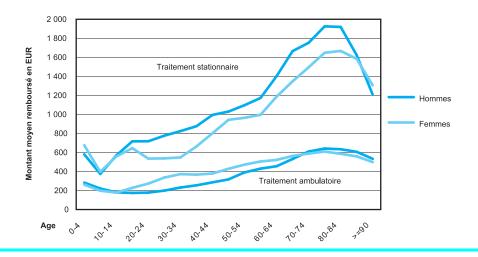
Graphique 24. - Soins de santé 2006: montant moyen remboursé par patient



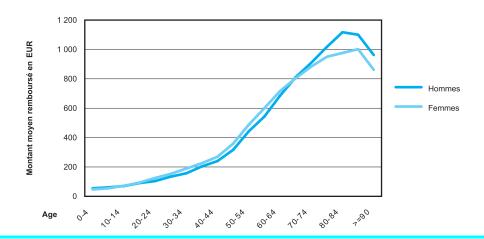
Graphique 25. - Soins de santé 2006: traitement ambulatoire et stationnaire - montant moyen remboursé par patient



Graphique 26. - Soins médicaux en 2006: traitement ambulatoire et stationnaire - montant moyen remboursé par patient



Graphique 27. - Frais pharmaceutiques extrahospitaliers en 2006: montant moyen remboursé par patient



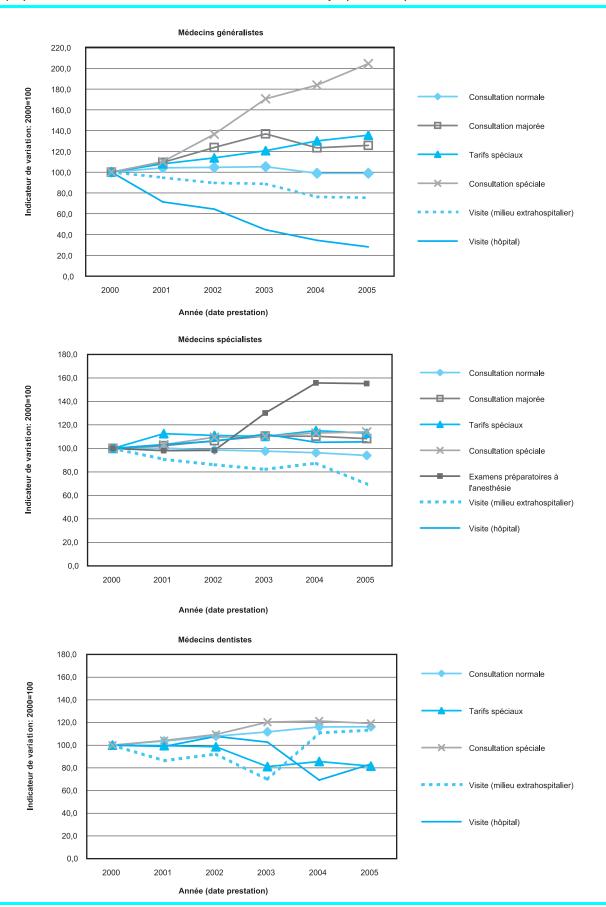
Graphique 28. - Soins médico-dentaires (y compris prothèses et orthodontie) en 2006: montant moyen remboursé par patient



#### 3.4.3. Les consultations et visites médicales

La série chronologique suivante représente le nombre moyen de consultations et de visites médicales par assuré en fonction:

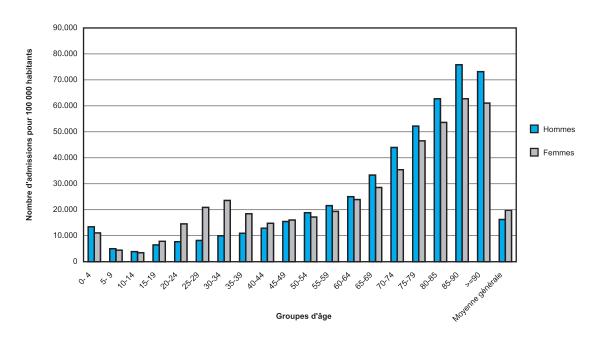
- du type de la consultation/visite;
- de la spécialité du médecin traitant.



## 3.4.4. Les admissions à l'hôpital

Le nombre d'admissions pour 100 000 habitants s'élève en 2006 en moyenne générale à 18 044 cas. Ce rapport a été calculé par référence à la population protégée résidente.

Graphique 30. - Nombre d'admissions pour 100 000 habitants, par groupes d'âge et par sexe 1)



<sup>1)</sup> Rapport calculé par rapport à la population protégée résidente.

Le nombre élevé des admissions auprès des femmes âgées entre 20 et 40 ans est dû en grande partie aux accouchements qui sont la première cause d'hospitalisations auprès des femmes.

## 3.4.4.1. Les diagnostics de sortie

Le tableau suivant indique le classement en ordre décroissant des 20 premières causes d'hospitalisations pour hommes et femmes. Ces 20 causes couvrent en 2006, pour les hommes et les femmes, 59,5% du total des admissions en hospitalisation complète (au moins un jour et une nuit). Malgré une amélioration par rapport à 2005, le nombre d'hospitalisations sans diagnostic connu reste assez élevé.

Tableau 33. - Les 20 premières causes d'hospitalisations en 2006 dans les hôpitaux aigus 1)

	Hommes	En % du total		Femmes	En % du total		TOTAL	En % du total
1	Tumeurs malignes C00-C97	8,7%	1	Accouchement O80-O84	11,6%	1	Tumeurs malignes C00-C97	7,5%
2	Cardiopathies ischémiques I20-I25	6,0%	2	Arthropathies M00-M25	6,6%	2	Accouchement O80-O84	6,4%
3	Arthropathies M00-M25	5,6%	3	Tumeurs malignes C00-C97	6,5%	3	Arthropathies M00-M25	6,1%
4	Autres formes de cardiopathies I30-I52	4,1%	4	Affections du cristallin H25-H28	3,7%	4	Cardiopathies ischémiques I20-I25	4,0%
5	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	3,9%	5	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3,3%	5	Autres formes de cardiopathies l30-l52	3,6%
6	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	3,9%	6	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	3,0%	6	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	3,4%
7	Dorsopathies M40-M54	3,3%	7	Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme N80- N98	2,7%	7	Affections du cristallin H25-H28	3,3%
8	Hernies K40-K46	3,2%	8	Dorsopathies M40-M54	2,7%	8	Dorsopathies M40-M54	3,0%
9	Maladies des organes génitaux de l'homme N40-N51	3,1%	9	Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu	2,6%	9	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	2,6%
10	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	2,8%	10	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	2,4%	10	Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu	2,6%
11	Affections du cristallin H25-H28	2,7%	11	Cardiopathies ischémiques I20-I25	2,4%	11	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	2,3%
12	Hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu	2,4%	12	Tumeurs bénignes D10-D36	2,2%	12	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	2,0%
13	Maladies des artères, artérioles et capillaires 170-179	2,3%	13	Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs I80-I89	1,8%	13	Hernies K40-K46	1,9%
14	Autres maladies de l'intestin K55-K63	1,8%	14	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	1,8%	14	Autres maladies de l'intestin K55-K63	1,8%
15	Autres maladies de l'appareil respiratoire J95-J99	1,6%	15	Autres maladies de l'intestin K55-K63	1,8%	15	Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs 180-189	1,6%
16	Lésions traumatiques du genou et de la jambe S80-S89	1,5%	16	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	1,7%	16	Maladies des artères, artérioles et capillaires 170-179	1,6%
17	Lithiases urinaires N20-N23	1,5%	17	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	1,5%	17	Tumeurs bénignes D10-D36	1,6%
18	Grippe et pneumopathie J10-J18	1,5%	18	Affections des tissus mous M60-M79	1,2%	18	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	1,6%
19	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	1,5%	19	Obésité et autres excès d apport E65-E68	1,1%	19	Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme N80-N98	1,5%
20	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	1,4%	20	Symptômes et signes généraux R50-R69	1,1%	20	Maladies des organes génitaux de l'homme N40-N51	1,4%
		62,7%			61,7%			59,5%

<sup>1)</sup> D'après la classification CIM 10 (Classification Internationale des Maladie 10e édition - OMS).

Si on fait abstraction de l'accouchement du côté des femmes, on constate que la première cause d'hospitalisation pour les hommes sont les tumeurs malignes et pour les femmes les arthropathies. Les tumeurs malignes ne viennent qu'en 2<sup>e</sup> position. En négligeant toujours les cas d'accouchement, et en considérant l'ensemble de la population, ce sont les tumeurs malignes, les arthropathies et les cardiopathies ischémiques qui sont les premières causes d'hospitalisation et qui représentent 17,6% du total des admissions (sans les hospitalisations de jour). En ce qui concerne les autres pathologies, leur incidence varie sensiblement entre les hommes et les femmes.

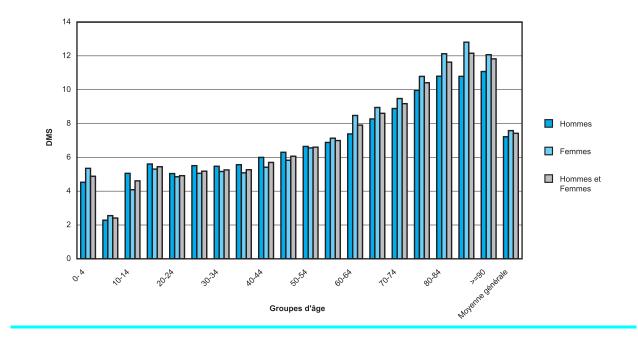
On constate également que des efforts seront nécessaires pour améliorer la qualité de l'information sur les causes d'hospitalisation: 2,6% du total des hospitalisations rangent sous "diagnostic inconnu" et 1,1% sont classées sous "symptômes et signes généraux".

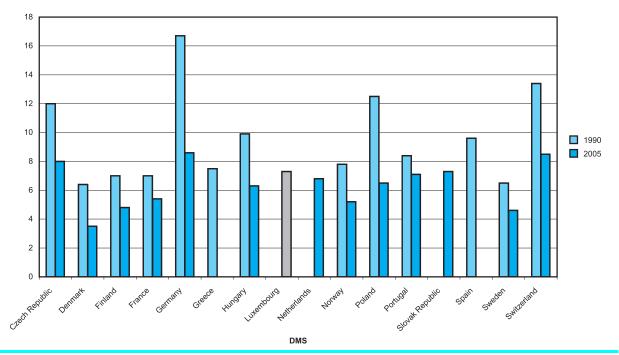
Pour avoir de plus amples informations concernant les admissions et les traitements hospitaliers on peut consulter l'édition No 4 de la carte sanitaire (1998-2005) [http://www.ms.etat.lu/].

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

Pour évaluer la durée moyenne de séjour (DMS) il faut distinguer entre une *hospitalisation normale*, qui comprend au moins un jour et une nuit à l'hôpital, et une *hospitalisation de jour* dont la durée se limite à la seule journée, voire une fraction de journée. L'hospitalisation de jour est mentionnée à part et elle n'est pas prise en compte pour le calcul de la DMS. Un passage en policlinique n'est pas considéré comme hospitalisation.

Graphique 31. - Durée moyenne de séjour en 2006 calculée par groupes d'âge et par sexe

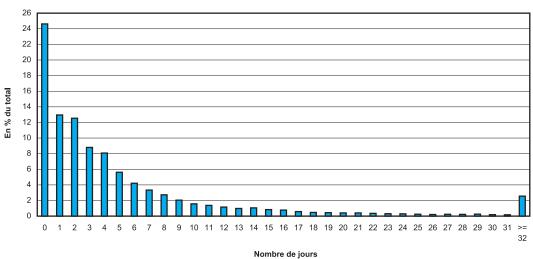




Source : données OCDE.

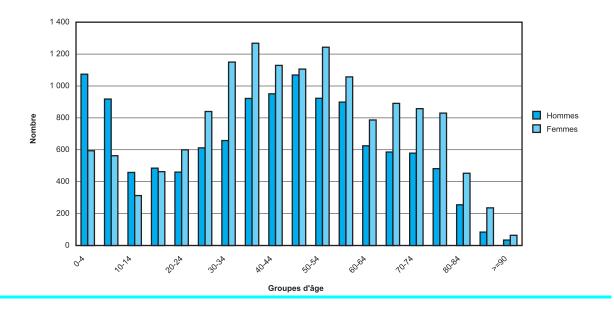
On constate que la durée moyenne de séjour a diminué dans tous les pays européens de 1990 à 2005. Surtout l'Allemagne, la République Tchèque et la Pologne présentent en 2005 des durées moyennes de séjour largement inférieures à leur niveau de 1990. Ceci est dû à des procédures chirurgicales simplifiées, à de nouveaux modes de remboursement dans les hôpitaux et le développement des services médicaux à domicile, permettant aux patients une sortie plus rapide de l'hôpital.





En 2006 67,0% des patients ont eu une durée de séjour inférieure ou égale à 4 jours et 76,8% des patients séjournent moins de 7 jours à l'hôpital.

Graphique 34. - Nombre de cas d'hospitalisations de jour en 2006 par groupes d'âge et sexe (hôpitaux aigus)

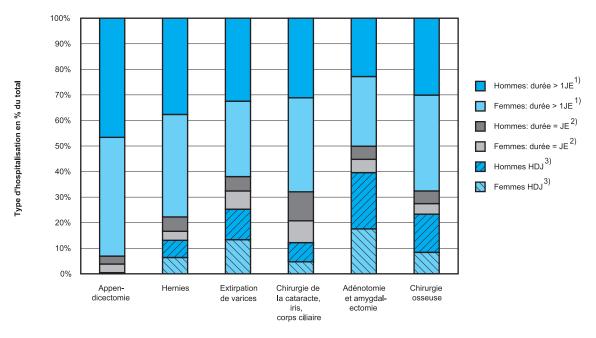


En 2006 la durée moyenne de séjour était de 7,4 jours, et se situe légèrement au-dessous du niveau de 2005. Pendant cette même période le nombre d'hospitalisations de jour a progressé de 11,3%. La part des hospitalisations de jour par rapport au total des admissions à l'hôpital augmente continuellement. Elle s'élevait à 24,6% en 2006, contre 19,5% en 2002.

Tableau 34 Evolution de la durée de séjour dans les hôpitaux aigus <sup>1)</sup>							
	2003	2004	2005	2006			
Durée moyenne de séjour <sup>2)</sup>	7,4	7,3	7,3	7,4			
Evolution annuelle en %	-1,7%	-1,4%	1,1%	1,2%			
Nombre de cas d'hospitalisation de jour (HDJ)	20 996	21 909	23 927	26 519			
Evolution annuelle en %	7,3%	4,3%	9,2%	10,8%			
Rapport nombre HDJ /N.total d'hospitalisations	20,6%	21,1%	22,7%	24,6%			

<sup>1)</sup> A l'exclusion des établissements de rééducation psychiatrique et gériatrique.

<sup>2)</sup> Concerne uniquement les hospitalisations comportant au moins une nuit à l'hôpital.



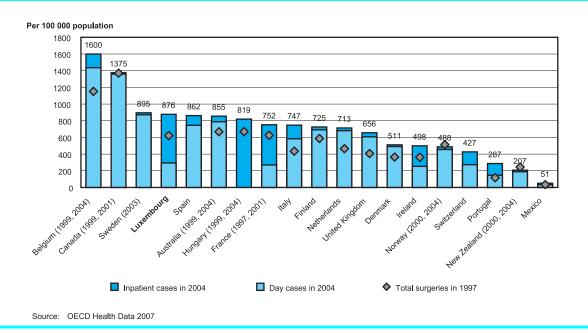
Type d'intervention

## Traitement ambulatoire: opération cataracte

Les graphiques qui suivent présentent, en comparaison internationale, le nombre d'opérations de la cataracte et le mode d'hospitalisation.

On y constate que malgré l'augmentation sensible du nombre des hospitalisations de jour (voir tableau 34) ci-avant, la chirurgie ambulatoire est très peu développée au Luxembourg.

Graphique 36. - Nombre d'opérations cataractes, hospitalisations et hospitalisations de jour pour 100 000 habitants, pour les années 1997 et 2004

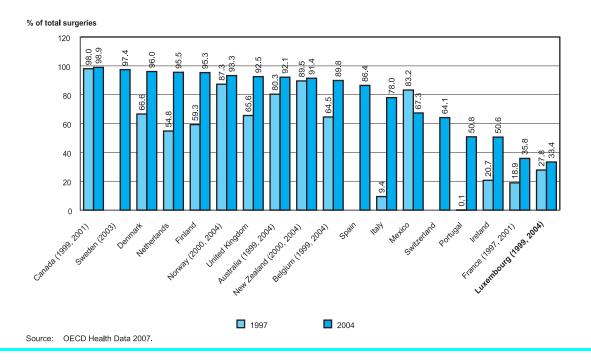


Durée de séjour supérieure à 1 journée entière.

Durée de séjour équivalente à 1 journée entière (avec présence à minuit).

<sup>3)</sup> Hospitalisation de jour.

Graphique 37. - Pourcentage des opérations cataractes réalisées en hospitalisation de jour pour les années 1997 et 2004



L'analyse de ces deux graphiques met en évidence qu'au Luxembourg environ la moitié des opérations cataractes sont encore effectués en mode stationnaire alors que dans les autres pays européens, ces opérations sont réalisées dans des unités de soins ambulatoires.

## 3.4.5. La consommation de médicaments en 2006

Depuis 2001 les frais pharmaceutiques ont progressé à un rythme annuel moyen de 5,9%. Surtout les années 2002 et 2004 sont caractérisées par des augmentations considérables de 17% respectivement 18%. Pour l'année 2006 les frais pharmaceutiques s'élèvent à 140,3 millions EUR et ont progressé de 2,6% par rapport à l'année précédente.

D'après les statistiques de l'UCM, l'augmentation des frais pharmaceutiques est liée avant tout à une augmentation du volume des prescriptions. On compte ainsi en 2006 un nombre croissant de bénéficiaires de prescriptions médicales (+0,3%) et une augmentation du nombre moyen d'emballages prescrits par patient, ainsi qu'une augmentation de 1,0% du coût moyen brut par emballage.

50% du montant total remboursé en 2006 sont constitués par les 3 groupes ATC suivants :

- A Système gastro-intestinal / métabolisme (15%)
- C Système cardio-vasculaire (21%)
- N Système nerveux central (14%).

Les principales augmentations des montants nets ont été constatées dans les groupes suivants de la classification ATC, troisième niveau :

Code ATC	Libellé du groupe de médicaments	,	Variation 2006/2005
		Montant (en EUR)	en %
		(en EUR)	
A10A	Anti-diabétiques insulines et analogues	194 000	9,1%
A10B	Anti-diabétiques oraux	318 000	8,6%
B01A	Anti-agrégants plaquettaires	155 000	2,8%
C09C et C09D	Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II	833 000	10,4%
C10A	Hypolipémiants, statines et autres	170 000	2,0%
L01X	Autres médicaments anti-néoplasiques	374 000	35,0%
L02B	Anti-cancéreux : antagonistes hormonaux	140 000	5,9%
L03A	Anti-cancéreux : cytokines et immunomodulateurs	584 000	10,3%
L04A	Anti-cancéreux : immunosuppresseurs	1 247 000	26,6%
N05A	Antipsychotiques	198 000	8,0%
N06D	Médicaments contre la démence	101 000	11,3%

Source: UCM.

Les principales baisses des montants nets sont notées dans les groupes suivants de la classification ATC, troisième niveau :

Code ATC Libellé du groupe de médicaments		Variation 2006/2005		
		Montant (en EUR)	en %	
C09A	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine	- 378 000	-13,8%	
C08C et C08D	Antagonistes sélectifs du calcium	-358 000	-12,0%	
N06A	Antidépresseurs	-659 000	-11,0%	

Source: UCM.

Les mesures plus ciblées mises en œuvre dès 2005 ont été poursuivies en 2006 pour enrayer la consommation de médicaments et pour encourager une prescription plus économique dans un double but :

- 1. Pour des raisons de santé publique, notamment en ce qui concerne la surconsommation d'antibiotiques ou de certains psychotropes.
- 2. Pour des raisons d'économies : prescription d'équivalents thérapeutiques (génériques).

Les deux tableaux suivants représentent le top 20 de la consommation de médicaments en 2006. Le premier tableau donne la classification en ordre décroissant d'après le volume et le second d'après le coût.

Tableau 35. - La consommation de médicaments en 2006: classement d'après le nombre d'emballages 1)

		Exercice 2006 : Classement d'ap	orès le nombre d'	emballages			
Rang	National	Dénomination abrégée	ATC	Nombre	Montant brut	Montant net	RANG 2005
1	0149217	STILNOCT CPR.PELLIC. 10 MG1*30 CPR.SEC.	N05CF02	93 595	1 206 444,85	487 313,76	1
2	0253117	PLAVIX CPR.PELLIC. 75 MG1*28 CPR.SS BLIS	B01AC04	69 211	3 836 730,40	3 070 096,82	2
3	0086022	PARACETAMOL RATIOPHARM-500 T CPR. 500 MG	N02BE01	52 041	85 638,39	68 902,16	3
4	0070764	MEPHENON CPR. 5 MG1*25 CPR.	N07BC02	46 498	144 687,22	115 483,71	8
5	0158301	AMLOR GELULES 5 MG1*28 GELULES BLIST	C08CA01	45 926	607 695,72	607 625,18	4
6	0169271	ASAFLOW CPR. 160 MG1*56 CPR.SS BLIST.	B01AC06	44 372	382 097,94	305 796,37	5
7	0233663	MOVICOL PDRE 1*20 SACH.	A06AD65	43 817	534 611,75	214 875,62	14
8	0147629	COVERSYL CPR. 4 MG1*30 CPR.SEC.BLIST	C09AA04	42 719	882 665,06	882 614,74	9
9	0027312	DAFALGAN CPR. 500 MG1*30 CPR.	N02BE01	41 316	174 791,60	140 926,38	7
10	0194498	GLUCOPHAGE-850 CPR. 850 MG1*100 CPR.	A10BA02	39 626	275 954,92	275 946,54	11
11	0244183	SERLAIN CPR.PELLIC. 50 MG1*30 CPR.SS BLI	N06AB06	36 737	848 942,91	680 139,12	12
12	0316041	SPIRIVA GELULES 18 MCG1*30 GELULES +1*1	R03BB04	35 619	1 814 431,86	1 814 431,86	20
13	0073640	MOTILIUM CPR. 10 MG1*30 CPR.	A03FA03	34 932	274 601,42	219 845,37	16
14	0284077	NEXIAM CPR.ENR. 20 MG1*28 CPR.	A02BC05	33 231	1 250 496,00	1 001 810,70	6
15	0063904	LASIX CPR. 40 MG1*50 CPR.	C03CA01	32 997	266 634,23	213 232,52	>20
16	0252624	SINTROM 1 CPR. 1 MG1*100 CPR.	B01AA07	31 994	93 599,05	93 598,11	>20
17	0327661	SIPRALEXA CPR.ENR. 10 MG1*28 CPR.SEC.SS	N06AB10	31 846	996 812,18	798 663,32	>20
18	0305762	JUNIFEN SIR. 100 MG/5 ML1*1 FL. 150 ML	M01AE01	31 759	181 343,09	145 377,39	>20
19	0076186	NEDOLON-P CPR. 500 MG+30 MG1*20 CPR.	N02AA59	31 351	126 029,54	101 729,17	15
20	0152193	SELOZOK CPR.LIB.PROL. 95 MG1*28 CPR.SEC.	C07AB02	30 961	291 343,01	291 343,01	>20

<sup>1)</sup> Source: UCM.

Tableau 36. - La consommation de médicaments en 2006: classement suivant le montant brut 1)

	Exercice 2006 : Classement suivant le montant brut									
Rang	National	Dénomination abrégée	ATC	Nombre	Montant brut	Montant net	<b>RANG 2005</b>			
1	0253117	PLAVIX CPR.PELLIC. 75 MG1*28 CPR.SS BLIS	B01AC04	69 211	3 836 730,40	3 070 096,82	1			
2	0241939	LIPITOR-20 CPR.ENR. 20 MG1*84 CPR.SS BLI	C10AA05	17 611	2 016 051,62	1 612 873,31	7			
3	0303481	FOSAMAX-70 HEBDOMADAIRE CPR. 70 MG1*12 C	M05BA04	20 293	1 940 594,81	1 553 685,13	6			
4	0261119	SERETIDE 50/500 DISKUS PDRE 1*60 D.	R03AK06	30 138	1 926 722,34	1 926 722,34	8			
5	0316041	SPIRIVA GELULES 18 MCG1*30 GELULES +1*1	R03BB04	35 619	1 814 431,86	1 814 431,86	9			
6	0346717	CRESTOR CPR.PELLIC. 10 MG1*98 CPR.SS BLI	C10AA07	19 425	1 671 441,83	1 337 448,77	13			
7	0218121	PANTOZOL CPR. 40 MG1*28 CPR.	A02BC02	30 738	1 666 161,84	1 335 870,67	10			
8	0399979	ENBREL PDRE P.PREP.INJ. 50 MG1*4 FL.+4 S	L04AA11	1 388	1 612 646,95	1 612 646,95	>20			
9	0241925	LIPITOR-10 CPR.ENR. 10 MG1*84 CPR.SS BLI	C10AA05	19 550	1 496 930,36	1 197 657,46	11			
10	0353001	HUMIRA SOL.INJ. 40 MG1*2 SER.PREREMPLIE	L04AA17	1 099	1 264 325,50	1 264 302,38	>20			
11	0284208	NEXIAM CPR.ENR. 40 MG1*28 CPR.	A02BC05	25 304	1 254 122,88	1 006 137,73	3			
12	0284077	NEXIAM CPR.ENR. 20 MG1*28 CPR.	A02BC05	33 231	1 250 496,00	1 001 810,70	5			
13	0149217	STILNOCT CPR.PELLIC. 10 MG1*30 CPR.SEC.	N05CF02	93 595	1 206 444,85	487 313,76	15			
14	0265216	REBIF SOL.INJ. 12 MIOUI/1 ML1*12 SER.	L03AB07	1 003	1 188 197,26	1 188 197,26	>20			
15	0341451	NEULASTA-6 SOL.INJ. 10 MG/1 ML1*1 SER.PR	L03AA13	832	1 087 282,44	1 087 282,44	17			
16	0215151	ARIMIDEX CPR. 1 MG2*14 CPR.SS BLIST.	L02BG03	8 726	1 082 497,50	1 082 496,78	>20			
17	0233629	AVONEX PDRE P.PREP.INJ. 6 MIOUI1*4 FL.U.	L03AB07	1 222	1 028 934,66	1 028 934,66	16			
18	0277234	ENBREL PDRE P.PREP.INJ. 25 MG1*4 FL. +1	L04AA11	1 725	997 418,52	997 418,52	4			
19	0327661	SIPRALEXA CPR.ENR. 10 MG1*28 CPR.SEC.SS	N06AB10	31 846	996 812,18	798 663,32	>20			
20	0261072	SERETIDE 50/250 DISKUS PDRE 1*60 D.	R03AK06	18 925	940 572,50	940 572,50	8			

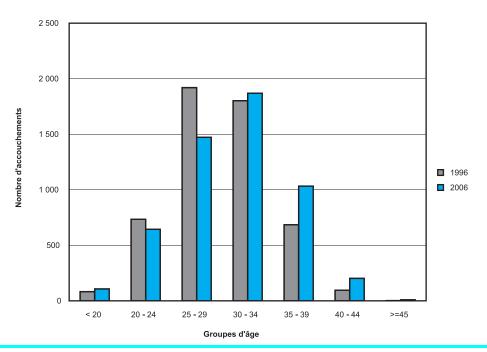
<sup>1)</sup> Source: UCM.

#### 3.4.6. Les prestations de maternité

Les prestations en nature de maternité lors d'un accouchement à l'hôpital sont prises en charge forfaitairement par l'Etat. Ce forfait qui est fixé annuellement par règlement grand-ducal prévoit lors de l'accouchement les soins d'une sage-femme, l'assistance médicale, le séjour dans l'hôpital ainsi que les fournitures pharmaceutiques ou produits diététiques pour nourrissons.

Le graphique suivant indique le nombre d'accouchements de femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité de 1996 comparée à celui de l'année 2006.

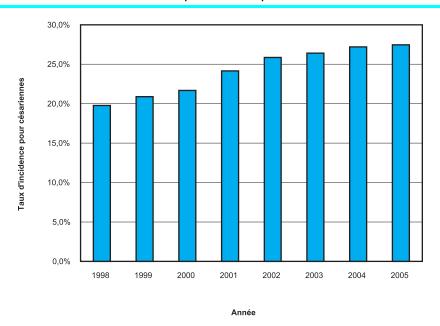
Graphique 38. - Nombre d'accouchements par groupes d'âge en 1996 et 2006 1)



Données provisoires pour 2006.

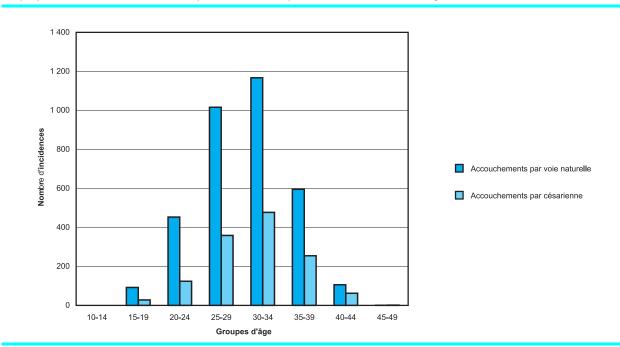
On constate pour les années sous revue une très forte croissance du nombre d'accouchements pour les groupes d'âge 30+, au détriment des tranches d'âge 20-29. Paradoxalement le nombre d'accouchements pour femmes âgées de moins de 20 ans a connu une forte progression au cours des 10 dernières années (2,6% en moyenne annuelle), même si le nombre absolu reste faible.

Graphique 39. - Evolution de l'incidence des accouchements par césarienne à partir de 1998



Le taux de césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements pour 2005 était de 27,5%, ce qui marque une progression de 7,7 points par rapport à 1998 et de 0,3 points par rapport à 2004.

Graphique 40. - Nombre d'accouchements par voie naturelle et par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2005



On constate que plus la femme est âgée, plus le taux d'accouchements par césariennes augmente. En effet, alors que le pourcentage d'accouchements par césarienne par rapport au nombre total d'accouchements se situe autour de 20% pour les jeunes femmes, autour de 30% pour les trentenaires, il s'élève à plus de 40% pour les femmes âgées de 40 ans et plus.

# 4. Les prestations en espèces

#### 4.1. Les prestations en espèces de maladie

#### 4.1.1. La gestion des prestations en espèces des ouvriers (Art. 29.1c du Code des assurances sociales)

Cette gestion concerne les salariés ne bénéficiant pas, en raison de leur statut professionnel, de la conservation de la rémunération en cas de maladie, c'est-à-dire presque tous les salariés ouvriers. Puisque pour ces assurés la caisse de maladie compétente doit intervenir dès le premier jour de maladie, cette gestion est la plus importante du point de vue financier.

La gestion des prestations en espèces - Décompte et prévisions

Le tableau qui suit présente le résultat d'exploitation de la gestion 29.1c, tiré du décompte de l'UCM, pour les exercices 2004 à 2006 ainsi que les prévisions réalisées par l'UCM pour les exercices 2007 et 2008.

Tableau 37. - Gestion 29.1c (gestion ouvriers): décompte et prévisions<sup>1)</sup> (en millions EUR)

Exercice	2004	2005	2006	2007	2008
	Décompte	Décompte	Décompte	Estimatio	ns actualisées <sup>2)</sup>
Nombre indice	624,63	640,24	653,52	668,46	682,39
Masse cotisable	2 884,3	3 027,1	3 206,2	3 406,8	3 609,2
RECETTES					
Cotisations	135,5	142,6	150,8	162,0	171,0
Cotisations forfaitaires Etat	15,1	15,8	16,8	18,0	19,0
Autres recettes	136,4 <sup>3)</sup>	7,6	6,2	6,6	6,7
RECETTES COURANTES	287,0	166,0	173,8	186,5	196,8
DEPENSES					
Prestations en espèces	140,9	155,0	149,7	156,3	165,1
Transferts de cotisations	18,2	20,2	19,5	20,4	21,6
Autres dépenses	6,4	5,9	6,0	6,3	6,7
DEPENSES COURANTES	165,5	181,1	175,3	183,1	193,4
Solde des opérations courantes	121,8	-15,1	-1,5	3,5	3,4
Excédent / découvert cumulé	70,6	54,1	52,2	54,6	57,2
Taux de cotisation appliqué:	4,70%	4,70%	4,70%	4,70%	4,70%
Taux d'équilibre de l'exercice:	5,00%	5,20%	4,67%	4,64%	4,63%

Sans les prestations en espèces de maternité.

Malgré un solde des opérations courantes négatif pour l'année 2006, la situation s'est améliorée par rapport à 2005. Cela résulte essentiellement d'une croissance de 5,7% des cotisations, consécutive à une accélération de la croissance du nombre d'assurés (+3,3% en 2006 contre +2,6% en 2005), associée à une diminution de 3,4% des dépenses pour prestations en espèces. Cette tendance à la baisse des prestations en espèces est, néanmoins, à relativiser. Elle sera analysée plus en détail dans le paragraphe qui suit.

Selon les prévisions de l'UCM la situation financière de la gestion des prestations en espèces des ouvriers s'améliore dès 2007. En effet on s'attend à un solde positif des opérations courantes pour les années 2007 (4,5 millions EUR) et 2008 (3,4 millions EUR). Il en résulte un excédent cumulé croissant d'année en année.

Pour les exercices 2007 et 2008 le taux d'équilibre et le taux appliqué devraient se situer pratiquement au même niveau.

<sup>2)</sup> Source: Estimations UCM (septembre 2007).

Ce montant contient un transfert de 130 millions d'euros provenant des caisses de pension.

#### L'évolution des prestations en espèces

Le tableau suivant retrace conjointement l'évolution, depuis 2004, des prestations en espèces et de la masse cotisable. Le tableau présente également, pour ces deux variables, les taux de croissance annuels.

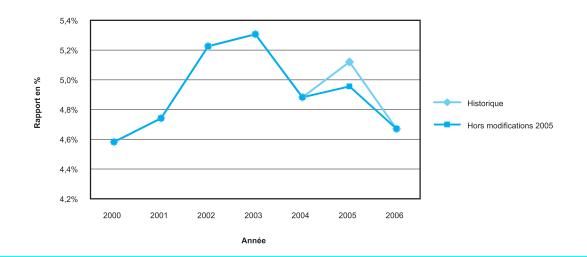
Tableau 38. - Gestion ouvriers: évolution des prestations en espèces et de la masse cotisable (en millions EUR)

Année	Prestations en espèces	Variation en %	Masse cotisable	Variation en %
2004	140,9	-3,3%	2 884,9	5,1%
2005	155,0	10,1%	3 027,5	4,9%
2006	149,7	-3,4%	3 206,2	5,9%

La tendance à la baisse des prestations en espèces pour l'année 2006 (-3,4%) est à considérer avec précaution. Elle succède, en effet, à une augmentation des prestations anormalement élevée de 10,1% en 2005. Cette croissance des prestations s'explique à la fois par l'introduction du nouveau mode de comptabilisation des indemnités pécuniaires d'accident et par la clôture d'un nombre important d'anciens dossiers. Le surcoût qui en découle a été estimé par l'UCM à 5 millions EUR. Ainsi, en éliminant l'impact de ces deux mesures citées ci-avant, la croissance des prestations en espèces serait de 6,5% en 2005 (contre 10,1%) et de -0,2% en 2006 (contre -3,4%).

Le graphique présenté ci-dessous illustre l'évolution du rapport entre les prestations en espèces et la masse cotisable. Cet indicateur constitue une approximation du taux d'absentéisme.

Graphique 41. - Gestion ouvriers: évolution du rapport entre prestations en espèces et masse cotisable



Suite à une évolution défavorable à partir de 2001 du rapport entre prestations en espèces et masse cotisable, la situation s'est nettement améliorée en 2004 puis stabilisée en 2005 si on ne tient pas compte des modifications comptables opérées pour cet exercice. L'amélioration de la situation à l'issue de l'exercice 2006 laisse à penser que les efforts fournis dans le cadre de la lutte contre l'absentéisme et matérialisés par la loi du 21 décembre 2004 commencent à porter leurs fruits.

# 4.1.2. La gestion des prestations en espèces des employés et indépendants (Art. 29.1b du Code des assurances sociales)

Cette gestion concerne les assurés salariés (occupés sous le statut des employés privés des assurances sociales), bénéficiant, en cas de maladie, de la continuation légale ou conventionnelle de la rémunération pendant le mois en cours et les trois mois subséquents, ainsi que les non-salariés.

La gestion des prestations en espèces - Décompte et prévisions

Le tableau qui suit présente le résultat d'exploitation de cette gestion pour les exercices 2004 à 2006 ainsi que les prévisions réalisées par l'UCM pour les exercices 2007 et 2008.

Tableau 39. - Gestion employés et indépendants: décompte et prévisions<sup>1)</sup> (en millions EUR)

Exercice	2004	2005	2006	2007	2008
Exclose	Décompte	Décompte	Décompte		ions actualisées <sup>2)</sup>
	Decompte	Decompte	Decompte	Louman	ions actualisees
Nombre indice	624,63	640,24	653,52	668,46	682,39
Masse cotisable	5 845,8	6 249,3	6 733,8	7 416,0	8 002,2
RECETTES					
RECEITES					
Cotisations	11,7	12,6	13,6	14,7	15,9
Cotisations forfaitaires Etat	1,3	1,4	1,5	1,6	1,8
Autres recettes	1,5	1,8	1,0	1,2	1,3
RECETTES COURANTES	14,5	15,8	16,0	17,6	18,9
DEPENSES					
Prestations en espèces	15,7	14,9	17,7	20,3	21,8
Transferts de cotisations	1,5	1,4	1,7	2,0	2,1
Autres dépenses	0,6	0,0	0,1	0,8	0,8
DEPENSES COURANTES	17,8	16,4	19,5	23,0	24,8
Oalde des en fuettens assurantes	0.0		4.0	5.4	5.0
Solde des opérations courantes	-3,3	-1,1	-4,0	-5,4	-5,9
Excédent / découvert cumulé	-2,5	-3,7	-7,8	-13,3	-19,3
Taux de cotisation appliqué:	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%
Taux d'équilibre de l'exercice:	0,25%	0,22%	0,25%	0,27%	0,27%

<sup>1)</sup> Sans les prestations en espèces de maternité.

Après une légère amélioration observée fin 2005, on constate un solde négatif très important pour 2006. Cette évolution défavorable résulte essentiellement d'une très forte augmentation de 18,6% des prestations en espèces qui dépassent largement la croissance des cotisations (+7,8%).

Le déficit cumulé se creusera pour atteindre -5,4 millions EUR en 2007 et -5,9 millions EUR en 2008.

Le taux d'équilibre reste toujours au-dessus du taux de cotisation appliqué.

L'évolution des prestations en espèces

Le tableau suivant retrace conjointement l'évolution, depuis 2004, des prestations en espèces ainsi que de la masse cotisable. Le tableau présente également, pour ces deux variables, les taux de croissance annuels.

Tableau 40. - Gestion employés et indépendants: évolution des prestations en espèces et de la masse cotisable (en millions EUR)

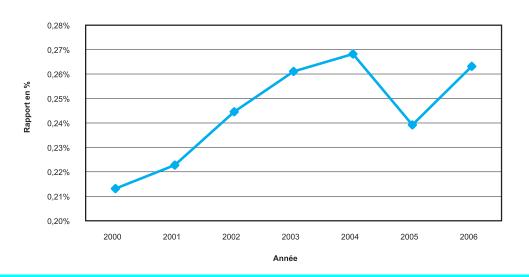
Année	Prestations en espèces	Variation en %	Masse cotisable	Variation en %
2004	15,7	7,9%	5 845,8	5,0%
2005	14,9	-4,7%	6 249,3	6,9%
2006	17,7	18,6%	6 733,8	7,8%

<sup>2)</sup> Source: Estimations UCM (septembre 2007).

La forte croissance des prestations en espèces résulte en partie de la mise en application de la loi du 21 décembre 2004. En effet, celle-ci stipule, entre autre, que la computation des périodes d'incapacité de travail ouvrant droit à l'indemnité pécuniaire s'effectue désormais sans distinction de la nature de l'incapacité de travail (maladie, accident). De plus, dans le cas d'incapacités de travail successives, entrecoupées d'une ou de plusieurs reprises du travail, les journées ou périodes d'incapacité de travail se situant au cours d'un mois civil ouvrent droit à l'indemnisation par la caisse de maladie, à condition que la durée totale des périodes d'incapacité de travail atteigne 13 semaines au cours des 11 mois civils précédant immédiatement le mois civil en cause. Contrairement à ce qui se passait avant cette loi, le " compteur " déterminant l'instant où le droit à l'indemnité pécuniaire est ouvert n'est désormais plus remis à zéro à chaque nouvel arrêt de maladie. La conséquence logique est que la caisse de maladie intervient plus tôt, ce qui implique une augmentation du montant à sa charge.

Le graphique présenté ci-dessous illustre l'évolution du rapport entre les prestations en espèces et la masse cotisable.

Graphique 42. - Gestion employés et indépendants: évolution du rapport entre prestations en espèces et masse cotisable



L'année 2005 a vu un retournement de tendance dans l'évolution des prestations en espèces. En effet, après une croissance continue au cours des cinq dernières années, le rapport entre les prestations en espèces et la masse cotisable est passé de 0,27% à 0,24%. L'augmentation de ce rapport au cours de l'année 2006 ne doit pas être assimilée à une hausse de l'absentéisme de longue durée mais plutôt à une conséquence du changement induit par la loi du 21 décembre 2004, modifiant et précisant les règles de computation des cas d'incapacité de longue durée.

# 4.1.3. Principaux changements dans le domaine des indemnités pécuniaires de maladie induits par la loi du 21 décembre 2004 et mis en vigueur le 1er mai 2005

## La déclaration de l'incapacité de travail

- Les assurés bénéficiant de la continuation de la rémunération par l'employeur sont désormais tenus de déclarer les incapacités de travail à la caisse de maladie.
- L'employeur est tenu de fournir mensuellement les relevés concernant les périodes d'incapacité de travail de ses salariés, indépendamment du fait qu'il y a continuation ou non de la rémunération par l'employeur.

## Détermination de la durée de l'indemnité pécuniaire - computation des différentes périodes de maladie

- En cas d'incapacités de travail successives entrecoupées d'une ou plusieurs reprises de travail, les journées ou périodes d'incapacité de travail se situant au cours d'un mois civil ouvrent droit à l'indemnité pécuniaire, à condition que la durée totale des périodes d'incapacité de travail atteigne 13 semaines au cours des 11 mois civils précédant immédiatement le mois civil en cause.
- Le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de 52 semaines sur une période de référence de 104 semaines.
- On ne distingue plus selon la nature de la maladie : toutes les périodes d'incapacité de travail personnelle pour cause de maladie professionnelle ou d'accident du travail, intervenues au cours de la période de référence qui prend fin la veille d'une nouvelle période d'incapacité de travail, sont mises en compte.

#### Contrôle médical par l'introduction d'un rapport médical circonstancié R4

- L'indemnité pécuniaire n'est plus accordée après dix semaines d'incapacité de travail au cours d'une période de référence de vingt semaines à moins que l'assuré ne présente un rapport médical circonstancié (R4) justifiant le maintien du droit au-delà de cette échéance.
- Ce rapport est émis par le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) si les périodes d'incapacité de travail déclarées atteignent 6 semaines au cours d'une période de référence de 16 semaines.
- Le rapport circonstancié permet au CMSS de réorienter les cas de maladie de longue durée de la façon suivante :
  - Si l'assuré n'est plus apte au travail, il a droit à une pension d'invalidité.
  - Si l'assuré peut travailler, selon le CMSS, il doit immédiatement reprendre son travail.
  - Si la déclaration d'incapacité de travail est justifiée, l'indemnité sera maintenue.
  - Si l'assuré ne peut plus exercer son travail, il peut être réorienté vers une autre embauche (saisine de la commission mixte)1).

## Quelques statistiques concernant les reclassements et les rapports circonstanciés (R4)

En 2006, du fait qu'ils avaient accumulé six semaines d'incapacité de travail pour cause de maladie, 19 055 assurés (toutes caisses confondues) ont reçu un formulaire R4 afin que leur médecin traitant le remplisse. 8 512 personnes ont reçu un rappel étant donné que le formulaire n'a pas été retourné dans un délai de 2 semaines. Le taux de retour du formulaire dûment rempli s'élève à 87,9%.

Le tableau suivant indique le nombre de demandes introduites auprès de la commission mixte au 31 décembre 2005 ainsi qu'au 31 décembre 2006.

Tableau 41. - Saisines de la commission mixte au cours des années 2005 et 2006

Décisions	Hommes	Femmes	TOTAL	En % du total		
		2005				
Reclassements internes	202	143	345	28,0%		
Reclassements externes	443	269	712	57,8%		
Dossiers sans objet	22	4	26	2,1%		
Dossiers irrecevables	5	0	5	0,4%		
Dossiers en suspens	100	44	144	11,7%		
TOTAL	772	460	1 232	100,0%		
				,		
		2006				
Reclassements internes	176	128	304	27,2%		
Reclassements externes	457	228	685	61,2%		
Dossiers sans objet	8	3	11	1,0%		
Dossiers irrecevables	1	0	1	0,1%		
Dossiers en suspens	76	42	118	10,5%		
TOTAL	718	401	1 119	100,0%		

Source : Rapport d'activité 2006 du Ministère du Travail et de l'Emploi.

La commission mixte se compose:
 de deux délégués représentant les assurés,

<sup>de deux délégués des employeurs,
d'un délégué du contrôle médical de la sécurité sociale,</sup> 

<sup>d'un délégué de la Direction de la santé, division de la santé au travail,
d'un délégué du ministre ayant dans ses attributions le Travail et l'Emploi,</sup> 

<sup>-</sup> d'un délégué de l'administration de l'emploi.

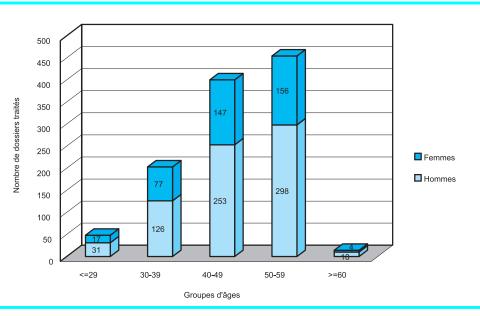
Les membres de la commission mixte sont nommés pour une durée de quatre ans par le Ministre ayant le Travail et l'Emploi dans ses attributions.

Leur mandat est renouvelable. Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant.
En cas de besoin, la commission mixte peut s'adjoindre toutes les personnes dont le concours en raison de leur compétence ou de leur fonction lui paraît utile pour l'exécution de ses missions.

Le nombre des saisines de la commission mixte a diminué de 9% entre 2005 et 2006.

La répartition des dossiers en instruction auprès de la commission mixte, en fonction de l'âge des travailleurs concernés, est illustrée dans le graphique suivant.

Graphique 43. - Nombre de saisines de la commission mixte en 2006: ventilation par âge



Source : Rapport d'activité 2006 du Ministère du Travail et de l'Emploi.

#### 4.1.4. Introduction du statut unique pour les salariés du secteur privé

#### **Présentation**

A la suite de plusieurs réunions du Comité de coordination tripartite<sup>1)</sup> qui se sont déroulées entre octobre 2005 et avril 2006, le gouvernement et les partenaires sociaux se sont mis d'accord pour faire converger le statut des ouvriers et des employés privés en vue de réaliser un statut unique de tous les salariés du secteur privé.

L'introduction du statut unique prévoit notamment :

- La généralisation de la continuation de la rémunération par l'employeur;
- L'adaptation du droit du travail;
- La réorganisation administrative de la sécurité sociale.

Seule la généralisation de la continuation de la rémunération sera développée dans cette partie.

Il est prévu que l'employeur indemnisera en moyenne les treize premières semaines de la survenance de la maladie, l'assurance-maladie intervenant pour le reste de la période d'indemnisation ce qui comportera, d'un côté, une augmentation de l'obligation patronale pour les ouvriers et, d'autre part, une réduction de l'obligation patronale dans le régime actuel des employés privés.

En ce qui concerne la participation de l'Etat dans le financement des prestations en espèces, le gouvernement entend maintenir les moyens budgétaires affectés actuellement au financement des prestations en espèces. A cette fin, la participation de l'Etat sera fixée à 0,195% de la masse cotisable. A noter que ce montant, qui correspond actuellement à 10% de la cotisation totale, représentera, après unification des régimes, environ 28% de la nouvelle cotisation totale. Ce taux est toutefois à ajuster compte tenu de la solution prévue dans le contexte de la procédure simplifiée en faveur du personnel domestique, qui sera examinée plus loin.

En établissant une communauté de risque pour les salariés au niveau de l'assurance-maladie on obtiendrait un taux de cotisation unique de 0,50%<sup>2)</sup> pour les prestations en espèces.

<sup>1)</sup> Comité de coordination tripartite se compose de membres du Gouvernement ainsi que des délégués des associations patronales et syndicales.

<sup>2)</sup> Les données de base utilisées pour les simulations sont celles de l'année 2005. Les taux d'équilibre pris comme hypothèse de départ sont de 4,7% pour la gestion 29.1c (ouvriers) et 0,25% pour la gestion 29.1b (employés et indépendants).

#### Impact financier de l'introduction du régime unique pour les assurés

Pour les ouvriers, l'introduction du taux commun aura pour effet de réduire le taux de prélèvement global pour cotisations sociales de 14,45% (assurance pension, prestations en nature, prestations en espèces, assurance dépendance) à 12,35%. Il en résulte une augmentation du semi-net (avant prélèvement des impôts) de l'ordre de 2,1% du revenu brut. Ce montant est appelé le " différentiel ouvrier ".

Pour les employés privés, le taux de prélèvement global pour cotisations sociales augmentera de 12,225% à 12,35%. Il en résulte une réduction de la rémunération semi-nette de l'ordre de 0,125% du revenu brut.

#### Impact financier de l'introduction du régime unique pour les entreprises

Le coût supplémentaire pour les employeurs, résultant de l'effet combiné du transfert des charges et des chargements des taux de cotisation a été estimé à 56,2 millions EUR. Ce montant correspond à 0,63% du montant des assiettes cotisables.

#### Récapitulatif des flux financiers

Tableau 42. - Flux financiers engendrés par l'introduction du statut unique

		Gestion ouvriers			Gestion employés et indépendants			Total
		Avant	Après	Diff.	Avant	Après	Diff.	Surcoût
Employeurs	IP (indemnités pécuniaires)	0,0	101,3	101,3	83,3	80,7	-2,6	
	Cotisations sur IP	0,0	11,1	11,1	9,0	8,8	-0,2	
	Cotisations sur Salaires	377,6	316,9	-60,7	629,1	636,4	7,3	
	Surcoût			51,6			4,5	56,2
Assurés	Cotisations sur IP	18,3	15,3	-2,9	10,6	10,7	0,1	
	Cotisations sur Salaires	377,6	316,9	-60,7	629,1	636,4	7,3	
	Surcoût			-63,7			7,5	-56,2
Total	Surcoût			-12,0			12,0	0,0

#### Le modèle de compensation

Afin de contrebalancer une éventuelle charge globale supplémentaire des employeurs résultant de l'introduction de la continuation de la rémunération, la mise en place d'un modèle de compensation été prévue par le gouvernement. Celui-ci repose sur plusieurs piliers :

- L'affectation du " différentiel ouvrier "

Au cours d'une première étape de trois ans, les entreprises occupant du personnel ouvrier bénéficieront du différentiel sur la part "assuré". L'ouvrier récupérera progressivement le différentiel "assuré" à partir de la quatrième année. Dans le cadre des mesures législatives transitoires il est prévu que la retenue est opérée sur la rémunération de l'ouvrier par le Centre commun de la sécurité sociale et affectée au financement de la Mutualité des employeurs.

- La réduction sélective des charges par la réforme de l'assurance-accident

Le gouvernement estime que la réforme projetée du financement de l'assurance-accident pourrait contribuer à diminuer les effets de l'introduction du statut unique sur certains secteurs économiques grevés d'un taux de cotisation élevé en matière d'assurance-accident.

La maîtrise de l'absentéisme

Le gouvernement a invité les partenaires sociaux à profiter du délai jusqu'à la mise en vigueur du statut unique pour déterminer les causes exactes des absences, pour s'engager dans une démarche tendant à la responsabilisation de tous les acteurs, pour agir sur les causes de l'absentéisme et pour envisager des mesures pour enrayer les abus dûment constatés. Les compétences du Contrôle médical de la sécurité sociale sont étendues aux périodes d'incapacité de travail à charge de l'employeur. Les moyens de contrôle des malades seront renforcés selon des modalités à définir par les partenaires sociaux.

#### - L'intervention financière de l'État

Afin de répondre aux difficultés sectorielles rencontrées par la généralisation de la continuation de la rémunération, l'intervention de l'État devrait viser prioritairement les secteurs présentant un risque accru. Cette intervention, dont le volume est estimé dans une fourchette se situant entre 25 et 30 millions EUR par an à partir de la fin de la période transitoire, sera répercutée sur les différentes classes de risques envisagées.

#### - L'établissement d'un bilan intermédiaire

Dans un délai de trois ans après la mise en vigueur du statut unique, les partenaires sociaux et le gouvernement se réuniront, afin de faire le bilan des mesures nouvelles introduites, notamment sous l'aspect de la neutralité financière pour l'économie dans son ensemble.

#### - La création d'une mutualité des entreprises

La Mutualité est appelée à répondre aux déséquilibres sectoriels. Elle devra être placée dans le giron de la Sécurité sociale, sous forme d'un établissement public.

Le principe d'une affiliation obligatoire de toutes les entreprises a été admis. Toutefois, pour tenir compte de la situation spécifique des entreprises, qui ont contracté des assurances privées, en vue de se prémunir contre les risques encourus en cas de maladie de leurs salariés pendant la période de continuation du salaire, la possibilité d'une exemption de l'assurance obligatoire est prévue.

#### Procédure administrative simplifiée

Par rapport à ce qui sera le nouveau droit commun, la procédure simplifiée pour la déclaration du personnel engagé dans les ménages privés<sup>1)</sup> sera maintenue, afin d'éviter une recrudescence du travail clandestin dans ce secteur. Toutefois, le taux de l'impôt forfaitaire sera porté de 6 à 10% pour compenser la moins-value en recettes de l'assurance maladie, due à la diminution du taux de cotisation applicable. Les recettes fiscales supplémentaires dégagées du fait de l'augmentation de l'impôt forfaitaire se chiffrent à 1,43 millions EUR. La compensation au profit de l'assurance maladie sera réalisée moyennant une augmentation du taux de la participation de l'Etat au financement des prestations en espèces qui sera porté en conséquence de 28 à 29,5%.

#### 4.2. Les indemnités pécuniaires de maternité

Les prestations en espèces de maternité constituent des remplacements de salaire servies à toutes les femmes actives, résidentes et non-résidentes, assurées à titre obligatoire et ne profitant pas de la conservation de leur rémunération en cas de maladie ou de maternité en vertu de dispositions statutaires ou conventionnelles. La catégorie des indemnités pécuniaires de maternité comprend aussi d'autres prestations assimilées à la fonction maternité et financées également par l'Etat. Ce sont la dispense de travail pour femmes enceintes, le congé d'accueil et le congé pour raisons familiales. Le bénéfice du congé d'accueil et du congé pour raisons familiales s'étend aux assurés des deux sexes.

Tableau 43. - Prestations en espèces de maternité: ventilation par genre de prestation (en millions EUR) 1)

				Variation en %	en moyenne annuelle
Genre de prestation	1999	2003	2006	1999/06	2005/06
Congé légal <sup>2)</sup>	35,3	52,1	61,4	8,3%	4,7%
Dispense de travail pour femmes enceintes 4)	2,6	8,2	13,6	26,8%	13,0%
Congé d'accueil 3)	0,2	0,2	0,2	0,9%	-13,6%
Congé pour raisons familiales 5)	0,2	1,4	2,5	46,9%	7,0%
TOTAL	38,2	61,8	77,6	10,7%	6,1%

<sup>1)</sup> Sans la part patronale dans les cotisations.

La période d'indemnisation est de 8 semaines avant et de 8 semaines après l'accouchement. Le congé postnatal est porté à 12 semaines en cas d'accouchement prématuré ou multiple ainsi que pour les mères allaitantes.

Dongé de huit semaines accordé en cas d'adoption d'un jeune enfant (Loi du 14 mars 1988 portant création d'un congé d'accueil pour les salariés du secteur privé).

<sup>&</sup>quot;Loi du 1er août 2001 concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes" remplaçant la loi modifiée du 3 juillet 1975 concernant la protection de la maternité de la femme au travail. Cette mesure a été introduite en août 1998.

<sup>5)</sup> Congé, destiné aux parents d'enfants malades, introduit par la loi du 12 février 1999 concernant la mise en oeuvre du plan d'action national en faveur de l'emploi. Cette prestation relève en fait du domaine des prestations familiales mais, pour des raisons administratives, elle est servie par les caisses de maladie.

<sup>1)</sup> Cette procédure maintient une indemnisation à la charge de la caisse de maladie à partir du premier jour de maladie.

En 2006 le montant des prestations en espèces de maternité et prestations assimilées (y compris la part patronale dans les cotisations) a atteint 86,1 millions EUR, soit 6,1% de plus qu'en 2005.

On constate que les différents éléments évoluent à des rythmes sensiblement différents. Alors que le congé légal augmente de 4,7% en 2006, la dispense de travail pour femmes enceintes accuse une croissance de 13% en 2006 et même de 27% en moyenne annuelle 1999/2006. Elle constitue désormais 17% du total des prestations en espèces de maternité contre 7% en 1999. Le congé pour raisons familiales, qui a connu une forte croissance en moyenne annuelle depuis son introduction en 1999 devrait atteindre sous peu son rythme de croisière. Cette prestation représente 3% du montant global des prestations en espèces de maternité.

Le tableau suivant montre la répartition par âge des bénéficiaires d'indemnités pécuniaires de maternité pour les trois dernières années, ainsi que les variations annuelles moyennes par groupes d'âge.

Tableau 44. - Nombre des bénéficiaires d'indemnités pécuniaires de maternité 1) par groupes d'âge

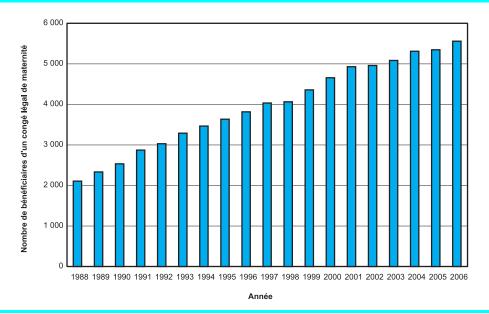
Groupes d'âge	2004	2004 2005		2006			Variation annuelle moyenne 2004/2006
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	
<20 ans	24	0%	16	0%	20	0%	-9%
20-24	474	9%	441	8%	452	8%	-2%
25-29	1 729	33%	1 716	32%	1 767	32%	1%
30-34	2 026	38%	2 039	38%	2 098	38%	2%
35-39	919	17%	971	18%	1 038	19%	6%
>=40	137	3%	164	3%	182	3%	15%
TOTAL	5 309	100%	5 347	100%	5 557	100%	2%

<sup>1)</sup> Concerne uniquement les prestations se rapportant au congé légal de maternité.

Alors que le nombre global des bénéficiaires croît de 2%, on peut constater, même sur cette période relativement courte de trois ans, un glissement sensible des groupes d'âge des bénéficiaires du congé légal de maternité.

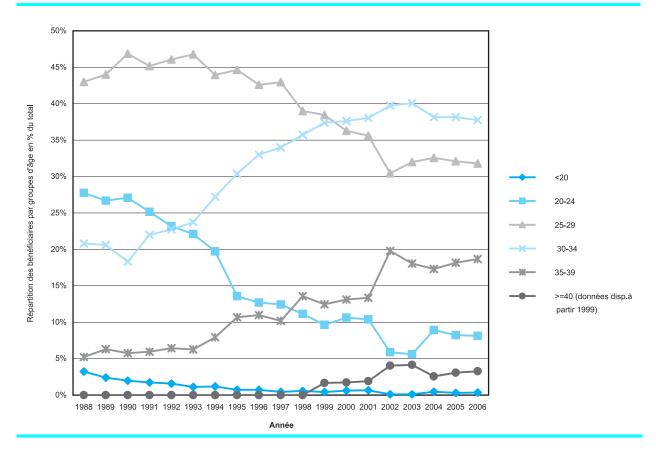
Les deux graphiques ci-après permettent de visualiser sur une plus longue période l'augmentation du nombre des bénéficiaires ainsi que les glissements dans la répartition par âge.

Graphique 44. - Evolution du nombre des bénéficiaires d'un congé de maternité



Même si on constate que le taux de croissance du nombre des bénéficiaires d'un congé de maternité croît à un rythme beaucoup plus dynamique que celui des naissances au Luxembourg il est toutefois déconseillé de mettre ces chiffres en rapport direct et d'en tirer des conclusions hâtives. Cette comparaison serait biaisée en raison du fait que parmi les bénéficiaires d'un congé de maternité on compte un grand nombre d'assurées non-résidentes.

Graphique 45. - Répartition des bénéficiaires par groupes d'âge en % du total



A partir de 1988 le taux des bénéficiaires âgées de moins de 30 ans a chuté de 74% à 40%. On constate que désormais la très grande majorité des bénéficiaires (60%) est âgée de plus de trente ans. Aujourd'hui le plus important groupe de bénéficiaires (38%) se situe dans la tranche d'âge de 30 à 34. Le groupe d'âge des bénéficiaires de plus de 40 ans atteint 3,3% en 2006.

# 5. Données financières

#### 5.1. Le système de financement

Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, l'Union des Caisses de Maladie applique le système de la répartition des charges, avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent ni supérieure à vingt pour cent du montant annuel des dépenses (Art. 28 CAS, 1er alinéa).

Les " prestations de maternité " sont entièrement financées par l'Etat.

Les ressources nécessaires pour la gestion des prestations en nature et les deux gestions des prestations en espèces sont constituées par les cotisations. Cependant, l'Etat prend en charge 37% des cotisations pour prestations en nature et 10% des cotisations pour prestations en espèces.

Tableau 45. - Les sources de financement de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

Exercice	2004	2005	2006	2007	2008
	Décompte	Décompte	Décompte	Estimation	ons actualisées 1)
Etat	545,1	610,6	651,5	696,5	739,9
Assurés et employeurs (ménages)	869,1	969,2	1 029,8	1 105,3	1 173,5
Administrations	4,0	5,1	5,8	6,4	6,5
Autres sources de financement	151,1 <sup>3)</sup>	23,7	22,5	25,3	25,5
TOTAL DES RECETTES 2)	1 569,4	1 608,6	1 709,6	1 833,5	1 945,4
En % du total					
Etat	34,7%	38,0%	38,1%	38,0%	38,0%
Assurés et employeurs	55,4%	60,3%	60,2%	60,3%	60,3%
Administrations	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Autres sources de financement	9,6%	1,5%	1,3%	1,4%	1,3%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

<sup>1)</sup> Source: Estimations UCM (septembre 2007)

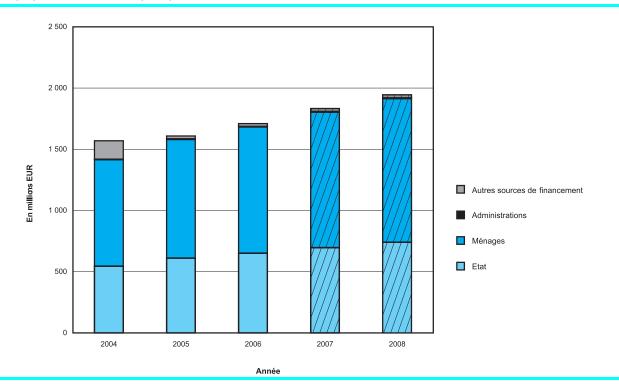
La source de financement la plus importante est celle des ménages, assurés actifs et pensionnés, et des employeurs. Le montant des cotisations versées à l'assurance maladie-maternité progresse en 2006 de 6,3%. Pour 2007 et 2008 on prévoit une progression de 7,2% respectivement de 6,1%.

<sup>2)</sup> Sans les prélèvements aux provisions

<sup>3)</sup> Dont un transfert de 130 millions EUR de la part de l'assurance pension.

Le graphique suivant illustre l'évolution de la participation des différents intervenants dans le financement de l'assurance maladie-maternité.

Graphique 46. - Evolution de la participation des différents intervenants



La participation de l'Etat n'évolue guère et s'établit autour de 38% du total des recettes courantes (cf. tableau suivant).

Tableau 46. - Evolution de la participation financière de l'Etat (en millions EUR)

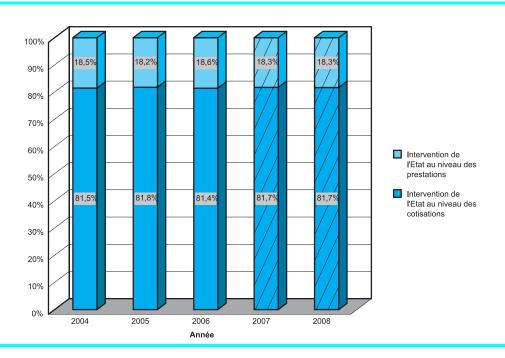
Exercice	2004	2005	2006	2007	2008
Excitation	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations ad	
Prestations en nature (29.1a)	427,8	482,3	512,6	549,6	583,7
Prestations en espèces (29.1c) régime ouvriers	15,1	15,9	16,8	18,0	19,0
Prestations en espèces (29.1b) régime employés et indépendants	1,4	1,5	1,7	1,8	1,8
Maternité	100,8	110,9	120,6	127,2	135,3
Total part Etat	545,1	610,6	651,6	696,6	739,8
Recettes courantes totales 2)	1569,4 <sup>3)</sup>	1 608,6	1 709,6	1 833,5	1 945,4
Participation de l'Etat exprimée en % des recettes courantes	<b>34,7</b> % <sup>4)</sup>	38,0%	38,1%	38,0%	38,0%

Source: Estimations UCM (septembre 2007).

Sans les prélèvements aux provisions. Y compris transfert de 130 millions de la part des caisses de pension. Baisse du taux de participation dû à l'apport extraordinaire de 130 millions EUR des caisses de pension.

La prise en charge des prestations de maternité constitue presque un cinquième du total de l'intervention de l'Etat dans le domaine de l'assurance maladie-maternité.

Graphique 47. - Répartition de l'intervention de Etat

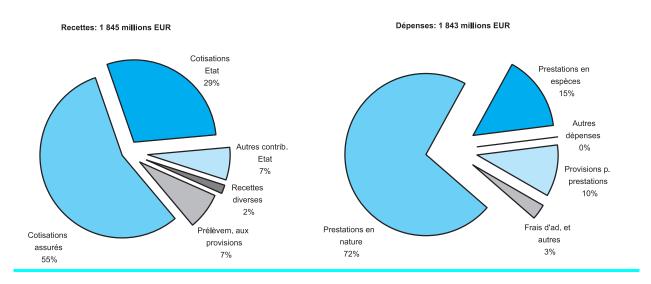


#### 5.2. Situation financière : résultats et prévisions à court terme

#### 5.2.1. Analyse financière globale

Le graphique suivant donne un aperçu sur les catégories les plus importantes des recettes et des dépenses courantes de l'assurance maladie-maternité en 2006.

Graphique 48. - Recettes et dépenses de l'assurance maladie-maternité en 2006 (en % du total)



En 2006 les dépenses courantes de l'assurance maladie-maternité se sont élevées à 1 843 millions EUR, dont 1 783 millions EUR étaient des prestations, provisions pour prestations y comprises.

Le tableau et le graphique suivants visualisent parallèlement l'évolution des recettes et des dépenses courantes réelles, données qui ont été ajustées afin d'éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions.

Tableau 47. - Evolution des recettes et dépenses de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR) 1)

	2004	2005	2006	2007	2008
	Décompte	Décompte	Décompte	Estimatio	ns actualisées <sup>2)</sup>
RECETTES					
Cotisations	871,6	971,8	1 032,3	1 107,9	1 176,1
Cotisations forfaitaires Etat	441,6	496,8	528,0	566,6	601,8
Autres contributions de l'Etat	101,0	111,2	120,9	127,3	135,4
Autres recettes	155,2	28,8	28,3	31,7	32,0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	1 569,4	1 608,6	1 709,6	1 833,5	1 945,4
Variation annuelle en %	14,9%	2,5%	6,3%	7,2%	6,1%
DEPENSES					
Frais d'administration	50,8	53,9	56,1	62,7	66,3
Prestations en espèces 3)	251,1	272,1	274,8	289,7	307,5
Prestations en nature	1 205,4	1 333,4	1 373,2	1 479,0	1 550,2
Autres dépenses	2,8	2,8	3,5	3,5	3,6
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	1 510,1	1 662,2	1 707,7	1 835,0	1 927,5
Variation annuelle en %	8,0%	10,1%	2,7%	7,5%	5,0%
Solde des opérations courantes	59,3	-53,6	1,9	-1,4	17,9

<sup>1)</sup> Sans les prélèvements ou provisions pour prestation à liquider.

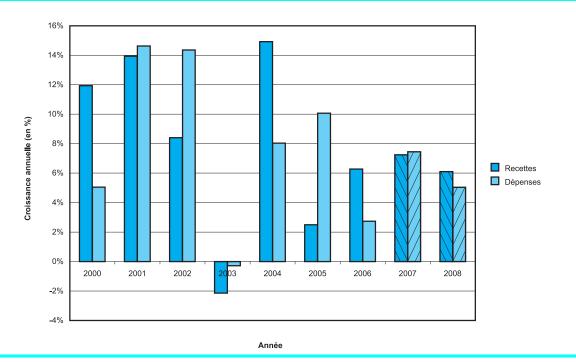
En 2006, les recettes courantes augmentent de 6,3% par rapport à 2005 et se chiffrent à 1 709,6 millions EUR. Les dépenses courantes par contre n'affichent qu'une faible croissance de 2,7% de 2005 à 2006. Les dépenses augmentent donc beaucoup moins vite que les recettes, un phénomène qui n'a plus eu lieu depuis 2000, à l'exception de l'année 2004 où un transfert de 130 millions EUR de la part des caisses de pension a eu lieu.

Le tableau ci-dessus met en évidence que l'équilibre financier fragile qu'affichait l'assurance maladie-maternité en 2006 (solde des opérations courantes positif) n'est plus assuré en 2007. En effet, selon les dernières estimations de l'UCM, le solde des opérations courantes s'élève en 2007 à -1,4 millions EUR. En 2008 par contre on prévoit une amélioration nette de la situation financière avec un solde des opérations courantes excédentaire de 17,9 millions EUR.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>) Source: Estimations UCM (septembre2007).

Y compris les transferts de cotisations.

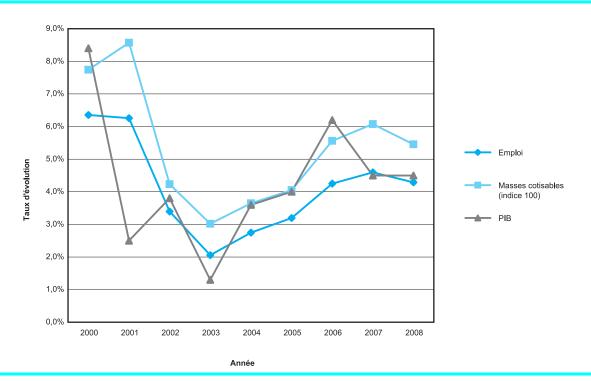
Graphique 49. - Evolution des recettes et dépenses réelles 1) à partir de 2000



<sup>1)</sup> Données corrigées en tenant compte des dotations et prélèvements aux provisions pour prestations.

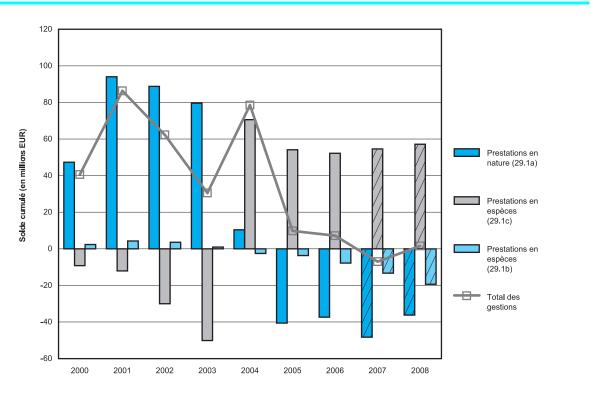
La résorption du déficit budgétaire en 2008 par rapport à 2007 s'explique par une évolution économique luxembourgeoise assez favorable et un taux d'emploi relativement constant (cf. graphique 50). En effet, la progression des cotisations est estimée pour 2007 et 2008 à 7,1% respectivement 6,1%. Les cotisations à charge des assurés actifs augmentent en 2007 de 7,6% et de 6,4% en 2008. Les augmentations prévues pour les cotisations versées par les assurés pensionnés sont de 5,8% en 2007 et de 5,3% en 2008.

Graphique 50. - Evolution de l'emploi, des masses cotisables des ouvriers et employés ainsi que du PIB de l'économie luxembourgeoise (évolution en %)



L'évolution de l'équilibre financier de l'assurance maladie-maternité est illustré dans le graphique ci-après.

Graphique 51. - Le solde cumulé en fin d'année



Année

Remarque : La gestion " Maternité " n'est pas mentionnée, étant donné qu'elle est entièrement financée par l'Etat et est en conséquence neutre par rapport à l'évolution financière de l'assurance maladie-maternité.

Les opérations courantes affichent en 2006 un excédent de 1,9 millions EUR. En comparant les soldes cumulés de 2006 avec l'année précédente, on remarque qu'ils ont peu changé. Le solde cumulé de la gestion des prestations en nature évolue de -40,6 millions EUR en 2005 à -37,3 millions EUR en 2006. La gestion 29.1b (employés et indépendants) par contre affiche un solde cumulé de -7,8 millions EUR qui est deux fois plus important qu'en 2005. Seule la gestion des ouvriers (gestion 29.1c) a un solde cumulé positif en 2006, grâce au transfert important de 130 millions EUR par les caisses de pension en 2004 mais également grâce aux nouveaux mécanismes de contrôle des cas de maladie et de l'amélioration de la procédure de reclassement, mis en vigueur par les lois du 21 décembre 2004 et du 1er juillet 2005.

Selon les dernières prévisions de l'UCM, l'année 2007 devra faire face à un déficit cumulé global de -7,0 millions EUR. En 2008 la situation devrait s'améliorer et on s'attend à un excédent cumulé de 1,6 millions EUR, que l'on peut qualifier d'équilibre fragile.

Il importe de relever également que, même si son impact financier est faible, la situation financière de la gestion des prestations en espèces 29.1b (employés et indépendants) se dégrade : elle passe d'un déficit cumulé de -3,7 millions EUR en 2005 à un déficit cumulé de -19,3 millions EUR en 2008.

L'excédent financier de la gestion 29.1c (ouvriers) devrait se consolider. Pour la gestion des prestations en nature on s'attend à une importante aggravation du déficit cumulé fin 2007.

#### 5.2.2. Analyse financière par gestion

Le tableau suivant résume l'évolution en moyenne annuelle et par gestion des dépenses de l'assurance maladiematernité entre 2001 et 2006.

Tableau 48 Croissance annuelle mo	venne des dépenses i	par destion

	Augmentation des dépenses 2001-2006					
Gestion	Taux annuel moyen calculé au nombre indice courant	Taux annuel moyen calculé au nombre indice 100				
Prestations en nature	7,9%	5,6%				
Prestations en espèces (ouvriers)	5,1%	2,9%				
Prestations en espèces (employés et indépendants)	9,8%	7,5%				
Maternité	9,1%	6,8%				
Total	7,7%	5,4%				

Tableau 49. - Evolution de la gestion prestations en nature (en millions EUR)

Exercice	2004	2005	2006	2007	2008
Exercice					s actualisées 1)
	Décompte	Décompte	Décompte	Esumations	s actualisees 7
Nombre indice	624,63	640,24	653,52	668,46	682,39
RECETTES COURANTES 2)					
Cotisations 3)	1 149,6	1 296,2	1 377,8	1 478,2	1 570,2
Participations de tiers	3,5	4,5	5,1	5,5	5,6
Autres recettes	13,2	15,1	15,2	17,2	17,3
TOTAL RECETTES COURANTES	1 166,3	1 315,7	1 398,1	1 500,9	1 593,1
DEPENSES COURANTES 2)					
Frais d'administration	42,0	44,7	46,6	52,2	55,0
Prestations	1 182,0	1 307,1	1 341,8	1 446,3	1 515,5
Autres dépenses	2,2	2,3	2,7	2,7	2,8
TOTAL DEPENSES COURANTES	1 226,2	1 354,1	1 391,0	1 501,2	1 573,4
Solde des opérations courantes	-59,9	-38,4	7,1	-0,3	19,7
Dotation/prélèvement au fonds de roulement	-9,3	-12,6	-3,8	-10,6	-7,7
Excédent/découvert de l'exercice	-69,2	-51,0	3,3	-10,9	12,0
Excédent/découvert cumulé (après opérations sur réserves)	10,4	-40,6	-37,3	-48,3	-36,2
Taux de cotisation appliqué	5,10%	5,40%	5,40%	5,40%	5,40%
Taux d'équilibre de l'exercice	5,41%	5,61%	5,39%	5,44%	5,36%

<sup>1)</sup> Source: Estimations UCM (septembre 2007).

La gestion des prestations en nature est légèrement excédentaire en 2006 (+7,1 millions EUR). Au niveau du solde cumulé, on est confronté à un découvert persistant depuis 2005, avec une amplification prévue pour 2007.

Pour les années 2006 à 2008 le taux de cotisation effectif et le taux d'équilibre convergent.

#### Les prestations en espèces

La gestion 29.1c (prestations en espèces ouvriers)

Tableau 50. - Evolution de la gestion prestations en espèces 29.1c (ouvriers) (en millions EUR) 1)

Exercice	2004	2005	2006	2007	2008
	Décompte	Décompte	Décompte	Estimations a	actualisées <sup>2)</sup>
Nombre indice	624,63	640,24	653,52	668,46	682,39
RECETTES COURANTES	287,0	166,0	173,8	186,5	196,8
DEPENSES COURANTES	165,5	181,1	175,3	183,1	193,4
Solde des opérations courantes	121,8	-15,1	-1,4	3,5	3,4
Excédent / découvert cumulé	70,6	54,1	52,2	54,6	57,2
Taux de cotisation appliqué:	4,70%	4,70%	4,70%	4,70%	4,70%
Taux d'équilibre de l'exercice:	5,00%	5,20%	4,67%	4,64%	4,63%

Sans les prestations en espèces de maternité.

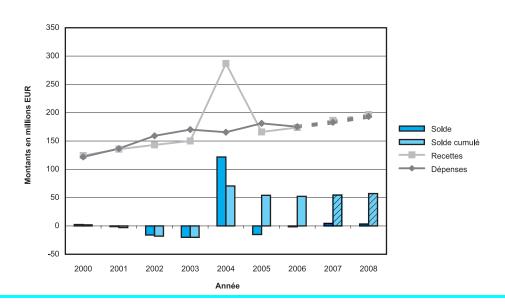
Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions. Y compris cotisations Etat.

Source: Estimations UCM (septembre 2007). Ce montant contient un transfert de 130 millions d'euros provenant des caisses de pension.

En 2006 le solde des opérations courantes est légèrement négatif. Le solde cumulé par contre est positif grâce à une réserve importante obtenue en 2004 par le transfert de 130 millions EUR des caisses de pension et un meilleur contrôle et une meilleure gestion des incapacités de travail.

Pour les années 2007 et 2008 par contre on s'attend à un solde des opérations courantes positif. Ces prévisions ont été établies en tenant compte d'un contexte économique assez favorable qui va de pair avec une augmentation de l'emploi, qui certes augmente un peu moins vite en 2008 que l'année précédente. Le maintien d'une réserve importante de même qu'une gestion et un contrôle plus efficace des cas de maladie permettront de maintenir l'équilibre financier de la gestion à moyen terme.

Graphique 52. - Evolution des recettes, dépenses, du solde et solde cumulé à partir de 2000 pour la gestion ouvriers



Le pic des recettes observé en 2004 est dû à un transfert de 130 millions euros de la part des caisses de pension.

La gestion employés et indépendants (Art. 29.1b CAS)

Tableau 51. - Gestion 29.1b (gestion employés) - Décompte et prévisions (en millions EUR) 1)

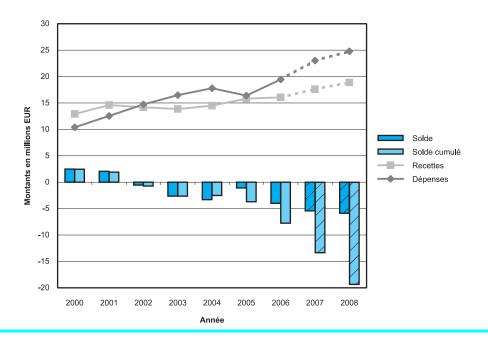
Exercice	2004	2005	2006	2007	2008
	Décompte	Décompte	Décompte	Estimatio	ons actualisées <sup>2)</sup>
Nombre indice	624,63	640,24	653,52	668,46	682,39
RECETTES COURANTES	14,50	15,82	16,05	17,61	18,89
DEPENSES COURANTES	17,80	16,39	19,46	23,03	24,78
Solde des opérations courantes	-3,30	-1,10	-4,01	-5,42	-5,89
Excédent / découvert cumulé	-2,45	-3,69	-7,76	-13,32	-19,32
Taux de cotisation appliqué:	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%
Taux d'équilibre de l'exercice	0,25%	0,22%	0,25%	0,27%	0,27%

<sup>1)</sup> Sans les prestations en espèces de maternité.

Source: Estimations UCM (septembre 2007).

Une analyse du tableau ci-dessus met en évidence que le solde des opérations courantes et le solde cumulé sont négatifs à partir de 2004. Le taux de cotisation appliqué se situe sur toute cette période au-dessous du taux d'équilibre. Ce dernier passe de 0,25% en 2004 à 0,27% en 2008.

Graphique 53. - Evolution des recettes, dépenses, du solde et solde cumulé à partir de 2000 pour la gestion des employés et indépendants)



#### Prestations de maternité

Cette gestion englobe à la fois les prestations en nature et les indemnités pécuniaires de maternité, ainsi que certaines prestations assimilées à ces dernières.

La gestion prestations de maternité est financée entièrement par l'Etat. L'équilibre financier est donc assuré automatiquement.

L'évolution des recettes et dépenses de cette gestion ainsi que celle des prestations en espèces de maternité est détaillée dans le tableau suivant.

Tableau 52. - Evolution financière de la gestion prestations de maternité (en millions EUR)

Exercice	2004	2005	2006	2007	2008
	Décompte	Décompte	Décompte	Estimation	ns actualisées <sup>1)</sup>
RECETTES:					
Participation de l'Etat:	100,8	110,9	120,6	127,2	135,3
- frais d'administration et autres frais non ventilés	3,2	3,5	3,0	3,7	3,8
- prestations	97,6	107,5	117,6	123,5	131,5
Autres recettes	0,8	1,0	1,1	1,3	1,3
TOTAL DES RECETTES COURANTES	101,6	112,0	121,7	128,5	136,6
DEPENSES:					
Prestations en nature <sup>2)</sup>	23,3	26,3	31,5	32,8	34,6
Prestations en espèces 3)	74,3	81,2	86,1	90,7	96,9
Frais d'administration	3,1	3,5	3,8	4,1	4,4
Autres dépenses	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	100,9	111,0	121,4	127,7	136,0
Nombre-indice du coût de la vie (moyenne annuelle)	624,63	640,24	653,52	668,46	682,39

<sup>1)</sup> Source: Estimations UCM (septembre 2007).

<sup>2)</sup> Sans les prestations de médecine préventive pour femmes enceintes et enfants en bas âge.

Y compris cotisations sur prestations.

Les prestations en nature de maternité ont augmenté en 2006 de 8,7%. Cette hausse est essentiellement imputable à une augmentation de 25,4 des honoraires médicaux et à un relèvement du forfait hospitalier de l'ordre de 9,4% pour la salle d'accouchement et de 16,1% pour la journée d'hospitalisation. Pour les années 2007 et 2008 les prestations continuent à croître, mais à un rythme plus modéré : +5,6% en 2007 et +6,3% en 2008.

Le taux de croissance des prestations en espèces de maternité se situe en 2006 à un niveau de 6,1%. Pour les années 2007 et 2008 on s'attend à une augmentation de 5,4% respectivement 6,8%.

#### 5.3. Les mécanismes de contrôle

" Si la croissance des dépenses entraîne un relèvement important du taux de cotisation, le comité quadripartite doit se concerter pour proposer des économies à réaliser au niveau des prestataires de soins et une augmentation des participations des assurés. Par ailleurs, si l'évolution du volume des actes et services de médecins et médecins-dentistes diffère considérablement des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité, le comité quadripartite recommande l'introduction de mécanismes régulateurs [c'est-à-dire une négociation de la valeur de la lettre-clé adaptant les tarifs médicaux]. " (Art. 80 alinéa 3 du CAS)

Le premier de ces indicateurs mentionné à l'article 80 du CAS cité ci-avant concerne le niveau de la réserve qui doit évoluer, selon les dispositions de l'article 28.1 du CAS, entre 10% et 20% du montant annuel des dépenses. Dès que le budget fait apparaître que le montant de la réserve sort de ces limites, les taux de cotisations doivent obligatoirement être adaptés (Art. 30 CAS).

Tableau 53. - Evolution du niveau de la réserve 1) (en millions EUR)

	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008				
Réserve	177,9	176,5	194,4				
Minimum légal (10% des dépenses courantes)	170,8	183,5	192,8				
Rapport réserve / dépenses courantes	10,4%	9,6%	10,1%				

<sup>1)</sup> Sans les prélèvements aux provisions.

D'après les prévisions le niveau de la réserve se situera en 2007 en-dehors de la marge et en 2008 dans les limites de la marge prescrite par la loi qui prévoit un niveau de réserve minimum équivalent à 10% des dépenses courantes et un niveau maximum situé à 20% des dépenses courantes prévisibles.

Le deuxième indicateur défini par l'article 80.3 du CAS prévoit que: " Si la croissance des dépenses entraîne un relèvement important du taux de cotisation, le comité quadripartite doit se concerter pour proposer des économies à réaliser au niveau des prestataires de soins et une augmentation des participations des assurés. "

Le troisième indicateur analyse l'équilibre entre l'offre et la demande de soins et les besoins de la population: " Par ailleurs, si l'évolution du volume des actes et services des médecins et médecins-dentistes diffère considérablement des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité, le comité quadripartite recommande l'introduction des mécanismes régulateurs, c'est-à-dire une renégociation de la valeur de la lettre-clé adaptant les tarifs médicaux. "

Tableau 54. - Evolution des actes et services des médecins et évolution de la population protégée 1)

	Taux de variation en %							
Période d'observation	Nombre d'actes	Montant Honoraires <sup>2)</sup>	Honoraires ajustés <sup>3)</sup>	Population protégée résidente				
Médecins								
P3: 07/95 - 06/96	3,63%	9,31%	3,61%					
P4: 07/96 - 06/97	4,97%	7,88%	2,39%	1,37%				
P5: 07/97 - 06/98	2,05%	4,74%	1,47%	1,39%				
P6: 07/98 - 06/99	1,29%	4,80%	1,49%	1,45%				
P7: 07/99 - 06/00	1,27%	3,17%	1,43%	1,83%				
P8: 07/00 - 06/01	2,43%	4,88%	1,37%	1,62%				
P9: 07/01 - 06/02	2,36%	7,89%	3,67%	1,19%				
P10: 07/02 - 06/03	3,67%	7,18%	1,88%	1,10%				
P11: 07/03 - 06/04	3,27%	19,62%	12,59%	1,25%				
P12: 07/04 - 06/05	2,49%	10,33%	5,68%	1,36%				
P13: 07/05 - 06/06 <sup>4)</sup>	0,92%	1,61%	0,28%	1,14%				
Variation moyenne annuelle P3-P13	2,5%	7,1%	3,8%	1,4%				
Médecins-dentistes								
P3: 07/95 - 06/96	-1,03%	-1,04%	5,60%					
P4: 07/96 - 06/97	1,90%	4,56%	2,62%	1,37%				
P5: 07/97 - 06/98	0,25%	2,01%	1,71%	1,39%				
P6: 07/98 - 06/99	2,89%	6,24%	4,07%	1,45%				
P7: 07/99 - 06/00	0,62%	1,39%	0,68%	1,83%				
P8: 07/00 - 06/01	3,28%	5,07%	1,40%	1,62%				
P9: 07/01 - 06/02	1,38%	7,97%	5,60%	1,19%				
P10: 07/02 - 06/03	2,98%	5,41%	2,26%	1,10%				
P11: 07/03 - 06/04	3,94%	16,61%	12,52%	1,25%				
P12: 07/04 - 06/05	-0,99%	5,45%	6,54%	1,36%				
P13: 07/05 - 06/06	0,73%	2,09%	1,36%	1,14%				
Variation moyenne annuelle P3-P13	1,7%	5,6%	1,7%	1,4%				

<sup>1)</sup> Source: données UCM.

#### Les médecins

Une première analyse du tableau met en évidence l'importante croissance du montant des honoraires pour les périodes mi-2003 à mi-2005. Cette progression est en partie imputable à une croissance de la population protégée et du nombre d'actes prestés, mais surtout à l'adaptation des tarifs médicaux et médico-dentaires à l'échelle mobile des salaires et à la majoration de certains tarifs (effet adaptation tarifs de 12,59% respectivement 5,68%).

Pour la période mi-2005 à mi-2006 on constate que la progression du nombre d'actes, du montant des honoraires et du montant des honoraires ajustés est nettement plus faible comparée aux 2 périodes précédentes. Elle se situe dans le même ordre de grandeur que celle de la population protégée.

Le calcul de la variation moyenne annuelle de 1995 à 2006, illustre clairement que le nombre d'actes prestés augmente plus vite que la population protégée résidente : 2,5% contre 1,4% en moyenne annuelle.

On constate également que la progression des honoraires est 3 fois plus élevée que celle du nombre des actes (7,1% contre 2,5%). Le montant des honoraires ajustés s'est accru de 3,8% pendant cette même période. Cela signifie qu'il a également eu un glissement vers des actes plus chers.

#### Les médecins dentistes

De plus le tableau précédent illustre que la variation du nombre d'actes prestés et les honoraires suivent le même rythme en moyenne annuelle pour la période 1995-2006.

Correspond aux tarifs de la nomenclature sans les dépassements et sans déduction de la participation statutaire.

<sup>3)</sup> Neutralisation au niveau des montants Honoraires de l'adaptation uniforme de la lettre-clé et de l'adaptation sélective des coefficients de tous les actes concernés.

<sup>4)</sup> Estimation, données incomplètes pour l'année 2006.

# **ASSURANCE DEPENDANCE**

### 1. Introduction

#### 1.1. Le droit aux prestations

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

#### Les personnes protégées

Le législateur n'a pas défini de champ d'application personnel spécifique pour l'assurance dépendance mais a calqué le bénéfice de l'assurance dépendance sur celui de l'assurance maladie.

Les cotisations sont dues non seulement sur les revenus professionnels mais également sur ceux du patrimoine. Elles sont perçues par le Centre commun de la sécurité sociale et par l'administration des contributions directes.

Le prélèvement de la contribution dépendance par l'administration des contributions directes concerne :

- les revenus du patrimoine ;
- les revenus nets résultant de pensions ou de rentes au sens de l'article 96 de la loi concernant l'impôt sur le revenu à l'exception des pensions personnelles ou de survie servies en vertu du Livre III du Code des assurances sociales ou de la législation et de la réglementation sur les pensions d'un régime statutaire.

#### La définition du risque

L'assurance dépendance couvre le risque de dépendance. La dépendance est définie comme l'état d'une personne qui par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

Les actes essentiels de la vie comprennent :

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

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

Pour être couvert par l'assurance dépendance, le besoin d'aide et de soins doit être important et régulier, et représenter au moins trois heures et demie par semaine. En outre, l'état de dépendance doit suivant toute probabilité dépasser six mois ou être irréversible (article 349 du CAS).

#### 1.2. L'organisation de l'assurance dépendance

L'organisation de l'assurance dépendance s'articule autour de deux organes : l'Union des Caisses de Maladie et la Cellule d'Evaluation et d'Orientation.

#### L'Union des Caisses de Maladie

En matière d'assurance dépendance, les attributions de l'Union des Caisses de Maladie (UCM) sont nombreuses :

- à l'égard des bénéficiaires, l'UCM prend les décisions individuelles concernant l'existence de l'état de dépendance, l'attribution, la réduction, la suppression des différentes prestations ainsi que leur liquidation :
- à l'égard des prestataires (établissements et réseaux d'aides et de soins), l'UCM est chargée de la prise en charge des prestations en nature, de la conclusion des contrats d'aides et de soins ainsi que de la négociation de la valeur monétaire;
- à l'égard des fournisseurs d'aides techniques, l'UCM est chargée de la conclusion des contrats de prestations de services pour la mise à disposition des aides techniques;
- l'UCM assure la gestion financière et comptable de l'assurance dépendance et administre le patrimoine.

#### La Cellule d'Evaluation et d'Orientation

La Cellule d'Evaluation et d'Orientation (CEO) est un service public placé sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et rattaché à l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (article 386 al.1 du CAS).

Les missions de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation sont définies à l'article 385 du CAS.

La Cellule d'Evaluation et d'Orientation a pour mission :

- d'émettre les avis relatifs à l'existence de l'état de dépendance, de déterminer les aides et soins que requiert la personne dépendante et d'émettre les avis concernant l'attribution, le remplacement, la réduction ou la majoration des prestations, fournitures et mesures prévues en cas de dépendance;
- 2. de proposer, le cas échéant, les mesures de rééducation et de réadaptation ;
- 3. de proposer le maintien à domicile ou l'admission en établissement d'aides et de soins ;
- 4. de déterminer un plan de prise en charge à l'attention de l'entourage de la personne dépendante ou des prestataires d'aides et de soins ;
- 5. d'arrêter dans un avis, le plan de partage des aides et soins entre l'entourage de la personne dépendante et le réseau ou l'établissement d'aides et de soins à séjour intermittent<sup>1)</sup>;
- 6. d'informer et de conseiller les personnes protégées, les personnes de l'entourage de la personne dépendante, les médecins et les professionnels des aides et des soins en matière de prévention de la dépendance et de prise en charge des personnes dépendantes ;
- 7. de contrôler la qualité des prestations fournies à la personne dépendante, compte tenu des normes définies ;
- 8. de contrôler, notamment au vu de la documentation de soins, l'adéquation entre les prestations effectivement dispensées et les besoins de la personne dépendante ;
- 9. de fournir à la demande d'autres services publics, des expertises ;
- 10. de conseiller l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et les départements ministériels chargés du financement et de l'agrément des services et établissements d'aides et de soins en vue de l'adaptation des structures aux besoins de la population dépendante ;
- 11. d'établir un rapport annuel.

<sup>1)</sup> Notion introduite à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

#### La compétence liée

Les décisions sont prises par l'UCM, sur avis de la CEO.

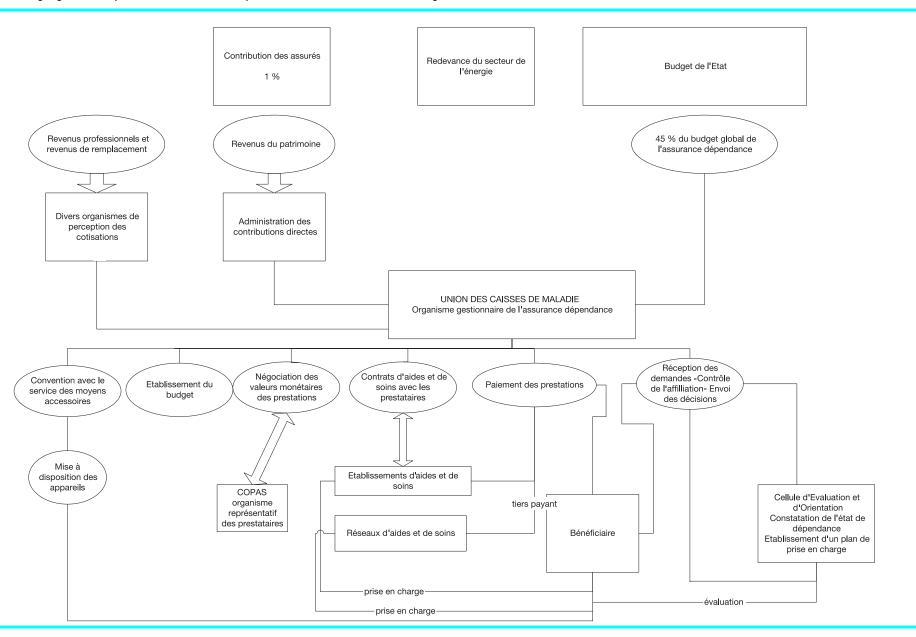
L'article 385, alinéa 2 du CAS dispose que "les avis de la cellule d'évaluation et d'orientation à portée individuelle pris dans le cadre des attributions prévues aux numéros 1) et 2) (du premier alinéa de l'article 385) s'imposent à l'égard de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance."

En ce qui concerne les avis à portée individuelle, l'UCM a compétence liée avec la CEO. La décision notifiée par l'UCM ne peut donc pas s'écarter de l'avis émis par la CEO.

Lorsqu'elle exerce sa mission de contrôle des prestations dispensées, la Cellule d'Evaluation et d'Orientation se doit de signaler à l'organisme gestionnaire, les écarts entre les prestations requises et les prestations dispensées, l'organisme gestionnaire étant quant à lui habilité à saisir, si nécessaire, la commission de surveillance.

#### Organigramme des prestations de l'assurance dépendance

Graphique 1. - Organigramme des prestations de l'assurance dépendance au Grand-Duché de Luxembourg - situation décembre 2006



## 2. Les prestations

#### 2.1. Les demandes de prestations

On peut classer les demandes de prestations en trois groupes :

- le premier groupe comprend celles qui émanent de personnes demandant les prestations pour la première fois (premières demandes);
- dans le second groupe, on trouve les bénéficiaires de prestations qui, en raison d'un changement dans l'état de dépendance, demandent une révision de leurs prestations (demandes de réévaluation) ;
- le dernier groupe est celui des bénéficiaires de prestations qui demandent une modification de la répartition entre prestations en nature et prestations en espèces (demandes de modification du plan de partage).

Dans les deux premiers groupes, on établit une distinction entre l'établissement et le domicile. Pour le dernier groupe, cette distinction est inutile car la démarche du partage concerne uniquement le domicile.

Les tableaux qui suivent reprennent l'ensemble des demandes, y compris celles qui donneront lieu à un classement sans suite ou à un refus administratif.

Tableau 1. - Les demandes de prestations reçues par l'assurance dépendance depuis le vote de la loi en 1998 1) 2) 3)

Types de demande	<=2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 <sup>4)</sup>	Total
rypes de demande	<=2000		mbres absolus		2004	2005	2006	IOtal
5 3 4 4 4	4.040				4 000	005	200	40.470
Première demande pour l'ensemble des prestations (établissement)	4 813	794	698	1 061	1 039	965	803	10 173
Première demande pour l'ensemble des prestations (domicile)	8 307	2 855	3 033	3 146	3 376	3 315	3 335	27 367
Demande de réévaluation (établissement)	698	341	567	801	547	587	521	4 062
Demande de réévaluation (domicile)	165	321	692	806	727	931	921	4 563
Réévaluation suite à un transfert du domicile en établissement	288	286	346	659	696	747	638	3 660
Réévaluation suite à un retour à domicile après séjour en établissement	25	14	50	293	359	425	377	1 543
Modification du partage prestations en nature/espèces	74	194	437	528	868	1 015	1 063	4 179
TOTAL	14 370	4 805	5 823	7 294	7 612	7 985	7 658	55 547
		Er	n % du total					
Première demande pour l'ensemble des prestations (établissement)	47,3%	7,8%	6,9%	10,4%	10,2%	9,5%	7,9%	100,0%
Première demande pour l'ensemble des prestations (domicile)	30,4%	10,4%	11,1%	11,5%	12,3%	12,1%	12,2%	100,0%
Demande de réévaluation (établissement)	17,2%	8,4%	14,0%	19,7%	13,5%	14,5%	12,8%	100,0%
Demande de réévaluation (domicile)	3,6%	7,0%	15,2%	17,7%	15,9%	20,4%	20,2%	100,0%
Réévaluation suite à un transfert du domicile en établissement	7,9%	7,8%	9,5%	18,0%	19,0%	20,4%	17,4%	100,0%
Réévaluation suite à un retour à domicile après séjour en établissement	1,6%	0,9%	3,2%	19,0%	23,3%	27,5%	24,4%	100,0%
Modification du partage prestations en nature/espèces	1,8%	4,6%	10,5%	12,6%	20,8%	24,3%	25,4%	100,0%
TOTAL	25.9%	8.7%	10.5%	13.1%	13.7%	14.4%	13.8%	100,0%

Ne sont pas considérées les demandes pour aides techniques et pour l'adaptation du logement.

<sup>2)</sup>Ces demandes regroupent celles en provenance du Luxembourg ainsi que celles provenant de l'étranger.
Situation au 31 décembre 2006.

Données provisoires.

Dans l'ensemble, on constate une certaine stabilisation de l'entrée des demandes depuis 2003. On relève toutefois la diminution des premières demandes introduites depuis l'établissement, alors que les demandes de personnes à domicile augmentent d'année en année.

Quelques éléments doivent être relevés :

- Le nombre de demandes à domicile représente 2 fois le nombre de demandes en établissement.
- Le nombre de premières demandes à domicile représente 2,6 fois le nombre de premières demandes en établissement.

Sur l'ensemble, 3 741 personnes disposant d'un plan de prise en charge à domicile sont entrées en établissement et y ont été réévaluées.

Les demandes en provenance d'affiliés ne résidant pas au Luxembourg

Au 31 décembre 2006, 559 demandes en provenance de personnes protégées non-résidentes ont été introduites auprès de la CEO.

Tableau 2. - Les demandes en provenance de l'étranger depuis le vote de la loi 1) 2)

	Pays de résidence du demandeur								
Année	France	Allemagne	Belgique	Autres	TOTAL				
<= 2000	16	64	13	6	99				
2001	16	23	10	2	51				
2002	20	24	16	2	62				
2003	25	31	11	1	68				
2004	22	18	20	1	61				
2005	41	49	23	2	115				
2006 <sup>3)</sup>	30	51	20	2	103				
TOTAL	170	260	113	16	559				

Situation au 31 décembre 2006.

Comme le montre le tableau 2, la part la plus élevée des demandes émane des personnes résidant en Allemagne (46,5%). Les demandes émanant de personnes résidant en France arrivent en seconde position (30,2%).

Pour les demandes en provenance de l'Allemagne, l'évaluation de la dépendance est réalisée par les différentes caisses de maladie. Un accord avec les instances locales compétentes a été trouvé pour l'évaluation des demandes en provenance de la Belgique, de l'Espagne, du Portugal et de l'Italie. Le plan de prise en charge est établi par la CEO sur base des évaluations communiquées par les instances locales. Aucun accord n'est encore intervenu pour les personnes résidant en France. Ces personnes se déplacent au Luxembourg et sont évaluées par la CEO.

Par ailleurs, toutes les personnes qui le souhaitent peuvent être évaluées par la CEO au Grand-Duché de Luxembourg.

On note aussi que pour les ressortissants de l'Union Européenne, les prestations en nature sont servies par le pays de résidence du demandeur, selon la législation qu'il applique, à charge du pays où la personne est affiliée. Les prestations en espèces sont payées directement à la personne par le pays dans lequel elle est affiliée. Il n'y a pas de prestation combinée (nature/espèces).

#### 2.2. Les décisions

Seules les décisions concernant les demandes positives et négatives de prestations pour aides et soins font l'objet de ce paragraphe.

Au cours de l'année 2006, l'UCM a pris 4 679 décisions concernant des demandes de prestations pour aides et soins:

- 59,5% concernent des premières demandes ;
- 21,8% concernent des demandes de réévaluation ;
- 18,6% concernent des demandes de changement de partage.

En outre, 138 demandes ont été classées sans suite ou ont fait l'objet d'un refus administratif.

Ne sont pas considérées les demandes pour aides techniques et pour l'adaptation du logement.

Données provisoires.

Tableau 3. - Le nombre de décisions prises par l'UCM en 2006: répartition par type de demande 1)

Décisions	Prestations a	Prestations accordées		refusées	Total	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
Première demande	1 933	50,9%	853	96,5%	2 786	59,5%
Demande de réévaluation	990	26,1%	31	3,5%	1 021	21,8%
Demande de changement du plan de partage	872	23,0%	-	-	872	18,6%
TOTAL	3 795	100,0%	884	100,0%	4 679	100,0%

<sup>1)</sup> Source: données UCM.

Le taux de refus s'élève à 18,9% pour l'année 2006. Le nombre d'oppositions formées au cours de l'année 2006 s'élève à 123. Rapportées au nombre de décisions pour refus de prestations, elles représentent 13,9%. On relève également 22 recours devant le Conseil arbitral des assurances sociales.

#### 2.3. Les prestations requises

Les données de ce chapitre se rapportent aux bénéficiaires de prestations au 31 décembre 2006. Il s'agit de personnes **dépendantes** au sens de la loi du 19 juin 1998, modifiée par la loi du 23 décembre 2005.

Ces personnes présentent un besoin d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie, représentant un minimum de 3,5 heures par semaine.

Il est important de préciser que ces chiffres 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**, détiennent une décision positive de l'UCM. Chaque personne s'y retrouve une seule fois avec sa dernière décision. Ces chiffres ne concernent que les bénéficiaires en vie. Il ne peut être question de les comparer avec des moyennes calculées annuellement ou mensuellement. Les années précédentes, ces chiffres ont à chaque fois porté sur les bénéficiaires au 30 juin de l'année envisagée. La raison de cette présentation était liée aux chiffres disponibles au début de la mise en place de l'assurance dépendance.

Par ailleurs, il y a lieu de signaler que les chiffres à la date du 31 décembre sont provisoires dans la mesure où des décisions rétroactives peuvent intervenir. Pour avoir des données assez stables il faudra donc les analyser avec un certain recul dans le temps.

Les chiffres de ce chapitre présentent les prestations requises, c'est-à-dire les prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation. Il ne s'agit pas des aides et soins que la personne reçoit (aides et soins prestés), ni des aides et soins qui sont facturés et payés. Il s'agit des aides et soins que la CEO a estimé nécessaires pour les personnes concernées.

Sont également repris les chiffres au 31 décembre de l'année 2004 et de l'année 2005 afin de permettre des comparaisons. Ces comparaisons devront rester prudentes. En effet, comme on vient de le dire, les chiffres anciens sont plus complets que les chiffres récents. Les conclusions sur base des chiffres récents seront toujours quelque peu erronées car le paquet des décisions est incomplet.

#### 2.3.1. Les bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance

Les bénéficiaires de prestations au 31 décembre 2006 sont au nombre de 8 803. Parmi ces personnes, 5 861 (66,6%) vivent à domicile et 2 942 (33,4%) dans un établissement d'aides et de soins.

Les tableaux de cette section présentent l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance dépendance sous l'angle de trois grandes caractéristiques: l'âge, le sexe et le lieu de séjour.

Tableau 4. - Comparaison de la population des personnes dépendantes avec la population protégée 1)

Année	Population protégée <sup>2)</sup>			Populati	Population dépendante <sup>2) 4)</sup>			Taux de dépendance <sup>3)</sup>		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	
2004	313 783	282 657	596 440	2 852	6 067	8 919	0,9%	2,1%	1,5%	
2005	322 371	288 856	611 227	3 140	6 352	9 492	1,0%	2,2%	1,6%	
2006	332 124	295 862	627 986	2 931	5 872	8 803	0,9%	2,0%	1,4%	

Ces deux types de population regroupent les résidents et non-résidents. Situation au 31 décembre.

On relève que les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes.

Quoique peu élevé, le taux de dépendance s'accroît au cours du temps. De plus on constate que les femmes présentent un taux de dépendance deux fois plus élevé que celui des hommes.

Tableau 5. - Répartition des bénéficiaires de l'assurance dépendance par âge et sexe 1/2/

	Hommes	;	Femmes	:	Total	
Groupes d'âge	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
0-19	345	11,8%	236	4,0%	581	6,6%
20-39	208	7,1%	180	3,1%	388	4,4%
40-59	417	14,2%	391	6,7%	808	9,2%
60-69	353	12,0%	390	6,6%	743	8,4%
70-79	728	24,8%	1 260	21,5%	1 988	22,6%
80-89	694	23,7%	2 432	41,4%	3 126	35,5%
>=90	186	6,3%	983	16,7%	1 169	13,3%
TOTAL	2 931	100,0%	5 872	100,0%	8 803	100,0%

Situation au 31 décembre 2006.

Le groupe des bénéficiaires de l'assurance dépendance est constitué d'une majorité de femmes. Elles représentent en 2006 66,7% de l'ensemble des bénéficiaires. Cette proportion diminue légèrement par rapport aux années précédentes : en 2005, elles représentaient 68,2% de l'ensemble des bénéficiaires, en 2004 67,0%.

En examinant la population sous l'angle de la combinaison de l'âge et du sexe, on remarque que les hommes sont largement sur-représentés dans les groupes d'âge inférieur à soixante ans. La proportion de femmes devient de plus en plus importante au fur et à mesure que l'on avance vers les groupes d'âge élevé. Dans la population âgée de 70 ans et plus, on trouve trois fois plus de femmes que d'hommes.

Tableau 6. - Comparaison par âge de la population des personnes dépendantes avec la population protégée 1)

	Population protégée <sup>2)</sup>			Populati	Population dépendante <sup>2) 4)</sup>			Taux de dépendance 3)		
Groupes d'âge	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	
0-19	71 399	67 756	139 155	345	236	581	0,5%	0,3%	0,4%	
20-39	115 312	96 476	211 788	208	180	388	0,2%	0,2%	0,2%	
40-59	105 505	81 954	187 459	417	391	808	0,4%	0,5%	0,4%	
60-69	21 092	20 988	42 080	353	390	743	1,7%	1,9%	1,8%	
70-79	14 007	17 668	31 675	728	1 260	1 988	5,2%	7,1%	6,3%	
80-89	4 346	9 345	13 691	694	2 432	3 126	16,0%	26,0%	22,8%	
>=90	463	1 675	2 138	186	983	1 169	40,2%	58,7%	54,7%	
TOTAL	332 124	295 862	627 986	2 931	5 872	8 803	0,9%	2,0%	1,4%	

Ces deux types de population regroupent les résidents et non-résidents.

Ce taux correspond au rapport population dépendante / population protégée.

Données provisoires

Données provisoires.

Situation au 31 décembre 2006.

Ce taux correspond au rapport population dépendante / population totale

Données provisoires.

A la lecture de ce tableau, on remarque que le taux de dépendance augmente avec l'avancée en âge. Ceci est particulièrement vrai pour les femmes. On relève que dans le groupe d'âge des nonagénaires, une personne sur 2 est dépendante.

Tableau 7. - Comparaison de l'évolution des grands groupes d'âge de la population dépendante 1)

Année	Proportion de personnes âgées de dans l'ensemble des bénéficiaires (en %)								
	Moins de 60 ans	60 ans et plus	70 ans et plus	80 ans et plus					
2004	17,8	82,2	73,3	49,1					
2005	20,2	79,8	71,3	48,8					
2006 <sup>2)</sup>	18,6	81,4	72,8	48,5					

Situation au 31 décembre.

Tableau 8. - Evolution du nombre des bénéficiaires de prestations par lieu de séjour du bénéficiaire 1) 2)

Année	Etablissement		Domicile	•	Total	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
2004	3 055	34,3%	5 864	65,7%	8 919	100,0%
2005	3 169	33,4%	6 323	66,6%	9 492	100,0%
2006 <sup>3)</sup>	2 942	33,4%	5 861	66,6%	8 803	100,0%

Situation au 31 décembre.

Tableau 9. - Les bénéficiaires de prestations par âge et lieu de séjour du bénéficiaire 1) 2)

Groupes d'âge	Etablissement		Domicile	•	Total		
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	
0-19	-	p.m.	581	9,9%	581	6,6%	
20-39	3	0,1%	385	6,6%	388	4,4%	
40-59	43	1,5%	765	13,1%	808	9,2%	
60-69	133	4,5%	610	10,4%	743	8,4%	
70-79	595	20,2%	1 393	23,8%	1 988	22,6%	
80-89	1 459	49,6%	1 667	28,4%	3 126	35,5%	
>=90	709	24,1%	460	7,8%	1 169	13,3%	
TOTAL	2 942	100,0%	5 861	100,0%	8 803	100,0%	

Situation au 31 décembre 2006.

Tableau 10. - Les bénéficiaires de prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire 1) 2)

Sexe	Etablissement		Domicile		Total	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
Hommes	645	22,0%	2 286	78,0%	2 931	100,0%
Femmes	2 297	39,1%	3 575	60,9%	5 872	100,0%
TOTAL	2 942	33,4%	5 861	66,6%	8 803	100,0%

Situation au 31 décembre 2006.

Les hommes sont sur-représentés parmi les bénéficiaires de prestations vivant à domicile (78,0% comparé à 66,6% du total), les femmes par ailleurs le sont parmi les bénéficiaires en établissement (39,1% comparé à 33,4% du total).

En rapprochant cette observation de celle que l'on peut faire lorsqu'on examine le tableau de la répartition par groupes d'âge, on note une forte sur-représentation des personnes hébergées en établissement âgées de plus de 79 ans. Il est évident que les deux aspects sont étroitement liés car, comme on l'a vu précédemment les groupes d'âge élevés sont constitués d'une majorité de femmes.

On note enfin la très faible proportion de personnes en établissement parmi les bénéficiaires de moins de 60 ans. Ils représentent à peine 1,6% de l'ensemble des bénéficiaires en établissement.

Données provisoires.

Dans ce rapport, on utilisera l'expression lieu de séjour pour localiser la prise en charge de la personne dépendante, soit en établissement, soit à domicile.

Données provisoires.

Données provisoires

Données provisoires.

On rappelle que, jusqu'en fin d'année 2006, les prestataires de soins aux personnes handicapées ont tous conclu un contrat d'aides et de soins en tant que réseau intervenant à domicile. Dès lors, toutes les personnes soignées par ces prestataires sont assimilées au groupe des personnes à domicile.

Il est probable qu'à partir de janvier 2007, la situation va changer quelque peu en raison de l'introduction dans l'assurance dépendance, d'une nouvelle forme de structure, à savoir les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, qui s'adressent de façon prépondérante aux personnes relevant de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ou bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire pour personnes handicapées.

#### 2.3.2. Les bénéficiaires de prestations forfaitaires

Le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la dépendance prévoit l'octroi de prestations forfaitaires pour les personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication et les personnes atteintes de certaines formes de spina bifida.

Pour les personnes atteintes de ces affections, le législateur a introduit des dispositions particulières permettant de déroger au principe du besoin minimum d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

Après qu'un médecin spécialiste de la matière concernée a établi que le demandeur de prestations répond aux conditions définies par le règlement grand-ducal, on présume que le demandeur relève au minimum du seuil d'entrée. Il a alors droit à une prestation en espèces forfaitaire correspondant à six heures d'aides et de soins.

Il est intéressant d'isoler ce groupe. Il est composé, au 31 décembre 2006, de 367 personnes et représente 4,2% de l'ensemble des bénéficiaires se trouvant à domicile contre 4,4% en 2004 et 4,5% en 2005.

Tableau 11. - Les bénéficiaires de prestations forfaitaires par âge 1) 2) 3)

	2004		2005		2006 <sup>4)</sup>	
Groupes d'âge	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
0-19	29	7,3%	29	6,8%	26	7,1%
19-39	74	18,7%	72	16,8%	74	20,2%
40-59	71	17,9%	79	18,5%	80	21,8%
60-69	42	10,6%	47	11,0%	45	12,3%
70-79	83	21,0%	101	23,6%	62	16,9%
80-89	78	19,7%	80	18,7%	69	18,8%
>=90	19	4,8%	20	4,7%	11	3,0%
TOTAL	396	100,0%	428	100,0%	367	100,0%

Art. 350 point 5 du CAS.

On constate que 45% de l'ensemble des bénéficiaires de prestations en vertu de dispositions particulières se trouvent dans la tranche d'âge entre 19 et 59 ans.

Tableau 12. - Les bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe 1) 2) 3)

	2004		2005		2006 <sup>4)</sup>	
Sexe	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
Hommes	192	48,5%	203	47,4%	180	49,0%
Femmes	204	51,5%	225	52,6%	187	51,0%
TOTAL	396	100,0%	428	100,0%	367	100,0%

Art. 350 point 5 du CAS.

On rappelle que les bénéficiaires d'une allocation pour personne gravement handicapée peuvent continuer à bénéficier de cette prestation aussi longtemps qu'elles ne bénéficient pas de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance. Il est probable que ce choix a été fait par un grand nombre de personnes atteintes des pathologies visées par cette disposition de la loi sur l'assurance dépendance.

Règlement grand-ducal du 21 décembre 2005.

Situation au 31 décembre.

Données provisoires

Règlement grand-ducal du 21 décembre 2005. Situation au 31 décembre.

Données provisoires

#### 2.3.3. Les prestations requises au plan de prise en charge

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

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

#### 2.3.3.1. Aperçu global sur les prestations requises

Le tableau 13 présente le **temps total effectif d'aides et de soins** pour les trois domaines des actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et les activités de soutien, qui a été retenu pour l'ensemble des bénéficiaires de prestations au 31 décembre 2006. Il présente le temps total effectif c'est-à-dire le temps réel auquel le bénéficiaire peut prétendre. Les différents plafonds fixés dans la loi tiennent compte de pondérations <sup>1)</sup>. En présentant le temps total effectif, on ne tient pas compte de ces pondérations. De cette façon, il devient possible de mesurer le temps réel d'aides et de soins auquel ont droit les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Ceci s'applique tout particulièrement aux activités de soutien et plus directement aux activités de soutien en groupe. Le coefficient de pondération appliqué à la durée de l'activité de soutien en groupe est de 0,25. Au 31 décembre 2006, le plafond pour les activités de soutien est à 12 heures par semaine. Il est convenu qu'un groupe correspond à quatre personnes. Le temps effectif peut donc atteindre 48 heures pour les activités de soutien en groupe.

De ce temps total requis, les activités de conseil sont exclues car elles constituent une prestation non récurrente, requise pour une durée déterminée.

Il convient cependant de rappeler que le temps requis rend compte du droit de la personne alors que le temps presté est, quant à lui, le temps que le soignant consacre effectivement à la personne dépendante. Dans les chiffres qui suivent, nous rendons compte du temps d'aides et de soins requis, c'est-à-dire tel que la CEO l'a retenu au plan de prise en charge.

Tableau 13 Répartition des bénéficiaires selon le temps total effectif requis par semaine 1) 2)					
Classes de temps	Nombre de bénéficiaires	En % du total	En % cumulés		
De 3,5 à 13,99 h	2 792	31,7%	31,7%		
De 14 à 23,99 h	1 663	18,9%	50,6%		
De 24 à 33,99 h	1 319	15,0%	65,6%		
De 34 à 43,99 h	1 126	12,8%	78,4%		
De 44 à 63,99 h	1 538	17,5%	95,9%		
De 64 à 83,5 h	365	4,1%	100,0%		
TOTAL	8 803	100,0%			

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre 2006.

50,6% des bénéficiaires au 31 décembre 2006 présentent des temps d'aides et de soins **inférieurs à 24 heures par semaine et 49,4% dépassent cette limite**.

Données provisoires.

La valeur monétaire des prestations est pondérée par deux coefficients: le coefficient de qualification et le coefficient d'intensité. Le coefficient de qualification permet de tenir compte de la qualification requise par le professionnel pour exécuter l'acte. Dans le cas des actes essentiels de la vie, il s'agit de la qualification de l'aide socio-familiale dont le coefficient est égal à 1. Pour les tâches domestiques, il s'agit de l'aide-ménagère dont le coefficient est égal à 0,7.

Par rapport aux années précédentes, on constate que la proportion des bénéficiaires avec un temps requis inférieur à 24 heures par semaine diminue progressivement mais sensiblement. En 2004, ce groupe représentait 55,0% de l'ensemble des bénéficiaires. Il représente 50,6% en 2006.

Tableau 14. - Proportion de bénéficiaires présentant un temps total de soins requis inférieur à 24 heures par semaine 1)

Année	Bénéficiaires avec un temps requis inférieur à 24 heures	Total de bénéficiares	En % du total
2004	4 904	8 919	55,0%
2005	4 842	9 492	51,0%
2006 <sup>2)</sup>	4 455	8 803	50,6%

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre.

En 2006 le temps total moyen requis (TTMR) de prise en charge par l'assurance dépendance pour l'ensemble des bénéficiaires correspond à 1 674 minutes, soit 27,9 heures.

Tableau 15 Temps total moyen requis par semaine 1)					
Année	TTMR en minutes	TTMR en heures	Variation en %	Nombre de bénéficiaires	
2004	1 534	25,6		8 919	
2005	1 648	27,5	7,4%	9 492	
2006 <sup>2)</sup>	1 674	27,9	1,6%	8 803	

Situation au 31 décembre.

Tableau 16. - Temps total moyen requis par semaine et par âge du bénéficiaire 1) 2)

Groupes d'âge	TTMR en heures	Nombre de bénéficiaires
0-19	18,0	581
20-39	26,6	388
40-59	22,9	808
60-69	24,4	743
70-79	28,3	1 988
80-89	30,3	3 126
>=90	31,8	1 169
TOTAL	27,9	8 803

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre 2006.

Le temps total moyen requis représente 27,9 heures par semaine. Lorsqu'on exclut les bénéficiaires de dispositions particulières, on constate que la moyenne augmente à 29 heures par semaine.

Les bénéficiaires des âges élevés requièrent les temps moyens les plus élevés. On relève une augmentation de 234 minutes entre le temps moyen de la classe d'âge de 60 à 69 ans et celle de 70 à 79 ans.

Une remarque s'impose en ce qui concerne le groupe des personnes de 0 à 19 ans. Ce groupe comprend les jeunes enfants pour lesquels l'article 350 dispose que " la détermination de l'état de dépendance se fait en fonction du besoin d'aide supplémentaire par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit ".

Le temps requis pour les jeunes enfants est dès lors nettement inférieur au temps requis pour les adultes.

Tableau 17. - Temps total moyen requis par semaine et sexe du bénéficiaire 1) 2)

Sexe	TTMR en heures	Nombre de bénéficiaires
Hommes	25,9	2 931
Femmes	28,9	5 872
TOTAL	27,9	8 803

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre 2006.

Données provisoires.

Données provisoires.

Données provisoires.

Données provisoires.

On constate que les femmes présentent un temps moyen requis qui dépasse de trois heures celui des hommes. On constate de la même manière que le temps total effectif requis est plus grand dans les groupes d'âges élevés. Le temps requis plus élevé chez les femmes s'expliquerait dès lors par l'effectif très important de femmes très âgées. Il est cependant nécessaire d'être prudent quant aux conclusions que l'on pourrait tirer de cette constatation compte tenu de l'importante différence entre le nombre d'hommes et de femmes.

Tableau 18. - Temps total moyen requis par semaine et lieu de séjour du bénéficiaire 1) 2)

Lieu de séjour	TTMR en heures	Nombre de bénéficiaires
Etablissement	36,5	2 942
Domicile	23,6	5 861
TOTAL	27,9	8 803

Situation au 31 décembre 2006.

La différence entre les bénéficiaires en établissement et les bénéficiaires à domicile est quant à elle tout à fait significative. Le temps moyen requis pour les bénéficiaires en établissement dépasse de près de 13 heures celui des bénéficiaires à domicile.

L'écart entre le temps requis pour les bénéficiaires à domicile et les bénéficiaires en établissement se creuse au fil des années. On peut penser que l'assurance dépendance commence à atteindre certains de ses objectifs. En effet, l'un des principes directeurs de l'assurance dépendance est d'accorder une priorité au maintien à domicile par rapport à l'hébergement en établissement, de façon à ce que les établissements soient davantage réservés aux situations des personnes gravement dépendantes qui ne peuvent plus être soignées à domicile.

L'examen des temps requis dans chacune des rubriques des aides et soins notamment les actes essentiels de la vie et les activités de soutien permet d'apporter nuances et explications à ces premières observations.

#### 2.3.3.2. Analyse du détail des prestations requises

Les prestations pour les actes essentiels de la vie

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

La loi a fixé le temps d'aide maximal à 24,5 heures par semaine. La loi du 23 décembre 2005 sur l'assurance dépendance, entrée en vigueur au 1er janvier 2007 modifie cette disposition. Le plafond pour les actes essentiels de la vie pourra être porté de 24,5 heures à 38,5 heures pour des situations d'une gravité exceptionnelle.

Jusqu'au 1er janvier 2007, la loi prévoyait la possibilité, lors de l'établissement du plan de prise en charge, de substituer des aides et soins dans un domaine à ceux prévus dans un autre domaine. Cette possibilité de substitution permet de déroger, lorsque le besoin de la personne l'impose, aux plafonds prévus pour les différentes rubriques du relevé type des aides et soins. Pour les données que nous analysons ici, cette disposition reste d'application.

En ce qui concerne les actes essentiels de la vie pour les personnes à domicile, cette possibilité a été peu utilisée sinon pour les personnes polyhandicapées prises en charge par un réseau pour personnes handicapées et nécessitant des soins très lourds. Des aides sous forme d'activités de soutien ont alors été remplacées par des soins pour les actes essentiels de la vie.

Tableau 19. - Répartition des bénéficiaires selon le temps requis par semaine pour les actes essentiels de la vie 1) 2)

Classes de temps	Nombre de bénéficiaires	En % du total	En % cumulés
De 3,5 à 6,99 h	2 459	27,9%	27,9%
De 7 à 10,49 h	1 487	16,9%	44,8%
De 10,5 à 13,99 h	1 113	12,6%	57,5%
De 14 à 17,49 h	953	10,8%	68,3%
De 17,5 à 20,99 h	870	9,9%	78,2%
De 21 à 24,5 h	748	8,5%	86,7%
Plus de 24,5 h	806	9,2%	95,8%
Prestation forfaitaire 3)	367	4,2%	100,0%
TOTAL	8 803	100,0%	

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre 2006.

Données provisoires.

<sup>2)</sup> Données provisoires

<sup>3)</sup> Accordée selon les dispositions particulières de la loi du 19 juin 1998 et fixée par le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998.

57,4% des bénéficiaires présentent un temps d'aides et de soins requis entre 3,5 et 14 heures par semaine, 42,6% se situent au-delà de 14 heures par semaine. Parmi ceux-ci, 9,2% ont un temps requis supérieur à 24,5 heures par semaine. Les bénéficiaires de prestations forfaitaires bénéficient d'une prestation en espèces équivalant à six heures par semaine.

Tableau 20. - Temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par semaine 1)

Année	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
2004	749	12,5	8 919
2005	749	12,5	9 492
2006 <sup>2)</sup>	749	12,5	8 803

Situation au 31 décembre.

Tableau 21. - Temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par semaine et âge du bénéficiaire 1) 2)

Groupes d'âge	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
0-19	741	12,4	581
19-39	753	12,6	388
40-59	630	10,5	808
60-69	667	11,1	743
70-79	714	11,9	1 988
80-89	765	12,7	3 126
>=90	900	15,0	1 169
TOTAL	749	12,5	8 803

Situation au 31 décembre 2006.

Pour ce qui est de l'âge, on note l'importance du temps requis pour le groupe des bénéficiaires très âgés, 90 ans et au-delà. On note également celui du groupe des personnes de 19 à 39 ans, qui se distingue quelque peu des autres groupes jeunes de la population dépendante.

Tableau 22. - Temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par semaine et sexe du bénéficiaire 1) 2)

Sexe	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
Hommes	730	12,2	2 931
Femmes	758	12,6	5 872
TOTAL	749	12,5	8 803

Situation au 31 décembre 2006.

On remarque peu de différence dans le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie entre les hommes et les femmes.

Tableau 23. - Temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par semaine et lieu de séjour du bénéficiaire 1) 2)

Lieu de séjour	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
Etablissement	982	16,4	2 942
Domicile	631	10,5	5 861
TOTAL	749	12,5	8 803

Situation au 31 décembre 2006.

En ce qui concerne le lieu de séjour, on constate une différence de près de 13 heures au niveau du temps total requis. Cette différence se réduit à 5,9 heures pour les actes essentiels de la vie. Le besoin d'aide au niveau des actes essentiels de la vie s'avère beaucoup plus important pour les bénéficiaires en établissement que pour les bénéficiaires à domicile.

Données provisoires

Données provisoires

Données provisoires.

#### Les tâches domestiques

En ce qui concerne les tâches domestiques, le relevé des aides et soins prévoit deux forfaits correspondant à 150 minutes respectivement 90 minutes.

Le forfait de 150 minutes est destiné à couvrir la prise en charge des tâches domestiques telles que définies à l'alinéa 2 de l'article 350 du CAS.

Le supplément de 90 minutes est destiné à couvrir des tâches domestiques plus exceptionnelles telles qu'un entretien du linge plus important lorsque l'état de la personne l'impose.

Il est à noter que les tâches domestiques, même si elles sont octroyées sous une forme forfaitaire, ne constituent pas automatiquement une aide requise. Parmi les 404 personnes qui ne bénéficient pas des tâches domestiques, on compte les 322 personnes bénéficiant d'une prestation forfaitaire en vertu de dispositions particulières.

En comparant avec les années précédentes, on peut constater que les avis de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation limitent de plus en plus l'octroi du forfait de 4 heures à des situations tout à fait exceptionnelles.

Au 1er janvier 2007, lorsque la loi modifiée du 23 décembre 2005 entre en application, le forfait de 2,5 heures pour les tâches domestiques ne figure plus dans les prestations pour les personnes en établissement d'aides et de soins. Ces personnes continueront néanmoins à pouvoir bénéficier du forfait pour tâches domestiques exceptionnelles, si leur état de dépendance le requiert.

Tableau 24. - Le temps moyen requis pour les tâches domestiques par semaine 1) 2) Tâches domestiques Nombre de bénéficiaires En % du total 2.5 h 7 864 89.3% 4 h 499 5.7% 440 5.0% Aucune prestation de tâche domestique TOTAL 8 803 100.0%

#### Les activités de soutien

On rappelle tout d'abord la place des activités de soutien dans l'ensemble des prestations de l'assurance dépendance et leur lien à la définition de la dépendance dans le cadre de la loi du 19 juin 1998.

Le concept central de la loi est le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie. On ne peut dès lors pas dissocier les prestations de soutien de ce besoin d'aide. Leur définition et leur contenu ne trouvent leur sens que dans ce lien.

Les activités de soutien sont principalement destinées à préserver l'autonomie de la personne dépendante et à prévenir une aggravation de l'état de dépendance. Elles répondent à un besoin spécifique et identifié de la personne. Leur choix sera orienté en fonction du besoin de la personne. On distingue les activités individuelles et les activités de groupe.

Certaines activités de soutien peuvent être utilisées pour apporter un répit planifié à la personne de l'entourage apportant les aides et soins dans le cadre du maintien à domicile (aidant informel/naturel).

Les activités de soutien sont limitées à 12 heures par semaine. En ce qui concerne les activités de soutien en groupe, le temps effectif peut correspondre à 48 heures par semaine (effet du coefficient de pondération). A partir du 1er janvier 2007, le plafond en matière d'activités de soutien est de 14 heures par semaine.

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre 2006.

Données provisoires.

Tableau 25. - Les activités de soutien par semaine 1)

	2004		2005	2005		2006 <sup>2)</sup>	
Activités de soutien	Nombre de bénéficiaires	En % du total	Nombre de bénéficiaires	En % du total	Nombre de bénéficiaires	En % du total	
1 h	110	1,2%	160	1,7%	177	2,0%	
2 h	192	2,2%	182	1,9%	154	1,7%	
3 h	106	1,2%	87	0,9%	79	0,9%	
4 h	1 080	12,1%	1 156	12,2%	1 082	12,3%	
De 5 à 8 h	1 212	13,6%	1 147	12,1%	987	11,2%	
De 9 à 15 h	1 149	12,9%	1 003	10,6%	792	9,0%	
De 16 à 23 h	520	5,8%	873	9,2%	901	10,2%	
De 24 à 31 h	173	1,9%	220	2,3%	226	2,6%	
De 32 à 39 h	724	8,1%	1 191	12,5%	1 215	13,8%	
De 40 a 48 h	594	6,7%	657	6,9%	619	7,0%	
Aucune prestation de soutien	3 059	34,3%	2 816	29,7%	2 571	29,2%	
TOTAL	8 919	100,0%	9 492	100,0%	8 803	100,0%	

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre.

En 2006 70,8% des personnes dépendantes bénéficient d'une ou de plusieurs prestations de soutien.

On remarque que le **temps moyen requis** pour les activités de soutien augmente progressivement et d'une manière sensible d'année en année. Le temps moyen requis en 2006 présente une croissance de 15% par rapport à 2004.

En ce qui concerne le nombre de bénéficiaires d'activités de soutien, on relève une augmentation de 6% depuis 2004.

On dispose de peu d'éléments pour expliquer cette augmentation particulière des activités de soutien mais on peut néanmoins avancer l'hypothèse qu'elle est davantage liée au mode de requête des prestations qu'aux besoins des personnes.

On constate en effet qu'en comparaison, les moyennes requises pour les actes essentiels de la vie sont à peu près stables. La question se pose dès lors du lien avec les actes essentiels de la vie : comment peut-on constater une stabilité au niveau du temps requis pour les actes essentiels de la vie alors que le temps requis pour les activités de soutien augmente de façon aussi régulière ?

Tableau 26. - Temps moyen requis pour les activités de soutien en heures par semaine 1)

Année	Calculé sur l'ensemble des bénéficiaires	Nombre de bénéficiaires de prestations	Calculé sur les bénéficiaires d'activités de soutien	Nombre de bénéficiaires d'activités de soutien
2004	10,3	8 919	15,7	5 860
2005	12,3	9 492	17,4	6 676
2006 <sup>2)</sup>	12,7	8 803	18,0	6 232

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre.

Tableau 27. - Temps moyen requis pour les activités de soutien en heures par semaine et âge du bénéficiaire 1) 2)

Groupes d'âge	Calculé sur l'ensemble des bénéficiaires	Nombre de bénéficiaires de prestations	Calculé sur les bénéficiaires d'activités de soutien	Nombre de bénéficiaires d'activités de soutien
0-19	2,9	581	7,8	217
20-39	10,6	388	21,7	190
40-59	9,5	808	16,0	481
60-69	10,5	743	16,8	463
70-79	13,7	1 988	18,7	1 457
80-89	14,9	3 126	19,0	2 458
>=90	14,2	1 169	17,2	966
TOTAL	12,7	8 803	18,0	6 232

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre 2006.

Données provisoires.

Données provisoires.

Données provisoires.

Des différences significatives se remarquent à l'examen des moyennes dans les différents groupes d'âge. Si on compare la moyenne requise pour les jeunes enfants et celles des personnes de plus de 70 ans, on constate que le temps moyen requis pour les septuagénaires est presque cinq fois plus élevé que celui pour les jeunes enfants.

Toutefois, lorsqu'on exclut les personnes pour lesquelles on n'a pas requis d'activités de soutien, les tendances sont quelque peu différentes. Les enfants restent le groupe pour lequel le temps moyen est le plus bas, mais la différence est moins prononcée. Il faut aussi signaler que dans ce groupe d'âge, le nombre de bénéficiaires est peu important, car bon nombre de parents renoncent aux activités de soutien.

On remarque par ailleurs le temps élevé requis pour le groupe des personnes entre 20 et 40 ans. Lorsqu'on exclut de ce groupe les personnes qui ne bénéficient d'aucune activité de soutien, la moyenne requise dépasse largement celle des personnes plus âgées. L'importante différence entre le nombre de sujets en cause réduit néanmoins la portée de cette observation.

Tableau 28. - Temps moyen requis pour les activités de soutien en heures par semaine et sexe du bénéficiaire 1) 2)

Sexe	Calculé sur l'ensemble des bénéficiaires	Nombre de bénéficiaires de prestations	Calculé sur les bénéficiaires d'activités de soutien	Nombre de bénéficiaires d'activités de soutien
Hommes	11,0	2 931	17,3	1 859
Femmes	13,6	5 872	18,2	4 373
TOTAL	12,7	8 803	18,0	6 232

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre 2006.

Tableau 29. - Temps moyen requis pour les activités de soutien en heures par semaine et lieu de séjour du bénéficiaire 1) 2)

Lieu de séjour	Calculé sur l'ensemble des bénéficiaires	Nombre de bénéficiaires de prestations	Calculé sur les bénéficiaires d'activités de soutien	Nombre de bénéficiaires d'activités de soutien
Etablissement	17,5	2 942	19,4	2 663
Domicile	10,3	5 861	16,9	3 569
TOTAL	12,7	8 803	18,0	6 232

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre 2006.

En ce qui concerne le lien entre le temps moyen requis et le lieu de séjour, on constate que le temps requis dans le cadre des établissements dépasse celui des personnes à domicile. Ce mouvement de prépondérance des établissements sur le domicile s'observe depuis 2005 et se confirme au fil des années. Jusqu'en 2004, le temps requis à domicile était significativement supérieur à celui des établissements. En 2004, on relevait une différence de 2,4 heures. En 2005, le temps requis en établissement dépasse de 5,6 heures le temps requis pour les personnes à domicile. En 2006, il le dépasse de plus de sept heures. Cette constatation est un peu paradoxale si l'on se réfère à la définition des activités de soutien. En effet, on pourrait croire que l'établissement qui garantit par définition un encadrement de la personne, génère moins de besoins en activités de soutien que le maintien à domicile. A la lecture de ces chiffres, on peut constater qu'il n'en est rien et que le besoin en activités de soutien pour les personnes en établissement s'avère beaucoup plus élevé que pour les personnes à domicile.

Tableau 30. - Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien en heures par semaine et lieu de séjour du bénéficiaire 1)

	Calculé sur l'ensemble des bénéficiaires				Calculé su	ır les bénéficiaires d'a	activités de sou	tien
Année	Etablissement	Domicile	Total	Nombre de bénéficiaires	Etablissement	Domicile	Total	Nombre de bénéficiaires
2004	11,9	9,5	10,3	8 919	17,6	13,5	15,7	5 860
2005	16,0	10,4	12,3	9 492	17,8	17,2	17,4	6 676
2006 <sup>2)</sup>	17.5	10.3	12.7	8 803	19.4	16.9	18.0	6 232

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre.

Données provisoires.

Données provisoires.

<sup>2)</sup> Données provisoires.

Tableau 31. - Evolution des activités de soutien en groupe spécialisé par semaine 1)

	2004		2005		2006 <sup>2)</sup>		
Classes de temps	Nombre de bénéficiaires	En % du total	Nombre de bénéficiaires	En % du total	Nombre de bénéficiaires	En % du total	
De 1 à 8 h	43	0,5%	51	0,5%	49	0,6%	
De 9 à 16 h	620	7,0%	1 014	10,7%	1 050	11,9%	
De 17 à 32 h	780	8,7%	1 247	13,1%	1 278	14,5%	
De 33 à 48 h	602	6,7%	676	7,1%	635	7,2%	
Non requis	6 874	77,1%	6 504	68,5%	5 791	65,8%	
TOTAL	8 919	100,0%	9 492	100,0%	8 803	100,0%	

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre.

Tableau 32. - Temps moyen requis pour les activités de soutien en groupe spécialisé en heures par semaine et âge du bénéficiaire 1) 2)

Groupes d'âge	TMR	Nombre de bénéficiaires	En % du total
0-19	31,5	22	0,7%
20-39	30,2	117	3,9%
40-59	28,0	205	6,8%
60-69	30,0	193	6,4%
70-79	29,9	709	23,5%
80-89	29,0	1 281	42,5%
>=90	26,6	485	16,1%
TOTAL	28,8	3 012	100,0%

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre 2006.

En ce qui concerne le temps moyen dans chaque groupe d'âge, on constate une certaine homogénéité. On remarque cependant le groupe d'âge de 0 à 19 ans, qui présente un temps moyen élevé et une sous-représentation par rapport à l'effectif total des bénéficiaires d'activités de soutien. Parallèlement, on relève l'effectif important du groupe d'âge des octogénaires.

Tableau 33. - Temps moyen requis pour les activités de soutien en groupe spécialisé en heures par semaine et sexe du bénéficiaire 1) 2)

Sexe	TMR	Nombre de bénéficiaires	En % du total
Hommes	28,8	850	28,2%
Femmes	28,9	2 162	71,8%
TOTAL	28,8	3 012	100,0%

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre 2006.

Ce tableau met également en évidence l'homogénéité des temps moyens requis et la sur-représentation des femmes dans le groupe des bénéficiaires d'activités de soutien en groupe. Il s'agit probablement d'un effet de l'âge.

Tableau 34. - Temps moyen requis pour les activités de soutien en groupe spécialisé en heures par semaine et lieu de séjour du bénéficiaire 1) 2)

Lieu de séjour	TMR	Nombre de bénéficiaires	En % du total
Etablissement	27,5	1 580	52,5%
Domicile	30,3	1 432	47,5%
TOTAL	28.8	3 012	100.0%

Situation au 31 décembre 2006.

Contrairement à ce que l'on pouvait supposer après l'examen du temps requis pour l'ensemble des activités de soutien, le temps moyen pour les activités de groupe en établissement est inférieur à celui des personnes à domicile. De plus on observe que les personnes en établissement bénéficient davantage des activités de soutien en groupe que les personnes vivant à domicile.

Données provisoires.

<sup>2)</sup> Données provisoires

Données provisoires.

Données provisoires.

## Les aides techniques (appareils)

En cas de maintien à domicile, la personne a droit à la prise en charge des aides techniques qui lui permettront de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie. La liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance a été déterminée par le règlement grand-ducal du 23 décembre 1998. Le même règlement grand-ducal détermine la liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance lorsque le demandeur est hébergé en établissement.

Le besoin en matière d'aides techniques peut être constaté au cours de l'évaluation médicale ou de l'évaluation de base<sup>1)</sup>. Les personnes peuvent aussi introduire une demande pour l'obtention d'une aide technique, sans solliciter pour autant, d'autres prestations de l'assurance dépendance.

Les aides techniques sont les seules prestations de l'assurance qui puissent être octroyées sans que la personne atteigne le seuil de 3,5 heures pour les actes essentiels de la vie. Toutefois, leur octroi est toujours subordonné à un avis motivé de la CEO, qui s'appuie sur une expertise.

Les aides techniques sont en principe mises à disposition de la personne dépendante sous forme de location. La personne en dispose gratuitement. Le prix de la location est payé par l'assurance dépendance. L'acquisition est prévue par exception, par exemple pour des aides techniques de faible valeur, des aides techniques qui ne peuvent être reprises en raison de conditions d'hygiène ou encore pour des aides techniques qui doivent être adaptées aux besoins spécifiques de la personne dépendante.

Tableau 35.	Les aides techniques au 30 juin 2007: répartition selon la norme internationale ISO						
Classe ISO	Libellé - ISO	En acquisition	En location	TOTAL			
0003	Aides pour le traitement et l'entraînement						
0303	Aides pour le traitement des affections respiratoires		599	599			
0306	Aides pour le traitement des affections circulatoires		9	9			
0318	Aides pour doser les médicaments	7		7			
0333	Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels anti-escarres)	247	2 732	2 979			
0345	Aides pour le traitement par élongation de la colonne vertébrale		1	1			
0348	Equipements pour l'apprentissage du mouvement, de la force et de l'équilibre	25	102	127			
0351	Aides pour l'apprentissage de la continence	1		1			
Sous-total		280	3 443	3 723			
0009	Aides pour les soins personnels et la protection						
0903	Vêtements et chaussures	101		101			
0906	Aides de protection portées sur le corps	392		392			
0909	Aides pour s'habiller et se déshabiller	98		98			
0912	Aides pour l'hygiène	3 379		3 379			
0927	Collecteurs d'urine	59		59			
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher	1 227	1 601	2 828			
0936	Aides pour manucure et pédicure	10		10			
0939	Aides pour les soins des cheveux	16		16			
0942	Aides pour les soins des dents	7		7			
0945	Aides pour les soins du visage et les soins de la peau	5		5			
Sous-total		5 294	1 601	6 895			
0012	Aides pour la mobilité personnelle						
1203	Aides de marche manipulées par un bras	267	164	431			
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)		3 589	3 589			
1212	Adaptations pour voitures automobiles	564	554	1 118			
1215	Cyclomoteurs		6	6			
1218	Cycles		125	125			
1221	Fauteuils roulants		4 990	4 990			
1224	Accessoires de fauteuils roulants	292	295	587			
1227	Véhicules		50	50			
1230	Aides pour le transfert	5	926	931			
1233	Aides pour tourner	5		5			
1236	Aides pour lever	7	245	252			
1239	Aides pour s'orienter	29		29			
Sous-total		1 169	10 944	12 113			

<sup>1)</sup> L'évaluation médicale

Elle consiste en un examen clinique de la personne dépendante. Elle permet de donner une base objective aux besoins exprimés. Elle permet aussi d'établir les causes de la dépendance ainsi qu'un pronostic de durée.
L'évaluation de base

Elle a pour objectif de montrer comment la maladie, la déficience ou le handicap entraînent un besoin d'aide d'une tierce personne et comment ce besoin d'aide se traduit dans les actes essentiels de la vie.

Tableau 35.	- Les aides techniques au 30 juin 2007: répartition selon la norme internationale	ISO		
0015	Aides pour les tâches domestiques			
1503	Aides pour préparer la nourriture et les boissons	86		86
1509	Aides pour manger et boire	400		400
1512	Aides pour nettoyer la maison	2		2
1515	Aides pour la confection et l'entretien du linge	9		9
Sous-total		497		497
0018	Aménagements et adaptations de maisons et autres immeubles			
1803	Tables		160	160
1806	Equipements d'éclairage	47		47
1809	Mobilier d'assise	140	50	190
1812	Lits		2 289	2 289
1815	Aides pour régler la hauteur du mobilier	30		30
1818	Dispositifs de soutien	1 358		1 358
1821	Dispositifs d'ouverture et de fermeture de portes, de fenêtres et de rideaux	76		76
1827	Echelles et escabeaux	40		40
1830	Dispositifs de changement de niveau	882	479	1 361
1833	Equipements de sécurité pour la maison et autres locaux	3		3
Sous-total		2 576	2 978	5 554
0021	Aides pour la communication, l'information et la signalisation	404		404
2103	Aides optiques	421		421
2106	Aides électro-optiques	307		307
2109	Dispositifs d'entrée et de sortie et accessoires pour ordinateurs, machines à écrire et calculatrices	154		154
2112	Ordinateurs	23		23
2115	Machines à écrire et de traitements de textes	12		12
2124	Aides pour dessiner et écrire	11		11
2127	Aides de lecture non optiques		17	17
2130	Magnétophones et récepteurs radio	5		5
2136	Téléphones et aides pour téléphoner	138		138
2139	Systèmes de transmission de son	38		38
2142	Aides pour la communication face-à-face	99		99
2145	Aides auditives	44		44
2148	Aides de signalisation et d'indication	220		220
2151	Systèmes d'alarmes	3		3
Sous-total		1 054	17	1 071
0024	Aides pour manipuler les produits et les biens	40		40
2406	Aides pour manipuler les récipients	40		40
2409	Manettes et dispositifs de commande	21		21
2412	Systèmes de contrôle de l'environnement	48		48
2418	Aides pour compenser et/ou pour remplacer la fonction du bras, de la main et/ou des doigts	69 390		69 390
2421	Aides pour saisir à distance			
2427	Aides pour fixer	68	2	68 2
2436	Aides pour porter et transporter (à roulettes)	000		
Sous-total		636	2	638 30 912
TOTAL		11 927	18 985	30 912

Au 30 juin 2007, 30 912 aides techniques étaient à disposition de personnes présentant un besoin d'aide technique, 61,4% sous forme de location et 38,6% sous forme d'acquisition.

Les aides techniques mises le plus fréquemment à disposition sont les aides pour la mobilité personnelle et principalement les fauteuils roulants. En second lieu viennent les aides pour les soins personnels et la protection parmi lesquelles les aides pour l'hygiène occupent la première place. Enfin, on note les aménagements et adaptations des maisons et immeubles où l'on remarque la part importante des lits de soins. Parmi les aides pour le traitement et l'entraînement, le matériel destiné à prévenir les escarres représente le plus gros poste.

#### Les activités de conseil

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

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

Au 31 décembre 2006, 256 personnes sont titulaires d'une décision comportant des activités de conseil.

Tableau 36. - Répartition des bénéficiaires selon le temps requis pour les activités de conseil par semaine 1)

	2004		2005		2006 <sup>2)</sup>	
Conseil	Nombre de bénéficiaires	En % du total	Nombre de bénéficiaires	En % du total	Nombre de bénéficiaires	En % du total
1 h	21	0,4%	16	0,3%	8	0,1%
2 h	24	0,4%	23	0,4%	24	0,4%
3 h	3	0,0%	3	0,0%	3	0,0%
4 h	60	1,0%	64	1,0%	61	1,0%
Plus de 4 heures	178	3,0%	192	3,0%	160	2,7%
Aucune prestation de conseil	5 578	95,1%	6 025	95,3%	5 605	95,6%
TOTAL	5 864	100,0%%	6 323	100,0%	5 861	100,0%

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre.

## Les adaptations du logement

En cas de maintien à domicile, des adaptations du logement de la personne dépendante 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 son autonomie de vie. 1)

Les adaptations du logement sont réservées aux personnes présentant un besoin minimum d'aides et de soins pour les actes essentiels de la vie correspondant à 3,5 heures par semaine.

Le besoin d'une adaptation du logement est constaté dans l'évaluation de base. Sa nécessité est décidée lors de la détermination des services requis. Les modalités de la réalisation sont fixées par une expertise. Le besoin moyen est estimé à 10 dossiers par mois.

Le tableau suivant présente le nombre de dossiers d'adaptation du logement qui ont été requis par la Cellule d'Evaluation et d'Orientation depuis la mise en application de la loi. On peut s'étonner que certains dossiers entamés au début de l'assurance dépendance ne soient pas encore clôturés. Il y a lieu de noter que certains dossiers se sont avérés particulièrement complexes, pour différentes raisons dépassant souvent l'aspect technique de l'adaptation.

Tableau 37. - Les adaptations du logement au 30 juin 2006 1)

Année	En cours	Clôturé	TOTAL
2000 et avant	1	110	111
2001	1	91	92
2002	6	127	133
2003	10	95	105
2004	34	106	140
2005	57	42	99
2006	66	12	78
TOTAL	175	583	758

Données provisoires.

Données provisoires.

<sup>1)</sup> Les modalités de la prise en charge des adaptations du logement ont été déterminées par le règlement grand-ducal du 5 novembre 1999.

La répartition entre les prestations en nature et les prestations en espèces

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

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

On rappelle que les prestations de l'assurance dépendance sont un droit de la personne dépendante et que les prestations en espèces sont versées à la personne dépendante afin de lui permettre de se procurer les aides et soins auprès de son entourage.

Ce remplacement est cependant limité. Il peut s'effectuer jusqu'à concurrence de sept heures par semaine. Si le droit aux prestations est supérieur à sept heures par semaine, le remplacement peut porter en outre, sur la moitié des prestations en nature se situant entre sept et quatorze heures par semaine.

Dans la pratique, cette possibilité de remplacement entraîne que l'on se trouve devant trois formes d'octroi des prestations ou trois possibilités de partage :

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

Tableau 38. - Répartition des bénéficiaires par type de partage 1)

01	Prestations	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
Situation	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	
2004	677	11,5%	2 196	37,2%	2 991	51,6%	5 894	100,0%	
2005	926	14,6%	2 032	32,4%	3 365	53,2%	6 323	100,0%	
2006 <sup>2)</sup>	957	16,3%	1 913	32,6%	2 991	51,0%	5 861	100,0%	

Situation au 31 décembre.

Bien qu'en augmentation par rapport aux années précédentes, le choix des seules prestations en nature reste limité à un groupe restreint de bénéficiaires. Il y a lieu de signaler que depuis 2004, il a été décidé au niveau de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation de ne plus accorder de prestations en espèces, lorsqu'il n'y avait pas la garantie de la présence d'un aidant informel. Cette décision pourrait en partie expliquer l'augmentation progressive du groupe des bénéficiaires de prestations en nature. Pour les années 2004 et 2005, on constate aussi une augmentation régulière de la proportion des prestations combinées. Cette augmentation des prestations combinées entraîne en contrepartie, une diminution du nombre de bénéficiaires des seules prestations en espèces.

Tableau 39. - Répartition des bénéficiaires par type de partage et âge 1) 2)

Groupes d'âge	l'âge Prestations en nature		Prestations e	Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	
0-19	43	4,5%	339	17,7%	199	6,7%	581	9,9%	
20-39	131	13,7%	170	8,9%	84	2,8%	385	6,6%	
40-59	277	28,9%	283	14,8%	205	6,9%	765	13,1%	
60-69	101	10,6%	230	12,0%	279	9,3%	610	10,4%	
70-79	164	17,1%	392	20,5%	837	28,0%	1 393	23,8%	
80-89	191	20,0%	393	20,5%	1 083	36,2%	1 667	28,4%	
>=90	50	5,2%	106	5,5%	304	10,2%	460	7,8%	
TOTAL	957	100,0%	1 913	100,0%	2 991	100,0%	5 861	100,0%	

Situation au 31 décembre 2006.

Il convient de remarquer la part très élevée de bénéficiaires des seules prestations en nature parmi les personnes de 20 à 60 ans. Cette disproportion au regard des statistiques portant sur l'ensemble des bénéficiaires, pourrait s'expliquer par le fait que les personnes dépendantes de ces groupes d'âge sont souvent des personnes gravement handicapées, fréquentant des structures spécialisées ou nécessitant des aides et soins demandant beaucoup de compétences pour lesquelles l'entourage ne peut bien souvent pas se substituer aux professionnels.

Finalement on constate que les personnes âgées ont plutôt recours à des prestations combinées.

Données provisoires.

Situation au 3 i deces.
 Données provisoires.

Tableau 40. - Répartition des bénéficiaires par type de partage et sexe 1) 2)

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	395	41,3%	855	44,7%	1 036	34,6%	2 286	39,0%
Femmes	562	58,7%	1 058	55,3%	1 955	65,4%	3 575	61,0%
TOTAL	957	100,0%	1 913	100,0%	2 991	100,0%	5 861	100,0%

<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre 2006

En comparant la répartition des types de partage selon le sexe du bénéficiaire, on remarque que les hommes sont plus nombreux à choisir les prestations combinées.

Ceci pourrait être rapproché des statistiques démographiques où l'on peut constater que les femmes, qui vivent plus longtemps que les hommes, peuvent dans de nombreuses situations assumer le rôle d'aidant informel auprès de leur conjoint. Ce cas de figure se présente moins souvent pour les femmes, qui se retrouvent souvent seules après le décès de leur conjoint.

## 2.3.4. Les mesures à l'égard de l'aidant informel

Dans l'ensemble des prestations en cas de maintien à domicile, la loi du 19 juin 1998 prévoit deux mesures destinées à la personne qui assure, à domicile, les aides et soins à la personne dépendante en dehors d'un réseau d'aides et de soins. Le texte de la loi n'utilise pas de terme spécifique pour désigner cette personne, mais il est devenu d'usage de la désigner par le terme "d'aidant informel".

Dans ce rapport, on abordera les mesures à l'égard de l'aidant informel dans le cadre de la partie consacrée aux prestataires.

## 2.4. Les prestations facturées

On propose ici une analyse détaillée de l'évolution financière des différentes catégories de prestations dispensées dans le cadre de l'assurance dépendance.

Les prestations de l'assurance dépendance englobent les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien et de conseil, les produits nécessaires aux aides et soins, les aides techniques, les adaptations du logement. Elles peuvent être accordées en nature et dans certains cas, converties en espèces.

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 évolutifs nécessite un certain recul dans le temps pour obtenir des résultats cohérents. 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 de prestations fournies dans le cadre de l'assurance dépendance, sans toutefois prendre en compte les bénéficiaires de prestations forfaitaires accordées selon les dispositions particulières de la loi (cécité, réduction de la capacité auditive, troubles de communication et Spina Bifida. (cf. section 2.3.3)).

Données provisoires.

## 2.4.1. Les bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance

Le tableau qui suit présente le flux annuel des personnes dépendantes prises en charge par l'assurance dépendance.

Tableau 41 Mouvement des bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance 1)							
Année	Entrées	Sorties	Stock 2)				
1999	6 152		6 152				
2000	2 246	1 387	7 011				
2001	2 801	1 352	8 460				
2002	2 611	1 630	9 441				
2003	2 859	1 751	10 549				
2004	2 704	2 003	11 250				
2005	2 695	1 840	12 105				

Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Ce tableau illustre le nombre d'entrées et de sorties de personnes dépendantes au cours de l'année sous revue. Contrairement aux statistiques établies à la section 2.3 sur les bénéficiaires de prestations au 31 décembre de l'année, ces données représentent **toutes** les personnes ayant ou ayant eu (décès au cours de l'année) un plan de prise en charge pendant l'année étudiée.

L'analyse de ces chiffres démontre une croissance soutenue du nombre de bénéficiaires (stock) jusqu'en 2003 (moyenne annuelle de 14,4%). A partir de 2004 leur augmentation s'affaiblit et se situe, en moyenne annuelle, à 7,1%.

Cette hausse systématique est due au fait que plus de personnes revendiquent leur droit à l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie (entrées) que de personnes prises en charge meurent (sorties).

## 2.4.2. Les prestations facturées par l'assurance dépendance

La présente section est consacrée à l'étude chronologique de l'ensemble des prestations de soins de l'assurance dépendance en fonction de la résidence, de l'âge, du sexe, du lieu de séjour des bénéficiaires ainsi que du type de la prestation qu'ils reçoivent.

Les prestations sont dues par semaine. Si le droit aux prestations ne s'étend pas sur une semaine entière, chaque jour compte pour un septième.

Les prestations de l'assurance dépendance ne sont pas dues en cas de concours avec les prestations de même nature dues au titre de l'assurance maladie, de l'assurance contre les accidents et de la législation des dommages de guerre. Cependant lorsqu'un droit à la prise en charge d'aides techniques est ouvert au titre de l'assurance dépendance, ce droit est prioritaire.

## 2.4.2.1. Aperçu global sur les prestations facturées

Les tableaux qui suivent analysent le coût annuel total des prestations de l'assurance dépendance.

Tableau 42. - Evolution des prestations selon le pays de résidence et le sexe du bénéficiaire (en millions EUR)

Exercice	Résidents		Non-résidents	;	TOTAL				
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes			
En nombres absolus									
2003	59,7	148,1	0,8	0,8	60,5	148,9			
2004	74,9	180,4	2,5	1,1	77,4	181,5			
2005	84,3	200,0	1,4	1,3	85,7	201,3			
		E	in % du total						
2003	98,7%	99,5%	1,3%	0,5%	100,0%	100,0%			
2004	96,8%	99,4%	3,2%	0,6%	100,0%	100,0%			
2005	98,4%	99,4%	1,6%	0,6%	100,0%	100,0%			

Les dépenses continuent à croître à un rythme soutenu. La croissance la plus importante est associable à l'exercice 2004. On y constate une augmentation de 21,9%. En 2005 les dépenses continuent à accroître, mais à un rythme plus modéré (10,9%).

En moyenne annuelle, 98,0% du coût des services prestés sont imputables à la prise en charge d'hommes résidents et 99,4% peuvent être associés aux femmes résidentes.

Nombre annuel des bénéficiares de l'assurance dépendance.

En comparant les dépenses de l'assurance dépendance selon le sexe, on constate que la somme relative aux bénéficiaires féminins résidents est beaucoup plus élevée que pour les hommes. On observe le phénomène inverse pour les bénéficiaires non-résidents.

Tableau 43. - Evolution des prestations selon le pays de résidence et l'âge du bénéficiaire (en millions EUR)

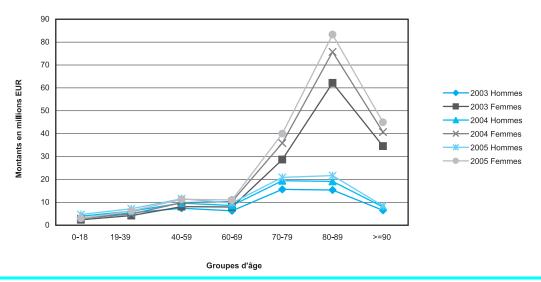
Groupes d'âge	2003		2004		2005	
	Résidents	Non-résidents	Résidents	Non-résidents	Résidents	Non-résidents
0-18	5,5	0,8	6,9	2,4	7,7	1,3
19-39	9,6	0,2	11,1	0,3	13,5	0,3
40-59	15,5	0,2	19,5	0,3	22,9	0,3
60-69	14,2	0,1	18,9	0,2	20,8	0,2
70-79	44,4	0,1	55,3	0,2	60,9	0,2
80-89	77,6	0,2	94,9	0,2	105,0	0,2
>=90	41,0	0,1	48,7	0,1	53,5	0,1
TOTAL	207,8	1,7	255,3	3,6	284,3	2,7
Variation en %			22,9%	109,9%	11,4%	-24,7%

Il est à noter que le poste des personnes non-résidentes est toujours soumis à de grandes fluctuations, surtout en ce qui concerne les bénéficiaires féminins. On remarque ainsi qu'en 2004 le coût des prestations augmentait très rapidement de 109,9% pour diminuer en 2005 de 24,7%. Ces variations s'expliquent qu'un côté par des retards dans l'introduction des factures étrangères et de l'autre côté par le petit nombre de bénéficiaires non-résidents.

Les dépenses les plus élevées sont engagées pour le groupe des personnes âgées de 70 ans et plus. On se rend aussi compte que le coût le plus important des bénéficiaires non-résidents se rapporte à des enfants ou de jeunes adultes. Il s'agit essentiellement d'enfants de travailleurs frontaliers.

Etant donné la faible proportion de bénéficiaires non-résidents, l'analyse suivante porte exclusivement sur le coût engendré par la prise en charge des personnes dépendantes habitant au Luxembourg.

Graphique 2. - Evolution des prestations par âge et sexe du bénéficiaire 1)



<sup>1)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

On remarque que le coût des prestations pour les femmes dépendantes est en moyenne 2,4 fois plus élevé que celui des hommes dépendants. Il est même en moyenne 3,9 fois plus élevé pour les femmes âgées de 80 à 89 ans que celui correspondant aux hommes. Cette forte différence s'explique entre autre par une moyenne d'âge plus élevée chez la population féminine dépendante et par un degré de dépendance plus important, augmentant en fonction de l'âge.

Tableau 44. - Evolution des prestations par âge et lieu de séjour du bénéficiaire 1) (en millions EUR)

2003			2004		2005	
Groupes d'âge	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement
0-18	5,5	-	6,9	-	7,7	-
19-39	9	0,6	10,6	0,4	13,2	0,3
40-59	11,7	3,9	16,2	3,3	20,2	2,7
60-69	8,1	6,2	11,7	7,3	14,0	6,8
70-79	23,1	21,3	30,7	24,6	33,4	27,5
80-89	26,2	51,3	36,3	58,6	38,6	66,4
>=90	10	31	12,3	36,4	14,9	38,6
TOTAL	93,6	114,3	124,8	130,5	142,0	142,3
Variation en %			33,3%	14,2%	13,8%	9,0%

<sup>1)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

L'étude sur le coût des prestations de l'assurance dépendance en fonction du lieu de séjour met en évidence une croissance continue aussi bien au maintien à domicile qu'en établissement d'aides et de soins. En effet, les dépenses relatives aux soins à domicile augmentent en 2004 de 33,3% et en 2005 de 13,8%. La hausse des soins en milieu stationnaire se situe à 14,2% en 2004 et à 9,0% en 2005, donc largement au-dessous du niveau de progression des prestations à domicile.

Toutefois, bien que le nombre de bénéficiaires à domicile (6 323 au 31 décembre 2005) dépasse largement celui des bénéficiaires en établissement (3 169 au 31 décembre 2005), les dépenses pour les personnes dépendantes dans le maintien à domicile restent inférieures à celles des bénéficiaires en établissement. A noter que cet écart se réduit progressivement.

L'importante croissance - 51,7% entre 2003 et 2005 - des prestations à domicile est imputable à plusieurs facteurs :

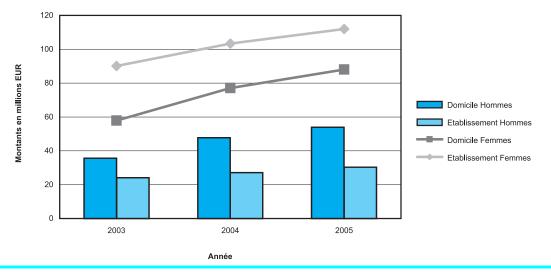
- augmentation du nombre de bénéficiaires pris en charge à domicile ;
- augmentation de la valeur monétaire (valeur d'une heure de prestation en nature) ;
- modification des coefficients de qualification en 2004 ;
- hausse importante du nombre d'heures prestées par personne dépendante.

En ce qui concerne les dépenses en milieu stationnaire, leur progression peut s'expliquer par :

- une évolution positive du nombre de bénéficiaires;
- une augmentation de la valeur monétaire ;
- une croissance du nombre d'heures prestées par personne dépendante.

Les dépenses les plus élevées se rapportent aux personnes âgées de plus de 70 ans : en moyenne 62,7% du total lorsque ces personnes se trouvent à domicile et 91,8% lorsqu'il s'agit de personnes soignées en établissement.

Graphique 3. - Evolution des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire 1)



<sup>1)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

En reliant le sexe au lieu de séjour des bénéficiaires des prestations on peut conclure que :

- pour les hommes le coût total des prestations en maintien à domicile est supérieur à celui des prestations en établissement;
- pour les femmes le coût total des prestations en établissement d'aides et de soins est supérieur à celui des prestations en maintien à domicile ;
- 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.

Un autre aspect sur les dépenses des prestations fournies dans le cadre de l'assurance dépendance concerne leur évolution selon les différents types de prestations. Ce volet est illustré dans le tableau ci-après.

Tableau 45. - Le coût des prestations par type de prestation depuis 2003 1) (en millions EUR)

				Variation en %	6
Type de prestation	2003	2004	2005	2003/2004	2004/2005
MAINTIEN A DOMICILE	93,4	124,8	142,0	33,6%	13,8%
Prestations en nature	48,5	64,5	81,4	33,0%	26,1%
Prestations en nature, période transitoire 2)	7,4	16,0	10,8	116,6%	-32,6%
Prestations en espèces	29,3	33,4	38,2	14,0%	14,3%
Produits nécessaires aux aides et soins	1	1,2	1,3	18,5%	13,7%
Aides techniques	5,1	7,2	7,7	40,2%	7,4%
Adaptations de logement	0,4	0,6	0,5	54,0%	-21,8%
Mesures à l'égard de l'aidant informel 3)	1,7	1,9	2,2	10,9%	15,0%
ETABLISSEMENT	114,2	130,5	142,3	14,3%	9,0%
Prestations en nature	113,0	129,2	140,9	14,3%	9,1%
Produits nécessaires aux aides et soins	1,2	1,3	1,4	10,5%	3,7%
Aides techniques	-	-	-	p.m.	p.m.
TOTAL	207,6	255,3	284,3	23,0%	11,4%

Les bénéficiaires non-résidents sont exclus. Concernent les prestations dispensées entre la demande de prestation et l'évaluation du demandeur.

Il s'agit notamment du remplacement de l'aidant informel pendant 3 semaines.

Lors de l'enregistrement des aides techniques mises à disposition des personnes dépendantes, aucune distinction n'est faite entre le maintien à domicile et l'établissement d'aides et de soins. Il en résulte que toutes les dépenses relatives aux aides techniques sont inscrites comme prestations dispensées à domicile. Les dépenses pour les aides techniques en milieu stationnaire sont dès lors renseignées comme nulles.

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 apporté par un prestataire professionnel.

On constate que les prestations en nature en maintien à domicile croissent plus rapidement que celles en milieu stationnaire. Surtout la fulgurante augmentation des prestations en nature prestées au cours de la période transitoire est à mettre en évidence (116,6% en 2004).

On relève également la croissance exceptionnelle des dépenses pour les aides techniques et les adaptations du logement en 2004 et leur léger ralentissement en 2005. En effet, alors que le coût des aides techniques augmentait de 40,2% en 2004, il ne progressait plus que de 7,4% en 2005. Les adaptations du logement se caractérisent par une hausse de 54,0% en 2004 et même par une régression de 21,8% en 2005.

## 2.4.2.2. Analyse du détail des prestations facturées

Le but de cette section est d'étudier en détail l'évolution à partir de 2003 des dépenses engendrées par la prestation de services dans le cadre de l'assurance dépendance en fonction des caractéristiques des bénéficiaires et de leur entourage (lieu de séjour, encadrement familial).

Tableau 46 Le détail des prestations au Luxen	nbourg <sup>1)</sup> (en % du total)		
Type de prestation	2003	2004	2005
MAINTIEN A DOMICILE	45,0%	48,9%	50,0%
Prestations en nature	23,4%	25,3%	28,6%
Prestations en nature, période transitoire 2)	3,6%	6,3%	3,8%
Prestations en espèces	14,1%	13,1%	13,4%
Produits nécessaires aux aides et soins	0,5%	0,5%	0,5%
Aides techniques	2,5%	2,8%	2,7%
Adaptations de logement	0,2%	0,2%	0,2%
Mesures à l'égard de l'aidant informel 3)	0,8%	0,7%	0,8%
ETABLISSEMENT	55,0%	51,1%	50,0%
Prestations en nature	54,4%	50,6%	49,6%
Produits nécessaires aux aides et soins	0,6%	0,5%	0,5%
Aides techniques	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%

l es bénéficiaires non-résidents sont exclus

## Les aides et soins

Dans cette sous-section on étudie les dépenses sous forme de prestations en nature, c'est-à-dire l'ensemble des prestations payées aux professionnels. Ces dépenses concernent notamment les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien et de conseil.

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

Les aides et soins sont suspendus pendant un séjour à l'hôpital ou dans une institution pris en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance accident.

Concernent les prestations dispensées entre la demande de prestation et l'évaluation du demandeur.

Il s'agit notamment du remplacement de l'aidant informel pendant 3 semaines.

Tableau 47. - Le coût des aides et soins par type de prestation<sup>1)</sup> (en millions EUR)

				Variation en %		
Type de prestation	2003	2004	2005	2003/2004	2004/2005	
Actes essentiels de la vie	119,6	143,6	156,3	20,0%	8,9%	
Tâches domestiques	7,9	14,5	16,3	83,4%	12,4%	
Activités de soutien	40,6	51,6	60,5	27,1%	17,1%	
Activités de conseil 2)	0,1	0,0	0,0	-62,2%	-41,2%	
TOTAL	168,2	209,7	233,1	24,7%	11,1%	

<sup>1)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus

En 2005 les actes essentiels constituent, avec 67,1%, la part la plus importante des aides et soins. Suivent les activités de soutien avec 25,9% et les tâches domestiques avec 7,0%. Le coût des activités de conseil est négligeable : il s'élève à 22 248,9 EUR en 2005.

Tout type de prestation se caractérise par une importante croissance de son coût en 2004. Les tâches domestiques augmentent de 83,4% et la progression des actes essentiels de la vie et des activités de soutien se situe autour de 20,0%. En 2005 par contre, même si leur rythme de croissance ne s'arrête pas, il s'affaiblit. En général les aides et soins augmentent de 11,1% en 2005.

Tableau 48. - Evolution du coût des aides et soins par rapport au total des aides et soins prestés 1) (en %)

Type de prestation	2003		2004		2005		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Actes essentiels de la vie	71,9%	70,8%	71,9%	70,8%	68,3%	66,6%	
Tâches domestiques	4,5%	4,8%	4,5%	4,8%	6,7%	7,1%	
Activités de soutien	23,3%	24,4%	23,3%	24,4%	24,9%	26,3%	
Activités de conseil	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

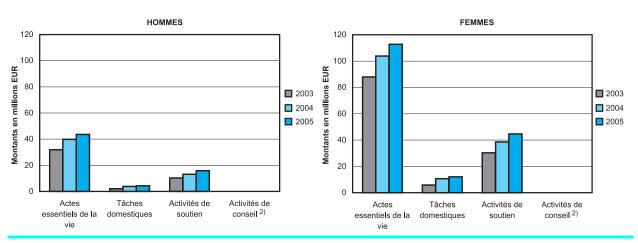
Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

On constate que les actes essentiels occupent une place plus importante dans le total des aides et soins fournis aux hommes que dans celui des femmes. En effet, en 2005 par exemple, les prestations pour les actes essentiels de la vie constituent 68,3% des aides et soins dispensés aux hommes et 66,6% des aides et soins dispensés aux femmes.

Le phénomène inverse s'observe au niveau des activités de soutien et les tâches domestiques. Le coût relatif aux femmes dépendantes est légèrement plus élevé que celui des bénéficiaires masculins.

Finalement on voit que leur proportion est stable pour les années 2003 et 2004, mais croît en 2005 au détriment du coût des actes essentiels de la vie.

Graphique 4. - Le coût des aides et soins selon le sexe du bénéficiaire 1)



<sup>1)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

<sup>2) &</sup>lt; 50 000 EUR.</p>

<sup>&</sup>lt;sup>2)</sup> < 50 000 EUR.

Les dépenses pour les actes essentiels de la vie dispensés aux femmes sont beaucoup plus élevées que celles pour les hommes. En effet, les dépenses pour la population dépendante féminine représentent en moyenne 2,7 fois le montant dépensé pour les bénéficiaires masculins. Il est de même pour les activités de soutien et les tâches domestiques. Les dépenses en termes d'activités de soutien pour les femmes sont en moyenne 2,9 fois plus élevées que pour les hommes. Pour les tâches domestiques, les dépenses au bénéfice des femmes représentent en moyenne 2,8 fois celles des hommes.

On note aussi la représentation insignifiante des activités de conseil.

Tableau 49. - Le coût des aides et soins selon l'âge du bénéficiaire en 2005 1) (en millions EUR)

Groupes d'âge	Actes essentiels de la vie	En % du total	Tâches domestiques	En % du total	Activités de soutien	En % du total	Activités de conseil <sup>2)</sup>	En % du total
0-18	1,4	0,9%	0,2	1,5%	0,9	1,5%	0,0	17,7%
19-39	6,5	4,2%	0,8	4,7%	2,6	4,2%	0,0	3,4%
40-59	11,1	7,1%	1,5	9,1%	4,7	7,7%	0,0	8,1%
60-69	10,2	6,6%	1,2	7,2%	4,1	6,8%	0,0	22,2%
70-79	32,4	20,7%	3,3	20,3%	13,0	21,4%	0,0	33,0%
80-89	61,3	39,2%	6,2	38,2%	23,5	38,9%	0,0	14,8%
>= 90	33,3	21,3%	3,1	19,1%	11,7	19,4%	0,0	0,9%
TOTAL	156,3	100,0%	16,3	100,0%	60,5	100,0%	0,0	100,0%

<sup>1)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

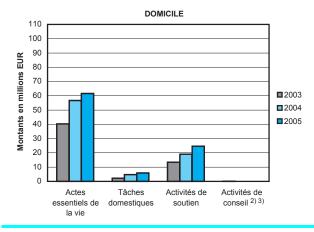
Dans ce tableau, on peut observer la très grande importance des dépenses pour les personnes âgées, notamment à partir de 70 ans. En 2005, les dépenses pour ces groupes d'âge représentent 81,3% du total des dépenses pour les actes essentiels de la vie, 77,5% des dépenses totales pour les tâches domestiques, 79,8% du coût relatif aux activités de soutien et 48,6% du montant facturé pour les activités de conseil.

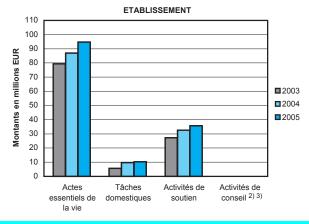
On remarque aussi que beaucoup d'enfants et de jeunes gens bénéficient des activités de conseils. Il est essentiel qu'il reçoivent des instructions professionnelles pour la réalisation des actes essentiels de la vie, respectivement l'utilisation correcte d'une aide technique compte tenu de leurs limitations.

L'article 353 du CAS prévoit que les prestations pour les actes essentiels de la vie en cas de maintien à domicile ne peuvent dépasser 24,5 heures par semaine. Les tâches domestiques sont accordées sous forme d'un forfait représentant 2,5 heures par semaine auquel on peut en cas de nécessité, ajouter 1,5 heures par semaine. Les activités de soutien quant à elles sont prises en charge jusqu'à hauteur de 12 heures par semaine. Aucun plafond hebdomadaire n'a été défini pour les activités de conseil. Elles sont toutefois, dans tous les cas, requises pour une durée déterminée.

En milieu stationnaire, la personne dépendante a droit à la prise en charge des aides et soins pour les actes essentiels de la vie jusqu'à 24,5 heures par semaine. Cette limite peut être portée à 31,5 heures par semaine en cas de nécessité constatée par la Cellule d'Evaluation et d'Orientation. La personne en établissement peut aussi, à l'instar de la personne dépendante à domicile, bénéficier de tâches domestiques et d'activités de soutien.

Graphique 5. - Le coût des aides et soins selon le lieu de séjour du bénéficiaire 1)





<sup>&</sup>lt;sup>2)</sup> < 50 000 EUR.

Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Prestations spécifiques au maintien à domicile.

<sup>&</sup>lt; 50 000 EUR.

Dans le cadre du maintien à domicile, on relève une importante augmentation des prestations pour les actes essentiels de la vie entre 2003 et 2005. On peut avancer deux facteurs d'explication de cette augmentation, à savoir l'évolution du nombre des bénéficiaires et l'augmentation de la valeur monétaire accordée aux prestataires des réseaux d'aides et des soins.

Toutefois, on constate qu'en établissement également, les actes essentiels de la vie constituent le poste de dépenses le plus important (en moyenne 68,4% des prestations payées pour le milieu stationnaire). Viennent ensuite les activités de soutien (en moyenne 24,9% de l'ensemble des dépenses en établissement) et enfin les tâches domestiques (en moyenne 6,6% de l'ensemble).

Vu l'importance des dépenses pour les actes essentiels de la vie et les activités de soutien dans le total des prestations en natures prestées, on procède à une analyse plus approfondie sur ces deux groupes de prestation.

Par définition, les actes essentiels de la vie sont des actes relevant des domaines de l'hygiène corporelle, de la mobilité et de la nutrition.

Tableau 50. - Le coût des actes essentiels de la vie selon l'âge du bénéficiaire 1) (en millions EUR)

Groupes d'âge	Nutrition	En % du total	Mobilité	En % du total	Hygiène corporelle	En % du total	Prestations forfaitaires	En % du total
				2003				
0-18	0,2	0,9%	0,3	0,6%	0,3	0,6%	0,3	1,8%
19-39	1,2	5,6%	1,8	3,4%	2,0	3,7%	0,2	1,0%
40-59	1,6	7,7%	2,8	5,3%	3,2	5,9%	0,6	3,6%
60-69	1,1	5,1%	2,6	5,1%	2,9	5,4%	0,8	4,5%
70-79	3,4	15,8%	9,2	17,7%	9,7	18,1%	2,4	14,3%
80-89	6,8	32,1%	18,2	35,1%	19,0	35,6%	2,6	15,2%
>= 90	4,4	20,5%	10,6	20,3%	11,1	20,7%	0,6	3,6%
TOTAL	18,7	87,7%	45,4	87,5%	48,1	90,0%	7,4	44,0%
				2004				
0-18	0,2	1,0%	0,3	0,6%	0,3	0,6%	0,7	4,2%
19-39	1,3	5,9%	1,8	3,6%	2,0	3,7%	0,3	1,8%
40-59	1,9	9,1%	3,2	6,1%	3,6	6,7%	1,1	6,8%
60-69	1,3	6,0%	3,2	6,2%	3,4	6,4%	1,8	10,6%
70-79	3,7	17,5%	10,5	20,3%	10,8	20,2%	5,4	31,7%
80-89	7,7	36,2%	20,7	39,8%	21,0	39,3%	6,0	35,6%
>= 90	5,2	24,3%	12,1	23,4%	12,3	23,1%	1,6	9,3%
TOTAL	21,3	100,0%	51,9	100,0%	53,4	100,0%	16,9	100,0%
				2005				
0-18	0,2	1,0%	0,4	0,7%	0,4	0,7%	0,4	3,1%
19-39	1,6	6,5%	2,3	3,7%	2,4	4,0%	0,3	2,2%
40-59	2,4	9,8%	3,8	6,2%	4,2	7,1%	0,7	6,4%
60-69	1,5	6,0%	3,7	6,1%	3,7	6,3%	1,3	11,4%
70-79	4,2	17,4%	12,2	20,1%	12,0	20,2%	3,9	33,3%
80-89	9,1	37,3%	24,6	40,5%	23,4	39,5%	4,2	35,7%
>= 90	5,4	22,0%	13,8	22,8%	13,2	22,2%	0,9	7,9%
TOTAL	24,3	100,0%	60,8	100,0%	59,4	100,0%	11,7	100,0%

<sup>1)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

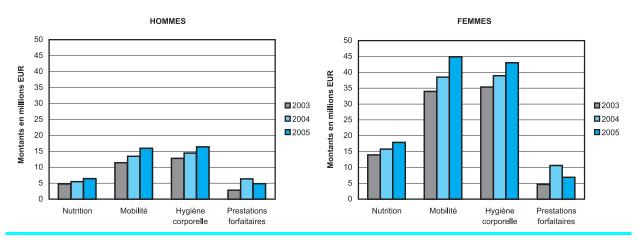
Les prestations forfaitaires regroupent toutes les prestations remboursées de façon globale. On y retrouve notamment les paiements rétroactifs et les paiements effectués sur base de la facturation dite "simplifiée". Il n'est dès lors pas possible de ventiler ces dépenses selon les trois grands domaines des actes essentiels de la vie.

Le groupe d'âge où l'on constate les dépenses les plus importantes est celui de 80 à 89 ans. En 2005 les dépenses pour ce groupe représentent en moyenne 38,3% du coût total des actes essentiels de la vie.

En ce qui concerne la répartition entre les domaines, on remarque que le domaine de l'hygiène corporelle représente les dépenses les plus élevées. Les dépenses pour le domaine de la nutrition sont les moins importantes. Ce sont, en effet, des prestations qui sont requises pour un plus petit nombre de bénéficiaires.

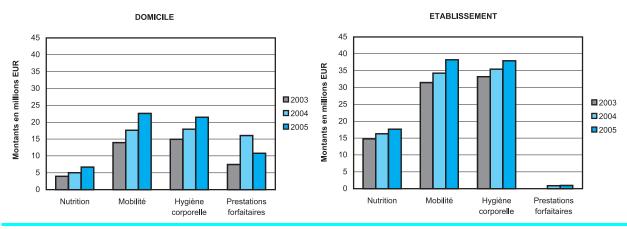
Les graphiques suivants illustrent l'évolution du coût des actes essentiels de la vie par sexe et lieu de séjour des bénéficiaires.

Graphique 6. - Le coût des actes essentiels de la vie selon le sexe du bénéficiaire 1)



<sup>1)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Graphique 7. - Le coût des actes essentiels de la vie selon le lieu de séjour du bénéficiaire 1)



<sup>1)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Les activités de soutien ont pour objectif d'intervenir auprès de la personne dépendante pour lui permettre de mieux assumer les actes essentiels de la vie. Elles poursuivent aussi l'objectif de permettre à l'entourage de la personne de trouver un répit régulier et organisé dans la prise en charge.

Tableau 51. - Evolution du coût des activités de soutien 1) (en millions EUR)

				Variation en %		
Type de soutien	2003	2004	2005	2003/2004	2004/2005	
Surveillance/garde	5,1	6,4	8,2	25,1%	29,2%	
Sortie	1,0	2,8	4,2	178,9%	51,8%	
Activité de groupe spécialisé	31,1	37,4	41,4	20,3%	10,6%	
Soutien individuel	3,4	5,0	6,6	48,3%	31,4%	
TOTAL	40,6	51,6	60,5	27,1%	17,1%	

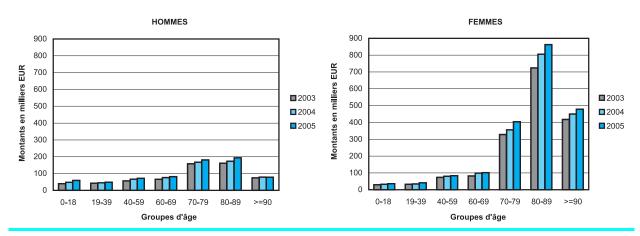
<sup>1)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Les dépenses pour les activités de soutien continuent à accroître à un rythme élevé : elles ont augmenté en 2004 de 27,1% et en 2005 de 17,1%. Le coût le plus important se rapporte aux activités de groupe spécialisé. Il représente en 2005 68,4% de l'ensemble des dépenses pour les activités de soutien.

## Les produits nécessaires aux aides et soins

La prise en charge des produits nécessaires aux aides et soins est basée sur le paiement d'une somme forfaitaire à la personne dépendante qui lui permet de s'acheter les produits respectifs (essentiellement des alèses et des couches de protection pour soins d'incontinence).

Graphique 8. - Le coût des produits nécessaires aux aides et soins par âge et sexe du bénéficiaire 1)



<sup>1)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Les dépenses les plus importantes pour les produits nécessaires aux aides et soins se rapportent au groupe des femmes. Ces chiffres représentent en moyenne 73,9% du coût annuel. De plus, on constate que les niveaux des dépenses sont quasi-équivalents pour les deux sexes jusqu'à l'âge de 69 ans. Au-delà de 70 ans, les dépenses explosent pour les femmes, essentiellement en raison de leur prépondérance dans la population dépendante.

Les dépenses les plus élevées pour les produits nécessaires aux aides et soins sont associées aux deux groupes d'âge 70-79 et 80-89 chez les hommes et au groupe d'âge 80-89 chez les femmes.

## Les aides techniques

Les aides techniques sont accordées gratuitement aux personnes dépendantes. L'assurance dépendance prend en charge le coût de la location ou de l'éventuelle acquisition.

Tableau 52 Evolution du coût des aides techniques <sup>1)</sup> (en millions EUR)								
				Variation en %				
Mise à disposition	2003	2004	2005	2003/2004	2004/2005			
Location	2,9	3,6	4,2	23,6%	16,1%			
Acquisition 2)	2,2	3,5	3,5	61,7%	-1,5%			
TOTAL	5,1	7,2	7,7	39,8%	7,4%			

Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
 Acquisition nouvelle au cours de l'année sous revue.

encore de 7,4%.

Tout comme les autres types de prestations, les aides techniques se caractérisent également par des dépenses en hausse continue. Pour l'année 2004, elles affichent une croissance fulgurante de 39,8%, en 2005 elles augmentent

La répartition des dépenses en fonction de la mise à disposition des aides techniques est quasi-égalitaire : en moyenne 45,7% des dépenses relèvent de l'achat d'appareils.

Tableau 53 Evolution du coût des aides techniques: répartition selon la norme internationale ISO <sup>1)</sup> (en EUR)							
Code ISO	Libellé - ISO	2003	2004	2005			
0300	Aides pour les traitements et l'entrainement						
0318	Aides pour doser les médicaments		133,9				
0333	Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels antiescarres)	320 689,3	395 782,8	480 621,0			
0348	Equipements pour l'apprentissage du mouvement, de la force et de l'équilibre	43 283,3	50 123,4	49 727,9			
SOUS-TOTAL		363 972,6	446 040,0	530 348,9			
0900	Aides pour les soins personnels et la protection						
0903	Vêtements et chaussures	679,4	1 906,2	12 128,2			
0906	Aides de protection portées sur le corps	7 945,9	10 885,6	12 755,4			
0909	Aides pour s'habiller et se déshabiller	1 157,9	909,4	587,9			
0912	Aides pour l'hygiène	74 251,6	101 381,2	79 344,6			
0927	Collecteurs d'urine	216,9	137,8	76,4			
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher	211 866,8	277 728,6	524 019,7			
0936	Aides pour manicure et pédicure	39,2	16,6	11,0			
0939	Aides pour les soins des cheveux	96,0	39,0	63,1			
0942	Aides pour les soins des dents	89,2	100,2				
0945	Aides pour se raser et miroirs	39,9	504,3	213,1			
SOUS-TOTAL		296 382,8	393 608,7	629 199,5			
1200	Aides pour la mobilité personnelle						
1203	Aides de marche manipulées par un bras	2 397,8	3 298,8	2 027,4			
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)	58 548,8	78 816,6	68 551,7			
1207	Accessoires pour aides de marche						
1212	Adaptations pour voitures automobiles	193 722,8	309 521,8	317 127,8			
1215	Cyclomoteurs	7 649,9	7 202,8	6 244,2			
1218	Cycles	23 809,6	29 312,9	43 536,2			
1221	Fauteuils roulants	1 623 402,8	1 875 980,7	2 167 293,8			
1224	Accessoires de fauteuils roulants	330 602,2	549 260,7	709 979,3			
1227	Véhicules	25 481,8	33 679,3	31 073,6			
1230	Aides pour le transfert	14 490,5	29 017,6	27 546,2			
1233	Aides pour tourner	198,0	1 004,2	135,4			
1236	Aides pour lever	109 056,3	132 781,4	145 329,4			
1239	Aides pour s'orienter	148,8	2 879,8	3 797,4			
SOUS-TOTAL		2 389 509,3	3 052 756,6	3 522 642,1			
1500	Aides pour les activités domestiques						
1503	Aides pour préparer la nourriture et les boissons	1 180,9	2 784,6	1 356,2			
1509	Aides pour manger et boire	3 802,9	3 651,2	1 804,0			
1515	Aides pour la confection et l'entretien du linge	139,9	6,2	58,8			
SOUS-TOTAL		5 123,7	6 441,9	3 219,0			
1800	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles						
1803	Tables	2 545,8	3 288,9	4 468,6			
1806	Equipements d'éclairage	632,4	1 047,1	665,5			
1809	Mobilier d'assise	88 583,0	48 983,5	67 542,3			
1812	Lits	385 287,5	455 938,3	466 617,2			
1815	Aides pour régler la hauteur du mobilier	1 416,6	15 476,4	5 781,0			
1818	Dispositifs de soutien	73 407,3	124 488,5	128 227,1			
1821	Dispositifs d'ouverture et de fermeture de portes, de fenêtres et de rideaux	12 995,5	29 323,5	37 960,7			
1827	Echelles et escabeaux	403,2	811,4	432,0			
1830	Dispositifs de changement de niveau	1 238 526,7	2 122 338,1	1 811 317,9			
1833	Barrières de sécurité			4 199,2			
SOUS-TOTAL		1 803 798,0	2 801 695,7	2 527 211,5			

294,7

23 548.5

7 681 987.4

Tableau 53. - Evolution du coût des aides techniques: répartition selon la norme internationale ISO 1) (en EUR) 2100 Aides pour la communication, l'information et la signalisation 2103 Aides optiques 16 261,2 31 000.8 43 080.6 96 987 9 212 673 0 159 794 8 2106 Aides électro-optiques 83 055 1 2109 Dispositifs d'entrée et de sortie et accessoires pour ordinateurs, machines à écririe 44 747 1 76 823 7 2112 18 504,2 10 881,0 17 201,3 2115 Machines à écrire et de traitements de textes 28 588,3 4 529,7 2124 Aides pour dessiner et écrire 213.0 1 098.0 13,0 2127 Aides de lecture non optiques 6 759.5 5 913.4 5 594.0 2130 Magnétophones et récepteurs radio 589.2 3 603.7 5 813.5 8 069.3 2136 Téléphones et aides pour téléphoner 3 926.1 9 280.8 2 488.0 2139 Sytèmes de transmission de son 41 335,9 34 092,8 110 137,6 Aides pour la communication face-à-face 2142 510,6 855,0 2 134,5 2145 Aides autitives Aides de signalisation et d'indication 10 406,5 9 476,3 9 720,1 Systèmes d'alarmes 2151 SOUS-TOTAL 243 255,7 427 085,6 445 817,9 2400 Aides pour manipuler les produits et les biens 2404 Matériels et outils de marquage 76,6 967,2 24,7 2406 Aides pour manipuler les récipients 280.5 300.4 204.7 2409 Manettes et dispositifs de commande 799.2 3 188,8 326,0 2412 Systèmes de contrôle de l'environnement 8 158.5 13 581,4 17 622.1 156.6 1 728.0 3 103.8 2418 Aides pour compenser et/ou pour remplacer la fonction du bras, de la main et/ou des doigts 2421 2 460,6 4 447,7 1 816,8 Aides pour saisir à distance 2427 730,7 463,0 155,7

Aides pour porter et transporter (à roulettes)

2436

TOTAL

SOUS-TOTAL

Les aides techniques les plus fréquemment utilisées sont les aides pour la mobilité personnelle (en moyenne 44,9% du total des dépenses pour aides techniques). En second lieu viennent les aménagements et adaptations des maisons et immeubles (en moyenne 35,8% du coût des aides techniques utilisées) et notamment les dispositions de changement de niveau et les lits. Parmi les aides pour le traitement et l'entraînement, les aides pour la prévention de pressions douloureuses occupent une place importante avec une part du coût de 89,2% en moyenne de cette classe.

51,6

12 714,3

5 114 756.4

306,0

24 982.5

7 152 610.9

### Les adaptations du logement

En cas de maintien à domicile, des adaptations du logement peuvent être prises en charge par 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. Ces adaptations sont accordées sur avis de la CEO, selon les modalités et limites fixées par règlement grand-ducal.

Tableau 54. - Le coût des adaptations du logement par âge et sexe du bénéficiaire 1) (en milliers EUR)

		2003			2004			2005	
Groupes d'âge	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0-18	65,6	70,4	136,0	66,1	67,1	133,2	33,5	23,1	56,6
19-39	25,2	0,0	25,2	2,2	44,6	46,9	0,0	14,3	14,3
40-59	48,2	18,9	67,1	44,5	58,8	103,3	18,9	65,4	84,4
60-69	22,3	41,1	63,4	91,8	7,7	99,5	64,1	30,0	94,0
70-79	29,4	37,3	66,8	15,7	55,9	71,6	62,2	35,2	97,4
80-89	24,7	56,4	81,1	93,9	60,3	154,2	45,7	83,9	129,5
>=90				-	7,2	7,2	5,2	-	5,2
TOTAL	215,4	224,2	439,6	314,3	301,5	615,8	229,6	251,8	481,4

<sup>1)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

<sup>1)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Les statistiques sur les adaptations du logement présentées dans le tableau précédent ne permettent pas de dégager une évolution nette au cours du temps. Elles affichent des fluctuations en sens divers.

La majorité des bénéficiaires des adaptations du logement sont des personnes dépendantes jeunes (âgées de moins de 18 ans) et très âgées (groupe d'âge de 80-89 ans). Exception fait l'année 2005. Celle-ci se caractérise par une dépense importante pour le groupe d'âge 80-89, suivi des personnes âgées de 40 à 79. La population jeune affiche un coût annuel beaucoup plus faible : 11,8% du total et une régression de 57,5% par rapport à 2004.

Les prestations en espèces et le plan de partage

Conformément à l'article 354 du CAS, 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 une prestation en espèces.

Les prestations en espèces sont destinées à permettre à la personne dépendante de se procurer les aides et soins nécessaires auprès de son entourage.

Le montant de la prestation en espèces s'élève à la moitié de la valeur de la prestation en nature qu'elle remplace. Elle n'est pas soumise aux charges fiscales et sociales. Elle est payée après le mois pour lequel elle est due.

Le droit à la prestation en espèces touchée la semaine précédent une hospitalisation est maintenu pendant les trois semaines qui suivent l'admission dans l'hôpital.

La possibilité de remplacement de la prestation en nature aboutit à trois formes d'octroi de prestations :

- l'octroi de prestations en nature uniquement ;
- l'octroi de prestations en espèces uniquement ;
- l'octroi de prestations en nature et de prestations en espèces.

Tableau 55 Répartition des prestations à domicile par type de partage et sexe du bénéficiaire 1) 2) (en millions EUR)						
Type de prestation	2003	2004	2005			
Prestations en nature uniquement	18,6	29,2	35,3			
- Hommes	7,5	12,2	14,4			
- Femmes	11,1	17,0	20,9			
Prestations en espèces uniquement	16,0	16,0	19,7			
- Hommes	6,8	6,9	8,7			
- Femmes	9,3	9,1	11,0			
Prestations combinées dont	52,3	70,6	77,4			
- Hommes	18,5	24,6	26,7			
- Femmes	33,8	46,1	50,7			
- Prestations en nature	14,9	51,4	56,8			
- Hommes	5,5	17,5	19,3			
- Femmes	9,5	33,8	37,5			
- Prestations en espèces	37,4	19,3	20,6			
- Hommes	13,0	7,1	7,4			
- Femmes	24,4	12,2	13,2			
TOTAL dont	86,9	115,8	132,5			
- Hommes	32,8	43,7	49,8			
- Femmes	54,2	72,1	82,7			
- Prestations en nature	33,5	80,5	92,2			
- Hommes	13,0	29,7	33,7			
- Femmes	20,5	50,8	58,4			
- Prestations en espèces	53,4	35,3	40,3			
- Hommes	19,8	14,0	16,1			
- Femmes	33,6	21,3	24,2			

Sont considérées les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques.

<sup>2)</sup> Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Les dépenses pour les bénéficiaires demandant uniquement une prestation en espèces sont peu élevées: elles représentent en 2005 14,9% de l'ensemble des prestations dépensées. 58,4% sont dépensés sous forme de prestations combinées.

En ce qui concerne les prestations combinées, on observe une croissance moyenne de 21,7% sur la période 2003 à 2005. Entre 2004 à 2005, la croissance représente 9,6%.

Lorsqu'on compare la répartition des prestations selon le sexe des bénéficiaires, on remarque que les dépenses pour les femmes sont nettement plus importantes, et ceci essentiellement en raison du nombre de femmes prises en charge. Toutefois, cette supériorité des dépenses pour les femmes se remarque davantage en ce qui concerne les prestations combinées.

Les mesures à l'égard de l'aidant informel

Une analyse de l'impact financier des mesures à l'égard de l'aidant informel sur les dépenses totales de l'assurance dépendance sera présentée dans le chapitre consacré aux prestataires.

# 3. Les causes de la dépendance

L'objet de l'assurance dépendance dans la loi du 19 juin 1998 est la réponse 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 <u>cause médicale</u> : 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 médicale prévoit de retenir cinq diagnostics<sup>1)</sup> à la base de la dépendance.

Ces diagnostics sont ordonnés selon l'importance de 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 cinq autres diagnostics qui n'ont pas nécessairement un lien direct avec la dépendance. Dans le cadre de l'évaluation médicale, l'état de santé du demandeur peut ainsi être décrit par dix diagnostics.

Les données reprises ici font référence au diagnostic retenu pour être la cause principale de la dépendance.

On a choisi de présenter les données sous deux formes de classification. Dans les premiers tableaux, les diagnostics sont regroupés selon les chapitres de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes établie par l'organisation mondiale de la santé (OMS). Ces tableaux permettent d'avoir une vision relativement détaillée des différentes causes de la dépendance et permettront ultérieurement des comparaisons internationales.

Les tableaux suivants font appel à une classification conçue par les médecins de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation. Elle permet de mettre davantage en évidence les diagnostics pertinents pour le domaine de la dépendance.

On rappelle que les tableaux présentés portent sur les bénéficiaires de l'assurance dépendance en vie au 31 décembre 2006.

<sup>1)</sup> Tous les diagnostics établis par les évaluations médicales sont codés selon le code ICD10 - classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes - organisation mondiale de la santé, Genève, 1997, 10e révision.

## 3.1. Les causes de la dépendance d'après la classification CIM10

								_
Classification CIM 10	0-19	20-39	40-59	60-69	70-79	80-89	>=90	TOTA
Chapitre I.								
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0,9%	0,8%	0,7%	0,7%	0,8%	0,5%	0,3%	0,6%
Chapitre II.								
Tumeurs	0,9%	0,5%	2,7%	1,7%	2,0%	1,1%	0,8%	1,4%
Chapitre III.								
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	-	-	0,1%	0,1%	0,1%	-	-	0,0%
Chapitre IV.								
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et nétaboliques	1,7%	0,5%	1,6%	3,2%	2,3%	0,8%	0,3%	1,4%
Chapitre V.								
roubles mentaux et du comportement	22,5%	14,7%	19,4%	18,3%	20,7%	24,7%	26,3%	22,4%
Chapitre VI.								
Maladies du système nerveux	25,8%	25,5%	28,8%	28,5%	22,0%	13,6%	6,2%	18,5%
Chapitre VII.								
Maladies de l'œil et de ses annexes	1,2%	4,4%	3,1%	3,9%	3,5%	3,5%	5,3%	3,6%
Chapitre VIII.								
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1,2%	9,5%	3,8%	1,3%	0,7%	0,5%	0,9%	1,4%
Chapitre IX.								
Maladies de l'appareil circulatoire	0,2%	0,3%	1,4%	4,2%	5,1%	5,2%	4,0%	4,0%
Chapitre X.	,	.,	,	,	.,	.,	,	,
Maladies de l'appareil respiratoire	0,2%	_	0,5%	2,2%	1,4%	1,2%	0,6%	1,19
Chapitre XI.	0,270		0,070	2,270	1,470	1,270	0,070	1,17
•		_	0.50/	0.70/	0.20/	0.10/	_	0.20
Maladies de l'appareil digestif	-	-	0,5%	0,7%	0,3%	0,1%	-	0,2%
Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous- utané	0,2%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	-	0,19
Chapitre XIII.								
Maladies du système ostéo-articulaire, des nuscles et du tissu conjonctif	0,3%	0,8%	4,2%	8,6%	13,4%	18,7%	20,9%	13,6%
Chapitre XIV.								
•	0,2%	0,0%	0,2%	0,7%	0,3%	0,3%	0,0%	0,29
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,276	0,076	0,270	0,7 70	0,370	0,370	0,070	0,27
Chapitre XV.								
Grossesse, accouchement et puerpéralité	-	-	-	-	-	-	-	
Chapitre XVI.  Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	2,4%	0,5%	0,4%	0,0%	0,1%	-	-	0,2%
Chapitre XVII.								
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	26,7%	11,6%	3,5%	0,9%	0,2%	0,1%	0,0%	2,8%
Chapitre XVIII.								
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés	2,1%	0,5%	3,0%	6,2%	10,2%	13,3%	18,1%	10,4%
illeurs								
Chapitre XIX.  Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	1,9%	2,8%	5,1%	3,4%	3,0%	4,3%	5,2%	3,9%
Chapitre XX.								
Causes externes de morbidité et de mortalité	_	_	_					
	-	-	-	-	-	-	-	
Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de ecours aux services de santé	0,2%	0,5%	2,8%	3,5%	2,3%	1,4%	1,5%	1,8%
Absence de codification	11,5%	26,8%	17,9%	11,8%	12,0%	10,8%	9,6%	12,4%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	.,	,	,	,	,	,	,	, . ,
Nombre de bénédiciaires	581	388	808	743	1 988	3 126	1 169	8 803

D'après le classification CIM 10 (Classification Internationale des Maladies 10e édition - OMS).
 Situation au 31 décembre 2006.
 Données provisoires.

Tableau 57. - Causes de la dépendance: répartition des bénéficiaires par sexe et cause principale de la dépendance 1) 2) 3) (en % du total) Classification CIM 10 Hommes Femmes TOTAL Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires 0,6% 0,6% 0,6% Chapitre II. Tumeurs 1,9% 1,2% 1,4% Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles 0,1% 0,0% du système immunitaire Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques 1.1% 1.5% 1.4% Chapitre V. 20,0% 23,6% 22,4% Troubles mentaux et du comportement Chapitre VI. Maladies du système nerveux 25,3% 15,1% 18,5% Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes 3,3% 3,8% 3,6% Chapitre VIII. Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde 1,6% 1.3% 1.4% Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire 4,2% 4,0% 4.0% Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire 0,9% 1.1% 1.4% Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif 0,3% 0,1% 0,2% Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané 0,0% 0,1% 0,1% Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu 6,1% 17,3% 13,6% conionctif Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire 0,3% 0,2% 0,2% Chapitre XV. Grossesse, accouchement et puerpéralité Chapitre XVI. Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale 0,4% 0,1% 0.2% Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques 4,3% 2,0% 2,8% Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs 9.1% 11,1% 10.4% Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres 3,2% 4,2% 3,9% conséquences de causes externes Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de 1,1% 1,8% 3,1% 12,4% Absence de codification 13,7% 11,7%

100,0%

2 931

Nombre de bénédiciaires

TOTAL

100,0%

5 872

100,0%

8 803

D'après le classification CIM 10 (Classification Internationale des Maladies 10e édition - OMS). Situation au 31 décembre 2006.

Données provisoires.

Tableau 58. - Causes de la dépendance: répartition des bénéficiaires par lieu de séjour et cause principale de la dépendance 1) 2) 3) (en % du total)

Classification CMN 10	·			
Carbanite reliable infectiouse of parasitaires   0,4%   0,7%   0,7%   1,7%		Etablissement	Domicile	TOTAL
Paper   Pape	-			
Temper   1,70%   1,7	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0,4%	0,7%	0,6%
Chapitre III.   Maide de dia engre de organes hématopolétiques et certains troubles du sengre du sengre de organes hématopolétiques et certains troubles du sengre du sengre hématopolétiques et certains troubles du système nembratian (1998) (1998	Chapitre II.			
Malacide du aerg et dea organes hématopolétiques et certains troubles du système munuitaire   Chapitre V.		0,7%	1,7%	1,4%
Chaptire V   Cha	Chapitre III.			
Malacidies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques         0.8%         1,7%         1,4%           Chapitre VI.           Troubles mentaux et du comportement         38,4%         15,4%         22,4%           Chapitre VI.           Malacidies du système nerveux         4,6%         2,0%         4,4%         3,8%           Chapitre VII.         4,4%         3,8%         1,4%         2,0%         1,4%         3,8%           Chapitre VII.         4,4%         3,8%         4,4%         3,8%         4,4%         3,8%           Chapitre VI.         4,4%         4,4%         3,8%         4,4%         3,8%         4,4%         3,8%         4,4%         3,8%         1,4%         1,4%         4,4%         3,8%         1,4%         1,4%         1,4%         1,4%         1,4%         1,4%         1,4%         1,4%         1,4%         1,4%         1,4%         1,4%         1,4%         1,4%         1,4%         3,8%         1,4%         3,6%         3,6%         1,4%         3,6%         1,4%         3,6%         1,4%         3,6%         1,4%         3,6%         1,4%         3,6%         1,4%         3,6%         1,4%         3,6%         3,6%         3,2%         3,2%         <		-	0,1%	0,0%
Chapitre V.         36,4%         15,4%         28,4%           Chapitre VI.         Wallacides du système nerveux         14,6%         20,4%         18,5%           Chapitre VII.         Wallacides de l'oreille et de sea sanexes         2,0%         4,4%         3,6%           Chapitre VII.         Wallacides de l'oreille et de l'apophyse mastoide         3,1%         1,9%         1,4%           Chapitre X.         Wallacides de l'oreille et de l'apophyse mastoide         3,1%         4,5%         4,0%         1,4%           Chapitre X.         Wallacides de l'apopreil circulatoire         3,1%         4,5%         4,0%         1,1%           Chapitre X.         Malacides de l'appareil respiratoire         0,7%         1,2%         1,1%         1,1%           Chapitre X.I.         4,0%         0,2%         0,2%         1,2% <t< td=""><td>-</td><td></td><td></td><td></td></t<>	-			
Troubles mentaux et du comportement   14,69%   20,49%   15,59%   20,49%   18,59%   14,69%   20,49%   18,59%   14,69%   20,49%   18,59%   14,69%   20,49%	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0,8%	1,7%	1,4%
Chapitre VI.   Maladies do l'osil et de ses annexes   2,0%   20,4%   3,8%   20,5%	Chapitre V.			
Malacides du système nerveux         14,8%         20,4%         18,5%           Chapitre VII.         30,0%         4,4%         3,0%           Malacides de l'ceille de ses annexes         2,0%         4,4%         3,0%           Chapitre VIII.         4,4%         3,0%         1,4%           Malacides de l'appareil criculatoire         0,4%         1,5%         4,0%           Chapitre X.         4,5%         4,0%         4,0%           Chapitre XI.         4,0%         1,2%         1,1%           Malacides de l'appareil depetif (papareil (papareil (papareil depetif (papareil (papareil (papareil (pap		36,4%	15,4%	22,4%
Chapitre VI.   Maladies de l'aile de sea annexes   2,0%   4,4%   3,6%   1,6%	•			
Maladies de l'œil et de ses annexes         2,0%         4,4%         3,6%           Chajtre VIII.         4,0%         1,9%         1,4%           Maladies de l'epaphyse mastoide         0,4%         1,9%         1,4%           Chaptre X.         Maladies de l'appareil circulatoire         3,1%         4,5%         4,0%           Chaptre X.         1,2%         1,2%         1,1%         1,1%           Chaptre XII.         0,2%         0,2%         0,2%         0,2%         0,2%         0,1%         0,2% </td <td></td> <td>14,6%</td> <td>20,4%</td> <td>18,5%</td>		14,6%	20,4%	18,5%
Chapitre VIII.   Maladies de l'orelité et de l'apophyse mastoide   0.4%   0.4%   1.9%   1.9%   1.4	-			
Maladice de l'oneille et de l'apophyse mastoide         0.4%         1.9%         1.4%           Chapitre IX.         3.1%         4.5%         4.0%           Chapitre X.         1.2%         1.1%           Maladices de l'appareil respiratoire         0.7%         1.2%         1.1%           Chapitre XI.         0.2%         0.2%         0.2%           Maladices de l'appareil digestif         0.0%         0.1%         0.7%           Chapitre XII.         Maladices de l'appareil digestif         0.0%         0.1%         0.7%           Chapitre XII.         Maladices de l'appareil digestif         0.0%         0.1%         0.7%           Chapitre XII.         13.3%         13.8%         13.6%         0.2%           Maladices du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif         0.0%         0.3%         0.2%           Chapitre XII.         Totapitre XII.         0.3%         0.2%         0.2%           Chapitre XII.         5         0.3%         0.2%         0.2%           Chapitre XVII.         5         0.3%         0.2%         0.2%           Chapitre XVII.         5         0.3%         0.2%         0.2%           Chapitre XVII.         5         0.3% <td< td=""><td></td><td>2,0%</td><td>4,4%</td><td>3,6%</td></td<>		2,0%	4,4%	3,6%
Chapitre IX.   Maladies de l'appareil circulatoire   3.1%   4.5%   4.0	•			
Maladies de l'appareil circulatoire         3,1%         4,5%         4,0%           Chapitre X.         1,2%         1,1%           Maladies de l'appareil respiratoire         0,7%         0,2%         0,2%           Chapitre XII.         0,0%         0,1%         0,2%           Chapitre XIII.         0,0%         0,1%         0,1%           Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané         0,0%         0,1%         0,1%           Chapitre XIII.         Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif         0,0%         0,3%         0,2%           Chapitre XII.         0,1%         0,3%         0,2%         0,2%           Chapitre XIV.         0,1%         0,3%         0,2%         0,2%           Chapitre XIV.         0         0,3%         0,2%<	* * *	0,4%	1,9%	1,4%
Chapitre X.   Chapitre S.	•			
Maladies de l'appareil respiratoire         0,7%         1,2%         1,1%           Chapitre XI.         0,2%         0,2%         0,2%           Chapitre XII.         0,0%         0,1%         0,2%           Chapitre XIII.         0,0%         0,1%         0,1%           Chapitre XIII.         0,0%         13,8%         13,8%         13,6%           Chapitre XVI.         0,1%         0,3%         0,2%           Chapitre XVI.         0,1%         0,3%         0,2%           Chapitre XVI.         0,3%         0,2%         0,2%           Chapitre XVI.         0,3%         0,2%         0,2%           Chapitre XVII.         0,3%         0,2%         0,2%           Chapitre XVII.         0,3%         0,3%         0,2%           Chapitre XVII.         0,3%         0,3%         0,2%           Chapitre XVII.         0,3%         0,1%         0,3%         0,3%           Chapitre XVII.         0,3%         0,1%         0,3%	• •	3,1%	4,5%	4,0%
Chapitre XI.   Maladies de l'appareil digestif   0.2%	•			
Maladies de l'appareil digestif         0,2%         0,2%         0,2%           Chapitre XII.         Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané         0,0%         0,1%         0,1%           Chapitre XIII.         Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif         13,3%         13,8%         13,6%           Chapitre XIV.         13,3%         0,3%         0,2%         0,2%           Chapitre XIV.         0,1%         0,3%         0,2%           Chapitre XV.         0,1%         0,3%         0,2%           Chapitre XV.         0,1%         0,3%         0,2%           Chapitre XV.         0         0,3%         0,2%           Chapitre XVI.         0         0,3%         0,2%           Chapitre XVII.         0         0,1%         0,3%         0,2%           Chapitre XVII.         0         4,1%         2,8%           Chapitre XVIII.         0         9,7%         10,4%           Chapitre XIX.         0         9,7%         10,4%           Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes         0         4,1%         3,9%           Chapitre XX.         0         4,1%         3,9%         1,2%		0,7%	1,2%	1,1%
Chapitre XII.  Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané  Chapitre XIII.  Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif  Chapitre XIII.  Maladies de l'appareil génito-urinaire  Chapitre XIV.  Grossesse, accouchement et puerpéralité  Chapitre XV.  Grossesse, accouchement et puerpéralité  Chapitre XVI.  Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale  Chapitre XVII.  Malformations congénitales et anomalies chromosomiques  Chapitre XVII.  Symptones, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs  Chapitre XVIII.  Symptones, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs  Chapitre XIII.  Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres  Chapitre XII.  Éassons traumatiques, empoisonnements et certaines autres  Chapitre XII.  Cause sextemes de morbidité et de mortalité  Chapitre XII.  Cause sextemes de morbidité et de mortalité  Chapitre XII.  Cause sextemes de morbidité et de mortalité  Chapitre XII.  Cause sextemes de morbidité et de mortalité  Chapitre XII.  Cause sextemes de morbidité et de mortalité  Chapitre XII.  Cause sextemes de morbidité et de mortalité  Chapitre XII.  Chapitre XII.  Cause sextemes de morbidité et de mortalité  Chapitre XII.  Cause sextemes de morbidité et de mortalité  Chapitre XII.  Chapitre XIII.  Chapitre	-			
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané 0,0% 0,1% 0,1% Chapitre XIII.  Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif conjonctif de graphareil génitio-urinaire 0,1% 0,3% 0,3% 0,2% 0,2% Chapitre XIV.  Maladies de l'appareil génitio-urinaire 0,1% 0,3% 0,3% 0,2% 0,2% Chapitre XV.  Grossesse, accouchement et puerpéralité - 0,1% 0,3% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2		0,2%	0,2%	0,2%
Chapitre XIII.  Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif  Chapitre XIV.  Maladies de l'appareil génito-urinaire  0,1% 0,3% 0,2%  Chapitre XV.  Grossesse, accouchement et puerpéralité  10,1% 0,3% 0,2%  Chapitre XV.  Grossesse, accouchement et puerpéralité  10,1% 0,3% 0,2%  Chapitre XV.  Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale  Chapitre XVI.  Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale  Chapitre XVII.  Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classée ailleurs  Chapitre XVIII.  Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes  Chapitre XX.  Causes externes de morbidité et de mortalité  10,1% 1,2,1% 1,3,6%	•			
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif  Chapitre XIV.  Maladies de l'appareil génito-urinaire  0,1% 0,3% 0,2%  Chapitre XV.  Grossesse, accouchement et puerpéralité - 0,1% 0,3% 0,2%  Chapitre XVI.  Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale Chapitre XVI.  Certaines affections congénitales et anomalies chromosomiques Chapitre XVIII.  Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs  Chapitre XIX.  Causes externes de morbidité et de mortalité  - 0,3% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2% 0,3% 0,2% 0,2% 0,3% 0,2% 0,2% 0,3% 0,2% 0,2% 0,3% 0,2% 0,2% 0,3% 0,2% 0,2% 0,3% 0,3% 0,2% 0,3% 0,3% 0,2% 0,3% 0,3% 0,2% 0,3% 0,3% 0,2% 0,3% 0,3% 0,2% 0,3% 0,3% 0,2% 0,3% 0,3% 0,2% 0,3% 0,3% 0,3% 0,2% 0,3% 0,3% 0,3% 0,3% 0,3% 0,3% 0,3% 0,3	·	0,0%	0,1%	0,1%
Chapitre XIV.  Maladies de l'appareil génito-urinaire 0,1% 0,3% 0,2% 0,2% Chapitre XV.  Crossesse, accouchement et puerpéralité - C - C - Capitre XVI.  Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale - 0,3% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2% 0,2	•			
Maladies de l'appareil génito-urinaire 0,1% 0,3% 0,2% Chapitre XV.  Grossesse, accouchement et puerpéralité	conjonctif	13,3%	13,8%	13,6%
Chapitre XV.  Grossesse, accouchement et puerpéralité	•			
Grossesse, accouchement et puerpéralité Chapitre XVI.  Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale Chapitre XVII.  Malformations congénitales et anomalies chromosomiques Chapitre XVIII.  Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs  Chapitre XIX.  Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes  Chapitre XX.  Causes externes de morbidité et de mortalité Chapitre XXI.  Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé Absence de codification  100,0% 100,0% 100,0%		0,1%	0,3%	0,2%
Chapitre XVI.  Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale  - 0,3% 0,2% Chapitre XVII.  Malformations congénitales et anomalies chromosomiques 0,1% 4,1% 2,8% Chapitre XVIII.  Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs  Chapitre XIX.  Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes  Chapitre XX.  Causes externes de morbidité et de mortalité	•			
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale  Chapitre XVII.  Malformations congénitales et anomalies chromosomiques  Chapitre XVIII.  Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs  Chapitre XIX.  Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes  Chapitre XX.  Causes externes de morbidité et de mortalité  Chapitre XXI.  Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé  Absence de codification  TOTAL  100,0%  100,0%  0,1%  4,1%  9,7%  10,4%  10,4%  10,4%  10,4%  10,4%  10,4%  10,9%  10,9%  10,0%  100,0%		-	-	-
Chapitre XVII.  Malformations congénitales et anomalies chromosomiques 0,1% 4,1% 2,8%  Chapitre XVIII.  Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs  Chapitre XIX.  Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes  Chapitre XX.  Causes externes de morbidité et de mortalité				
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques 0,1% 4,1% 2,8% Chapitre XVIII.  Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs  Chapitre XIX.  Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes  Chapitre XX.  Causes externes de morbidité et de mortalité Chapitre XXI.  Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé  Absence de codification 10,8% 13,2% 100,0%		-	0,3%	0,2%
Chapitre XVIII.  Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs  Chapitre XIX.  Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes  Chapitre XX.  Causes externes de morbidité et de mortalité	-			
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs  Chapitre XIX.  Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes  Chapitre XX.  Causes externes de morbidité et de mortalité	-	0,1%	4,1%	2,8%
laboratoire, non classés ailleurs  Chapitre XIX.  Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes  Chapitre XX.  Causes externes de morbidité et de mortalité	•	11,7%	9,7%	10,4%
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes  Chapitre XX.  Causes externes de morbidité et de mortalité				
Chapitre XX.  Causes externes de morbidité et de mortalité  Chapitre XXI.  Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé  Absence de codification 100,0% 100,0% 100,0% 100,0%	Chapitre XIX.			
Causes externes de morbidité et de mortalité  Chapitre XXI.  Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé  Absence de codification  10,8%  100,0%  100,0%		3,4%	4,1%	3,9%
Chapitre XXI.           Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé         1,1%         2,1%         1,8%           Absence de codification         10,8%         13,2%         12,4%           TOTAL         100,0%         100,0%         100,0%	Chapitre XX.			
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé  1,1% 2,1% 1,8% 2,1% 1,8% 2,1% 1,8% 2,1% 10,0	Causes externes de morbidité et de mortalité	-	-	-
Santé         10,8%         13,2%         12,4%           TOTAL         100,0%         100,0%         100,0%	Chapitre XXI.			
TOTAL 100,0% 100,0% 100,0%		1,1%	2,1%	1,8%
	Absence de codification	10,8%	13,2%	12,4%
	TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%
100 mars de periodicianes 2 342 3 00 1 0 000	Nombre de bénédiciaires	2 942	5 861	8 803

D'après le classification CIM 10 (Classification Internationale des Maladies 10e édition - OMS). Situation au 31 décembre 2006. Données provisoires.

## 3.2. Les causes de la dépendance selon la classification établie par les médecins de la CEO

Les médecins de la CEO ont recodé les diagnostics de la classification internationale suivant une classification spécifique regroupant les diagnostics d'après leur pertinence pour le domaine de la dépendance<sup>1)</sup>:

- **Groupe1.** Démences et troubles des fonctions cognitives Cette catégorie regroupe tous les 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.
- **Groupe 2.** Troubles psychiatriques Cette catégorie regroupe tous les diagnostics se rapportant aux syndrômes dépressifs, névroses et psychoses, à l'exclusion des diagnostics de démence et de retard mental.
- **Groupe 3.** Maladies du système cardio-vasculaire et pulmonaire Cette catégorie regroupe tous les diagnostics ayant trait à l'insuffisance cardiaque et pulmonaire ainsi que toutes les autres affections du système cardio-pulmonaire.
- **Groupe 4.** Maladies du système nerveux Cette catégorie regroupe toutes les affections du système nerveux central (essentiellement les séquelles d'AVC (accidents vasculaires-cérébraux), les maladies de Parkinson, sclérose en plaques, paraplégies et paralysies infantiles) ou périphérique (essentiellement les polynévrites)).
- **Groupe 5.** Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental Cette catégorie regroupe tous les diagnostics ayant trait aux malformations congénitales, les retards du développement moteur ou mental ainsi que les anomalies chromosomiques.
- **Groupe 6.** Troubles ostéo-articulaires Cette catégorie regroupe toutes les maladies rhumatologiques et orthopédiques.
- **Groupe 7.** Troubles sensoriels.
- Groupe 8. Tumeurs malignes.
- Groupe 9. Autres On retrouve ici tous les diagnostics qui ne relèvent pas des autres catégories.

Sur base de cette classification, on peut distinguer trois grandes tendances dans les causes de dépendance:

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

En cumulant les effectifs de ces trois groupes, on retrouve 60% de la population des personnes dépendantes au 31 décembre 2006.

Les maladies du système ostéo-articulaire sont la première cause de dépendance. Elles concernent 23,0% des bénéficiaires au 31 décembre 2006. Elles sont suivies par les maladies du système nerveux et par la démence et troubles des fonctions cognitives.

Jusqu'en 2004, la première cause de dépendance avait été la démence et les troubles des fonctions cognitives.

En 2004, on a commencé à dénombrer davantage de personnes atteintes de maladies du système ostéo-articulaire.

L'hypothèse avait été émise que cette soudaine supériorité numérique des maladies du système ostéo-articulaire était probablement liée à la diminution des effectifs, relevée en 2004 dans les groupes d'âge supérieur à 79 ans et surtout à 89 ans et dès lors à la diminution relative des personnes atteintes de démence.

En 2005 et en 2006, malgré une stabilisation de ces classes d'âge, les maladies du système ostéo-articulaire restent la première cause et l'on peut dire que la tendance s'est même légèrement renforcée. Il y a lieu toutefois de relever la proportion importante des absences de codification.

<sup>1)</sup> Classification des diagnostics CIM10 pour les besoins de l'assurance dépendance.

Tableau 59 Causes de la dépendance: répartition des bénéficiaires par âge et diagnostic principal recodé <sup>1) 2) 3)</sup> (en % du total)								
Classification CEO	0-19	20-39	40-59	60-69	70-79	80-89	>=90	TOTAL
Groupe 1.								
Démences et troubles des fonctions cognitives	0,2%	1,0%	2,0%	7,8%	17,6%	27,4%	30,6%	18,7%
Groupe 2.								
Troubles psychiatriques	12,2%	6,7%	7,1%	9,6%	7,3%	3,3%	1,8%	5,6%
Groupe 3.								
Maladies du système cardio-vasculaire	0,3%	-	1,0%	4,4%	4,7%	5,6%	3,9%	4,1%
Groupe 4.								
Maladies du système nerveux	27,2%	27,1%	32,1%	29,9%	22,7%	12,2%	6,5%	18,8%
Groupe 5								
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	40,8%	19,3%	15,1%	5,0%	1,3%	0,5%	-	5,8%
Groupe 6.								
Maladies du système ostéo-articulaire	1,2%	2,6%	10,3%	16,8%	22,8%	30,4%	33,9%	23,0%
Groupe 7.								
Troubles sensoriels	2,4%	13,9%	6,9%	5,1%	3,9%	3,7%	5,8%	4,8%
Groupe 8.								
Tumeurs malignes	0,9%	0,5%	2,7%	1,7%	2,0%	1,1%	0,8%	1,4%
Groupe 9.								
Autres	3,3%	2,1%	5,0%	7,8%	5,7%	5,0%	7,1%	5,4%
Absence de codification	11,5%	26,8%	17,9%	11,8%	12,0%	10,8%	9,6%	12,4%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Nombre de bénéficiaires	581	388	808	743	1 988	3 126	1 169	8 803

<sup>1)</sup> D'après le classification établie par les médecins de la CEO.

Données provisoires.

Le tableau 59 présente la répartition des bénéficiaires de l'assurance dépendance par âge et par type de pathologie.

Le lien est évident et l'on pourrait (du point de vue des types de pathologie) diviser la population des bénéficiaires en deux groupes: le groupe des personnes de moins de 80 ans et le groupe des octogénaires et au-delà.

- Parmi les 2 094 personnes atteintes de maladies du système nerveux, de malformations congénitales et de retards du développement moteur ou mental, on retrouve **1 693 personnes de moins de 80 ans, soit 78%**. On rappelle que l'ensemble des personnes d'un âge inférieur à 80 ans représente 51% de la population considérée.
- Au-delà de 80 ans, les démences et surtout les troubles ostéo-articulaires sont de plus en plus souvent à l'origine de la dépendance. 70% de la population dépendante au-delà de 80 ans est atteinte de l'une ou de l'autre de ces pathologies. Ajoutés, ces deux types de pathologies représentent respectivement 58% des cas chez les 80-89 ans et 64% des cas chez les plus de 90 ans. Aux âges très élevés, la dépendance non liée à un processus démentiel ou à des troubles ostéo-articulaires est donc très minoritaire (30%). Prises individuellement, les autres pathologies à l'origine de la dépendance ne concernent guère plus de 6% des bénéficiaires au-delà de 79 ans, à l'exception des maladies du système nerveux qui concernent 12% des bénéficiaires entre 80 et 89 ans.
- On note une fois encore que ces résultats portent uniquement sur le diagnostic principal. Des analyses plus poussées portant sur l'ensemble des diagnostics retenus et sur la combinaison de ces diagnostics ajouteraient à leur intérêt.

<sup>2)</sup> Situation au 31 décembre 2006

Tableau 60. - Causes de la dépendance: répartition des bénéficiaires par sexe et diagnostic principal recodé 1) 2) 3) (en % du total) Classification CEO TOTAL Hommes Femmes Groupe 1. Démences et troubles des fonctions cognitives 11,9% 22,0% 18,7% Groupe 2. Troubles psychiatriques 7,2% 4,8% 5,6% Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire 4,1% 4,1% 4,1% Groupe 4. Maladies du système nerveux 27,4% 14,5% 18,8% Groupe 5. 5,8% Malformations congénitales et retards du développement moteur ou 9,1% 4,2% Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire 14,6% 27,2% 23,0% Groupe 7. Troubles sensoriels 4,8% 4,8% 4,8% Groupe 8. Tumeurs malignes 1,9% 1,2% 1,4% Groupe 9. Autres 5.4% 5.4% 5.4% 11,7% 12,4% Absence de codification 13,7%

Nombre de bénéficiaires

TOTAL

L'analyse de la répartition par sexe des différents types de pathologie à l'origine de la dépendance révèle une présence importante de femmes dans le groupe des personnes atteintes de démence et dans celui des personnes atteintes de maladies ostéo-articulaires. Cette constatation est à rapprocher de la répartition par âge des bénéficiaires de l'assurance dépendance. En effet, la population féminine est sur-représentée dans les groupes d'âge élevé.

100.0%

2 931

100,0%

5 872

100,0%

8 803

Chez les bénéficiaires féminins, un cas de dépendance sur deux (49%) a pour origine la détérioration des fonctions cognitives ou les maladies ostéo-articulaires alors que cette proportion est de l'ordre de un sur quatre chez les hommes (26,5%).

En revanche, les bénéficiaires masculins sont largement sur-représentés dans les groupes de personnes atteintes de maladies du système nerveux.

D'après le classification établie par les médecins de la CEO.

Situation au 31 décembre 2006. Données provisoires.

Tableau 61. - Causes de la dépendance: répartition des bénéficiaires par lieu de séjour et diagnostic principal recodé 1) 2) 3) (en % du total)

Classification CEO	Etablissement	Domicile	TOTAL
Groupe 1.			
Démences et troubles des fonctions cognitives	36,2%	9,8%	18,7%
Groupe 2.			
Troubles psychiatriques	6,5%	5,2%	5,6%
Groupe 3.			
Maladies du système cardio-vasculaire	2,6%	4,8%	4,1%
Groupe 4.			
Maladies du système nerveux	13,6%	21,4%	18,8%
Groupe 5.			
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	0,9%	8,3%	5,8%
Groupe 6.			
Maladies du système ostéo-articulaire	21,7%	23,7%	23,0%
Groupe 7.			
Troubles sensoriels	2,3%	6,1%	4,8%
Groupe 8.			
Tumeurs malignes	0,7%	1,7%	1,4%
Groupe 9.			
Autres	4,8%	5,8%	5,4%
Absence de codification	10,8%	13,2%	12,4%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%
Nombre de bénéficiaires	2 942	5 861	8 803

D'après le classification établie par les médecins de la CEO.

En ce qui concerne la répartition par lieu de séjour, on constate que les personnes atteintes de démence sont largement sur-représentées parmi les personnes en établissement. 65% de l'ensemble des personnes atteintes de démence sont prises en charge en établissement. Il est probable que ce type de pathologie nécessite une surveillance continue, y compris durant la nuit et qu'un maintien de la personne à domicile devienne dès lors difficile.

Pour le reste, le domicile est privilégié dans une fourchette allant de 61% à 95% des cas.

Situation au 31 décembre 2006. Données provisoires.

Tableau 62. - Causes de la dépendance: temps moyen requis par type de prestation et diagnostic principal recodé 1) 2) 3) (en heures par semaine)

Classification CEO	Actes essentiels de la vie	Tâches domestiques	Activités de soutien	Temps total requis
Groupe 1.				
Démences et troubles des fonctions cognitives	16,6	2,6	23,5	42,6
Groupe 2.		_		
Troubles psychiatriques	11,6	2,6	15,8	30,0
Groupe 3.				
Maladies du système cardio-vasculaire	9,8	2,5	8,6	20,9
Groupe 4.				
Maladies du système nerveux	14,3	2,6	9,9	26,8
Groupe 5.				
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	11,3	2,5	9,5	23,6
Groupe 6.				
Maladies du système ostéo-articulaire	10,9	2,5	9,5	22,9
Groupe 7.				
Troubles sensoriels	5,0	1,1	5,0	14,4
Groupe 8.				
Tumeurs malignes	9,0	2,1	5,1	17,1
Groupe 9.				
Autres	10,7	2,4	8,0	21,4
Absence de codification	12,5	2,5	14,1	29,4
Ensemble des bénéficiaires	12,5	2,5	12,7	27,9

D'après le classification établie par les médecins de la CEO. Situation au 31 décembre 2006.

Les personnes démentes bénéficient du temps moyen requis le plus élevé, que ce soit au total, pour les actes essentiels de la vie ou pour les activités de soutien.

Une remarque s'impose en ce qui concerne les personnes atteintes de troubles sensoriels. On relève ici des temps requis peu élevés. On rappelle toutefois que la loi sur l'assurance dépendance a prévu des dispositions particulières pour les personnes atteintes de cécité, de surdité et de certains problèmes de la communication et leur accorde un forfait en espèces correspondant à six heures d'aides et de soins. Il est évident que le groupe des personnes bénéficiant de ces dispositions particulières influence les temps moyens requis notamment pour ce qui concerne les tâches domestiques et les activités de soutien.

Données provisoires.

## 4. Les prestataires

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 et avoir conclu un contrat d'aides et de soins avec l'UCM.

#### 4.1. Les contrats d'aides et de soins

La loi sur l'assurance dépendance distingue deux types de contrats :

- le contrat d'aides et de soins en tant qu'établissement d'aides et de soins (article 389 du CAS) ;
- le contrat d'aides et de soins en tant que réseau d'aides et de soins (article 390 du CAS).

#### 4.1.1. Les établissements d'aides et de soins

Actuellement, 47 établissements ont conclu un contrat d'aides et de soins avec l'UCM et travaillent complètement ou partiellement dans le cadre de l'assurance dépendance.

Parmi ces 47 établissements, 32 exercent leur activité sur base d'un agrément en tant que centre intégré et 15 en tant que maison de soins.

Le nombre total de lits de long séjour au 1<sup>er</sup> janvier 2005 correspond à 4 562 lits, ce qui représente en rapport avec la population des personnes âgées de 65 ans et plus une capacité de lits de long séjour équivalent à 7,2%.

En ce qui concerne les établissements d'aides et de soins, 37 projets sont en cours et ajouteront à terme environ 800 lits à la capacité actuelle. Il s'agit soit de nouveaux établissements en construction, soit d'ajouts à des établissements existants.

## 4.1.2. Les réseaux du maintien à domicile

Dans le cadre de l'assurance dépendance, le réseau d'aides et de soins se définit comme un ensemble organisé d'une ou de plusieurs personnes physiques ou morales, dispersé dans une zone territorialement donnée, de compétences différentes et complémentaires pour assurer la prise en charge globale de la personne dépendante.

Dans le contrat d'aides et de soins, le réseau s'oblige à dispenser tous les aides et soins relatifs aux actes essentiels de la vie, aux tâches domestiques, aux activités de soutien et de conseil tels que définis au relevé type ainsi que les actes et services des infirmiers. Dans la mesure où le réseau n'est pas en mesure de délivrer tous les aides ou soins du relevé type par ses propres ressources, il peut s'assurer le concours d'autres prestataires.

Le règlement grand-ducal pris sur base de la loi du 24 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes sociaux, familiaux et thérapeutiques ne prévoit pas d'agrément pour l'activité en tant que réseau. Les agréments requis pour pouvoir conclure un contrat d'aides et de soins en tant que réseau seront donc les agréments nécessaires pour les différentes activités exercées par le réseau.

Au 31 décembre 2006, 14 réseaux avaient conclu un contrat d'aides et de soins avec l'Union des Caisses de Maladie. On y comptait 2 réseaux qui prennent en charge l'ensemble de la population dépendante sans distinction de pathologie à travers tout le pays, 2 réseaux spécialisés respectivement dans la prise en charge de personnes atteintes de troubles psycho-gériatriques et la prise en charge de personnes psychotiques stabilisées. Ce dernier, bien que titulaire d'un contrat d'aides et de soins, ne fonctionne pas effectivement dans le cadre de l'assurance dépendance. 10 réseaux s'attachent exclusivement à la prise en charge des personnes handicapées. Seuls quatre fonctionnent effectivement dans le cadre de l'assurance dépendance.

Comme on l'a dit plus haut, le concept de réseau pour personnes handicapées offre des services différents des réseaux généralistes. Ainsi, les réseaux pour personnes handicapées regroupent des services d'accueil de jour, services d'hébergement et centres d'accueil spécialisés.

La fonction spécifique d'aide et de soin de la personne à domicile n'a jusqu'ici pas été organisée au sein des réseaux pour personnes handicapées. Cette fonction a été assumée par contrat de sous-traitance avec les réseaux généralistes.

Au total, 26 centres psycho-gériatriques offrant 333 places ont un contrat de sous-traitance avec un ou plusieurs réseaux pour fonctionner en tant que centre de jour spécialisé et répondre au besoin de soutien en groupe, dans le cadre de l'assurance dépendance.

## 4.2. Le personnel

	2003	2004	2005
Personnel d'assistance et de soins			
Médecin directeur/ médecin	3,0	3,3	4,0
Licencié en sciences hospitalières	0,0	0,0	0,0
Infirmier hospitalier gradué	26,3	17,0	18,9
Assistant social	9,0	9,2	9,3
Ergothérapeute	34,6	32,1	33,7
Kinésithérapeute	26,9	21,8	24,7
Psychomotricien	0,2	1,5	1,0
Pédagogue curatif	1,5	1,2	0,8
Infirmier anesthésiste /masseur	2,0	2,0	1,9
Infirmier psychiatrique	13,1	10,7	9,3
Infirmier	589,0	607,2	639,3
Aide soignant	815,9	852,5	903,3
Aide socio-familial diplômé	138,6	150,9	206,6
Aspirant aide socio-familial (en formation)	209,8	258,7	262,3
Autres	17,7	-	209,2
Personnel socio-éducatif			
Psychologue	3,9	4,5	5,5
Educateur gradué	2,3	1,5	4,6
Autre éducateur	70,8	42,2	49,1
Personnel administratif	169,6	199,6	217,3
Personnel technique et logistique	1 198,6	1 264,9	1 066,7
TOTAL	3 332,7	3 480,7	3 667,6
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	1 964,5	2 016,2	2 383,6
	(58,9%)	(57,9%)	(65%)

Tableau 64. - Le personnel des réseaux d'aides et de soins (en équivalents temps plein) 1) 2) 3)

	2003	2004	2005
Personnel d'assistance et de soins			
Médecin directeur/ médecin	0,0	0,0	0,0
Licencié en sciences hospitalières	0,0	0,0	0,0
Infirmier hospitalier gradué	9,7	9,0	10,6
Assistant social	1,0	1,4	1,5
Ergothérapeute	2,2	3,9	5,9
Kinésithérapeute	0,0	0,0	-
Psychomotricien	0,0	0,0	-
Pédagogue curatif	1,9	1,8	1,7
Infirmier anesthésiste /masseur	11,2	15,7	16,6
Infirmier psychiatrique	4,3	3,0	1,9
Infirmier	262,8	354,8	404,1
Aide soignant	152,2	0,0	213,6
Aide socio-familial diplômé	52,0	70,5	82,4
Aspirant aide socio-familial	62,7	64,5	119,1
Aide ménagère	233,2	178,7	-
Autres	0,0	265,6	259,9
Personnel socio-éducatif			
Psychologue	5,2	5,8	7,3
Educateur gradué	0,9	0,9	0,9
Autre éducateur	1,0	1,0	0,9
Personnel administratif	76,0	78,9	87,6
Personnel technique et logistique	5,9	8,3	9,3
TOTAL	882,1	1 063,7	1 223,2
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	800,2	976,5	1 126,3
	(90,7%)	(91,8%)	(92,1%)
I) Manager against			

Tableau 65. - Le personnel des réseaux d'aides et de soins spécialisés dans la prise en charge des personnes handicapées (en équivalents temps plein) 1) 2)

	2003	2004	2005
Personnel d'assistance et de soins			
Médecin directeur/médecin	0,5	0,5	0,6
Licencié en sciences hospitalières	0,0	0,0	0,0
Infirmier hospitalier gradué	1,5	2,0	2,0
Assistant social	6,7	6,1	7,4
Ergothérapeute	12,4	13,0	14,0
Kinésithérapeute	13,8	17,6	17,5
Psychomotricien	0,0	0,5	0,5
Pédagogue curatif	0,0	1,0	0,2
Infirmier anesthésiste/masseur	0,0	1,0	1,0
Infirmier psychiatrique	0,0	4,3	8,9
Infirmier	53,2	64,1	76,3
Aide soignant	55,3	70,7	79,5
Aide socio-familial diplômé	2,9	16,2	24,0
Aspirant aide socio-familial	18,2	8,4	10,7
Autres	10,1	2,2	10,8
Personnel socio-éducatif			
Psychologue	12,9	13,6	13,3
Educateur gradué	65,9	66,0	63,8
Autre éducateur	191,1	235,7	266,8
Personnel administratif	29,3	30,7	35,6
Personnel technique et logistique	68,9	95,6	98,9
TOTAL	546,5	658,1	731,6
Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient	448,3	531,8	597,1
	(82,0%)	(80,8%)	(81,6%)

Moyenne annuelle. Source: données UCM. Les réseaux spécialisés dans le handicap sont exclus.

Moyenne annuelle. Source: données UCM.

Tableau 66. - Le personnel des centres de jour spécialisés (en équivalents temps plein) 1) 2) 2004 2005 Personnel d'assistance et de soins Médecin directeur 0,0 0,0 Médecin 0,0 0,0 Licencié en sciences hospitalières 0,0 0,0 0,9 Infirmier hospitalier gradué 3,2 0,5 0,7 Assistant social 0,0 0,8 0,5 Ergothérapeute 5,2 6,8 5,7 Kinésithérapeute 0,0 0,0 Psychomotricien 0,1 0,8 Pédagogue curatif 0,1 0,1 0,2 Infirmier anesthésiste/masseur 0,1 0,5 0,4 2.1 3.9 Infirmier psychiatrique 2.5 17.0 23.8 27.7 Infirmier Aide soignant 30,3 24,6 34,1 Aide socio-familial diplômé 16,6 21,5 13,4 Aspirant aide socio-familial en formation 13,0 12,7 12,1 3,3 9,3 7,7 Personnel socio-éducatif Psychologue 2.1 2.1 1.6 Educateur gradué 4.8 5.8 5.3 Autres éducateurs 10,3 5,7 7,7 Personnel administratif 14,0 10,5 10,2 Personnel technique et logistique 30,0 33,1 44,8 TOTAL 139.3 161,6 178.8 Nombre d'équivalents temps plein au lit du patient 118,0 123,8

## 4.3. L'aidant informel

Un prestataire d'aides et de soins dont on parle peu est l'aidant informel. Ce court paragraphe voudrait donner une description des aidants informels recensés dans le cadre de l'assurance dépendance.

(68,4%)

(73,0%)

(69,2%)

## 4.3.1. Description de la population

Le tableau suivant présente la répartition par âge et par sexe des aidants informels dans le cadre de l'assurance dépendance.

Tableau 67 Répartition par âge et par sexe des aidants informels au 31 décembre 2006									
Groupes d'âge	Hommes	5	Femmes	<b>3</b>	Total				
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total			
0 -19	0	0,0%	3	0,1%	3	0,1%			
20-39	106	7,9%	372	11,5%	478	10,4%			
40-59	573	42,5%	1 701	52,6%	2 274	49,6%			
60-69	276	20,5%	598	18,5%	874	19,1%			
70-79	273	20,2%	444	13,7%	717	15,6%			
80-89	117	8,7%	110	3,4%	227	5,0%			
>=90	4	0,3%	7	0,2%	11	0,2%			
TOTAL	1 349	100,0%	3 235	100,0%	4 584	100,0%			

A la lecture de ce tableau, on note que la majorité des aidants informels sont des femmes (70%).

On remarque par ailleurs que le groupe d'âge le plus sollicité est le groupe des personnes de 40 à 59 ans. Les femmes y sont représentées à raison de 75%. 40% des aidants informels ont plus de 60 ans.

Moyenne annuelle.
 Source: données UCM.

## 4.3.2. Les mesures à l'égard de l'aidant informel

## 4.3.2.1. La couverture en matière d'assurance pension

La loi crée un droit en matière d'assurance pension pour l'aidant informel. A cette fin, l'assurance dépendance prend en charge les cotisations à l'assurance pension de l'aidant informel jusqu'à concurrence d'une cotisation calculée sur base du salaire social minimum mensuel prévu pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999 jusqu'au 31 décembre 2006, le centre commun de perception et d'affiliation à la sécurité sociale a affilié 1 394 personnes. Parmi les personnes affiliées, on compte 1 301 femmes (93,3%) et 93 hommes (6,7%). La moyenne d'âge est de 45 ans.

Par rapport au nombre de bénéficiaires à domicile, la proportion de personnes pour lesquelles l'assurance dépendance prend en charge la cotisation à l'assurance pension reste peu élevé. Elle représente 23,8% de l'ensemble.

Tableau 68 Répartition des personnes déclarées à l'assurance pension par date de début de l'affiliation, âge et sexe 1)																	
Groupes d'âge	<=2000		2001	2001		2002		2003		2004		2005		2006		TOTAL	
	н	F	н	F	н	F	н	F	Н	F	н	F	н	F	Н	F	
15-19	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	1	2	-	1	1	6	
20-24	-	5	-	1	1	-	-	4	1	-	-	5	-	4	2	19	
25-29	-	24	1	6	-	6	-	5	1	6	-	14	-	5	2	66	
30-34	3	40	-	17	-	17	-	17	1	19	-	11	-	10	4	131	
35-39	1	75	-	15	2	20	3	27	4	19	2	27	-	17	12	200	
40-44	5	59	1	24	4	21	2	17	2	24		31	3	24	17	200	
45-49	6	60	1	22	-	21	3	25	-	28	1	24	4	16	15	196	
50-54	4	61	-	28	2	31	5	29	5	32	3	27	-	22	19	230	
55-59	2	32	1	15	3	14	4	27	3	33	1	40	-	23	14	184	
60-64	-	16	3	11	1	6	-	7	1	7	-	8	2	10	7	65	
65-69	-	-	-	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	4	
TOTAL	21	373	7	140	13	136	17	162	18	169	8	189	9	132	93	1 301	

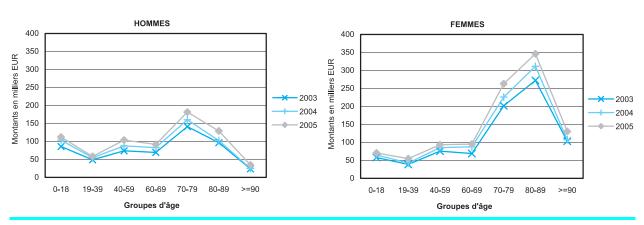
<sup>1)</sup> Situation au 31 décembre 2006.

## 4.3.2.2. Le remplacement de l'aidant informel

Afin d'assurer le remplacement de l'aidant informel, l'assurance dépendance prend en charge annuellement pendant trois semaines le double de la prestation en espèces et, en cas de séjour temporaire dans un établissement stationnaire, en outre, les aides et soins requis.

Le double de la prestation en espèces calculé forfaitairement sur l'ensemble de l'année est versé à tous les bénéficiaires avec les prestations du mois de décembre (cf. graphique 9).

Graphique 9. - Evolution du montant des prestations accordées en cas de remplacement de l'aidant informel 1) 2)



Situation au mois de décembre.

En comparant l'évolution des dépenses pour cette prestation au cours du mois de décembre, on constate une croissance continue chez les hommes et les femmes. La somme totale associée aux femmes représente environ 60% du coût global engendré par ce type de prise en charge par l'assurance dépendance.

De plus, on constate qu'en ce qui concerne l'âge, le groupe bénéficiant le plus de ces prestations est celui de 70-79 chez les hommes. Chez les femmes il s'agit du groupe de 80-89 ans.

## 4.3.2.3. Evolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire

Tableau 69. - Evolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire 1) (en millions EUR)

				Variation en %		
Prestataires d'aides et de soins	2003	2004	2005	2003/2004	2004/2005	
RESEAUX D'AIDES ET DE SOINS	49,2	65,3	82,2	32,9%	25,8%	
Réseaux généralistes <sup>2)</sup>	31,0	40,2	49,6	29,8%	23,5%	
Réseaux pour personnes handicapées	13,0	17,6	24,2	34,8%	37,8%	
Centres de jour spécialisés	5,2	7,6	8,4	46,5%	10,5%	
FOURNISSEURS SPECIALISES	43,3	58,4	58,5	34,7%	0,2%	
ETABLISSEMENTS D'AIDES ET DE SOINS	113,6	127,7	141,4	12,4%	10,8%	
Centres intégrés pour personnes âgées	61,2	68,2	78,0	11,4%	14,4%	
Maisons de soins	50,7	56,4	61,4	11,2%	8,9%	
Centres intégrés pour personnes âgées handicapées	1,6	3,1	2,0	93,1%	-35,1%	
AUTRES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS	1,7	3,9	2,2	130,9%	-44,3%	
Aidants informels	1,7	1,9	2,2	12,8%	15,0%	
Autres prestataires	0,0	2,0	0,0	p.m.	p.m.	
TOTAL	207,8	255,3	284,3	22,9%	11,4%	

Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Dans le groupe des fournisseurs spécialisés, on retrouve les fournisseurs d'aides techniques et le service des moyens accessoires (SMA) qui ont conclu un contrat de prestations de services avec l'UCM et mettent des appareils à la disposition des personnes dépendantes.

La catégorie des "Autres prestataires d'aides et de soins " englobe les autres professionnels de santé, notamment les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, etc., mais aussi les aidants informels.

<sup>2)</sup> Ventilation par âge et sexe des bénéficiaires des prestations en espèces et ayant déclaré être soignés par un aidant informel.

Les réseaux généralistes, actuellement au nombre de 2, prennent en charge l'ensemble de la population dépendante sans distinction de pathologie à travers tout le pays (exemple: réseau HELP).

En 2004, le coût total des prestations s'élève à 284,3 millions EUR, soit une augmentation de 11,4% par rapport à 2004. La majorité des prestations dispensées en 2005 est imputable aux établissements d'aides et de soins. Elle représente 49,7% des dépenses totales. Les prestations des réseaux d'aides et de soins représentent 30% du total et celles des fournisseurs spécialisés 21,0%.

L'analyse de ces chiffres met également en évidence la hausse considérable des prestations dispensées par les réseaux d'aides et de soins. En deux ans, le coût s'est accru de 29,3% en moyenne annuelle. Cette augmentation s'explique d'un côté par les ajustements successifs de la valeur monétaire des réseaux d'aides et de soins et de l'autre côté par un cercle de bénéficiaires de plus en plus grand.

Au niveau des établissements d'aides et de soins, la progression des dépenses pour cette même période est beaucoup plus modérée. On observe une croissance moyenne de 11,6% contre 29,3% pour les réseaux d'aides et de soins. La variation constatée dans les établissements d'aides et de soins est étroitement liée à l'augmentation de la valeur monétaire.

Finalement on observe que le coût engendré par la fourniture d'aides technique reste quasiment stable en 2005 (+0,2%) alors qu'en 2004 il était encore caractérisé par une hausse fulgurante de 34,7%.

## 5. Les données financières

#### 5.1. Le système de financement

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%, ni supérieure à 20% du montant annuel des dépenses courantes (Art. 375 alinéa 1 du CAS).

Le financement est assuré essentiellement par :

- une contribution de l'Etat équivalente à 45% des dépenses totales (y compris la dotation à la réserve) ;
- une redevance assurance dépendance du secteur de l'énergie ;
- une contribution dépendance dont l'assiette est constituée par les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine des ménages.

Le taux de la contribution dépendance est fixé en 2006 à 1%.

#### 5.2. Les recettes et dépenses globales de l'assurance dépendance

Tableau 70. - Evolution des recettes courantes de l'assurance dépendance (en millions EUR)

				Variation en %	
Exercice	2004	2005	2006	2004/05	2005/06
Contributions des ménages 1)	138,8	148,1	158,2	6,7%	6,8%
Contribution de l'Etat	112,7	138,0	149,4	22,4%	8,3%
Redevance AD du secteur de l'énergie	4,4	3,9	2,2	-10,8%	-44,4%
Recettes diverses	3,5	2,9	2,7	-16,9%	-7,3%
Prélèvement aux provisions pour prestations	57,9	87,2	67,2	p.m.	p.m.
TOTAL DES RECETTES COURANTES	317,3	380,1	379,7	19,8%	-0,1%

<sup>1)</sup> Les cotisations des ménages regroupent celles payées par les assurés actifs et autres non-pensionnés, les assurés pensionnés et les prélèvements effectués sur les revenus du patrimoine (Art. 378 du CAS).

Les cotisations des ménages ont augmenté de 6,8% en 2006. Cette progression est influencée par l'échelle mobile des salaires (+2,1%) : à indice constant le taux de croissance des cotisations s'élève à 4,6%.

La contribution de l'Etat affiche une augmentation de 8,3% en 2006. C'est une croissance très modérée par rapport à 2005 où le taux s'élevait à 22,4%. Cette progression anormalement forte s'explique par une réduction de la participation de l'Etat à 40% en 2004.

Le total des recettes courantes, ayant progressé en 2005 de 19,8%, affiche une certaine stabilité en 2006 (-0,1%). En neutralisant l'effet des prélèvements aux provisions, destinés à contrebalancer du côté des recettes, les dotations aux provisions pour prestations comptabilisées en 2005 et liquidées en 2006, les recettes courantes nettes évoluent de 6,7% en 2006.

Tableau 71. - Evolution des dépenses courantes de l'assurance dépendance (en millions EUR)

				Variation en %	
Exercice	2004	2005	2006	2004/05	2005/06
Frais d'administration	3,0	4,0	4,1	34,4%	0,9%
Prestations en espèces	9,7	8,9	8,3	-8,0%	-7,3%
Prestations en nature	231,9	306,2	290,0	32,0%	-5,3%
Transfert de cotisations	1,7	2,3	2,8	37,2%	21,1%
Dotations aux provisions pour prestations à liquider, dont:	87,2	67,2	90,6	-22,9%	34,8%
- Prestations à domicile	47,3	50,0	75,5	5,7%	51,0%
- Prestations en milieu stationnaire	39,9	17,2	15,1	-56,9%	-12,2%
- Prestations à l'étranger	-	-	-	p.m.	p.m.
Dépenses diverses	0,5	2,3	0,8	p.m.	p.m.
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	334,0	390,9	396,6	17,1%	1,5%

Les dépenses courantes ont progressé en 2006 à un rythme beaucoup plus modéré comparé à celui de l'exercice 2005 : 1,5% en 2006 contre 12,7% en 2005. En ne tenant compte que des prestations échues en 2006, on aboutit même à un taux de régression de 5,5% des dépenses courantes.

Le poste des transferts de cotisations, quoique d'envergure financière faible, affiche pour les années 2005 et 2006 la croissance la plus importante (37,2% en 2005 et 21,1% en 2006). Il s'agit de la prise en charge par l'assurance dépendance des cotisations à payer à l'assurance pension pour les aidants informels.

On constate que les prestations en nature régressent en 2006. On passe d'un taux de croissance élevé de 32,0% en 2005 à -5,5% en 2006. En considérant en plus les provisions pour prestations à liquider on constate toutefois que les prestations en nature croissent en 2006 de 1,9%.

En 2006, 22,8% des prestations ont été provisionnées. Ce taux montre que des retards dans la liquidation des prestations subsistent, malgré d'importants efforts faits au cours des dernières années.

Tableau 72 Evo	Tableau 72 Evolution des prestations nettes <sup>1)</sup> (en millions EUR)							
Exercice	Prestations en nature: montant liquidé	Dotation aux provisions	Prélèvement aux provisions	Prestations effectives	Evolution des prestations annuelles (variation en %)			
2004	231,9	87,2	-57,9	261,2	27,1%			
2005	306,2	67,2	-87,2	286,2	9,6%			
2006	290,0	90,6	-67,2	313,4	9,5%			

<sup>1)</sup> Les prestations nettes sont définies par le coût des prestations servies par l'assurance dépendance sans les prélèvements ou provisions pour prestations à liquider.

La part des provisions dans le total des prestations a significativement baissé. Néanmoins, en raison des retards persistants dans la liquidation des factures, l'évaluation réelle des prestations est délicate sur base des seuls chiffres comptables. Pour cette raison il convient d'analyser l'évolution des prestations sur base de statistiques établies à partir de la date de la prestation. Ces statistiques sont basées sur des fichiers ouverts, complétés en permanence.

Tableau 73. - Les prestations de l'assurance dépendance d'apès la date de leur prestation (en millions EUR)

Exercice	Montant	Variation en %
2003	209,5	0,8%
2004	258,9	23,6%
2005	287,0	10,9%

#### 5.3. Les cotisations de l'assurance dépendance

La série statistique suivante présente l'évolution des cotisations de l'assurance dépendance depuis 2004.

Tahleau 74	- Evalution du	montant tota	al des cot	ah ənniteəit	l'accurance	dénendance	(en millions EUR)

Exercice	Assurés actifs et autres	Assurés pensionnés	Cotisations sur patrimoine	Total	Total au n.i. 100	Indice de variation 1999=100
2004	114,5	19,3	5,0	138,8	22,2	137
2005	120,8	20,9	6,5	148,1	23,1	143
2006	129,7	21,7	6,8	158,2	24,2	149

#### 5.4. La contribution de l'Etat au financement de l'assurance dépendance

Les subventions allouées par l'Etat à l'assurance dépendance, conformément à l'article 375 du CAS, se situent à 45% des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve.

Tableau 75 Contribution de l'Etat aux dépenses totales de l'assurance dépendance (en millions EUR)						
Exercice	En valeur nominale	Variation annuelle en %	En valeur n.i. 100	Variation annuelle en %		
2004 <sup>1)</sup>	112,7	12,6%	18,0	10,3%		
2005	138,0	22,4%	21,6	19,4%		
2006	149.4	8.3%	22.9	6.1%		

Diminution de la participation de l'Etat en raison d'une réduction du taux de contribution de l'Etat à 40% pour l'exercice 2004.

#### 5.5. L'évolution financière de l'assurance dépendance

Tableau 76 Evolution financière de l'assurance dépendance (en millions EUR)					
Exercice	2004	2005	2006		
Nombre indice	624,63	640,24	653,52		
Recettes courantes	317,3	380,2	379,7		
Dépenses courantes	334,0	390,9	396,6		
Solde des opérations courantes	-16,7	-10,8	-16,9		
Excédent / découvert cumulé	76,1	62,6	43,1		
Taux de cotisation appliqué:	1,00%	1,00%	1,00%		
Taux d'équilibre de l'exercice	1,06%	1,09%	1,12%		

L'analyse de ce tableau met en évidence que la situation financière de l'assurance dépendance se dégrade rapidement. En effet elle affiche sur toute la période considérée un solde des opérations courantes négatif, tendance croissante. Alors que l'excédent cumulé se chiffrait encore à 76,1 millions EUR en 2004, il se situe en 2006 plus qu'à 43,1 millions EUR, soit une baisse de 43,4%.

Le tableau suivant renseigne sur le niveau de la réserve déterminé par rapport au minimum légal de la réserve qui est fixé à 10% des dépenses courantes diminuées du prélèvement aux provisions pour prestations.

Tableau 77 Evolution du niveau de la réserve entre 2004 et 2006 (en millions EUR)						
	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006			
Minimum légal <sup>1)</sup>	27,6	30,4	32,9			
Réserve	103,8	93,0	76,1			
Rapport réserve / dépenses courantes 2)	37,6%	30,6%	23,1%			

Correspond à 10% des dépenses courantes diminuées du prélèvement aux provisions pour prestations.

#### 5.6. Les valeurs monétaires

Le montant des prestations en nature est déterminé en multipliant la durée hebdomadaire des aides et soins requis au plan de prise en charge par les valeurs monétaires négociées entre l'UCM et la COPAS, organisme représentatif des prestataires.

Tableau 78 Evolution des valeurs monétaires (en EUR)				
Exercice	Etablissement	Maintien à domicile		
1999	35,2	37,2		
2000	35,2	37,7		
2001	33,7	44,6		
2002	34,5	45,3		
2003	35,8	47,7		
2004	35,8	48,0		
2005	37,8	50,0		
2006	39,9	51,3		

Tableau 79 Le forfait journalier d'actes infirmiers prestés dans les établissements d'aides et de soins						
Exercice	Date d'échéance	Indice	Forfait Maisons de soins	Forfait Autres établissements d'aides et de soins		
2002			7,9	3,9		
2003 <sup>1)</sup>	1.8	620,75	8,1	4,1		
2004	1.10	636,26	8,3	4,2		
2005	1.10	652,16	8,1	4,0		
2006	1.12	668,46	8,3	4,1		

<sup>1)</sup> Depuis août 2003, les actes des médecins et médecins-dentistes ainsi que des autres professionnels de santé sont liés à l'évolution de l'échelle mobile des salaires.

#### 5.7. Les comptes financiers

#### Bilan de fin d'exercice 2005 et 2006 (montants en EUR)

ACTIF	Bilan de fin d'exercice au 31.12.2005	Bilan de fin d'exercice au 31.12.2006
1. Capitaux permanents	0,00	0,00
Report à nouveau	0,00	0,00
Déficit cumulé	0,00	0,00
2. Valeurs immobilisées	0,00	0,00
3. Tiers	145 833 634,42	146 771 275,64
Tiers - débiteurs	83 801 724,24	103 906 347,92
Débiteurs-bénéficiaires de prestations	1 037 726,26	879 079,12
Débiteurs prestataires	60 524 908,12	78 854 173,62
Débiteurs-cotisations, intérêts et amendes	22 238 858,71	24 061 169,56
Débiteurs divers	231,15	111 925,62
Etat et collectivités publiques	46 252 062,89	26 665 286,76
Participation Etat	42 325 576,61	24 480 988,30
Autres collectivités	3 926 486,28	2 184 298,46
Organismes de sécurité sociale	673 259,23	811 240,47
Comptes de régularisation	15 106 588,06	15 388 400,49
4. Comptes financiers	61 345 645,31	66 700 217,38
Placements à moins d'un an	61 100 000,00	65 950 000,00
Banques et chèques postaux	245 645,31	750 217,38
Chèques émis et virements internes		0,00
TOTAL DE L'ACTIF	207 179 279,73	213 471 493,02

PASSIF	Bilan de fin d'exercice au 31.12.2005	Bilan de fin d'exercice au 31.12.2006
1. Capitaux permanents	160 202 511,47	166 656 027,26
Fonds de roulement légal	30 373 435,41	32 944 740,67
Report à nouveau		
Excédent de financement	62 629 076,06	43 111 286,59
Provisions pour pertes et charges	67 200 000,00	90 600 000,00
2. Tiers	46 976 768,26	46 815 465,76
Tiers - créditeurs	36 962 748,12	37 463 570,20
Bénéficiaires de prestations en espèces	75 177,39	52 916,69
Bénéficiaires de prestations en nature	23 539 793,73	23 080 878,46
Prestations en nature - prestataires	0,00	0,00
Créditeurs - cotisations	13 347 777,00	14 329 590,61
Créditeurs divers	0,00	184,44
Etat et collectivités publiques	1 045 881,66	296 579,64
Organismes de sécurité sociale	7 403 882,50	6 822 484,36
Comptes de régularisation	1 564 255,98	2 232 831,56
3. Comptes financiers	0,00	0,00
TOTAL DU PASSIF	207 179 279,73	213 471 493,02

#### Comptes d'exploitation 2005 et 2006 (montants en EUR)

RECETTES	2005	2006	Variation en % 2005/06
I. Cotisations	148 145 722,66	158 210 464,99	6,8%
Cotisations actifs et autres	120 765 880,54	129 702 938,80	7,4%
Cotisations assurés pensionnés	20 908 573,94	21 742 355,77	4,0%
Cotisations sur patrimoine- article 378 CAS	6 471 268,18	6 765 170,42	4,5%
II. Participation de tiers	141 934 913,05	151 603 536,70	6,8%
Contribution forfaitaire Etat - (40% des prestations)	137 923 118,34	149 408 420,36	8,3%
Redevance AD du secteur de l'énergie - art 375 CAS sub 2	3 926 486,28	2 184 298,46	-44,4%
Participation Etat - régimes de séc. soc. d'outre-mer	85 308,43	10 817,88	-87,3%
III. Produits divers	283 115,65	348 534,73	23,1%
IV. Produits financiers	1 860 349,60	2 332 209,42	25,4%
V. Prélèvement aux provisions	87 200 000,00	67 200 000,00	p.n
VI. Recettes diverses	756 008,56	6 176,60	-99,2%
Total des recettes courantes	380 180 109,52	379 700 922,44	-0,1%
Prélèvement au fonds de roulement	0,00	0,00	p.m
Découvert de l'exercice	13 515 709,02	19 517 789,47	p.m
TOTAL DES RECETTES	393 695 818,54	399 218 711,91	1,4'

#### Comptes d'exploitation 2005 et 2006 (montants en EUR)

DEPENSES	2005	2006	Variation en % 2005/06
I. Frais d'administration	4 032 008,0	4 066 409,5	0,9%
II. Prestations en espèces	8 927 801,53	8 276 409,71	-7,3%
Allocations spéciales pour personnes gravement handicapées	8 108 019,0	7 647 181,0	-5,7%
Allocations de soins	819 782,5	629 228,7	-23,2%
III. Prestations en nature	306 156 128,23	290 034 541,33	-5,3%
Prestations au Luxembourg	297 454 521,30	281 799 404,14	-5,3%
Prestations à domicile	147 601 158,04	132 230 659,42	-10,4%
- Aides et soins	80 270 242,6	71 198 050,6	-11,3%
- Prestations en espèces subsidiaires	57 756 843,5	50 525 172,0	-12,5%
- Forfaits pour produits d'aides et de soins	1 353 283,8	1 416 749,6	4,7%
- Appareils	7 813 491,03	8 177 938,67	4,7%
Location	4 215 423,3	4 008 772,1	-4,9%
Acquisition	3 598 067,7	4 169 166,6	15,9%
- Adaptation logement	407 297,2	912 748,6	124,1%
Prestations en milieu stationnaire	149 853 363,26	149 568 744,72	-0,2%
- Aides et soins	148 366 582,5	148 157 081,0	-0,1%
- Forfaits pour produits d'aides et de soins	1 486 780,7	1 411 663,7	-5,1%
Actions expérimentales	p.m.	p.m.	p.m.
Prestations à l'étranger	8 701 606,93	8 235 137,19	-5,4%
Prestations en espèces transférées à l'étranger	2 262 785,0	2 570 631,7	13,6%
Conventions internationales	6 438 821,91	5 664 505,51	-12,0%
- Frontaliers	998 648,1	602 866,7	-39,6%
- Séjour temporaire			
- Traitement pris en charge selon E112	1 324 795,3	750 540,0	-43,3%
- Pensionnés	703 558,4	1 178 590,7	67,5%
- Excédent des dépenses: inscriptions pensionnés	3 411 820,1	3 132 508,2	-8,2%
IV. Transferts de cotisations	2 332 783,90	2 825 892,37	21,1%
Cotisations assurance pension	2 332 783,9	2 825 892,4	21,1%
V. Décharges et extournes	2 285 631,9	840 651,8	-63,2%
VI. Charges financières	0,0	677,8	p.m.
VII. Dotation aux provisions et amortissement :	67 200 000,0	90 600 000,0	34,8%
dont provisions pour prestations à liquider	67 200 000,0	90 600 000,0	34,8%
VIII. Dépenses diverses	0,6	2 824,3	p.m.
Total des dépenses courantes	390 934 354,10	396 647 406,65	1,5%
Dotation au fonds de roulement	2 761 464,4	2 571 305,3	-6,9%
Excédent de l'exercice	0,0	0,0	p.m.
TOTAL DES DEPENSES	393 695 818,54	399 218 711,91	1,4%

## **CHAPITRE 4**

## **ASSURANCE PENSION**

## Introduction

Le régime général d'assurance pension concerne au Grand-Duché de Luxembourg près de 90% de la population exerçant une activité professionnelle. Les assurés se répartissent sur quatre caisses de pension suivant leur statut socio-professionnel, à savoir:

- l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité (AVI) pour les ouvriers,
- la caisse de pension des employés privés (CPEP) pour les employés privés et les travailleurs intellectuels indépendants,
- la caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels (CPACI) pour les professions indépendantes,
- la caisse de pension agricole (CPA) pour les agriculteurs, les viticulteurs et les horticulteurs.

A côté du régime général d'assurance pension, il existe des régimes spéciaux qui concernent:

- les fonctionnaires et employés publics (administration du personnel de l'Etat),
- les fonctionnaires et employés communaux (caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux -CPFEC),
- les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois (service des pensions des CFL),
- les employés publics des établissements publics.

Enfin, on peut mentionner les fonctionnaires internationaux, qui relèvent des régimes de pension de leurs institutions.

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

Parmi les changements législatifs intervenus en 2006, il faut citer:

Loi du 27 juin 2006 adoptant certaines modalités d'application de l'échelle mobile des salaires et des traitements et modifiant (1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.) 9. La loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation....(2006, A 114, p. 2039)

Loi du 22 décembre 2006 portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2005. (2006, A 237, p. 4620)

Loi du 22 décembre 2006 modifiant l'article L. 222-9 du Code du Travail en vue d'adapter le salaire social minimum. (2006, A 237, p. 4620)

Loi du 22 décembre 2006 promouvant le maintien dans l'emploi et définissant des mesures spéciales en matière de sécurité sociale et de politique de l'environnement et portant (1. 2. 3.) 4. modification des articles 100, 161, 239, 375 et 376 du Code des assurances sociales ; 5. modification de la loi modifiée du 26 mars 1974 portant fixation de suppléments de pension à allouer aux personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant en cas d'invalidité ou de décès précoces ; 6. modification de la loi modifiée du 24 juillet 2001 concernant le soutien au développement rural ; (7. 8. 9. 10. 11. 12.) (2006, A 239, p. 4709)

Règlement grand-ducal du 9 juin 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 6 juin 2003 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension. (2006, A 109, p. 1936)

Règlement grand-ducal du 3 décembre 2006 fixant les coefficients d'ajustement prévus à l'article 220 du code des assurances sociales. (2006, A 226, p.4060)

Règlement grand-ducal du 18 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal du 22 décembre 1995 fixant la clé de répartition des frais administratifs communs entre organismes de sécurité sociale. (2006, A 227, p. 4066)

L'équilibre financier du régime de pension est directement influencé par les évolutions du nombre des assurés et du nombre des bénéficiaires de pension. Comme le système de financement appliqué est proche de celui de la répartition pure, l'équilibre financier annuel dépend essentiellement des recettes en cotisations et des dépenses pour prestations, qui elles-mêmes dépendent directement des variables démographiques précitées. Les revenus de la fortune et les dotations aux réserves, bien que n'étant pas négligeables, ne présentent qu'une importance secondaire.

Les données concernant l'évolution des assurés actifs du régime général figurent au chapitre 2 "Personnes protégées".

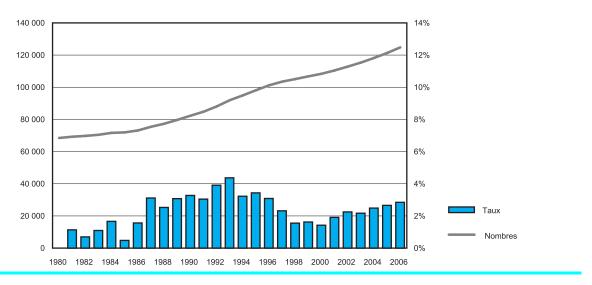
Les nombres et montants relatifs aux bénéficiaires de prestations et les données financières de l'assurance pension suivent dans le présent chapitre.

## 1. Les bénéficiaires de pension

#### 1.1. Le nombre de pensions

Le nombre de pensions en cours de paiement au mois de décembre 2006 atteint 124 784 unités et est en augmentation de 2,8% par rapport à l'année précédente. Ce taux de croissance résulte d'une augmentation du nombre des pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée de 4,6%, des pensions de survie du conjoint de 1,6%, des pensions d'orphelin de 2,5% et d'une diminution des pensions d'invalidité de 1,6%.





Les raisons de la reprise du taux de croissance du nombre de pensions, amorcée en 1987, après une période de croissance très modérée au début des années quatre-vingt sont multiples.

D'abord il faut retenir la faible croissance du nombre de pensions au début des années quatre-vingt, qui est le résultat du creux dans la pyramide des âges correspondant aux générations nées entre 1915 et 1925, en raison du faible taux de natalité durant la Première Guerre mondiale et du nombre élevé de victimes durant la Seconde Guerre mondiale. Aussi, le nombre de pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée a-t-il carrément stagné entre 1980 et 1985, oscillant entre 31 100 et 31 600 unités, pour augmenter ensuite jusqu'à 49 272 unités en 1996, ce qui représente une augmentation dépassant 50% en 15 ans. Cette évolution a été amplifiée par la loi du 27 juillet 1987 qui a abrogé la condition du maintien des droits pour l'octroi d'une pension de vieillesse et qui a prévu, pour une période transitoire de 5 ans, l'octroi d'une pension avec un stage d'assurance de 5 ans au lieu du stage normal de 10 ans. Cette mesure a entraîné une augmentation substantielle des attributions de pensions de vieillesse aux assurés latents féminins (assurés qui avaient déjà quitté l'assurance).

Tableau 1. - Nombre de pensions par catégorie - mois de décembre (avances comprises à partir de 1990) Taux de Variation Catégorie/ 1980 1985 1990 1995 2000 2005 2006 variation moyenne 1990/2006 2005/06 10 138 13 901 Invalidité 8 754 12 010 13 590 11 567 11 298 -2,3% -0,4% 3 001 3 584 4 470 6 088 6 797 6 461 6 438 -0,4% 2,3% Vieillesse 20 800 20 788 34 253 -hommes 25 766 40 534 49 414 51 540 4,3% 4,4% 10 740 10 753 11 784 13 430 14 970 19 023 20 071 5,5% 3,4% -femmes 1 264 8,4% Survie -conjoints -hommes 425 797 1 166 22 081 24 142 26 037 1.4% -femmes 27 756 29 286 31 000 31 401 1,3% Survie -orphelins -masculin 1 135 1 175 1 361 1 397 2.6% 3 074 2 5 7 9 2 196 1.5% 2.3% -féminin 1 156 1 181 1 344 1 375

82 263

71 984

Un deuxième facteur était la hausse continue du nombre des pensions d'invalidité. Cette croissance était déjà anormalement élevée depuis 1975 en raison des conditions extrêmement favorables prévues par la loi du 26 mars 1974 portant fixation de suppléments de pension à allouer aux personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant en cas d'invalidité ou de décès précoces (complément différentiel). Cette évolution a été renforcée par le remplacement du critère de l'invalidité générale par celui de l'invalidité professionnelle dans le régime des ouvriers à partir du 1er juillet 1987. Si, dans le régime ouvrier, le nombre des attributions de pensions d'invalidité s'est situé aux alentours de 1 600 unités avant 1987, il est passé à 2 400 en 1987. Dans le régime agricole, l'introduction des pensions minima et l'atténuation progressive des dispositions de non cumul ont plus que doublé le nombre de pensions d'invalidité dans ce régime.

98 144

108 330

121 336

124 784

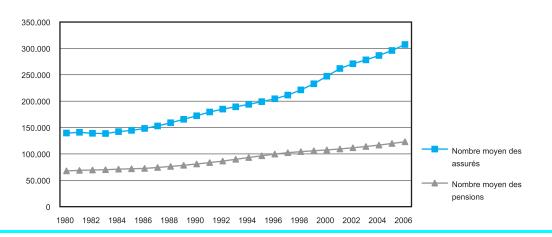
2.8%

2,6%

Depuis 1998 cette catégorie de pensions est régressive.

Toutes catégories

Graphique 2. - Evolution du nombre moyen des assurés et des pensions



Jusqu'en 1991 le nombre total des pensions a évolué plus lentement que celui des assurés. Ceci était dû à une croissance assez modérée du nombre des pensions de survie du conjoint et à la régression du nombre des pensions d'orphelin. L'introduction de la pension de veuf à partir de 1988 ne s'est manifestée avec une certaine ampleur que dans le régime agricole. En 1995 et 1996 le taux de croissance du nombre des pensions personnelles avait dépassé celui du nombre des assurés cotisants. Depuis 1997 le régime a connu de nouveau la situation inverse avec un développement de l'emploi important qui s'est traduit par des taux de croissance du nombre des assurés cotisants, qui ont dépassé largement ceux du nombre total des pensions.

En 2002 les deux évolutions se sont rapprochées de nouveau, celle du nombre moyen des assurés ayant marqué le pas dans un contexte de fléchissement conjoncturel, celle du nombre de pensions étant freinée par la régression des pensions d'invalidité, risque mieux encadré par les dispositions de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle.

Bien que le taux de progression du nombre moyen des assurés diminue encore en 2003, il arrive à dépasser de peu celui du nombre des pensions.

En 2004 le nombre moyen des assurés progresse de 3,0%, pour s'écarter légèrement de l'évolution du nombre des pensions avec 2,3%.

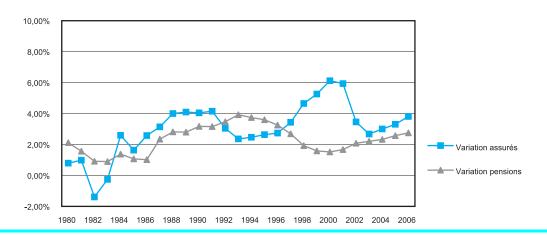
En 2005 le nombre moyen des assurés progresse même de 3,3% pour garder le même écart avec le nombre des pensions qui augmente de 2,6%.

En 2006 l'écart a légèrement augmenté avec une progression plus prononcée du nombre des assurés de 3,8% face à celle du nombre des pensions, constante à 2,6%.

#### 1.2. Le coefficient de charge

Les années quatre-vingt avaient connu, pour le régime unique pris dans son ensemble, une croissance du nombre moyen des assurés cotisants plus importante que celle du nombre moyen des pensions, ce qui avait eu pour effet de réduire le coefficient de charge (nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants). Cette évolution s'est essoufflée en 1992 pour entamer un mouvement inverse affichant 47,4 en 1993, 48,1 en 1994, 48,5 en 1995 et 48,7 en 1996.

Graphique 3. - Variations annuelles du nombre moyen des assurés et des pensions



En 1997, l'évolution plus modérée du nombre des pensions a croisé la progression très forte du nombre des cotisants, surtout de la CPEP et l'envol du coefficient de charge s'est freiné pour afficher 48,4 pour l'ensemble des caisses, soit une valeur inférieure à celle de 1996. Depuis 1998 la tendance progressive de l'emploi s'est encore accentuée et le coefficient de charge du régime unique a régressé à 47,1 pour diminuer à 45,5 en 1999, 43,5 en 2000, 41,8 en 2001 et 41.2 en 2002.

Entre 2003 et 2006 conformément aux évolutions parallèles, que montre bien le graphique 3, le coefficient de charge n'évolue guère pour afficher 41,0, 40,7 et 40,5.

En 2006 avec l'écart plus prononcé entre actifs et pensionnés, le coefficient de charge descend à 40,0.

Tableau 2 Coe	Tableau 2 Coefficient de charge par caisse								
Caisse	1980	1985	1990	1995*)	2000*)	2004	2005	2006	
AVI	53,2	57,6	59,1	64,7	62,6	59,2	59,0	58,7	
CPEP	23,7	21,7	19,5	20,1	17,9	17,9	18,1	18,1	
CPACI	77,8	90,4	89,1	87,4	90,0	89,7	88,0	92,1	
CPA	99,7	122,5	140,4	187,4	200,7	195,6	193,2	194,4	
TOTAL	48,6	49,7	47,0	48,5	43,5	40,7	40,5	40,0	

<sup>)</sup> Conformément à la loi du 28.6.2002 les affiliations "baby-year" ont été éliminées dans la population active à partir de 1992, ce qui a affecté rétroactivement les coefficients de charge respectifs.

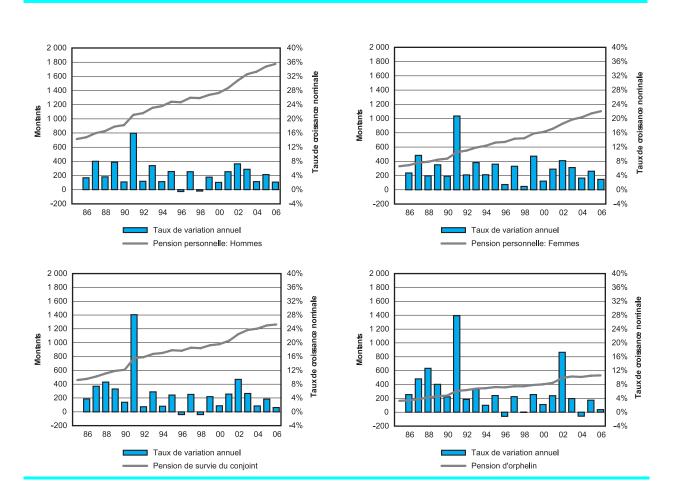
Pour ce qui est de l'interprétation du niveau absolu du coefficient de charge, il y a lieu d'attirer l'attention sur la particularité que le nombre de pensions comporte de nombreuses pensions partielles relevant de l'assurance migratoire internationale. Si, du point de vue démographique, ce coefficient est correct, il ne permet pas de déduire immédiatement le niveau de la charge financière, en raison du montant réduit de ces pensions partielles.

## 2. Caractéristiques des prestations

#### 2.1. Le niveau moyen des pensions

Le niveau moyen des pensions personnelles en cours de paiement en décembre 2006 s'élève à 1 774,85 EUR pour les bénéficiaires masculins, 1 102,68 EUR pour les bénéficiaires féminins, 1 264,15 EUR pour les conjoints survivants et 531,06 EUR pour les orphelins.

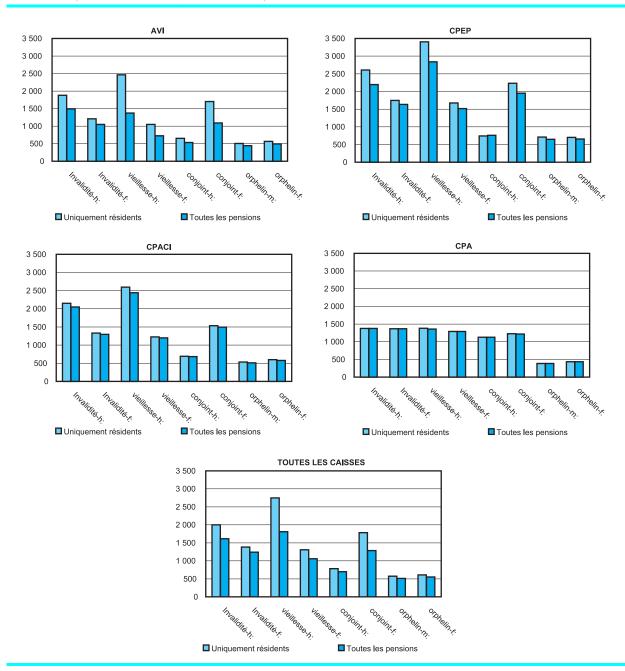
Graphique 4. - Evolution des montants moyens des pensions (mois de décembre, sans les avances)



A première vue, le niveau moyen de ces pensions paraît excessivement faible, notamment eu égard à la formule de calcul des pensions et au niveau des rémunérations cotisables.

L'explication de ce phénomène réside dans le fait que ces montants moyens considèrent la totalité des pensions et ainsi comprennent aussi toutes les pensions partielles versées dans le cadre de l'assurance migratoire internationale à des bénéficiaires qui ne peuvent justifier que de courtes périodes d'assurance au Luxembourg. Ces montants moyens ne tiennent pas compte non plus du montant de la pension étrangère à laquelle ces bénéficiaires ont également droit. Si l'on prend en considération l'ampleur progressive du phénomène de l'assurance migratoire, qui concerne en 2006 plus de la moitié (58,6%) des pensions du régime ouvrier et un tiers (33,1%) des pensions du régime des employés privés, on comprend aisément l'importance de la réduction de ces montants moyens provoquée par les pensions partielles.

Graphique 5. - Comparaison des montants moyens des pensions attribuées aux seuls résidents par rapport à ceux de toutes les pensions (mois de décembre 2006, sans les avances)



En considérant par exemple les pensions moyennes sub "Toutes les caisses" attribuées aux seuls résidents, les montants attribués en tant que pensions de vieillesse pour les bénéficiaires masculins augmentent de 1 809,94 EUR à 2 749,68 EUR. Concernant l'AVI, dont la liquidation des pensions comprend le plus grand nombre de pensions partielles versées dans le cadre de l'assurance migratoire, ce comparatif affiche 1 375,62 EUR par rapport à 2 461,89 EUR, soit une valeur dépassant de 79% le niveau moyen général.

En outre, sont encore comprises les pensions qui ont été réduites en vertu d'une disposition de non cumul avec d'autres pensions, rentes ou revenus professionnels, alors que ces bénéficiaires disposent par définition d'un revenu supérieur à la pension réduite. Ces réductions de pension sont particulièrement fréquentes dans les pensions de survie du conjoint, en cas de concours avec un revenu professionnel ou avec une pension personnelle.

4.7%

5.1%

1.2%

0.8%

Si le niveau absolu des pensions moyennes ne peut guère être considéré comme représentatif du niveau de protection garanti par le régime général, l'évolution des montants moyens prend une grande importance, à côté de l'évolution du nombre de pensions, pour déterminer la croissance des dépenses pour prestations.

Tableau 3. - Taux de croissance du montant moyen des pensions (mois de décembre, sans les avances) Taux de Variation Catégorie 1985 1990 1995 2000 2005 2006 variation moyenne 2005/06 1990/2006 Pension personnelle/hommes 715 05 910.86 1 241 32 1 366 07 1 737 25 1 774 85 22% 4 3% Pension personnelle/femmes 330.32 438 00 662 21 810.56 1 071.28 1 102.68 29% 5.9%

978.35

403.29

1 248.84

527.05

1 264.15

531.06

La progression des montants moyens des pensions résulte de la combinaison de plusieurs variables déterminantes.

891.29

363.54

Avec l'adaptation indiciaire des pensions à l'échelle mobile des salaires, le niveau des pensions a grimpé de 58,3% entre décembre 1985 et décembre 2006.

L'ajustement des pensions au niveau réel des salaires est intervenu pour 32,7%.

459.17

164.23

608.68

240,53

Les différentes réformes légales intervenues depuis 1985 se sont répercutées de façon inégale sur les catégories spécifiques de pension, comme sur les montants des pensions individuelles.

Les taux de progression exceptionnels qu'affiche la comparaison des montants 2001/2002 résultent essentiellement de la mise en vigueur au 1.3.2002 de la loi du 28 juin 2002 consécutive au "Rentendësch ".

Enfin, le montant moyen des pensions évolue en fonction de la proportion croissante des pensions partielles relevant de l'assurance migratoire internationale et de leur niveau, qui progresse parallèlement aux durées des carrières y relatives.

#### 2.2. Les transferts à l'étranger

Pension de survie du conjoint

Pension d'orphelin

L'extension de l'assurance migratoire internationale au cours des dernières décennies, en raison de l'appel continu de l'économie luxembourgeoise à la main-d'oeuvre étrangère, n'a pas manqué de se répercuter sur les transferts de pensions à l'étranger. En décembre 2006, le nombre de pensions transférées s'est élevé à 49 348, représentant 39,9% du nombre total des pensions. En décembre 2005 le nombre de pensions transférées s'était élevé à 46 906, qui représentaient 38,9% du nombre total de pensions liquidées pendant le même mois. Ainsi le nombre de pensions transférées a encore progressé de 5,5% par rapport à l'année précédente. Depuis 1985, ce nombre a plus que triplé.

Tableau 4. - Evolution des transferts de pensions à l'étranger (mois de décembre, sans les avances / en millions EUR)

Catégorie	1985	1990	1995	2000	2005	2006	Taux de variation 2005/06	Variation moyenne 1990/2006
Nombre total de pensions	71 984	79 233	97 235	107 207	120 515	123 799	2,7%	2,8%
Nombre de pensions transférées à l'étranger	15 911	21 054	29 667	37 395	46 906	49 348	5,2%	5,5%
Proportion	22,10%	26,6%	30,5%	34,9%	38,9%	39,9%		
Montant total des pensions	480,2	698,9	1 193,0	1 472,4	2 124,3	2 223,6	4,7%	7,5%
Montant des pensions transférées	48,7	84,6	165,6	235,3	385,7	417,6	8,3%	10,5%
Proportion	10,1%	12,1%	13,9%	16,0%	18,2%	18,8%		

Le montant des pensions transférées passe de 385,7 millions EUR en 2005 à 417,6 millions EUR en 2006 pour représenter 18,8% du montant total des pensions. Que ce pourcentage soit inférieur à la moitié de celui du nombre de pensions transférées, s'explique par le fait que les pensions transférées ne sont actuellement que des pensions partielles calculées sur des carrières d'assurance incomplètes. On remarque cependant que la progression annuelle des montants transférés dépasse largement celle du nombre.

Les principaux pays destinataires sont évidemment les trois pays limitrophes à savoir la Belgique, l'Allemagne, la France ainsi que l'Italie et le Portugal.

## 3. Données financières

#### 3.1. Appréciation globale des opérations courantes

En 2006 les recettes courantes dépassent les dépenses courantes de 635,4 millions EUR. Ce résultat a été obtenu avec une croissance prononcée des recettes de 8,0% face à des dépenses qui augmentent de 5,5%. En éliminant l'évolution de l'échelle mobile des salaires, les dépenses progressent de 3,3%, tandis que les recettes augmentent de 5,8%.

Tableau 5	Onérations	courantes (	(en	milliers	FIIR)	١
iabicau J	Operations	courantes (	CII	111111111111111111111111111111111111111	EUN	,

Année	Dépenses courantes	Variation en %	Variation n.i. 100	Recettes courantes	Variation en %	Variation n.i. 100	Excédent
1970	94 571,4			117 328,0			22 756,6
1975	196 331,7	15,7%	7,9%	235 746,7	15,0%	7,2%	39 415,1
1980	362 395,5	13,0%	6,4%	412 519,6	11,8%	5,3%	50 124,1
1985	517 304,2	7,4%	1,8%	618 717,4	8,4%	2,9%	101 413,2
1990	781 881,0	8,6%	6,6%	993 309,4	9,9%	7,9%	211 428,4
1995	1 265 694,8	10,1%	6,9%	1 449 954,0	7,9%	4,7%	184 259,3
1996	1 309 423,2	3,5%	2,6%	1 482 576,8	2,2%	1,4%	173 153,6
1997	1 411 927,1	7,8%	5,4%	1 586 369,8	7,0%	4,6%	174 442,7
1998	1 443 607,9	2,2%	2,0%	1 686 593,2	6,3%	6,1%	242 985,2
1999	1 509 763,3	4,6%	3,5%	1 798 556,6	6,6%	5,5%	288 793,3
2000	1 567 815,4	3,8%	1,1%	2 028 314,2	12,8%	9,8%	460 498,8
2001	1 695 595,7	8,2%	4,9%	2 315 128,2	14,1%	10,7%	619 532,5
2002*	1 981 036,7	16,8%	14,5%	2 388 346,2	3,2%	1,1%	407 309,4
2003	2 015 803,1	1,8%	-0,3%	2 501 530,1	4,7%	2,6%	485 727,0
2004**	2 229 130,6	10,6%	8,3%	2 627 720,9	5,0%	2,9%	398 590,3
2005	2 264 488,5	1,6%	-0,9%	2 798 570,4	6,5%	3,9%	534 081,9
2006	2 388 122,7	5,5%	3,3%	3 023 493,6	8,0%	5,8%	635 370,9

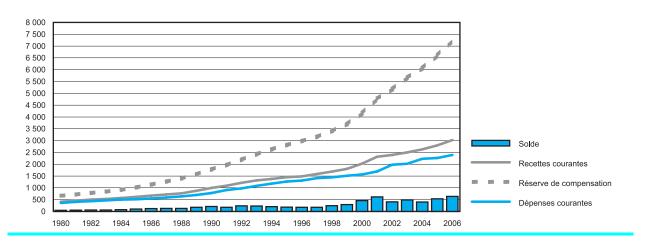
Compris en dépenses le transfert des cotisations baby-year au montant total de 111 425 695,77 EUR. Compris en dépenses le montant compensatoire de 130 000 000,00 EUR transféré à l'UCM.

En général l'évolution des recettes suit celle de la conjoncture économique, soit du développement de l'emploi par le nombre des affiliés et par le niveau des revenus et salaires.

Les dépenses augmentent en fonction, d'une part, de la croissance du nombre des bénéficiaires et, d'autre part, de celle du niveau moyen des prestations. Ce dernier, en dehors de l'impact des réformes de 1991 et de 2002 concernant les prestations, augmente avec l'évolution du coût de la vie et suivant les échéances des ajustements.

En 2006, par rapport au PIB, les recettes courantes représentent 9,1% et les dépenses courantes 7,7%. (PIB; source: STATEC)

Graphique 6. - Evolution des recettes, des dépenses et de la réserve du régime unique



#### 3.2. Les recettes courantes

Les cotisations globales (y compris les cotisations à charge des pouvoirs publics) représentent avec 2 766,3 millions EUR plus de 90,0% des recettes courantes, les revenus de la fortune atteignent 220,7 millions EUR et représentent 7,3%, (en 2005 avaient été enseignés 158,7 millions EUR ou 5,7% des recettes courantes) le reste est constitué par diverses contributions de l'Etat et par les transferts et les recettes diverses.

Tableau 6 Structure des recettes courantes (en milliers EUR)							
Cotisations des assurés et des employeurs	1 844 468,9	61,0%					
Cotisations des pouvoirs publics	921 833,5	30,5%					
Autres contributions de l'Etat	28 646,7	0,9%					
Revenus de la fortune	220 734,4	7,3%					
Transferts et recettes diverses	7 810,1	0,3%					
Total des recettes courantes	3 023 493,6	100,0%					

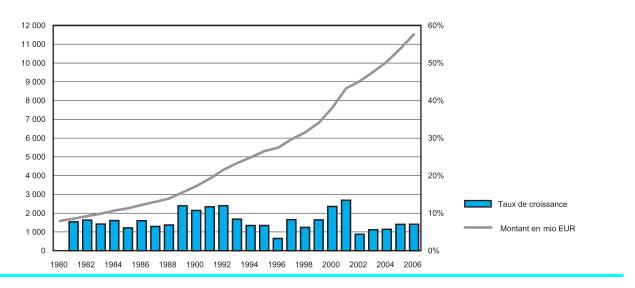
#### 3.2.1. Les cotisations des assurés et des employeurs

Les cotisations des assurés et des employeurs se montent à 1 844,5 millions EUR face à 1 723,0 millions EUR en 2005. La progression affiche 7,0% comme en 2005, soit un taux de croissance réel de 4,9% en 2006 contre 4,4 % en 2005.

La progression moyenne annuelle du montant des cotisations pendant la période de couverture allant de 1992 à 1998 se situait à 7,2%, soit 5,1% en valeur réelle.

La progression moyenne annuelle pendant la dernière période de couverture de 1999 à 2006 s'est maintenue à 7,9% soit 5,4% en valeur réelle.

Graphique 7. - Evolution de la masse cotisable



L'évolution du volume des cotisations à charge des assurés et des employeurs s'explique exclusivement par l'évolution de la masse des revenus cotisables puisque le taux de cotisation est resté constant à 16%.

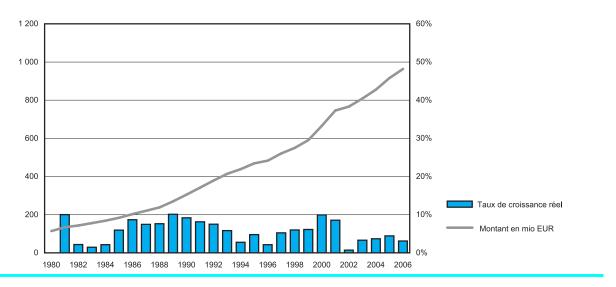
A côté de l'évolution du niveau général des salaires, c'est surtout l'évolution freinée du nombre moyen des assurés cotisants qui a ralenti sensiblement la croissance de la masse des revenus cotisables. Si l'on élimine l'adaptation des salaires à l'évolution du coût de vie qui était de 2,1% en 2006, on note une progression réelle de la cotisation moyenne de 1,0 % face à 1,1% en 2005, à 0,5% en 2004 et à 0,7% en 2003.

#### 3.2.2. La contribution des pouvoirs publics

La contribution des pouvoirs publics concerne essentiellement la prise en charge d'un tiers (8%) des cotisations globales. En outre, l'Etat intervient dans le paiement de certaines cotisations des assurés (cotisations relatives au congé parental, intervention du fonds d'orientation économique et social pour l'agriculture, cotisations des volontaires de l'Armée et de la police et périodes de service militaire obligatoire, cotisations sur activités de volontariat), dans les frais d'administration, dans le complément différentiel et dans les prestations prises en charge par l'office des dommages de guerre. En contrepartie, l'Etat se voit restituer sa part dans les décharges et extournes de cotisations des exercices antérieurs. La contribution nette des pouvoirs publics au financement de l'assurance pension s'élève à 963,8 millions EUR et accuse une augmentation de 47,9 millions EUR, soit 5,2 % par rapport à 2005.

Tableau 7 Contribution nette des pouvoirs publics (en milliers EUR	)	
	2005	2006
Cotisations des pouvoirs publics	861 491,2	921 833,5
FOA et autres cotisations	13 833,6	13 993,8
Frais d'administration	13 063,1	48,4
Complément différentiel	22 764,1	22 133,1
Majorations proportionnelles baby-year	5 229,6	6 465,2
Contribution brute	916 381,6	964 474,0
à déduire	476,9	705,2
Contribution nette	915 904,7	963 768,8

Graphique 8. - Evolution de la charge budgétaire nette des pouvoirs publics



La loi du 23 mai 1984 portant réforme du système de financement des régimes de pension contributifs a fixé le taux de cotisation à charge des pouvoirs publics à 7% pour 1985 et retenu une augmentation annuelle de 0,2% à partir de 1986 pour atteindre 8% à partir de l'exercice 1990. Cette contribution a été répartie à raison de 94,5% à charge de l'Etat et de 5,5% à charge des communes. Elle est entièrement à charge de l'Etat à partir de l'exercice 1997.

Dans les cotisations le montant de la participation des pouvoirs publics est calculé à partir des cotisations de l'assurance générale obligatoire et volontaire des assurés et employeurs. En 2006, il s'est élevé à 921,8 millions EUR. En considérant les restitutions de cotisations à l'Etat, ce montant se réduit à une participation nette de 921,1 millions EUR. La part Etat dans les cotisations de l'assurance obligatoire et volontaire est en progression de 7,0% au nombre indice courant, soit de 4,8% au nombre indice 100 du coût de la vie.

Conformément à l'article 18 de la loi budgétaire 2006 modifiant l'article 282 CAS :'' Les frais administratifs des caisses de pension et de l'association d'assurance contre les accidents sont intégralement à charge de ces organismes.

Les montants de 27 690,19 et 20 661,59 EUR qui figurent en recettes auprès de l'AVI et de la CPEP, représentent respectivement une part dans la rémunération d'un employé détaché de l'OAS à l'Office des dommages de guerre et deux compléments différentiels à payer à d'anciens employés statutaires de la CPEP.

La charge de l'Etat dans le financement du complément différentiel se chiffre en 2006 à 22,1 millions EUR.

L'évolution décroissante du nombre des bénéficiaires et le remplacement des titulaires décédés par leurs survivants expliquent la régression continue des prestations.

Tableau 8	<b>Evolution</b> of	du complément	différentiel (	en milliers	EUR)
-----------	---------------------	---------------	----------------	-------------	------

Année	Montant nominal	Variation	Montant à l'indice 100	Variation	Nombre moyen de bénéficiaires	Variation
1985	15 961,0		3 833,9		5 767	
1990	18 929,4	3,5%	4 134,3	1,5%	6 198	1,5%
1995	24 321,3	5,1%	4 580,8	2,1%	5 906	-1,0%
1996	23 976,4	-1,4%	4 479,1	-2,2%	5 807	-1,7%
1997	24 631,5	2,7%	4 498,4	0,4%	5 677	-2,2%
1998	24 080,9	-2,2%	4 389,0	-2,4%	5 557	-2,1%
1999	22 479,9	-6,6%	4 055,0	-7,6%	5 414	-2,6%
2000	22 286,9	-0,9%	3 914,0	-3,5%	5 266	-2,7%
2001	22 805,0	2,3%	3 883,4	-0,8%	5 099	-3,2%
2002	22 990,7	0,8%	3 835,2	-1,2%	4 921	-3,5%
2003	23 385,3	1,7%	3 821,6	-0,4%	4 696	-4,6%
2004	22 763,3	-2,7%	3 644,3	-4,6%	4 501	-4,2%
2005	22 764,1	0,0%	3 555,6	-2,4%	4 324	-3,9%
2006	22 133,1	-2,8%	3 386,8	-4,7%	4 132	-4,4%

Le montant à charge de l'Etat constitué par les majorations proportionnelles baby-year, en revanche, a encore progressé sensiblement, de 21,1% entre 2005 et 2006.

Suite aux propositions de la Tripartite entérinées dans la loi du 22 décembre 2006, les prestations ci-avant évoquées seront à charge des organismes à partir de 2007.

#### 3.2.3. Les autres cotisations

#### 3.2.3.1. Les cotisations prises en charge par l'assurance dépendance

Il s'agit des cotisations, relatives aux périodes pendant lesquelles des personnes ont assuré des aides et des soins à une personne dépendante prises en charge par l'assurance dépendance, conformément à l'article 357 de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance (art 171.13 CAS).

Ces cotisations continuent d'augmenter sensiblement pour s'élever en 2006 à 2 825,9 milliers EUR face à 2 332,8 milliers EUR en 2005 (+21,1%).

#### 3.2.3.2. Les cotisations de l'assistance maternelle

Ces cotisations sont à charge des organismes agréés oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique et concernent les personnes assurant l'accueil d'un enfant en placement de jour et de nuit ou en placement de jour (art.171.14 CAS).

Le montant y relatif s'élève en 2006 à 606,5 milliers EUR face à 565,4 milliers EUR en 2004 (+7,3%).

#### 3.2.3.3. Les cotisations de l'assurance volontaire

Les cotisations de l'assurance volontaire se sont chiffrées en 2006 à 7 399,6 milliers EUR face à 6 602,6 milliers EUR en 2005 (+12,1%).

#### 3.2.4. Les autres recettes

Les autres recettes concernent principalement les revenus sur immobilisations, les bénéfices de réalisation sur titres et sur immeubles, les produits divers en provenance de tiers, les produits financiers et les recettes diverses.

Les revenus bruts de la fortune (revenus sur immobilisations, bénéfices de réalisation sur titres et sur immeubles, produits financiers) atteignent 220,7 millions EUR face à 158,7 millions EUR en 2005 et progressent ainsi de 39,1%.

En tenant compte des intérêts de retard sur cotisations de 2,7 millions EUR et des frais de gestion du patrimoine et des pertes diverses au montant de 3,4 millions EUR, les revenus nets s'élèvent à 220,1 millions EUR. Le taux de rendement moyen calculé par rapport à la réserve globale de compensation monte de 2,47% à 3,24%.

Tableau 9 -	Evolution du taux de rendement mo	ven de la fortune	(en milliers FUR)
iabicau 3	Evolution du taux de rendement mo	yen de la fortune	(CII IIIIIIICI 3 LUII)

Année	Revenus bruts de la fortune	Intérêts de retard sur cotisations	A déduire: frais de gestion du patrimoine et pertes diverses	Revenus nets de la fortune	Réserve au 31 décembre	Taux de rendement moyen
1980	43 160,7	565,2	1 135,4	42 590,6	664 733,9	6,89%
1985	66 046,3	1 244,4	3 190,4	64 100,3	1 016 167,6	6,87%
1990	127 890,7	374,3	1 779,9	126 485,2	1 783 328,7	7,83%
1995	134 903,7	2 464,1	2 020,3	135 347,4	2 809 377,3	5,11%
1996	125 545,7	2 340,1	2 555,8	125 330,0	2 982 540,9	4,42%
1997	121 909,1	2 253,4	3 019,3	121 143,1	3 156 988,5	4,03%
1998	132 256,2	2 384,7	3 758,1	130 882,8	3 399 958,8	4,07%
1999	123 076,7	1 462,6	4 164,6	120 374,6	3 688 752,3	3,48%
2000	159 663,3	1 581,6	4 276,2	156 968,7	4 149 249,3	4,09%
2001	198 493,0	2 114,1	6 882,7	193 724,4	4 768 782,8	4,44%
2002	181 176,1	2 644,1	8 577,2	175 243,0	5 176 092,2	3,59%
2003	174 200,0	2 712,2	4 411,4	172 500,8	5 661 819,2	3,23%
2004	167 607,1	2 322,5	4 470,6	165 459,0	6 060 409,5	2,86%
2005	158 731,0	2 836,8	6 953,2	154 614,6	6 594 491,4	2,47%
2006	220 734,4	2 745,4	3 422,0	220 057,8	7 229 862,3	3,24%

Si ce taux de rendement intervient dans l'équilibre financier global du régime de pension, il faut cependant rappeler qu'il est dans une certaine mesure sous-évalué puisque la réserve de compensation contient une partie non négligeable de recettes dues mais non encore encaissées (débiteurs de cotisations, solde de la contribution de l'Etat). Le taux calculé par rapport aux valeurs placées se situerait ainsi à 3,60%, en comparaison avec 2,74% en 2005.

#### 3.3. Les dépenses courantes

Les prestations atteignent en 2006 un montant de 2 228,4 millions EUR et représentent ainsi 93,3% des dépenses courantes. Le reste se compose des frais d'administration et des transferts et dépenses diverses.

Tableau 10 Structure des dépenses courantes (en milliers EUR)					
Frais d'administration	26 180,8	1,1%			
Pensions	2 228 392,8	93,3%			
Autres prestations	1 327,3	0,1%			
Transferts et dépenses diverses	132 221,8	5,5%			
Total des dépenses courantes	2 388 122,7	100,0%			

#### 3.3.1. Les frais d'administration

Les frais d'administration s'élèvent à 26,2 millions EUR pour augmenter de 2,9% par rapport à l'exercice précédent.

#### 3.3.2. Les prestations

Tableau 11 Nombre de pensions par caisse - mois de décembre (avances comprises)									
Caisse	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	Variation 2005/06	Variation moyenne 2000/2006
AVI	42 934	45 534	53 179	64 576	71 232	79 019	81 066	2,6%	2,2%
CPEP	10 076	11 083	13 929	18 063	22 101	28 091	29 558	5,2%	5,0%
CPACI	7 493	7 782	7 932	8 279	8 376	8 414	8 440	0,3%	0,1%
CPA	7 947	7 585	7 223	7 226	6 621	5 812	5 720	-1,6%	-2,4%
TOTAL	68 450	71 984	82 263	98 144	108 330	121 336	124 784	2,8%	2,4%

En 2006 le nombre des pensions a augmenté de 2,8% par rapport à 2005. Ce taux de variation comprend une forte progression des pensions pour la CPEP, une légère augmentation pour l'AVI, une stagnation pour la CPACI et une régression pour la CPA.

	2005	2006	Variation nominale	Variation réelle
Avances	-1 413,7	1 922,5	-	-
Majorations proportionnelles	1 499 177,4	1 575 444,3	5,1%	3,0%
Majorations proportionnelles spéciales	99 087,8	102 458,7	3,4%	1,3%
Majorations proportionnelles baby-year	5 229,6	6 465,2	23,6%	21,1%
Majorations forfaitaires	291 884,6	304 107,8	4,2%	2,1%
Majorations forfaitaires spéciales	37 861,5	39 323,1	3,9%	1,7%
Majorations forfaitaires transitoires	45 091,2	44 309,8	-1,7%	-3,7%
Majorations assurance supplémentaire	3 237,5	3 201,2	-1,1%	-3,1%
Suppléments enfants	265,0	241,8	-8,8%	-10,6%
Compléments différentiels	22 764,1	22 133,1	-2,8%	-4,7%
Compléments pensions minima	77 460,9	78 915,4	1,9%	-0,2%
Compléments divers	7 620,9	7 270,1	-4,6%	-6,5%
Allocations trimestrielles	530,2	490,0	-7,6%	-9,5%
Allocations de fin d'année	40 223,0	42 109,8	4,7%	2,6%
Pensions brutes	2 129 020,0	2 228 392,8	4,7%	2,5%

Entre 2005 et 2006 les pensions brutes ont augmenté de 4,7%, soit de 2,5% en valeur réelle.

Les majorations proportionnelles baby-year connaissent encore l'évolution la plus progressive.

#### 3.4. Les autres dépenses

Le poste "décharges et restitutions de cotisations" se réfère à des décharges accordées par les comités-directeurs des quatre caisses de pension et surtout du CCSS, ainsi qu'à des redressements dus à des recalculs de cotisations se référant à des exercices antérieurs. Le CCSS a ainsi dû procéder à des décharges et extournes de 6,0 millions EUR, montant à déduire avant les transferts de répartition.

#### 3.5. Les opérations sur réserves et sur reports

L'excédent des opérations courantes qui constitue la dotation nette à la réserve totale du régime de pension se chiffre à un montant de 635 370 921,29 EUR, qui représente aussi le solde entre dotations et prélèvements aux fonds de roulement et aux réserves administrées par les caisses respectives et à la réserve de compensation. Cette dotation correspond à 26,6% des dépenses courantes.

#### 3.6. Les valeurs immobilisées

Le montant total des valeurs immobilisées s'élève à 822,0 millions EUR et représente 11,0% du total de l'actif contre 856,7 millions EUR au 31 décembre 2005 ou 12,6% du total de l'actif.

Au 31 décembre 2006, le montant des immobilisations corporelles a augmenté de 1,0%.

Les immobilisations financières ont diminué de 642,7 à 605,7 millions EUR, soit de 5,8%. La plus grande partie du patrimoine du régime est constitué par les placements à moins d'un an, qui se sont chiffrés au 31 décembre 2006 à 5 448,1 millions EUR, dont 5 102,0 millions EUR ont été placés par le Fonds de compensation en attendant la mise en place d'un organisme collectif de placement.

#### 3.7. Les comptes financiers

Les comptes financiers au montant de 5 690,9 millions EUR représentent 76,5% du total de l'actif. Ils accusent une progression de 11,9% par rapport à 2005. Les titres de placements et bons, dont une partie est venue à échéance, diminuent de 244,5 millions EUR à 203,9 millions EUR, soit de 16,6%, tandis que les placements à moins d'un an augmentent de 4 812,8 à 5 448,1 millions EUR, toujours en attente de la concrétisation de la politique de placement du fonds de compensation.

#### 3.8. La réserve de compensation

Tableau 13. - Structure des réserves (en milliers EUR)

	AVI	CPEP	CPACI	CPA	FDC	Total	En %
Réserves	530 623,40	1 081 102,00	88 866,40	39 065,20	5 490 205,30	7 229 862,30	100,00%
- Immeubles et terrains	50 309,00	149 647,20	15 184,60	1 084,00	0	216 224,80	3,00%
- Prêts à long terme	25,8	605 714,70	0	0	0	605 740,50	8,40%
- Titres	373,6	685,4	0	0	202 833,00	203 892,00	2,80%
- Placements à court terme	159 500,00	148 900,00	24 600,00	13 140,00	5 102 000,00	5 448 140,00	75,40%
- Trésorerie	873,8	24 557,20	2 467,40	1 052,60	351,7	29 302,70	0,40%
- Intérêts courus	232,4	346,1	79,8	8,7	8 884,80	9 551,80	0,10%
- Solde débiteur	319 308,80	151 251,40	46 534,60	23 779,90	176 135,80	717 010,50	9,90%

La réserve de compensation se chiffre dorénavant à 7 229,9 millions EUR au 31 décembre 2006 et est en progression de 635,4 millions EUR par rapport au 31 décembre 2005. Elle est constituée d'une part de la réserve de compensation proprement dite auprès du FDC et de l'autre des fonds de roulement et des réserves administrées au niveau des caisses de pension. Comparée au montant de 2 201,1 millions EUR de dépenses en prestations à charge du régime (déduction faite du complément différentiel et des majorations proportionnelles baby-year), la réserve de compensation représente actuellement 3,28 fois le montant des prestations annuelles.

## 4. Appréciation globale de la situation du régime unique

ıleau 14 Situation du ı	régime		
Année	Coefficient de charge	Prime de répartition pure	Niveau relatif de la réserve
1980	48,6	22,8	2,03
1985	49,7	22,6	2,19
1990	47,0	22,7	2,58
1995	48,5	23,9	2,40
1996	48,7	24,1	2,46
1997	48,4	24,1	2,41
1998	47,1	23,2	2,55
1999	45,5	22,4	2,64
2000	43,5	20,8	2,85
2001	41,8	19,6	3,04
2002	41,2	22,0	2,97
2003	41,0	21,2	2,99
2004	40,7	22,1	3,08
2005	40,5	21,0	3,14
2006	40,0	20,7	3,28

#### Paramètres démographiques

En 2006 le nombre moyen des cotisants actifs a augmenté de 3,8%, tandis que celui des bénéficiaires de pension n'a progressé que de 2,7%, ce qui a confirmé le mouvement à la baisse du coefficient de charge du régime.

#### Paramètres financiers

Malgré une hausse sensible des prestations et par conséquent des dépenses courantes, qui progressent de 5,5%, la prime de répartition pure peut descendre encore grâce à une évolution de l'emploi qui a généré une montée des cotisations et implicitement des recettes courantes de 8,0%, dépassant ainsi significativement, celle des dépenses.

Le niveau réel et relatif de la réserve totale en fin d'exercice est monté encore de façon sensible.

Afin de préserver de manière durable la santé financière solide actuelle du régime général de pension, il faudra garder à l'œil l'évolution de l'environnement économique, gérer les moyens financiers avec efficience, tout en attribuant des prestations équitables, sans perdre de vue que toute cotisation de chaque nouvel assuré d'aujourd'hui génère une dépense au profit du bénéficiaire de pension qu'il sera demain.

**ASSURANCE ACCIDENTS** 

# Assurance accidents

## Introduction

L'assurance accidents a pour objet de couvrir les risques suivants:

- a) l'accident de travail proprement dit;
- b) l'accident de trajet;
- c) les maladies professionnelles.

La gestion de l'assurance accidents est assurée par une mutualité des chefs d'entreprises appelée "association d'assurance contre les accidents", qui est un établissement public comportant une section industrielle et une section agricole et forestière. La section industrielle assume en outre la gestion des régimes spéciaux d'assurance accidents suivants:

- celui des fonctionnaires et employés publics jouissant d'un régime spécial de retraite;
- celui de l'enseignement technique et professionnel ainsi que des activités préscolaires, péripréscolaires, scolaires, périscolaires, universitaires et péri-universitaires;
- celui des activités de secours et de sauvetage;
- celui concernant les mesures de mise au travail, les mesures de réinsertion professionnelle et d'occupation des demandeurs d'emploi ainsi que certains travaux dans l'intérêt de la communauté et
- celui des personnes dans l'exercice d'un pouvoir public.

Sur le plan législatif, la loi du 17 novembre 1997 a introduit un régime volontaire dans le cadre de la section agricole et forestière de l'assurance contre les accidents, lequel est réparti en quatre classes de risque, tout comme le régime obligatoire. Les taux de cotisation sont fixés par classe et séparément pour les deux régimes.

Cette même loi a sorti les volontaires au sens de la loi militaire des régimes spéciaux pour les intégrer dans le régime général. Cette loi est entrée en vigueur en date du 1<sup>er</sup> janvier 1998.

Le régime général comporte 21 classes de risque (les classes 9 et 10 ont été fusionnées le 29 novembre 2001). Les taux de cotisation pour 2006 avaient été fixés par règlement ministériel du 24 janvier 2006.

A noter que l'assemblée générale de l'Association d'assurance contre les accidents, section agricole, lors de sa réunion du 29 juin 2006 a décidé de fusionner les classes de risques 2 (vignobles et vergers) et 3 (jardinage).

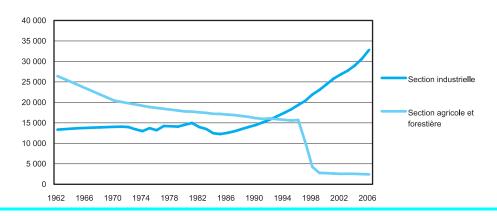
Parmi les éléments législatifs intervenus en 2006, il faut citer :

- la loi du 22 décembre 2006 promouvant le maintien dans l'emploi et définissant des mesures spéciales en matière de sécurité sociale et de politique de l'environnement et portant (1.2.3.)
  - 4. modifications des articles 100, 161, 239, 375 et 376 du Code des assurances sociales ; (5.)
  - 6. modification de la loi modifiée du 24 juillet 2001 concernant le soutien au développement rural ; (7.8.9.10.11.12.) (2006, A 239, p. 4710);
- la loi du 22 décembre 2006 portant ajustement des pensions et rentes accident au niveau de vie de 2005 (2006, A 237 p. 4620);
- le règlement ministériel du 24 janvier 2006 approuvant les taux de cotisation applicables en matière d'assurance accident industrielle pour l'exercice 2006 (Mém. A 16 p. 454);
- le règlement grand-ducal du 18 décembre 2006 portant approbation des modifications des statuts de l'Association d'assurance contre les accidents, section agricole (Mém. A 227 p.4066);
- le règlement ministériel du 19 décembre 2006 approuvant les taux de cotisation applicables en matière d'assurance accident industrielle pour l'exercice 2007 (Mém. A 243 p. 4856).

## 1. Les principales données statistiques

#### 1.1. L'affiliation des entreprises

Graphique 1. - Evolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accidents (situation au 31 décembre)

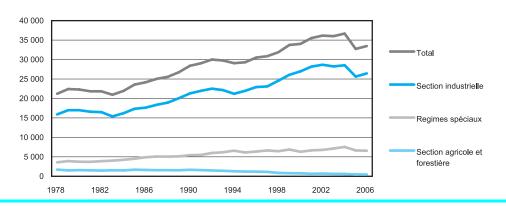


Après une période de relative stabilité, le nombre d'entreprises affiliées à la section industrielle de l'association d'assurance avait été décroissant dès le début des années quatre-vingt. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a augmenté ensuite de plus de 4% par année. En 2006 cette augmentation a même été de 7.0% face à 5.7% en 2005.

Le nombre d'entreprises affiliées à la section agricole et forestière subit une diminution régulière depuis 1960 (-1% en moyenne depuis 1970). Depuis 1997, le nombre d'affiliés avait subi une réduction de deux tiers suite à une redéfinition du critère de l'affiliation obligatoire et de l'introduction d'une assurance volontaire. Ainsi depuis 1999 le niveau des affiliations s'est stabilisé.

#### 1.2. Statistiques sur les accidents

Graphique 2. - Evolution du nombre d'accidents déclarés



A partir du 1er mai 2005, l'assurance accident a changé la procédure et le formulaire de déclaration des accidents du travail et de trajet. Cette nouvelle procédure vise principalement à rétablir pour l'employeur l'obligation légale de prendre l'initiative de la déclaration d'un accident. Ceci explique aussi la rupture de série dans les statistiques y afférentes.

Le nombre des accidents déclarés en 2006 s'élève à 33 474 dont 26 441 (79,0%) pour la section industrielle, 6 567 (19,6%) pour les régimes spéciaux et 466 (1,4%) pour la section agricole et forestière. Le nombre des accidents mortels est de 15 unités. La campagne de prévention d'accidents commence à porter ses fruits, le nombre des accidents par 100 salariés-unités est resté inchangé à 9,7 en 2006.

Parmi les cas déclarés à la section industrielle, 75,1% concernent des accidents de travail proprement dits, 24,2% des accidents de trajet et 0,7% des maladies professionnelles.

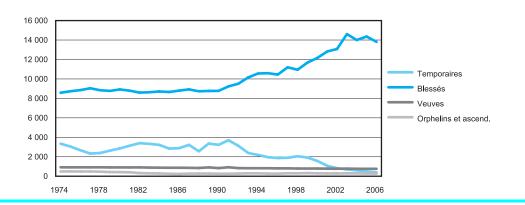
#### 1.3. Les rentes

Le nombre total des rentes s'élève en 2006 à 15 235 unités contre 15 872 en 2005. La répartition de ces rentes suivant le régime et la catégorie de rente se présente comme suit:

Tableau 1. - Répartition selon les différents types de rentes (situation au 31 décembre) Catégorie AAI AAA Total spéciaux 371 22 Rentes temporaires 393 12 021 592 13 813 Rentes de blessés 1 792 Rentes de conjoints survivants 14 761 703 58 Rentes d'orphelins 259 8 6 265 Rentes d'ascendants 3 3 TOTAL 614 1 878

En se limitant aux seules rentes de la section industrielle, qui déterminent l'évolution du nombre total, on constate que le nombre de rentes s'est maintenu pratiquement à un niveau constant entre 1975 et 1990, l'augmentation massive de l'emploi depuis le milieu des années 80 a entraîné avec un certain retard une croissance du nombre des rentes. Le régime de l'assurance accidents n'est donc plus soumis au phénomène de maturation et le vieillissement de la population, qui n'a guère de prise sur ce régime.

Graphique 3. - Evolution du nombre des rentes (situation au 31 décembre)



La majorité des rentes viagères présentent un taux d'incapacité assez faible. Environ 85% des rentes de la section industrielle et de la section agricole et forestière présentent un degré d'incapacité de moins de 30% et pour plus d'un tiers des rentes le degré d'incapacité est compris entre 10% et 20%. La diminution constante des rentes temporaires depuis 1996, est due à un traitement plus rapide des demandes, permettant une allocation plus prompte des rentes viagères.

L'effet de l'entrée en vigueur au 1er mai 2005 de la loi du 21 décembre 2004, concernant la suppression du délai d'attente triennal pour les rachats des rentes inférieures à 10%, ainsi que la décision de l'assemblée générale de l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, du 20 janvier 2006 d'appliquer la suppression du délai également aux accidents survenus avant le 21 mai 2005, se sont répercutés dans le nombre des rachats pour l'année 2006.

Ainsi le nombre de rachats affiche une progression de 74,0% à 2 696 rachats en 2006 contre 1 472 en 2005.

Dans la section agricole et forestière, le nombre passe de 15 rachats en 2005 à 23 en 2006.

Tableau 2. - Répartition des rentes et rachats de rentes par pays de résidence

<b>5</b>	ı	Nombre		Montants (en millions EUR)			
Pays de résidence	AAI	AAA	Total	AAI	AAA	Total	
Luxembourg	9 417	1 920	11 337	83,72	5,90	89,62	
Autres pays de l'UE	6 025	18	6 043	59,79	0,16	59,95	
Allemagne	810	6	816	8,86	0,01	8,87	
Autriche	8	-	8	0,03	-	0,03	
Belgique	1 355	5	1 360	14,35	0,10	14,45	
Danemark	1	-	1	0,00	-	0,00	
Espagne	69	-	69	0,54	-	0,54	
Finlande	-	-	-	-	-	-	
France	3 062	3	3 065	30,52	0,01	30,53	
Grèce	-	-	-	-	-	-	
Irlande	-	-	-	-	-	-	
Italie	300	-	300	2,46	-	2,46	
Pays-Bas	4	1	5	0,02	0,00	0,03	
Portugal	415	3	418	3,00	0,03	3,03	
Royaume-Uni	-	-	-	-	-	-	
Suède	1	-	1	0,01	-	0,01	
Autres pays	48	4	52	0,51	0,01	0,52	
TOTAL	15 490	1 942	17 432	144,02	6,06	150,09	

## 2. Les données financières

#### 2.1. L'appréciation globale des opérations courantes

Depuis 2001 les recettes courantes de la section industrielle dépassent régulièrement les dépenses courantes. Pour faire face aux dépenses supplémentaires consécutives à la loi du 21 décembre 2004 et de la décision de l'assemblée générale du 20 janvier 2006, un prélèvement à la réserve légale de 17,8 millions EUR a été nécessaire en 2006 pour équilibrer le compte d'exploitation. En 2005 les recettes courantes avaient encore dépassé les dépenses courantes de 22,7 millions EUR.

Les dépenses courantes représentent 0,66% du PIB en 2006, et leur proportion, partant de 1,3% en 1975, est en régression constante. Aussi, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes entre 1986 et 2006 n'atteint que 4,8% (au nombre indice 100) ce qui témoigne, comparé aux autres branches de la sécurité sociale, d'une évolution plus lente des dépenses.

Concernant la section agricole et forestière, en 2006, les dépenses courantes se chiffrent à 7,6 millions EUR par rapport à des recettes courantes de 4,6 millions EUR. Le manque de recettes de 3 millions EUR est couvert par un prélèvement au fonds de réserve légal de 0,5 millions EUR et par un rôle à établir de 2,5 millions EUR.

#### 2.2. Les dépenses courantes

Tableau 3. - Les opérations courantes de l'assurance accidents (en milliers EUR)

Aal				AAA		Total			
Année	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde
1975	28 507,76	33 961,41	5 453,66	2 330,20	1 363,41	-966,78	30 837,95	35 324,83	4 486,87
1980	46 033,83	49 677,86	3 644,03	3 693,61	2 206,25	-1 487,36	49 727,44	51 884,11	2 156,67
1985	65 419,10	74 467,21	9 048,11	4 883,50	2 974,72	-1 908,78	70 302,60	77 441,94	7 139,33
1986	61 428,02	72 831,12	11 403,10	5 329,71	3 148,25	-2 181,46	66 757,73	75 979,37	9 221,64
1987	63 733,43	71 814,75	8 081,33	5 528,03	3 123,46	-2 404,57	69 261,45	74 938,21	5 676,76
1988	66 584,20	72 855,91	6 271,71	5 751,13	3 197,83	-2 553,30	72 335,33	76 053,73	3 718,40
1989	70 525,71	82 722,07	12 196,36	6 370,86	3 396,14	-2 974,72	76 896,57	86 118,21	9 221,64
1990	74 541,58	86 415,68	11 874,10	6 519,60	3 644,03	-2 875,56	81 061,18	90 059,72	8 998,53
1991	82 424,60	86 961,05	4 536,45	6 643,55	3 891,93	-2 751,62	89 068,14	90 852,98	1 784,83
1992	90 778,61	97 174,26	6 395,65	7 015,39	4 115,03	-2 900,35	97 794,00	101 289,29	3 495,30
1993	95 538,16	108 403,84	12 865,67	7 610,33	4 362,93	-3 247,41	103 148,50	112 766,76	9 618,27
1994	103 222,86	109 246,68	6 023,81	7 089,75	4 486,87	-2 602,88	110 312,62	113 733,55	3 420,93
1995	110 287,83	127 342,90	17 055,07	7 635,12	4 685,19	-2 949,93	117 922,95	132 028,09	14 105,14
1996	119 410,31	127 243,75	7 833,44	7 883,01	4 536,45	-3 346,56	127 293,32	131 780,20	4 486,87
1997	124 888,76	113 931,86	-10 956,89	7 684,70	4 635,61	-3 049,09	132 573,46	118 567,47	-14 005,98
1998	127 107,43	125 049,24	-2 058,19	7 701,48	3 742,47	-3 959,01	134 808,91	128 791,72	-6 017,19
1999	136 068,68	135 478,22	-590,46	6 289,13	3 572,57	-2 716,57	142 357,81	139 050,79	-3 307,02
2000	146 697,02	144 836,63	-1 860,39	6 401,23	3 581,86	-2 819,37	153 098,25	148 418,49	-4 679,76
2001	162 746,90	168 589,14	5 842,24	6 287,55	3 704,52	-2 583,03	169 034,45	172 293,66	3 259,21
2002	172 330,77	185 959,31	13 628,54	7 357,75	4 594,20	-2 763,55	179 688,52	190 553,51	10 864,99
2003	181 911,39	206 182,60	24 271,21	7 171,31	4 734,39	-2 436,92	189 082,70	210 916,99	21 834,29
2004	190 314,43	215 754,54	25 440,11	7 326,49	4 707,36	-2 619,13	197 640,91	220 461,90	22 820,98
2005	191 382,05	214 057,50	22 675,45	8 471,83	5 879,39	-2 592,44	199 853,88	219 936,89	20 083,01
2006	218 365,57	200 583,43	-17 782,13	7 557,74	4 625,25	-2 932,49	225 923,31	205 208,68	-20 714,62

En 2006, les dépenses en prestations cumulées des deux sections atteignent 209 262,3 milliers EUR et représentent 92,6% du total des dépenses, soit une augmentation de 11,2% au nombre indice 100 par rapport à 2005.

Cette augmentation des dépenses en prestations est principalement due au nombre de rachats effectués suite aux modifications législatives du 21 décembre 2004.

Les frais d'administration, au nombre indice 100, ont connu une augmentation de 5,1% en 2006. Ils représentent 5,5% des dépenses courantes.

Tableau 4 La structure des dépenses courantes (en milliers EUR)							
	AAI	AAA	Total	En % du total			
Frais d'administration	12 006,46	353,89	12 360,35	5,5%			
Prestations en espèces	167 329,07	6 193,68	173 522,75	76,8%			
- Indemnités pécuniaires	23 308,58	128,80	23 437,38	-			
- Rentes	83 614,94	5 748,09	89 363,03	-			
- Rachats et autres	60 405,56	316,79	60 722,35	-			
Prestations en nature	34 924,33	815,19	35 739,52	15,8%			
Dépenses diverses	4 105,70	194,97	4 300,67	1,9%			

218 365.56

7 557,74

225 923,30

#### 2.3. Les recettes courantes

TOTAL

L'assurance accidents est financée à raison de 79,0% par des cotisations, de 14,2% par les contributions publiques et de 6,7% par les revenus de la fortune et les recettes diverses. A noter que parmi les contributions publiques figure également la prise en charge intégrale des prestations allouées dans le cadre des régimes spéciaux.

Les cotisations ont diminué par rapport à 2005 de 9,0% au nombre indice 100 pour la section industrielle.

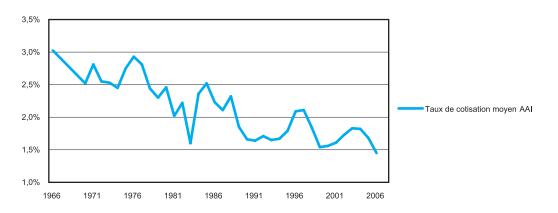
100,0%

Tableau 5 La structure des recettes courantes (en milliers EUR)						
	AAI	AAA	Total	En % du total		
Cotisations	162 158,77	-	162 158,77	79,0%		
Participation de l'Etat	24 661,12	4 546,93	29 208,05	14,2%		
Produits financiers et recettes diverses	13 763,54	78,33	13 841,86	6,7%		
TOTAL	200 583,43	4 625,25	205 208,68	100,0%		

Etant donné que les taux de cotisation de la section industrielle sont fixés annuellement pour chaque position du tarif, il est intéressant d'analyser l'évolution du taux de cotisation moyen. Ce taux de cotisation moyen est obtenu en divisant le montant des dépenses à charge des cotisants par la masse des salaires cotisables.

Le taux de cotisation moyen a augmenté depuis le début des années 90 pour atteindre un maximum de 2,11% en 1997, il est retombé ensuite et s'est situé à 1,54% en 1999. Après avoir entamé une nouvelle progression pour atteindre en 2003 une valeur de 1,83%, le taux de cotisation moyen est retombé à son niveau le plus bas pour atteindre 1,45% en 2006.

Graphique 4. - Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAI



# **PRESTATIONS FAMILIALES**

## Introduction

Les prestations familiales sont allouées par la Caisse nationale des prestations familiales. En 2006, la caisse a versé des allocations familiales pour 179 586 enfants et des prestations de naissance pour 5 133 nouveau-nés.

Outre les allocations familiales proprement dites, différenciées suivant le rang de l'enfant et complétées par des majorations d'âge, la caisse paie des allocations spéciales supplémentaires en faveur des enfants handicapés, des allocations de rentrée scolaire pour les enfants âgés de plus de six ans, des allocations de naissance et de maternité, des allocations d'éducation ainsi que des indemnités pour congé parental.

L'allocation d'éducation, introduite au 1er janvier 1989, est versée aux personnes élevant un ou plusieurs enfants âgés de moins de deux ans, sous condition qu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle ou qu'elles remplissent certaines conditions de revenu, conditions précisées par un règlement grand-ducal. Depuis le 1er septembre 1992, elle est prolongée de deux années pour les personnes élevant trois enfants ou plus ainsi que pour celles élevant un enfant handicapé. A partir du 1er juillet 1993 enfin, 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. A la même date, le montant de l'allocation a été porté de 49,58 à 74,37 EUR (au nombre indice 100 du coût de la vie).

Au 1er janvier 1993 est entrée en vigueur la loi du 23 décembre 1992 modifiant 1) la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la Caisse Nationale des Prestations Familiales; 2) la loi modifiée du 30 avril 1980 portant création d'une allocation de maternité qui a augmenté les montants de l'allocation familiale normale et de l'allocation de maternité. Ce relèvement important des montants de base de l'allocation familiale s'est fait de façon parallèle à une réduction comparable de la modération d'impôt maximale pour charge d'enfant. Ces deux mesures prises ensemble devaient garantir la sélectivité de l'opération: en effet, le but recherché était l'augmentation du revenu disponible des seules familles dont les revenus sont inférieurs au seuil imposable ou qui ne profitent pas du montant maximum de la modération d'impôt pour charge d'enfants. Pour les autres familles, le revenu disponible est resté pratiquement inchangé.

Au 1er janvier 1999 est entrée en vigueur la loi du 23 décembre 1998 modifiant 1) la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales; 2) la loi modifiée du 26 juillet 1986 portant a) création du droit à un revenu minimum garanti; b) création d'un service national d'action sociale; c) modification de la loi du 30 juillet 1969 concernant la création d'un fonds national de solidarité.

Cette loi a relevé les montants de base des allocations familiales proprement dites ainsi que celui de l'allocation spéciale supplémentaire, mesure qui eu une influence importante sur les dépenses en prestations et sur l'équilibre financier de la Caisse nationale des prestations familiales depuis 1999.

La loi du 27 juin 2006 adaptant certaines modalités d'application de l'échelle mobile des salaires et des traitements a figé les montants des prestations familiales à l'indice 652,16. Les montants respectifs sont dorénavant des montants fixes qui et ne varient plus avec l'évolution du coût de la vie.

La loi du 21 novembre 2002 a modifé les conditions d'attributions des prestations familiales et abroge la loi du 8 mars 1984 portant création d'un prêt aux jeunes époux.

La mise en vigueur au 1er juin 2004 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées et portant modification de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales, a eu pour effet la création d'une classe nouvelle de bénéficiaires et par conséquent une diminution du nombre de bénéficiaires d'allocations spéciales supplémentaires pour enfants handicapés.

La plus récente des prestations familiales est l'indemnité pour congé parental introduite par la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales avec mise en vigueur au 1er mars 1999. Le congé parental d'une durée de 6 mois respectivement de 12 mois à temps partiel est, sous certaines conditions, accordé à toute personne occupée légalement et de façon continue sur un lieu de travail situé sur le territoire du Luxembourg et qui s'adonne principalement à l'éducation d'un enfant de moins de 5 ans pour lequel sont versées des allocations familiales. Le droit à congé parental existe pour chacun des deux parents et ne peut être cumulé dans le chef d'un des parents. La prise en charge de l'indemnité de congé parental est assurée en partie par le Fonds pour l'emploi et pour le solde par l'Etat.

La loi du 22 décembre 2006 a remplacé les articles 1 à 12 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales, restent applicables uniquement les dispositions relatives à l'indemnité de congé parental ainsi que celles régissant le congé parental des indépendants. Les dispositions régissant le congé parental des salariés ont été intégrées dans le code du travail, dans le statut général des fonctionnaires de l'Etat et dans le statut général des fonctionnaires communaux.

Depuis 1986 sont à signaler que ce n'est qu'à partir de 1988 que les enfants uniques ont également droit à l'allocation de rentrée scolaire et que la limite d'âge pour le bénéfice des allocations familiales des étudiants a été relevée de 25 à 27 ans accomplis à partir du 1er janvier 1991.

Le système de financement des prestations familiales a aussi subi certaines modifications. Depuis toujours, les prestations uniques (allocations de naissance et de maternité) ainsi que les frais d'administration ont été entièrement à charge de l'Etat. A partir du 1er janvier 1986, les autres prestations sont financées pour moitié par des cotisations et pour moitié par une contribution de l'Etat. Une réserve doit prévenir les difficultés passagères de trésorerie. Le taux de cotisation est fixé de façon à ce que la réserve en fin d'année corresponde toujours à un montant se situant entre 20 et 50% des prestations à financer. Le taux limite supérieur a été relevé à 65% pour les exercices 1988 à 1991; le taux de cotisation a dû être réduit à partir du 1er janvier 1990. Le relèvement important des montants de l'allocation de rentrée scolaire en 1992 ainsi que des allocations familiales normales et de l'allocation d'éducation en 1993 a rendu nécessaire une intervention supplémentaire de l'Etat: depuis 1992, l'allocation de rentrée scolaire, et depuis le 1er juillet 1993, l'allocation d'éducation est à charge du budget de l'Etat.

En outre, en vertu de la loi du 17 juin 1994 fixant les mesures en vue d'assurer le maintien de l'emploi, la stabilité des prix et la compétitivité des entreprises, l'Etat a pris à sa charge les cotisations dues pour les salariés des entreprises du secteur privé pour la période postérieure au 1er juillet 1994 ainsi que 50% de celles dues par les non-salariés agriculteurs ou viticulteurs pour l'exercice 1994 et 100% à partir de 1995. Toutefois, cette modification législative est restée sans effet sur l'équilibre financier de la caisse puisqu'elle n'a opéré qu'un transfert de la charge des cotisations sans toucher au calcul de ces cotisations.

Le règlement grand-ducal du 30 septembre 1994 portant fixation des cotisations à verser à la caisse nationale des prestations familiales par les personnes exerçant une profession agricole ou viticole a adapté la réglementation à la nouvelle situation légale créée par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé. A partir du 1er janvier 1994, les cotisations sont fixées à 0,6% du revenu professionnel de l'exploitation agricole déterminé conformément à la législation relative à l'assurance maladie. Toutefois, aucune cotisation n'est due si les revenus annuels ne dépassent pas 1 398,12 EUR au nombre indice 100 du coût de la vie. Le règlement a en outre introduit un plafond cotisable annuel égal au quintuple du salaire social minimum.

En 1995, la loi du 31 juillet a conformé la législation en matière d'allocation de naissance et d'allocation de maternité à la jurisprudence de la cour de justice européenne en remplaçant la condition de durée minimum de résidence par la simple condition de résidence.

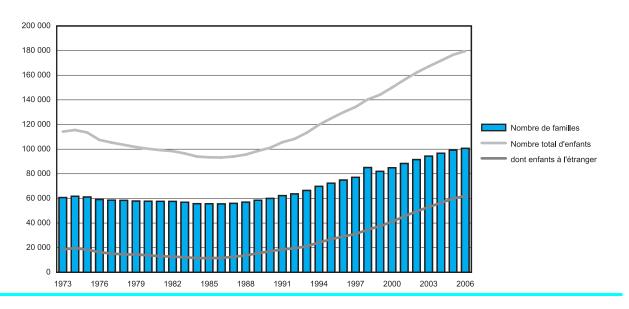
La loi budgétaire de 1996 a modifié le système de financement des prestations familiales en deux points. D'une part l'Etat met à la disposition de la caisse nationale des prestations familiales pour l'exercice 1995 un fonds de roulement. D'autre part à partir de l'exercice1996 l'Etat prend à charge l'excédent des dépenses sur les recettes. En même temps, la limite supérieure de la réserve est ramenée à 15% du montant annuel des allocations familiales de l'année concernée.

Finalement la loi du 12 février 1999 concernant la mise en oeuvre du plan d'action national en faveur de l'emploi 1998 a transféré la charge des cotisations dues par les non-salariés intégralement à l'Etat. Cette disposition est entrée en vigueur au 1er janvier 1999.

En résumé, par la prise en charge de l'excédent des dépenses sur les recettes, en plus de sa participation quasiment exclusive aux recettes courantes (au niveau des cotisations, des prestations et des frais d'administration), l'Etat couvre près de 100% des dépenses de la Caisse nationale des prestations familiales.

## 1. Situation démographique

Graphique 1. - Evolution du nombre des enfants bénéficiaires et des familles attributaires (au 31 décembre de chaque exercice)



Au cours des trois dernières décennies, l'évolution du nombre des bénéficiaires d'allocations familiales a connu trois phases successives distinctes.

Après une première période de croissance, les années 1975 à 1986 étaient marquées par une régression systématique du nombre des enfants bénéficiaires, du nombre des familles attributaires et de la taille des groupes familiaux.

Cette diminution résultait, d'une part, de la baisse du nombre des naissances à partir du milieu des années soixante à un niveau sans précédent. Ainsi, l'indicateur conjoncturel de fécondité (descendance finale dans une génération fictive qui aurait à chaque âge successif la fécondité empruntée à chacune des 35 générations de 15 à 49 ans réelles observées au cours d'une année donnée) est passé de 2,3 au début des années soixante à 1,5 en 1975 et s'est pratiquement stabilisé à ce niveau; le taux brut de natalité (nombre annuel de naissances pour 1 000 habitants) est descendu de 16 pour 1000 aux alentours de 11 pour 1000. Au cours des dernières années, ces deux indicateurs se sont cependant légèrement redressés, ainsi le taux de fécondité a atteint 1,64 et le taux brut de natalité 11,7 (Source: STATEC, 2006).

D'autre part, la stagnation relative de l'emploi intérieur suite à la crise économique du milieu des années soixante-dix a été accompagnée d'une diminution du solde migratoire de la population. Cette diminution s'est traduite par une nette réduction du nombre des allocations familiales transférées à l'étranger. Ainsi, le nombre d'enfants bénéficiaires résidant à l'étranger est passé de 19 734 en 1974 à 11 498 en 1985.

Depuis 1987, tant le nombre des enfants, que celui des familles qui bénéficient des allocations familiales, ont augmenté de nouveau. Ce renversement de tendance est le résultat d'une croissance sensible de l'emploi intérieur à partir de 1985, qui s'est traduite par une forte augmentation du nombre de frontaliers travaillant au Luxembourg et par un solde migratoire largement positif. Ceci explique la divergence entre le taux de natalité brut en baisse et l'augmentation du nombre d'enfants.

Tableau 1 Evolution du nombre des prestations (situation au 31 décembre)*)			
Prestations	2005	2006	Variation 2005/06
Allocations familiales normales	176 627	179 586	+1,7%
Majorations d'âge	128 796	131 932	+2,4%
Allocations spéciales supplémentaires	1 637	1 720	+5,1%
Allocations de rentrée scolaire *)	122 669	126 597	+3,2%
Allocations d'éducation	10 191	9 818	-3,7%
Indemnité pour congé parental	3 218	3 337	+3,7%

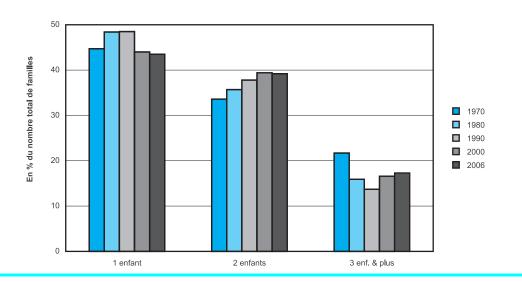
<sup>\*)</sup> Situation au 31 août pour les allocations de rentrée scolaire.

En décembre 2006 la caisse nationale des prestations familiales a payé des allocations familiales pour 179 586 enfants issus de 100 635 familles, ce qui équivaut respectivement à un accroissement du nombre des enfants de 2 959 (1,7%) et du nombre des familles de 1 433 (1,4%) par rapport à l'année antérieure.

Le nombre des enfants résidant à l'étranger, et bénéficiant d'allocations luxembourgeoises, s'est accru en moyenne de 8,4% par an entre 1990 et 2006, pour atteindre 61 971 enfants au 31 décembre 2006. Entre 2005 et 2006, ce nombre a augmenté de 2 000 unités face à 3 569 unités entre 2004 et 2005. Ces variations suivent l'évolution de l'emploi, telle qu'elle est décrite au chapitre PERSONNES PROTEGEES de la présente publication. Le nombre d'enfants au Luxembourg a augmenté de 959 pour atteindre 117 615 unités, ce qui correspond à une augmentation de 0.8%.

A noter que les statistiques ne tiennent pas compte des bénéficiaires d'allocations différentielles résidant à l'étranger. Ces allocations sont dues en vertu de la réglementation communautaire dans le cas où l'enfant d'un frontalier travaillant au Grand-Duché a droit aux allocations familiales dans le pays d'origine au titre d'une activité professionnelle. Le Luxembourg paie dans ces cas la différence entre le montant luxembourgeois et le montant étranger si ce dernier est moins élevé.

Graphique 2. - Répartition des familles attributaires d'allocations familiales selon le nombre des enfants



La taille des groupes familiaux, qui atteignait encore en moyenne 1,94 enfants bénéficiaires par famille en 1970, a diminué de façon régulière pour descendre au début des années 90 à environ 1,70 enfants. Depuis une légère augmentation se fait sentir de sorte qu'en 2006 on compte de nouveau 1,78 enfants bénéficiaires par famille.

La diminution était essentiellement due à la régression de la proportion des familles avec trois enfants et plus, qui est passée de 21,7% en 1970 à un minimum de 13,3% en 1986. Depuis lors, cette proportion a de nouveau augmenté pour atteindre en 17,3% en 2006.

Le nombre des allocations de rentrée scolaire payées au mois d'août s'établit pour 2006 à 126 597, soit une augmentation de seulement 3,2% par rapport à 2005. Il faut relever que depuis 2003, 9 000 à 9 500 dossiers d'étudiants, en train de terminer un cycle d'études, n'ont pas été pris en compte dans la liquidation du mois d'août. Les allocations concernant ces dossiers, traités au cours des mois suivants, ont été payées sous forme d'arrérages et ne figurent donc pas dans les nombres courants renseignés.

La mise en vigueur au 1er juin 2004 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées a modifié la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et a eu pour effet une diminution du nombre de bénéficiaires d'allocations spéciales supplémentaires pour enfants handicapés. Ainsi tous les paiements aux enfants bénéficiaires non-résidents, touchant une prestation ou un revenu en rapport avec leur handicap ont été supprimés, neutralisant ainsi la progression des années 2004 et 2005 de la prestation évoquée. En 2006 cette prestation retrouve ainsi son rythme de progression normal.

Le nombre des allocations d'éducation a connu une augmentation considérable suite à son exportation, ordonnée par les juridictions européennes, à partir du 1er mars 1999, passant de 8 954 bénéficiaires en 1999 à 9 894 en 2001 pour se stabiliser à 10 291 en 2003. Depuis, on constate une diminution régulière, qui en 2006 se chiffre à -3,7% par rapport à 2005, ce qui équivaut à 9 818 bénéficiaires.

Le nombre de bénéficiaires de l'indemnité pour congé parental est en augmentation depuis sa création au 1er janvier 1999. Au 31 décembre 2006 cette prestation compte 3 337 bénéficiaires contre 3 218 en 2005. Cette prestation a progressé de façon plus modérée en 2006, avec une augmentation de 3,7% de 2005 à 2006 contre une augmentation de 8,8% de 2004 à 2005.

L'évolution du nombre des bénéficiaires d'allocations de naissance suit le mouvement des naissances, mais en raison des conditions d'attribution non remplies relatives aux visites médicales, le nombre des naissances dépasse toujours légèrement le nombre des allocations. Pour 5 514 naissances enregistrées par le STATEC en 2006, la caisse a liquidé 5 158 allocations prénatales, 5 226 allocations de naissance proprement dites et 4 995 allocations postnatales.

Enfin, 1 475 allocations de maternité ont été liquidées en 2006 contre 1 584 en 2005, soit une diminution de 6,7%.

## 2. Situation financière

#### 2.1. Dépenses courantes

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.

L'analyse du développement des dépenses montre que, sauf 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 faibles, voire même négatifs.

La période de 1965 à 1980 est caractérisée par la création de nouvelles prestations ainsi que par des améliorations pour les prestations " classiques ". Ces mesures se sont traduites par une importante progression des dépenses: ainsi, le taux moyen annuel de croissance des dépenses globales exprimé au nombre indice 100 du coût de la vie atteint 3,6% pour la période de 1965 à 1980.

A partir de 1975 l'évolution du nombre des enfants bénéficiaires devient régressive. Ce mouvement à la baisse a duré jusqu'en 1986. Comme de surcroît, aucune prestation nouvelle n'a été introduite entre 1981 et 1985 et qu'une seule amélioration des montants de base des allocations familiales normales a eu lieu en avril 1982, le taux moyen annuel de croissance des dépenses exprimé au nombre indice 100 a fortement diminué et n'atteint plus que 0,2% au cours de la première moitié des années quatre-vingt.

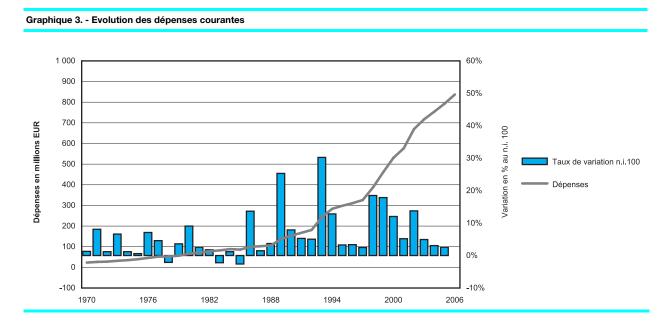
La forte croissance enregistrée en 1986 est le résultat de l'introduction de l'allocation de rentrée scolaire et de l'augmentation de certains montants de base des allocations familiales normales. La hausse de 1987 reflète le renversement de tendance dans l'évolution du nombre des enfants bénéficiaires, nombre qui progresse à nouveau. La forte augmentation du nombre des bénéficiaires ainsi que l'extension du bénéfice de l'allocation de rentrée scolaire aux familles avec un enfant et la revalorisation des montants de cette allocation expliquent la croissance de 1988.

La progression exceptionnelle des dépenses courantes de plus d'un quart, relevée en 1989, reflète les mesures législatives entrées en vigueur en 1989, à savoir la création d'une allocation d'éducation et la hausse des montants des majorations d'âge. S'y ajoutent les effets de la croissance du nombre des enfants bénéficiaires et de l'extension du bénéfice des prestations luxembourgeoises aux ressortissants portugais et espagnols travaillant au Grand-Duché en faveur de leurs enfants résidant dans leur pays d'origine.

L'augmentation des dépenses est principalement imputable à la croissance continue du nombre des bénéficiaires des allocations familiales et de naissance. En 1992, s'y sont ajoutés le relèvement des montants de l'allocation de rentrée scolaire et l'extension de l'allocation d'éducation à deux années pour certains bénéficiaires.

Les augmentations élevées des dépenses en 1993 ;1998 et en 2002 sont dues essentiellement au relèvement des montants de base des allocations familiales normales ; l'augmentation en 1999 et 2000 est principalement due à l'introduction du congé parental.

En 2006 les dépenses courantes s'élèvent à 836,8 millions EUR, contre 739,3 millions EUR en 2005. Les frais d'administration ne représentant que 1,4% du total, les prestations constituent presque la totalité des dépenses courantes.



#### 2.1.1. Frais d'administration

En 2006 les frais d'administration affichent 11,5 millions EUR par rapport à 11,0 millions EUR en 2005. Les frais de personnel représentent 56,9% du montant total des frais d'administration.

#### 2.1.2. Prestations

En 2006, le montant total des prestations payées par la caisse nationale des prestations familiales atteint 819,8 millions EUR contre 777,9 millions EUR pour l'année précédente. (+ 5,4%).

Tableau 2 Evolution des dépenses courantes (en milliers EUR)				
Dépenses	2005	2006	Variation au n.i. 100	
Frais d'administration	10 987,14	11 506,45	2,6%	
Prestations	777 939,59	819 785,54	3,5%	
Allocations familiales	636 811,90	673 952,59	3,9%	
- Allocations familiales normales	535 410,83	566 273,32	3,8%	
- Majorations d'âge	62 657,86	66 725,09	4,5%	
- Allocations spéciales supplémentaires	4 809,73	5 265,94	7,5%	
- Allocations de rentrée scolaire***)	33 933,49	35 688,24	2,6%	
Allocations d'éducation	72 219,44	75 278,93	2,3%	
Indemnité pour congé parental	55 419,23	57 115,89	1,2%	
Prestations de naissance	8 773,39	8 935,35	0,0%	
Allocations de maternité	4 715,63	4 502,79	-6,3%	
<b>5</b> / " "				
Dépenses diverses *)	4 404,84	5 541,13	23,2%	
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	793 331,58	836 833,12	3,5%	

Décharges, restitutions et extournes de cotisations et frais de gestion du patrimoine.

#### 2.1.2.1. Allocations familiales, allocations de rentrée scolaire et allocations d'éducation

Les dépenses pour les prestations d'allocations familiales (allocations familiales classiques, majorations d'âge, allocations spéciales supplémentaires, allocations de rentrée scolaire) ont augmenté en 2006 de 37,1 millions EUR pour atteindre 673,9 millions EUR contre 636,8 millions EUR en 2005, soit une augmentation réelle de 3,9%. Cette hausse résulte exclusivement de la croissance du nombre de bénéficiaires.

Les allocations de rentrée scolaire suivent le même mouvement, avec une progression de l'ordre de 1,8 millions EUR soit une augmentation réelle de 2,6%.

Les dépenses pour l'allocation d'éducation affichent une progression réelle comparable de 2,3% en 2006 par rapport à 0.3 % en 2005.

La dépense moyenne annuelle par enfant a légèrement augmenté en 2006. De 4 063,70 EUR en 2005 elle passe à 4 186,21 EUR en 2006, soit au nombre indice 100 du coût de la vie, une augmentation de 1,1%. Il en est de même pour la dépense moyenne annuelle par famille, qui a atteint 7 493,93 EUR en 2006 par rapport à 7 229,62 EUR en 2005, soit 1,7% la valeur réelle.

#### 2.1.2.2. Allocations de naissance et de maternité

Le montant total des prestations de naissance passe de 8 773,4 milliers EUR en 2005 à 8 935,4 milliers EUR en 2006, soit une baisse de 0,02% au nombre indice 100, bien que le nombre de naissances augmente de 5 371 en 2005 à 5 514 en 2006 (Source: STATEC). Parallèlement au nombre de bénéficiaires des allocations de maternité qui diminuent de 6,9% en 2006, les dépenses y relatives affichent un baisse réelle de 6,3%.

#### 2.1.2.3. Indemnité pour congé parental

La progression plus modéré du nombre de bénéficiaires se reflète dans la dépense relative au congé parental qui affiche une augmentation réelle de 1,2% en 2006 par rapport à 7,1% en 2005.

<sup>\*\*)</sup> Moyenne ...
\*\*\*) Mois d'août. Moyenne des trois tranches

#### 2.1.2.4. Prestations transférées à l'étranger

En 2006, les allocations familiales transférées à l'étranger, payées en faveur des travailleurs migrants et des travailleurs frontaliers pour des enfants résidant à l'étranger, ont atteint 281,4 millions EUR ou 41,8% du montant total des allocations familiales. Il s'agit d'une progression de 8,7% par rapport à l'exercice 2005. Le nombre des enfants résidant à l'étranger a enregistré une croissance de 3,3% en 2006.

Tableau 3. - Evolution des allocations familiales transférées à l'étranger (montants en millions EUR)

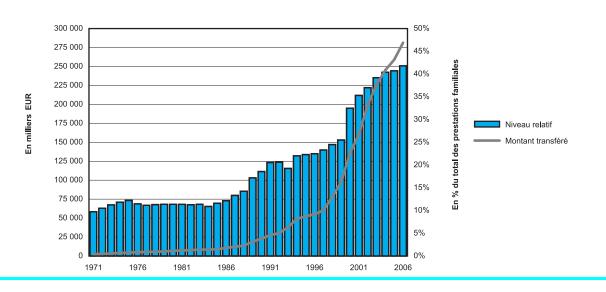
	Nombre d'enfants		Montants payés			
Année	Total	dont à l'étranç	ger	Total	dont à	l'étranger
1985	93 365	11 498	12,3%	76,50	8,88	11,6%
1990	101 116	17 041	16,9%	123,14	22,87	18,6%
1995	125 006	26 884	21,5%	235,06	52,48	22,3%
2000 *)	150 038	41 128	27,4%	417,02	135,63	32,5%
2001	156 320	45 514	29,1%	452,92	160,10	35,3%
2002	162 152	49 460	30,5%	537,87	199,11	37,0%
2003	167 175	53 050	31,7%	576,02	225,80	39,2%
2004	171 793	56 402	32,8%	607,12	245,22	40,4%
2005	176 627	59 971	34,0%	636,81	258,91	40,7%
2006	179 586	61 971	34,5%	673,95	281,39	41,8%

<sup>\*)</sup> A partir de 2000 la méthodologie des statistiques se base sur les montants effectivement liquidés par la CNPF.

Le montant total des prestations transférées à l'étranger (allocations familiales, allocations d'éducation, congé parental) se chiffre en 2006 à 343,6 millions EUR (317,5 millions EUR en 2005) ce qui représente 42,6% de la dépense totale (41,5% en 2005).

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'oeuvre étrangère, qui entraîne la prise en charge de nouveaux enfants bénéficiaires résidant à l'étranger. Au cours de la décennie 1975-1985, la part relative des transferts est restée stable en raison d'une diminution parallèle du nombre des enfants bénéficiaires vivant au Grand-Duché. Aux effets de la forte reprise de la conjoncture économique à partir du milieu des années quatre-vingt, est venue s'ajouter l'assimilation à partir du 1er janvier 1989 des enfants bénéficiaires résidant au Portugal et en Espagne aux autres ressortissants de la Communauté Européenne. Au lieu d'un montant forfaitaire, les travailleurs portugais et espagnols occupés au Luxembourg touchent désormais les allocations familiales luxembourgeoises pour leurs enfants restés dans leur pays d'origine. C'est ce changement qui explique une progression des sommes transférées à l'étranger plus rapide que celle du nombre des enfants bénéficiaires vivant à l'étranger au cours des exercices 1989, 1990 et 1991. Rappelons que les allocations différentielles ne sont pas comprises dans les transferts à l'étranger.

Graphique 4. - Allocations transférées à l'étranger



Jusqu'en 1998, uniquement les prestations familiales normales ainsi que l'allocation de rentrée scolaire étaient transférées à l'étranger. L'instauration d'un congé parental au 1er janvier 1999, qui dés le début est exportable et l'allocation d'éducation transférée également à l'étranger à partir de cette date, a provoqué la différence entre le taux d'accroissement important des montants exportés et celui du nombre de bénéficiaires plus faibles.

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 1998, les dépenses courantes ont représenté entre 1,4% et 2,3% du PIB. En 2006 les dépenses pour prestations familiales ont même atteint 2,5% de ce même PIB. (Source: STATEC, note de conjoncture).

#### 2.2. Financement des prestations familiales

La caisse nationale des prestations familiales applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve.

Les ressources nécessaires pour le paiement des allocations familiales normales, des majorations d'âge et des allocations spéciales supplémentaires sont constituées pour moitié par des cotisations et pour moitié par une contribution de l'Etat.

En outre, l'Etat a mis à la disposition de la caisse un fonds de roulement de 10,9 millions EUR et enfin il s'engage à éponger annuellement l'excédent comptable des dépenses courantes sur les recettes courantes.

#### 2.2.1. Recettes courantes

Tableau 4 Evolution des recettes courantes (en mill	iers EUR)		
Recettes	2005	2006	Var. au n.i.100
Cotisations	193 682,87	207 293,74	4,85%
dont			
à charge des employeurs du secteur public	43 496,29	45 640,06	2,80%
à charge de l'Etat	150 186,58	161 653,67	5,45%
Contributions de l'Etat	380 093,91	400 687,12	3,28%
Revenus de la fortune et divers	537,88	669,01	21,85%
TOTAL DES RECETTES COURANTES	574 314,66	608 649,87	3,82%

En 2006, les recettes en cotisations prises en charge par l'Etat représentent 34,1 %, la participation de l'Etat dans les prestations et les frais d'administration s'élève à 65,8% et les revenus divers se chiffrent à 0,1% du total des recettes courantes.

#### 2.2.2. Cotisations

Les modifications successives de la base légale ont fortement influencé le mode de la prise en charge des cotisations.

La loi du 19 juin 1985, concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales, oblige l'Etat à verser une contribution égale au montant des cotisations dues par les salariés et les non-salariés. Suite à la loi du 17 juin 1994 fixant les mesures en vue d'assurer le maintien de l'emploi, la stabilité des prix et la compétitivité des entreprises, l'Etat verse les cotisations pour toutes les personnes occupées auprès d'un employeur du secteur privé et en fin de compte par le biais de la loi concernant la mise en œuvre du plan national en faveur de l'emploi 1998, la charge des cotisations de toutes personnes exerçant une activité professionnelle indépendante incombe à l'Etat.

En conclusion, avec les cotisations que l'Etat verse en tant qu'employeur du secteur public, la quasi-totalité des cotisations servant de base au financement des prestations familiales provient de l'Etat. Restent à charge du secteur privé, les cotisations dues par les non-salariés pour des années antérieures à l'introduction du PAN.

Le montant total des cotisations a atteint 207 293,7 milliers EUR en 2006, soit une augmentation au nombre indice 100 de 4,9% par rapport à 2005.

#### 2.2.3. Participation de l'Etat

Tableau 5. - Evolution de la participation de l'Etat dans le financement des prestations familiales

	2004	2005	2006
Au niveau des prestations:			
Participation brute dans le financement des prestations d'allocations familiales proprement dites	181 851 977,44	193 682 695,78	207 292 938,13
- décharges sur cotisations irrécouvrables	-407 830,10	-30 471,15	-68 465,36
- extournes de cotisations indues	-29 855,99	-23 500,74	-13 081,19
- restitution de cotisations	-	-	-
Participation nette	181 414 291,35	193 628 723,89	207 211 391,58
Prise en charge des:			
Allocations de rentrée scolaire	32 070 896,06	34 063 273,47	35 829 657,88
Allocations d'éducation	70 411 190,15	72 418 300,57	75 474 164,54
Allocations de naissance	8 308 539,56	8 773 386,35	8 935 345,71
Allocations de maternité	4 435 446,05	4 718 623,77	4 505 741,14
Indemnités pour le congé parental	50 483 873,45	55 450 485,88	57 142 830,36
Participation Etat	33 913 537,11	39 361 346,10	42 254 994,12
Participation Fonds pour l'emploi	16 570 336,34	16 089 139,78	14 887 836,24
Remboursement de prêts	-	-	-
Frais d'administration	10 156 374,03	10 987 143,13	11 506 444,79
Total (I)	357 280 610,65	380 039 937,06	400 605 576,00
Au niveau des cotisations:			
Cotisations à charge de l'Etat (II)	140 661 983,80	150 133 008,17	161 595 975,47
Participation nette de l'Etat (I+II)	497 942 594,45	530 172 945,23	562 201 551,47
Recettes courantes de la caisse	540 100 078,27	574 314 666,11	608 649 873,09
Participation nette en % des recettes courantes	92,19%	92,31%	92,37%
Au niveau de la réserve:			
Participation Etat - déficit	214 406 007,21	219 016 916,29	228 183 245,74
Total (III)	214 406 007,21	219 016 916,29	228 183 245,74
Participation totale de l'Etat (I+II+III)	712 348 601,66	749 189 861,52	790 384 797,21

La participation brute de l'Etat dans le financement des prestations de la caisse, constituée par la prise en charge des cotisations, a atteint 207,3 millions EUR en 2006. En outre, il prend à sa charge les allocations de rentrée scolaire (35,5 millions EUR en 2006 contre 34,1 en 2005), les allocations d'éducation (75,5 millions EUR en 2006 contre 72,4 en 2005), les prestations de naissance et de maternité (respectivement 8,9 et 4,5 millions EUR) et les frais d'administration de l'organisme (11,5 millions EUR en 2006 contre 11,0 en 2005).

Les ressources nécessaires au paiement des l'indemnités de congé parental sont constituées par une participation à charge du Fonds pour l'emploi complétée par une participation à charge du budget de l'Etat.

En 2006 le Fonds prend en charge 14,9 millions EUR contre 16,1 en 2005, le solde, à savoir 42,3 millions en 2006 contre 39,4 en 2005 étant à charge de l'Etat.

Avant 1986, l'Etat intervenait uniquement au niveau des prestations. La croissance des prestations ayant été plus rapide que celle des cotisations jusqu'en 1980, l'Etat a pris à sa charge non seulement toutes les améliorations des prestations existantes, mais aussi toutes les nouvelles prestations et enfin, il assurait l'équilibre financier du régime des non-salariés.

La loi du 19 juin 1985 et celle du 23 décembre 1995 (loi budgétaire 1996) ont dû réorienter le financement en présence d'un taux de cotisation qui n'a plus été refixé depuis 1990 et avec des recettes, provenant des cotisations et de la contribution de l'Etat, insuffisantes pour couvrir les dépenses. L'Etat s'est engagé à prendre en charge l'excédent des dépenses courantes sur les recettes courantes, tel qu'il est arrêté annuellement au compte d'exploitation de la caisse. Pour 2006 l'Etat a dû ainsi éponger un déficit de 228,2 millions EUR contre 219,0 en 2005.

# **INCLUSION SOCIALE**

# Inclusion sociale

### Introduction

En dehors des prestations de sécurité sociale proprement dites, la législation sociale prévoit des prestations mixtes qui relèvent de l'assistance sociale et de l'aide sociale. Ces deux volets reposent sur la solidarité nationale et ne sont pas une contrepartie d'un apport professionnel. Il s'agit des prestations fournies par le fonds national de solidarité (FNS), à savoir:

- le revenu minimum garanti (RMG),
- l'allocation compensatoire de vie chère,
- l'avance de pensions alimentaires,
- l'allocation de chauffage,
- un complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique,
- le forfait d'éducation,
- le revenu pour personnes gravement handicapées.

Restent à mentionner l'allocation de soins et l'allocation pour personnes gravement handicapées qui ont toutes les deux été remplacées par les prestations de l'assurance dépendance compétente pour toute nouvelle demande à partir du 1er janvier 1999.

Le fonds national de solidarité fut institué par la loi du 30 juillet 1960. Les différentes prestations ont subi depuis de nombreuses modifications.

Le revenu minimum garanti fut instauré par la loi du 26 juillet 1986 et a été modifié en profondeur par la loi du 29 avril 1999. Ainsi l'âge minimum pour l'ouverture du droit au RMG a été ramené de 30 à 25 ans et la condition de durée de résidence au Grand-Duché de Luxembourg a été réduite de 10 à 5 ans endéans les 20 dernières années.

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.

La loi du 28 juin 2002 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.

Le revenu minimum garanti prévoit soit l'allocation d'une indemnité d'insertion, soit d'une allocation complémentaire, soit une combinaison des deux, le tout dans les limites fixées en fonction de la composition de la communauté domestique. Pour la fixation du montant accordé, les ressources de la communauté sont prises en considération. Au cas où la communauté domestique doit s'acquitter d'un loyer, un complément supplémentaire peut être accordé.

L'octroi de l'indemnité d'insertion est soumise à des conditions supplémentaires, à savoir être âgé de moins de soixante ans et être apte à suivre des mesures d'insertion professionnelle.

Préalablement à la loi du 8 juin 2004, portant modification de la loi modifiée du 29 avril 1999, portant création d'un droit à un revenu minimum garanti, les bénéficiaires de l'indemnité d'insertion ont seulement pu être affectés à des travaux d'utilité collective auprès des administrations et services de l'Etat et des communes. Cette loi, en modifiant l'article 13, permet dorénavant aussi aux entreprises du secteur privé d'engager les bénéficiaires d'une indemnité d'insertion, moyennant une participation aux frais de personnel occasionnés par cet engagement.

L'allocation compensatoire de vie chère, créée par la loi du 13 juin 1975 a été abrogée par la loi du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti. Les allocations dues en décembre 1988 continuent à être payées tant que le droit subsiste.

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.

Le règlement du Gouvernement en Conseil du 18 février 1983 avait créé une allocation de chauffage en faveur des ménages à revenu modeste, en remplacement de la subvention sur les combustibles minéraux solides. Entre 1983 et 1986, les montants accordés et les limites de revenu ont été adaptés à plusieurs reprises. Par règlement du Gouvernement en Conseil du 8 janvier 1988, l'octroi a été limité aux consommateurs de combustibles solides.

Suite à l'augmentation substantielle des prix pour produits pétroliers en 2000, une nouvelle adaptation a été faite par le règlement du Gouvernement en Conseil du 20 octobre 2000. Le champ d'application a été élargi aux combustibles liquides, à l'électricité et au gaz et les montants de l'allocation aussi bien que la limite du revenu global considéré ont été adaptés.

Le règlement du Gouvernement en conseil du 16 septembre 2005 concernant l'allocation de chauffage pour l'exercice 2005 retient une augmentation sensible des montants à allouer allant de 100% à 150%.

La loi du 30 avril 2004 autorisant le FNS à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique aux usagers des centres intégrés, maisons de soins, centres socio-gérontologiques et foyers du jour psychogériatriques. Elle institue un complément au profit des personnes incapables de couvrir par leurs ressources personnelles les dépenses afférentes aux prestations dans le cadre de l'accueil gérontologique. Le montant de ce complément est fixé en fonction de la qualité des prestations fournies et des ressources personnelles des usagers.

La loi du 28 juin 2002 crée un forfait d'éducation qui est accordé au parent qui s'est consacré à l'éducation d'un enfant à condition que sa pension ou celle de son conjoint ne comporte pas pour l'enfant en question la mise en compte de baby-years. Le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 60 ans ou au moment de l'octroi d'une pension personnelle. Le montant du forfait d'éducation est fixé à 10 euros, nombre indice 100 base 84 ; 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. Le forfait d'éducation est intégralement à charge de l'Etat.

La loi du 12 septembre 2003, entrée en vigueur au 1er juin 2004, a introduit un revenu en faveur des personnes gravement handicapées, qui présentent une diminution de la capacité de travail d'au moins 30%, et qui sont hors d'état d'exercer un emploi salarié sur le marché de travail ordinaire ou dans un atelier protégé.

## 1. Evolution du nombre des bénéficiaires

#### 1.1. Le revenu minimum garanti

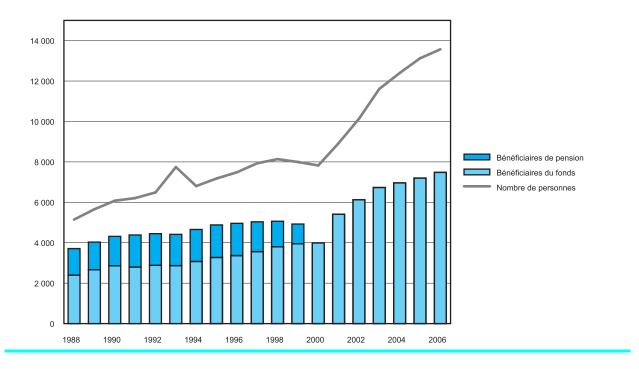
#### 1.1.1. L'allocation complémentaire

Depuis 1987 les bénéficiaires du RMG ont été répartis en deux catégories suivant que le versement du complément est effectué par le Fonds national de solidarité (bénéficiaires du Fonds) ou par une caisse de pension (les bénéficiaires de pension).

Cependant à partir de 1999, pour des raisons de simplification administrative, toute nouvelle demande faite par un bénéficiaire de pension est traitée par le Fonds et les anciennes prestations de bénéficiaires de pension y sont transférées également pour toute modification. En 2001 les derniers dossiers traités par les caisses de pension ont été transférés au FNS, qui depuis a la compétence exclusive dans ce domaine.

Les données statistiques tiennent compte des communautés domestiques qui touchent soit une allocation complémentaire RMG seule, destinée à parfaire les montants du RMG, soit une allocation complémentaire RMG avec un autre revenu (indemnité d'insertion, pension) sans pour autant pouvoir dépasser les limites fixées par la loi.

Les données statistiques RMG ne tiennent cependant pas compte des bénéficiaires d'allocations de la part d'un office social, dont le service n'a pas encore été repris par le FNS, ni des communautés domestiques qui touchent uniquement l'indemnité d'insertion (donc sans allocation complémentaire RMG). Les données relatives aux indemnités d'insertion proviennent du Service National d'Action Sociale (SNAS) et sont reprises séparément sous le point 1.1.2. Les renseignements détaillés figurent dans les rapports d'activité correspondants du SNAS.



En décembre 2005 le FNS avait compté 7 201 communautés domestiques composées de 13 126 membres de famille. En décembre 2006, le nombre a augmenté de 280 unités pour atteindre 7 481, soit une augmentation de 3,9%. Les communautés domestiques comprennent 5 249 femmes, 3 818 hommes et 4 504 enfants.

Cette augmentation s'explique entre autres par la modification de la condition de résidence, par le relèvement des seuils de revenu arrêté dans la loi du 28 juin 2002 mais surtout par la situation économique actuelle, qui oblige un grand nombre de chômeurs, dont le droit aux indemnités de chômage est épuisé, à s'adresser au FNS.

Les fichiers statistiques prennent en compte les demandes actuelles en traitement ou en suspens, ce qui peut provoquer des différences avec le nombre de bénéficiaires retenu par la chaîne de liquidation.

En pratique le FNS a effectué 7 238 paiements d'allocations complémentaires au 31 décembre 2006 contre 7 233 paiements en 2005.

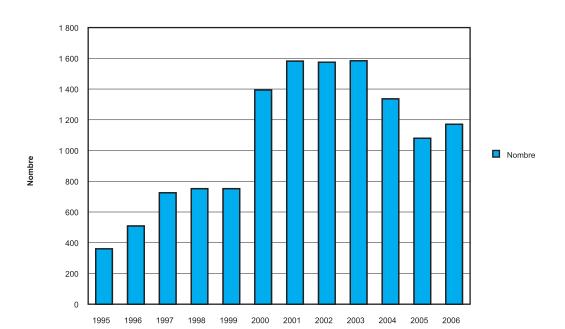
Parmi les communautés domestiques, prédominent les ménages d'une seule personne avec 60,7%, les familles mono-parentales représentent 18,3% et les familles nucléaires - deux adultes avec ou sans enfants - affichent 20,0%. Les ménages avec enfants ne représentent que 30,2% des communautés domestiques bénéficiaires du Fonds et le nombre moyen d'enfants à charge s'élève à 2. La moitié des bénéficiaires est de nationalité luxembourgeoise.

En ce qui concerne la situation des bénéficiaires majeurs non pensionnés vis-à-vis du marché du travail au moment de l'attribution du complément RMG, on constate que la majorité des bénéficiaires sont des demandeurs d'emploi non indemnisés (31,2%), suivent les conjoints au foyer (11,0%), les personnes infirmes ou handicapés (8,7%) et les personnes âgées de plus de 60 ans (3,0%). Seulement 14,1% de tous les bénéficiaires majeurs ont exercé une activité professionnelle au moment de l'attribution du complément.

Les bénéficiaires féminins du RMG sont plus nombreux que les bénéficiaires masculins. Cela résulte d'une part, de la condition de la limite d'âge de 25 ans (loi 29.4.1999 applicable le 1.3.2000) qui ne s'applique pas aux bénéficiaires qui élèvent un enfant et, d'autre part, de l'espérance de vie plus élevée et du niveau de revenu généralement plus bas des femmes âgées.

#### 1.1.2. L'indemnité d'insertion

Tout demandeur de moins de 60 ans et considéré apte à suivre une mesure d'insertion professionnelle par le SNAS doit faire une demande d'insertion sociale et professionnelle préalablement à la demande en obtention de l'allocation complémentaire, à moins d'être soumis à une mesure organisée par l'Administration de l'emploi.



Graphique 2. - Evolution du nombre moyen de bénéficiaires d'une indemnité d'insertion (nombre au 31 décembre de chaque année)

La loi du 29 avril 1999, qui a renforcé l'impact des mesures de réinsertion professionnelle et sociale, s'est reflétée dans le nombre des bénéficiaires de l'indemnité d'insertion qui depuis a augmenté pour se stabiliser à partir de 2001 à quelques 1 600 bénéficiaires.

La mise en œuvre des dispositions de l'article 13, alinéa 3 de la loi RMG du 8 juin 2004, concernant la participation aux frais de personnel lors de l'engagement d'un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion moyennant contrat de travail, la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ainsi que le plafonnement du nombre d'heures d'activité par ménage à 40 heures par semaine, pour éviter ainsi le dépassement des limites des prestations du RMG fixées à l'article 5 de la loi, ont eu pour effet de diminuer sensiblement le nombre des bénéficiaires.

Cependant un revirement est attendu pour l'année 2007 concernant les travailleurs handicapés, étant donné que le SNAS en commun accord avec le FNS, a décidé de ne plus appliquer le principe de subsidiarité aux personnes ayant la reconnaissance de travailleur handicapé, leur redonnant ainsi la faculté d'opter pour le bénéfice du RMG et le cas échéant pour les activités d'insertion de la loi RMG.

En 2006 le nombre d'activités d'insertion a augmenté de 8,4% (1 171 par rapport à 1 080 en 2005) ; les nouvelles demandes concernant les personnes handicapées ne sont plus traitées par le SNAS, mais directement par le FNS, et les contrats subsidiés continuent à augmenter aux dépens des indemnités d'insertion.

Parmi les 868 bénéficiaires affectés à des activités d'insertion et les 303 contrats de travail subsidiés suivant les dispositions de l'article 13 en cours durant le mois décembre 2006, 43,6% sont des femmes (43,5% en 2005).

#### 1.1.3. La compensation pour charge de loyer

La loi du 29 avril 1999 a abrogé l'ancien complément pour charge de loyer pour l'intégrer dans la détermination du revenu minimum garanti. Pour la communauté domestique qui doit s'acquitter d'un loyer, le complément RMG est majoré sans que cette majoration puisse dépasser un montant de 123,95 EUR.

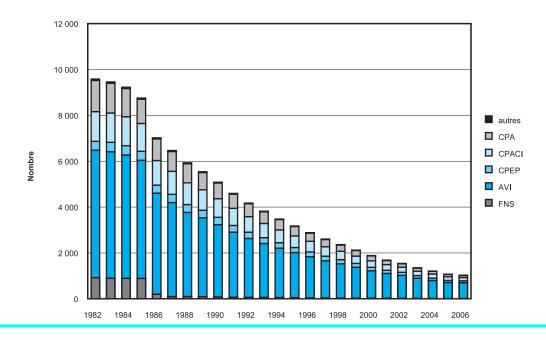
Les bénéficiaires pour lesquels l'ancien mode de calcul est plus favorable continuent cependant de bénéficier du complément pour charge de loyer proprement dit.

Par conséquent, le nombre de bénéficiaires de cette allocation va continuer de diminuer. Il a été de 253 en décembre 2006 contre 363 en 2005.

#### 1.2. L'allocation compensatoire de vie chère

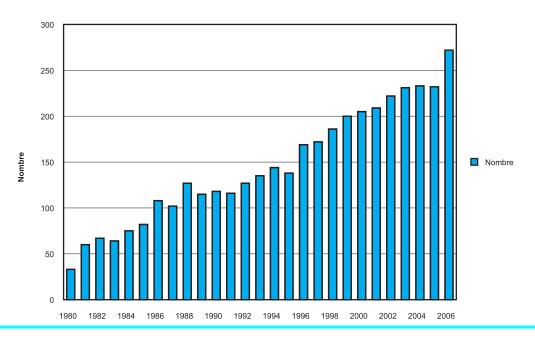
Depuis l'abrogation de cette prestation en 1986, le nombre de bénéficiaires est passé de 7 020 à 1 024 en décembre 2006. Seulement 1,3% en sont à charge du FNS. La grande majorité relève des différentes caisses de pension, où l'AVI reste avec 67,7% le prestataire le plus important.

Graphique 3. - Evolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation compensatoire de vie chère suivant organisme payeur



#### 1.3. L'avance et le recouvrement de pensions alimentaires

Graphique 4. - Evolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire



Tout ayant droit à une pension alimentaire fixée par décision judiciaire exécutoire au Grand Duché de Luxembourg et non payée peut faire une demande d'avance de pension alimentaire auprès du FNS, sous condition de se trouver dans une situation économique difficile et d'avoir personnellement utilisé les possibilités légales pour obtenir son droit.

Depuis la création de ce droit en 1980, le nombre de demandes suit une évolution croissante. En décembre 2006, 272 personnes ont bénéficié de cette disposition.

Le FNS tente systématiquement de recouvrer les avances effectuées, soit dans le chef du débiteur, soit dans celui du créditeur, à condition que la situation de celui-ci se soit améliorée de façon à permettre un tel recouvrement.

#### 1.4. L'allocation de chauffage

L'année de sa création, en 1983, l'allocation de chauffage - qui consiste dans un paiement unique par an sur présentation de factures - connaissait avec 3 073 bénéficiaires un grand afflux. Ce nombre dépassait les 3 000 jusqu'en 1987. La loi du 8 janvier 1988, qui a limité le droit aux utilisateurs de combustibles solides, a fait descendre ce nombre de bénéficiaires à 493. Sans autre adaptation des plafonds de revenu après cette date, le nombre des allocataires a chuté pour atteindre 10 bénéficiaires en 1999. L'augmentation massive des prix pétroliers en 2000 a amené le Gouvernement à modifier la réglementation relative à l'allocation de chauffage en adaptant les conditions d'ouverture du droit et les montants de l'allocation.

Les nouveaux montants étant valables pour l'an 2000, la validité de cette mesure a été prolongée à deux reprises jusque fin mars 2002. Le Gouvernement a renouvelé en date du 25 janvier 2002 le règlement relatif a l'attribution de l'allocation de chauffage en abolissant le principe d'attribution par saison hivernale pour passer au paiement par exercice budgétaire. L'adaptation légale a permis de donner une suite favorable à 5 339 demandes d'octobre 2000 à juillet 2001, à 5 569 demandes pour 2002, à 4 719 en 2003 et à 5 297 en 2004.

Suite à la nouvelle hausse sensible des prix du combustible en 2005, le Gouvernement en conseil a décidé le 16 septembre 2005 de relever les montants à allouer de 100% à 150%. Par cette mesure, le nombre d'allocations de chauffage payées par le FNS a pratiquement doublé en 2005 (11 143 par rapport aux 5 297 de 2004). En 2006, le rythme de croisière du nombre des bénéficiaires semble atteint avec 9 432 allocations payées.

#### 1.5. Le complément aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique

Pour l'exercice 2006, on comptait en moyenne 653 compléments par mois contre 652 en 2005. En 2006, 140 nouvelles demandes ont été introduites contre 194 en 2005.

#### 1.6. Le forfait d'éducation

En décembre 2006, le FNS a enregistré 14 572 paiements mensuels, les régimes spéciaux renseignent 3 098 liquidations, le régime général des caisses de pension est compétent pour 18 557 bénéficiaires.

En moyenne 2 enfants ouvrent droit au forfait par demande.

Les statistiques détaillées figurent dans le chapitre "assurance pension", étant donné que les forfaits d'éducation payés à des bénéficiaires de pension, sont avancés par les caisses de pension pour compte du FNS.

#### 1.7. Le revenu pour personnes gravement handicapées

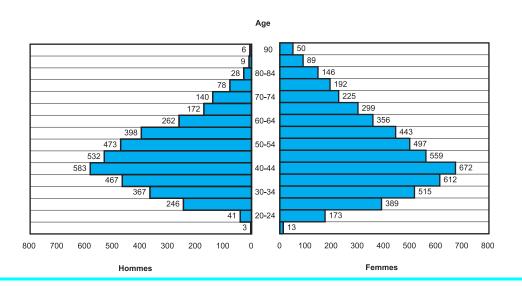
L'entrée en vigueur a été le 1er juin 2004, le nombre de bénéficiaires s'est élevé à 697 au 31 décembre 2006 contre 191 en 2005.

## 2. Niveau moyen et coût des prestations

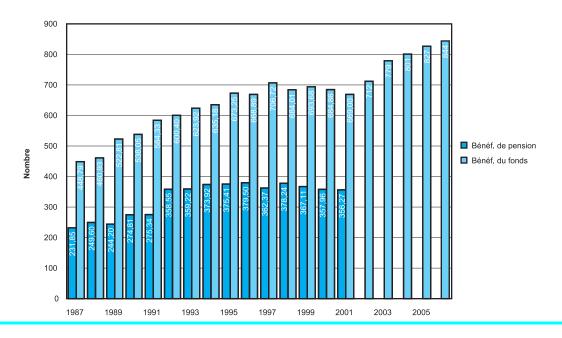
#### 2.1. Le revenu minimum garanti

#### 2.1.1. L'allocation complémentaire

Graphique 5. - Structure par âge des bénéficiaires adultes du fonds



Graphique 6. - Evolution du montant moyen du complément RMG (mois de décembre)



Au 31 décembre 2006, le montant moyen du complément RMG alloué aux bénéficiaires du Fonds s'est élevé à 844 EUR.

En fait, l'influence de la taille de la communauté domestique ne se traduit que marginalement sur le montant moyen du complément, qui a augmenté de 2,1% pour les bénéficiaires du Fonds. Les bénéficiaires de pension ne sont plus renseignés séparément à partir de juin 2001, la liquidation de leurs compléments ayant été reprise par le Fonds.

#### 2.1.2. L'indemnité d'insertion et RMG

Parallèlement au nombre total annuel des affectations temporaires indemnisées, qui a diminué de 2 095 en 2005 à 1 845 en 2006, en raison des modifications législatives citées sous 1.1.2., le coût total annuel brut a baissé de 18,5 millions EUR en 2005 à 14,9 millions EUR en 2006. La durée d'attribution moyenne par cas était de 6,5 mois en 2006. L'indemnité est soumise aux charges sociales et fiscales applicables en matière de salaires.

L'introduction du revenu minimum garanti en 1986 était destinée à remplacer les anciennes pensions de solidarité tout en étendant le champ des bénéficiaires et en augmentant le niveau des prestations. Comme le cumul du revenu minimum garanti avec l'allocation compensatoire de vie chère (AVC) n'est pas autorisé, le RMG remplace progressivement cette dernière. Aussi, pour l'analyse du coût de ces prestations, il faut regrouper le RMG et l'AVC. La progression des dépenses RMG évolue en parallèle avec celle du nombre des bénéficiaires, tout comme la réduction des dépenses pour l'AVC va de pair avec le nombre décroissant des anciens bénéficiaires.

Le coût total pour le RMG et l'AVC a atteint 105,5 millions EUR en 2006, contre 104,4 millions en 2005. Comme depuis 1998 les communes ne participent plus au financement des prestations, la participation de l'Etat, après déduction de la quote-part de la Loterie nationale et de l'œuvre de secours G.-D. Charlotte et des restitutions, se chiffre a 89,5 millions EUR soit à 84,9% de la dépense totale.

Tableau 1. - Evolution des dépenses pour le RMG et l'AVC (en millions EUR)

Année	FNS/RMG *)	AVC	Total
1985	6,41	7,91	14,31
1986	6,93	7,49	14,42
1987	13,46	5,86	19,32
1988	18,58	5,18	23,75
1989	20,21	4,85	25,06
1990	23,27	4,37	27,64
1991	27,17	3,92	31,09
1992	29,16	3,57	32,73
1993	33,64	3,27	36,91
1994	37,16	2,98	40,14
1995	42,47	2,71	45,18
1996	45,00	2,46	47,46
1997	51,37	2,23	53,60
1998	53,85	2,02	55,87
1999	54,87	1,82	56,69
2000	61,91	1,62	63,54
2001	72,71	1,44	74,15
2002	79,37	1,30	80,67
2003	90,38	1,17	91,55
2004	95,97	1,04	97,01
2005	103,52	0,92	104,44
2006	104,68	0,82	105,50

<sup>\*)</sup> Y compris l'indemnité d'insertion et la part patronale dans les cotisations à l'assurance maladie.

#### 2.1.3. La compensation pour charge de loyer

Le montant maximum du complément est fixé à 123,95 EUR. En 2006 le Fonds a payé en moyenne 103,1 EUR par mois aux bénéficiaires.

#### 2.2. L'allocation compensatoire de vie chère

Au 31 décembre 2006, le montant moyen de l'AVC reste inchangé à 79,88 EUR pour les bénéficiaires du FNS et à 68,0 EUR pour ceux des caisses de pension.

#### 2.3. L'avance et le recouvrement de pensions alimentaires

Les pensions alimentaires avancées par le Fonds renseignent un montant moyen par bénéficiaire de 451,8 EUR au 31 décembre 2006. La qualité informative de ces montants est assez faible en présence de la large fourchette des montants avancés. D'une part le nombre des personnes faisant partie d'un ménage détermine le niveau de l'allocation, d'autre part le législateur n'a pas fixé de plafonds de sorte que le FNS doit s'acquitter du montant fixé par décision judiciaire.

#### 2.4. L'allocation de chauffage

Par règlement du Gouvernement en conseil du 24 février 2006, les montants de l'allocation de chauffage ont été fixés pour l'an 2006 à 600 ; 750 ; 900 ; 1050 ; 1200 EUR selon que la communauté bénéficiaire est composée d'une à cinq personnes et plus. Le montant moyen alloué pour 2006 est de 810,1 EUR.

La dépense annuelle pour allocations de chauffage, régressive depuis 1988 et qui ne dépassait pas le montant minime de 2000 EUR en 1999, a fortement augmenté suite à l'adaptation de la législation en 2001 et en 2005.

En 2006 les dépenses atteignent ainsi 7,6 millions EUR contre 5,7 millions EUR en 2005.

#### 2.5. Le complément aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique

La dépense relative à cette prestation varie avec l'évolution du nombre de bénéficiaires et celle du montant moyen. En 2006 comme en 2005, le montant de la dépense reste inchangé à 5,6 millions EUR.

#### 2.6. Le forfait d'éducation

La dépense totale relative au forfait d'éducation pour l'exercice 2006 s'élève à 75,0 millions EUR (cotisations patronales incluses).

En 2006, les prestations liquidées par le FNS (34,0 millions EUR) et par les régimes spéciaux (7,1 millions EUR) sont directement à charge de l'Etat. Jusqu'en 2004, les forfaits liquidés par les caisses de pension (33,9 millions EUR en 2006) pouvaient encore être financés presque intégralement par les cotisations 'baby-years' payées par l'Etat entre 1988 et 2000, et considérées comme avance pour le paiement du forfait d'éducation et des majorations proportionnelles 'baby-years' dans les éléments de pension.

Ces avances étant épuisées, les dépenses futures des caisses de pension seront remboursées par le FNS à charge de l'Etat.