

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

2017



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

Inspection générale de la sécurité sociale

Luxembourg
Novembre 2017

AVANT-PROPOS

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

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

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



Romain Schneider
Ministre de la Sécurité sociale

Avant-propos

3

Protection sociale

9

1. LE SYSTÈME DE LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG	9
2. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE	11
2.1. LES RECETTES DE LA PROTECTION SOCIALE	12
2.2. LES DÉPENSES DE LA PROTECTION SOCIALE	15
2.3. SITUATION GLOBALE	18
3. LES PERSONNES PROTÉGÉES PAR LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE ET LES PERSONNES BÉNÉFICIAIRES	20
3.1. APERÇU GÉNÉRAL DU NOMBRE DE PERSONNES PROTÉGÉES ET BÉNÉFICIAIRES SELON LES RISQUES	20
3.2. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES PROTÉGÉES PAR LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE LUXEMBOURGEOIS	23
3.3. ÉVOLUTION DU NOMBRE TOTAL DE PERSONNES PROTÉGÉES DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE LUXEMBOURGEOIS	24

Assurance maladie-maternité

27

INTRODUCTION	27
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	27
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	27
ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	28
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	28
1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ	30
1.1. LES RESSOURCES HUMAINES	30
1.2. LES RESSOURCES MATÉRIELLES	40
2. SOINS DE SANTÉ	43
2.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SELON LE DÉCOMPTE DE LA CNS	43
2.2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SELON LA DATE DE LA PRESTATION	48
3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES	67
3.1. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE	67
3.2. L'ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MALADIE	68
3.3. L'ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MATERNITÉ	76
4. LA SITUATION FINANCIÈRE	82
4.1. SITUATION GLOBALE	82
4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES	84
4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS	85

Assurance dépendance

89

INTRODUCTION	89
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	89
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	89
ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	90
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	91
1. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE	91
1.1. LA CONVENTION-CADRE	91
1.2. LE CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES	93
1.3. LE PERSONNEL	93

2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	95
2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DEPENDANCE	95
2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES	99
2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS PALLIATIFS	100
2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE	101
3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	107
3.1. LES PRESTATIONS REQUISES RETENUES DANS LES PLANS DE PRISE EN CHARGE	107
3.2. LES AIDES TECHNIQUES ET LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT	119
3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES	122
4. LA SITUATION FINANCIÈRE	131
4.1. LA SITUATION GLOBALE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	131
4.2. LES RECETTES COURANTES	133
4.3. LES DÉPENSES COURANTES	134
4.4. LA RESERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	134
Assurance pension	137
INTRODUCTION	137
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION	137
RÉGIMES DE L'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG	137
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE PENSION	137
ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL DE L'ASSURANCE PENSION	139
FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE L'ASSURANCE PENSION	139
1. LES PRESTATIONS	139
1.1. LES PENSIONS PAYÉES	140
1.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS	140
1.3. LES PENSIONS MIGRATOIRES	141
1.4. LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS	142
1.5. LES ASSURÉS COTISANTS	143
1.6. LE NIVEAU MOYEN DES PENSIONS	144
2. LA SITUATION FINANCIERE DU REGIME GENERAL DE PENSION	146
2.1. LES RECETTES	147
2.2. LES DÉPENSES	148
2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE	148
Assurance Accident	151
INTRODUCTION	151
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT	151
LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT	151
ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT	151
FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT	152
1. PRINCIPALES DONNEES STATISTIQUES	152
1.1. AFFILIATION DES ENTREPRISES	153
1.2. STATISTIQUES SUR LES ACCIDENTS	153
1.3. LES RENTES ET AUTRES PRESTATIONS	154
2. LA SITUATION FINANCIERE	158
2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES	158
2.2. LES RECETTES COURANTES	161
2.3. LES DÉPENSES COURANTES	162

Prestations familiales	165
INTRODUCTION	165
OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES	165
LES PRESTATIONS POUR LES FAMILLES ET LES ENFANTS	165
ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES	166
FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES	166
LES RÉFORMES DES PRESTATIONS FAMILIALES	166
1. LES PRESTATIONS	167
1.1. L'ALLOCATION POUR L'AVENIR DES ENFANTS	168
1.2. L'ALLOCATION SPÉCIALE SUPPLÉMENTAIRE	169
1.3. L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE	169
1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE	170
1.5. L'INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL	170
1.6. LES ALLOCATIONS ABROGÉES	170
2. LA SITUATION FINANCIERE	172
2.1. LES RECETTES COURANTES	174
2.2. LES DÉPENSES COURANTES	175
2.3. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER	176
Inclusion sociale	179
INTRODUCTION	179
OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE	179
LES PRESTATIONS DE L'INCLUSION SOCIALE	179
ORGANISATION DE L'INCLUSION SOCIALE	180
FINANCEMENT DE L'INCLUSION SOCIALE	180
1. LES PRESTATIONS	180
1.1. LE REVENU MINIMUM GARANTI	181
1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION	182
1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES	183
1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE (ANC. : ALLOCATION DE CHAUFFAGE)	184
1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE	185
1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES	186
1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES	187
2. LA SITUATION FINANCIÈRE	187
2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES	187
2.2. LES RECETTES COURANTES	190
2.3. LES DÉPENSES COURANTES	190
SOMMAIRE DES TABLEAUX	191
SOMMAIRE DES GRAPHIQUES	195
GLOSSAIRE	197
LISTE DES ABRÉVIATIONS	213
RÉFÉRENCES LÉGALES	217

1. LE SYSTÈME DE LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 1: Panorama de la protection sociale

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

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

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

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

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

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

2. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

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

Encadré méthodologique

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

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

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

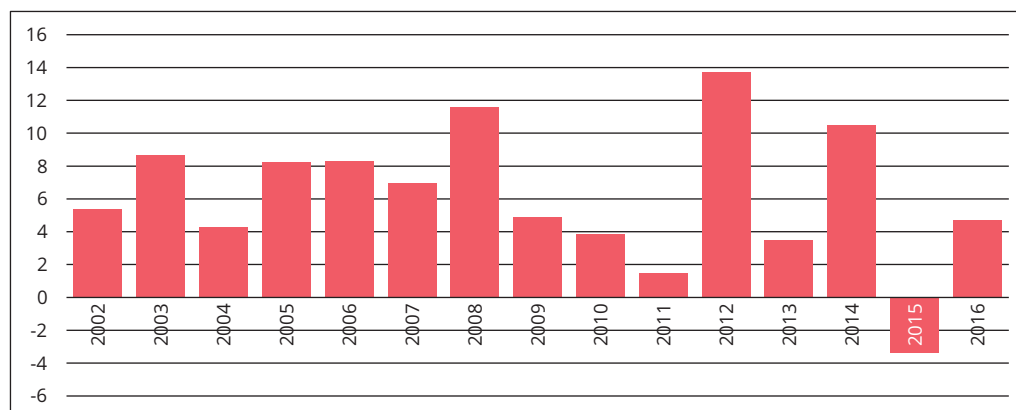
a. <http://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-12-014>

2.1. LES RECETTES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2016, les recettes courantes s'élèvent à 13 155,4 millions EUR, présentant une progression de 4,7% en comparaison avec l'année 2015 (12 565,1 millions EUR).

Depuis 2002, la progression des recettes se fait par à-coups. Les taux de croissance observés entre 2002 et 2003 ne reflètent pas la véritable progression des recettes mais résultent d'un jeu d'écriture. Suite à des procédures comptables introduites à partir de 2001 relatives au calcul des cotisations, le taux de croissance présenté pour 2001 est surestimé et celui de 2002 est sous-estimé. La participation de l'Etat pour financer le boni pour enfant génère une progression accentuée des recettes en 2008. Les ressources financières supplémentaires nécessaires dans le cadre des mesures d'emploi et d'aide sociale impactent la croissance des recettes en 2009 et 2010. Depuis 2011, l'évolution des recettes courantes de la protection sociale est impactée par les fluctuations importantes des résultats du Fonds de compensation commun au régime général de pension (le Fonds)². Le Fonds subit l'extrême volatilité des marchés financiers et ses recettes, composées pour une part importante de produits financiers, varient fortement d'une année sur l'autre. En 2016, le Fonds connaît une hausse de ses recettes de plus de 300 millions EUR par rapport à 2015, année marquée par un recul important de ces dernières. Cette hausse contribue pour un peu plus de la moitié à la hausse des recettes entre 2015 et 2016 (graphique 1).

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

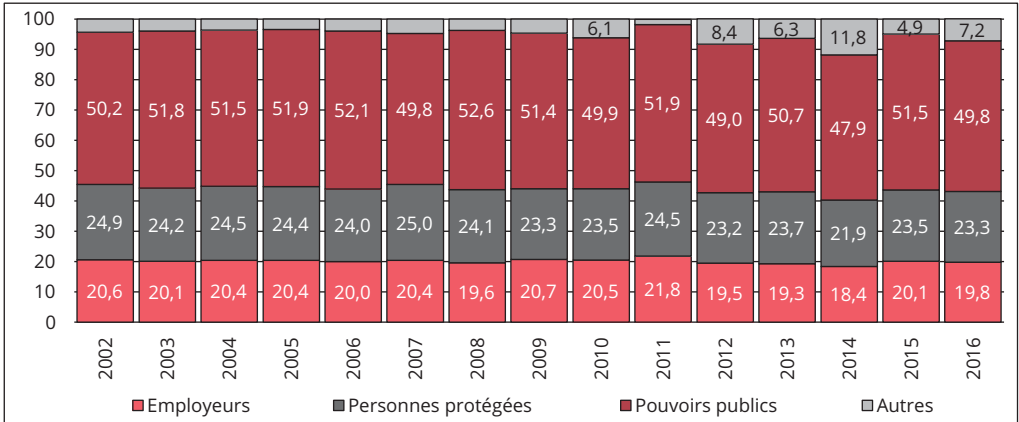


Côté sources de financement, quatre sources peuvent être isolées : les pouvoirs publics, les employeurs, les personnes protégées et les autres sources, composées principalement des revenus de la propriété. Les prélèvements pour couvrir les dépenses sont effectués selon deux types de mécanismes : les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

2. Résultats réalisés et non réalisés.

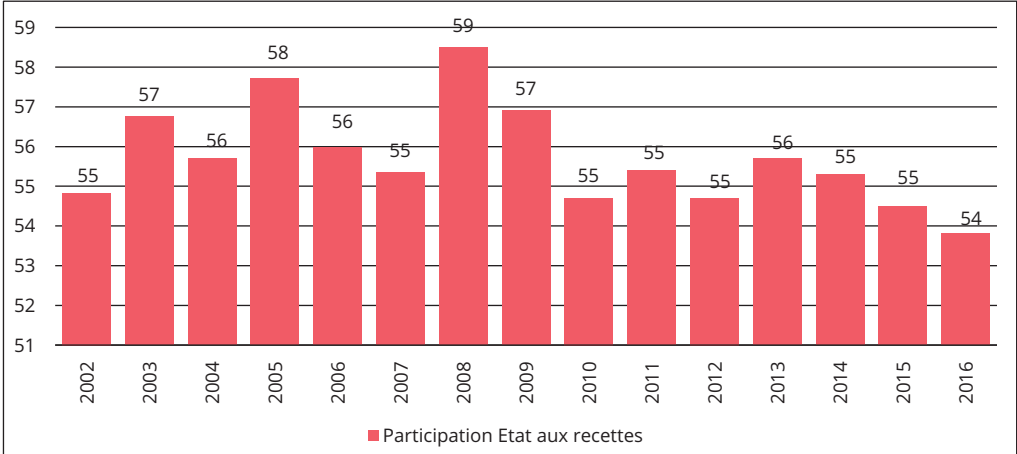
Les cotisations des employeurs (hors secteur public) représentent 19,8% des recettes courantes en 2016 tandis que la participation des personnes protégées atteint 23,3%. Les pouvoirs publics interviennent quant à eux à hauteur de 49,8% (les pouvoirs publics regroupent les contributions publiques, y compris les cotisations patronales du secteur public). Les 7,2% restants proviennent principalement des revenus de la propriété du Fonds de compensation commun au régime général de pension. Entre 2002 et 2016, la répartition entre les trois sources de financement de la protection sociale que sont les employeurs, les personnes protégées et les pouvoirs publics se maintient. Par contre, la quatrième source de financement fluctue fortement et plus particulièrement depuis 2008 (graphique 2).

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



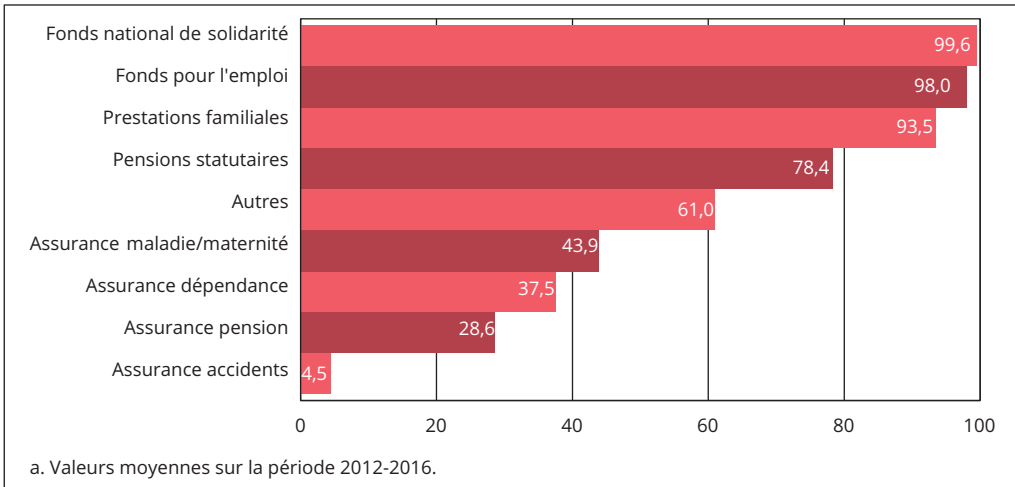
L'Etat est le premier contributeur au financement de la protection sociale et sa participation représente une part importante des dépenses courantes de l'Etat. Entre 2002 et 2016, cette part oscille entre 54% et 59% avec une tendance à la baisse depuis 2013. En temps de conjoncture faible, la rigidité des dépenses budgétaires envers la protection sociale implique des taux plus élevés. La participation élevée à partir de 2003 résulte de la contribution de l'Etat au financement de la prestation du forfait d'éducation liquidée par le régime Fonds national de solidarité et au financement des prestations du régime assurance dépendance. Le recul de la part relative de la participation de l'Etat en 2007 est notamment dû à la désindexation des prestations familiales et au plafonnement de la participation au financement de l'assurance dépendance. Néanmoins cette réduction des dépenses budgétaires de l'Etat est largement compensée à partir de 2008 par l'introduction du boni pour enfant. Les dépenses relatives aux mesures d'emploi et d'aide sociale impactent la participation de l'Etat à partir de 2009 et depuis 2012, l'Etat a sérieusement augmenté sa contribution au financement de l'assurance dépendance (graphique 3).

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



La contribution de l'Etat au financement de la protection sociale varie fortement selon les régimes. En 2016, cette contribution est la plus faible pour le régime assurance accidents dont le financement est très majoritairement assuré par les employeurs. L'assurance pension est financée à parts égales entre les employeurs, les assurés et les pouvoirs publics. L'Etat finance l'assurance dépendance à hauteur de 231 millions EUR en 2016, soit près de 40% de ses recettes ; le reste est financé par les personnes protégées. Le financement de l'assurance maladie-maternité est réparti par parts égales entre assurés et employeurs et l'Etat supporte 40% des cotisations auxquelles s'ajoutent les cotisations prises en charge par l'Etat pour certaines catégories de personnes protégées. Les pensions statutaires sont majoritairement financées par les pouvoirs publics. Les recettes des régimes prestations familiales, du Fonds pour l'emploi et du Fonds national de solidarité proviennent principalement des pouvoirs publics (graphique 4).

Graphique 4: Répartition de la participation de l'Etat au financement des régimes de protection sociale^a (en % des recettes courantes)



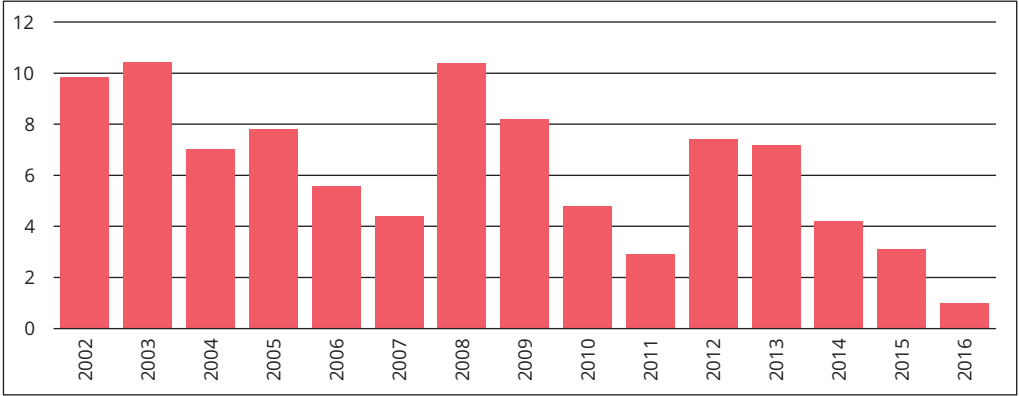
La particularité du marché du travail luxembourgeois, qui occupe aujourd'hui plus de 40% de non-résidents dans le secteur salarié, mérite qu'un rappel soit fait concernant leur participation au système national de protection sociale. Au même titre que les résidents, les non-résidents contribuent au système et, comme cela sera développé au point suivant, ils en sont bénéficiaires. Les travailleurs non-résidents participent à hauteur de 42,8% 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 de 33,9%, 32,9% et 20,4%.

2.2. LES DÉPENSES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2016, les dépenses courantes atteignent 11 664,1 millions EUR soit une augmentation de moins de 1% par rapport à l'année 2015 (11 556,3 millions EUR).

Sur la période 2002-2016, la croissance nominale annuelle des dépenses évolue en dents de scie avec des pics qui reflètent l'introduction et/ou la revalorisation de prestations. L'adaptation des prestations du régime assurance pension en 2002 et l'introduction d'un forfait d'éducation se traduisent par les taux soutenus de 2002 et 2003. L'entrée en vigueur du boni pour enfant en 2008 déclenche la forte progression des dépenses pour cette même année. Le taux élevé qui perdure en 2009 résulte du recours aux instruments de maintien dans l'emploi ainsi que de la demande soutenue d'assistance sociale. Après deux années (2010 et 2011) de ralentissement des dépenses dû à la réforme de l'assurance maladie-maternité en termes de consolidation financière et à la baisse du nombre de bénéficiaires de prestations familiales suite à l'introduction, fin 2010, de la nouvelle loi sur l'aide financière de l'Etat pour études supérieures dont les dépenses ne figurent pas dans la nomenclature SESPROS, 2012 et 2013 renouent avec une poussée significative. Depuis 2014, la progression des dépenses accuse un ralentissement du fait, en grande partie, d'une meilleure maîtrise des dépenses de soins de santé et de longue durée et, pour 2016, d'une baisse des dépenses en matière de chômage suite au recul du taux de ce dernier (graphique 5).

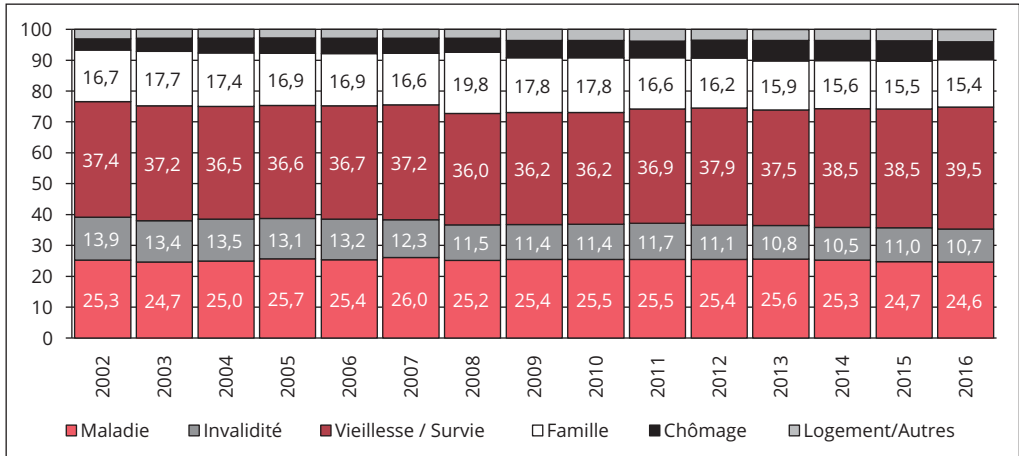
Graphique 5: Evolution des dépenses courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle en %)



En 2016, 70% des prestations sont dispensées sous forme de prestations en espèces et 30% sous forme de prestations en nature. Les prestations de la fonction vieillesse/survie (39,5%) et les prestations de la fonction maladie (24,6%) forment près de 65% des dépenses.

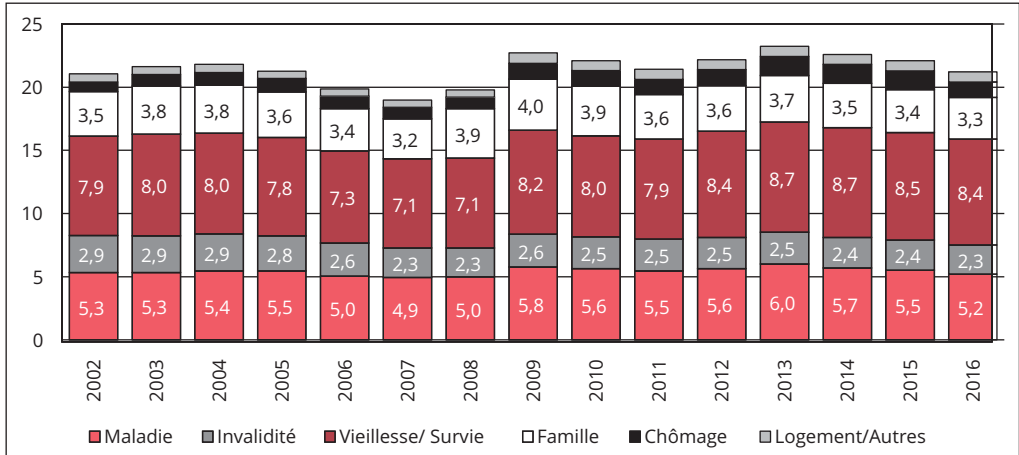
Au fil des ans, entre 2002 et 2016, la structure des dépenses de protection sociale a changé. Ainsi, le poids des prestations de vieillesse a diminué de manière quasi-constante au profit de celui des prestations familiales et de celui des prestations de chômage. Le relèvement du montant des allocations familiales en 2002, l'introduction du boni pour enfant en 2008 et l'expansion du nombre de bénéficiaires de prestations familiales résultant de la dynamique de l'emploi au cours des quinze dernières années participent à cette évolution. Mais, suite à la désindexation des prestations familiales en 2006 et à la baisse du nombre de bénéficiaires d'allocations familiales depuis la loi du 26 juillet 2010 sur les aides financières de l'Etat pour études supérieures, le poids des prestations familiales recule. Bien que les prestations de chômage ne représentent que 5,8% des dépenses de protection sociale en 2016, leur poids a presque doublé par rapport au début des années 2000. Les poids des autres fonctions sont par contre restés relativement stables au cours des quinze dernières années (graphique 6).

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



En 2016, par fonction et rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut), ce sont les prestations de vieillesse et de survie et les dépenses en soins de santé qui représentent les dépenses les plus importantes avec respectivement 8,4% et 5,2% du PIB. Les prestations familiales interviennent pour 3,3% et les prestations d'invalidité comptent pour 2,3%. Les prestations de vieillesse et de maladie absorbent une part importante du PIB et leur progression relative en 2009 s'explique, d'une part, par la croissance soutenue des dépenses courantes et, d'autre part, par un rythme de progression freiné du PIB en 2009 (graphique 7).

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



Comme souligné au point précédent, les travailleurs non-résidents contribuent au système national de protection sociale. Par conséquent, ils en bénéficient. Une partie non-négligeable des prestations en espèces est donc exportée à l'étranger. Concernant le régime assurance maladie-maternité, 49,7% des prestations en espèces sont versées aux non-résidents. De même, 40,3% des prestations du régime prestations familiales, 42,6% des prestations du régime assurance accident et 25,5% du régime assurance pension sont exportées à

l'étranger. En ce qui concerne les prestations en nature³, 24,4% des prestations en nature de l'assurance accident, 16,0% des soins de santé de l'assurance maladie-maternité et 1,6% des prestations de l'assurance dépendance sont consommés par les non-résidents.

Le faible taux de prestations en espèces de l'assurance pension exportées (25,5%) trouve deux explications majeures : le nombre et le montant des pensions exportées. Au cours des 50 dernières années, le développement de l'économie a dépassé celui de la démographie et le déficit n'a pu être comblé que par une immigration soutenue et, plus tard, par le recours à des travailleurs non-résidents. Une partie non-négligeable des immigrants s'est implantée au Luxembourg. Ceux qui sont retournés dans leur pays ont plus souvent connu des carrières partielles au Luxembourg et bénéficient donc de prestations de l'assurance pension réduites puisque calculées sur la durée d'affiliation. Le caractère encore récent de l'afflux, sur le marché du travail, d'une population active non-résidente relativement jeune ne permet pas encore à un grand nombre d'entre eux d'ouvrir les droits pour bénéficier de prestations de pension.

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

2.3. SITUATION GLOBALE

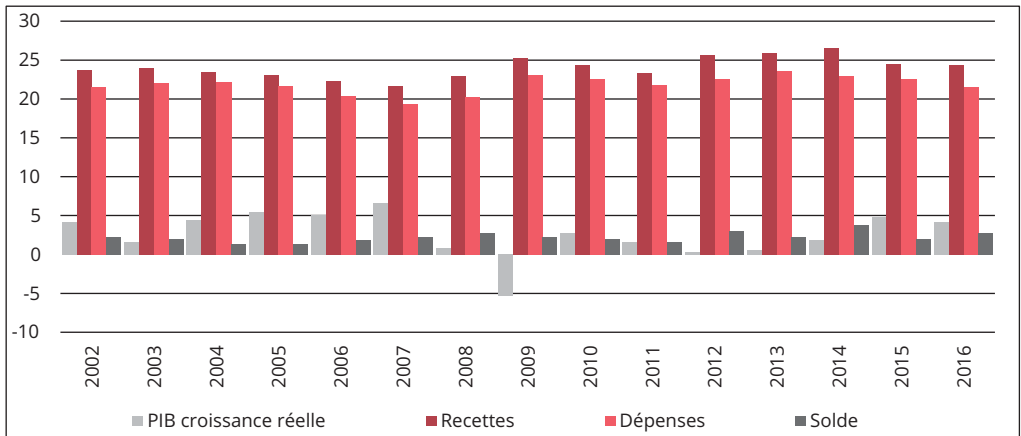
Au regard des recettes et des dépenses de la protection sociale décrites ci-dessus, le bilan de l'année 2016 présente un solde global positif de 1 491,3 millions EUR (1 008,9 millions EUR en 2015).

Avec un ratio des recettes rapportées au PIB (Produit Intérieur Brut) de 24,3% et un ratio des dépenses rapportées au PIB de 21,5%, le solde global de la protection sociale représente 2,8% du PIB en 2016.

Depuis 2002, recettes et dépenses rapportées au PIB évoluent dans le même sens avec, pour chaque année, un avantage aux recettes. Le solde positif qui se maintient tout au long de la période s'explique par les dispositions de financement qui prévoient une participation directe de l'Etat dans certaines prestations et par l'effet combiné de l'évolution dynamique de l'emploi et des prestations/recettes y relatives (graphique 8).

3. Les prestations en nature exportées peuvent connaître des variations annuelles fortes du fait de la liquidation ou de la régularisation des décomptes étrangers en décalage important avec la date de prestation. Les pourcentages présentés ici reflètent la situation sur la période 2013-2016.

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



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

Enfin, pour une vue d'ensemble de la situation financière de la protection sociale, le tableau suivant détaille les recettes et les dépenses totales de protection sociale (y compris les cotisations réacheminées, les transferts entre régimes et les prélèvements et les dotations aux réserves) pour la période 2007-2016.

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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RECETTES										
Cotisations employeurs	2 173,3	2 335,3	2 559,4	2 607,4	2 771,7	2 909,2	3 017,2	3 174,9	3 364,7	3 467,9
Cotisations personnes protégées	2 026,6	2 178,9	2 204,3	2 311,7	2 450,1	2 635,0	2 730,1	2 849,3	2 947,4	3 059,8
Cotisations réacheminées	159,9	168,0	189,5	201,3	216,8	236,1	255,5	264,9	274,8	280,8
Recettes fiscales	3 511,2	4 184,4	4 276,8	4 325,5	4 599,0	4 869,9	5 271,6	5 442,4	5 637,4	5 686,5
Transferts entre régimes	72,5	70,0	75,1	76,2	80,4	87,6	90,0	99,9	87,6	89,7
Autres recettes	382,9	333,8	438,5	601,2	173,8	951,7	749,4	1 537,7	615,6	941,2
Prélèvements	37,3	12,0	91,7	340,5	47,3	70,6	140,8	105,1	73,4	43,4
TOTAL	8 363,7	9 282,3	9 835,2	10 463,7	10 339,1	11 760,1	12 254,5	13 474,2	13 000,9	13 569,3

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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DEPENSES										
Prestations en espèces	4 947,3	5 468,0	5 974,3	6 204,7	6 400,8	6 874,1	7 283,7	7 618,7	7 907,3	7 992,6
Prestations en nature	2 160,9	2 373,6	2 518,2	2 694,6	2 769,4	2 981,3	3 281,7	3 406,1	3 422,9	3 480,4
Cotisations réacheminées	159,9	168,0	189,5	201,3	216,8	236,1	255,5	264,9	274,8	280,8
Frais de fonctionnement	113,1	123,7	127,8	136,2	139,3	144,1	154,5	158,3	161,3	164,5
Transferts entre régimes	72,5	70,0	75,1	76,2	80,4	87,6	90,0	99,9	87,6	89,7
Autres dépenses	14,9	20,8	24,3	29,1	21,1	25,6	29,4	21,6	64,8	26,6
Dotations	895,2	1 058,2	926,0	1 121,5	711,3	1 411,3	1 159,8	1 904,7	1 082,2	1 534,6
TOTAL	8 363,7	9 282,3	9 835,2	10 463,7	10 339,1	11 760,1	12 254,5	13 474,2	13 000,9	13 569,3

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

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

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

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

Les risques couverts par un régime non contributif sont les suivants : famille, exclusion sociale, handicap et logement⁴. Pour ces derniers, la protection sociale s'ouvre à toutes les personnes résidant sur le territoire luxembourgeois, ce qui signifie que toute la population résidente est potentiellement protégée. Notons que certaines prestations familiales sont liées non pas au pays de résidence mais au pays de travail. Le cas échéant, ces prestations sont exportables et versées aux travailleurs frontaliers.

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

- La première catégorie correspond aux personnes qui sont protégées du fait de l'exercice d'une occupation professionnelle rémunérée. Cette dernière ouvre droit à une

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

protection contre les risques maladie-maternité (prestations en espèces et en nature), dépendance, vieillesse, invalidité, accident et chômage⁵. La protection contre le chômage dépend quant à elle du pays de résidence et non du pays de travail. En conséquence, l'indemnité de chômage luxembourgeoise n'est pas versée aux travailleurs frontaliers. Le fait d'être bénéficiaire d'une pension de vieillesse, du revenu minimum garanti (RMG) ou d'un revenu de remplacement permet également d'être protégé contre les risques précités. Les revenus de remplacement sont les suivants : l'indemnité pécuniaire de maladie, d'accident, de maternité ou le congé d'accueil, l'indemnité de chômage, la préretraite et le congé parental⁶. Les pensionnés sont également protégés contre la maladie et la dépendance.

- La deuxième catégorie correspond aux assurés volontaires. Il s'agit de personnes n'exerçant plus d'activité professionnelle mais qui peuvent, sous certaines conditions liées à leur activité antérieure, s'acquitter de cotisations qui ouvrent droit à une protection sociale, mais uniquement contre les risques maladie-maternité et vieillesse⁷.
- La troisième catégorie correspond aux personnes bénéficiant de droits dérivés. Les droits dérivés sont des droits dont peuvent se prévaloir d'autres personnes que celles qui ont payé des cotisations, à condition que les intéressés (conjoint et enfants) ne soient pas affiliés personnellement et qu'ils résident au Luxembourg (sauf en cas d'études ou de formation professionnelle). Les droits dérivés s'appliquent dans deux cas : d'abord pour les conjoints ou enfants des cotisants, qui en tant que membres de famille, sont couverts contre le risque maladie (uniquement pour les prestations en nature, c'est-à-dire les soins de santé); ensuite pour les conjoints survivants⁸, qui bénéficient de prestations de réversion concernant l'assurance pension et l'assurance invalidité. En tant que bénéficiaires d'une prestation de réversion, les personnes concernées restent protégées contre le risque maladie (prestations en nature). La condition de résidence peut être levée dans certains cas pour les travailleurs frontaliers. Pour ces derniers, la situation diffère selon la situation du conjoint. S'il est inactif, le conjoint comme les enfants sont coassurés au Luxembourg ; si le conjoint est actif au Luxembourg, il est assuré à titre personnel au Luxembourg et les enfants sont coassurés au Luxembourg. En revanche, si le conjoint est actif dans son pays de résidence, les enfants sont coassurés dans leur pays de résidence et n'apparaîtront donc pas dans la population protégée par le système luxembourgeois.

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

Le tableau 3 propose, pour 2015, un panorama général de la protection sociale en termes de population protégée mais également en termes de bénéficiaires. Ce tableau reprend l'ensemble des risques et l'ensemble des types de personnes protégées (tels que décrits précédemment).

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

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

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

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

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

Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2016 (moyenne annuelle)

	Régime contributif							Régime non contributif		
	Maladie-maternité		Dépendance	Vieillesse	Invalidité	Accident	Chômage ^a	Famille ^b	Exclusion sociale ^b	Handicap ^b
	Espèces ^c	Soins santé		Régime général	Régime général					
Assurance obligatoire	352 391	549 370	549 370	402 143	402 143	427 698 ^d	224 346			
au titre de l'occupation professionnelle	352 391	430 488 ^e	430 488 ^e	402 143	402 143	427 698	224 346			
au titre d'une pension		109 764	109 764							
au titre d'un autre revenu		8 617	8 617							
RMG		7 212	7 212							
Préretraite		1 405	1 405							
autres assurées obligatoires		501	501							
Assurance volontaire		5 686	5 686	3 440						
Assurance au titre d'un droit dérivé		258 068	258 068							
Total personnes protégées par risque	352 391	813 124	813 124	402 143	402 143	427 698	224 346			
Nombre de personnes bénéficiaires par risque	233 711 ^f	515 178 ^g	13 742 ^b	111 140 ^h	17 651 ^h	33 020 ⁱ	7 916	191 618 ^j	20 669 ^k	5 335 ^l

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

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

Au total, la population protégée des régimes contributifs s'élève, pour 2016 en moyenne annuelle, à 813 124 personnes. Parmi elles, 66% sont des résidents et 34% des non résidents (tableau 4). La structure de la population protégée en fonction du statut d'assuré à titre personnel (actif ou pensionné) ou de coassuré est très différente selon qu'il s'agit de la population résidente ou non résidente (tableau 4). Les différences les plus importantes sont les suivantes :

- le poids des assurés pensionnés est beaucoup plus élevé dans la population résidente que dans la population non résidente ;
- en contrepartie, le poids des assurés à titre personnel actifs est beaucoup plus faible pour les résidents par rapport aux non résidents ;
- le rapport entre coassurés et assurés à titre personnel est différent pour les deux populations ; chez les résidents, on compte 50 coassurés pour 100 assurés à titre personnel contre 42 pour les non résidents. Cette différence s'explique par les règles de droit social qui définissent le statut de coassuré et qui ont été précisées précédemment.

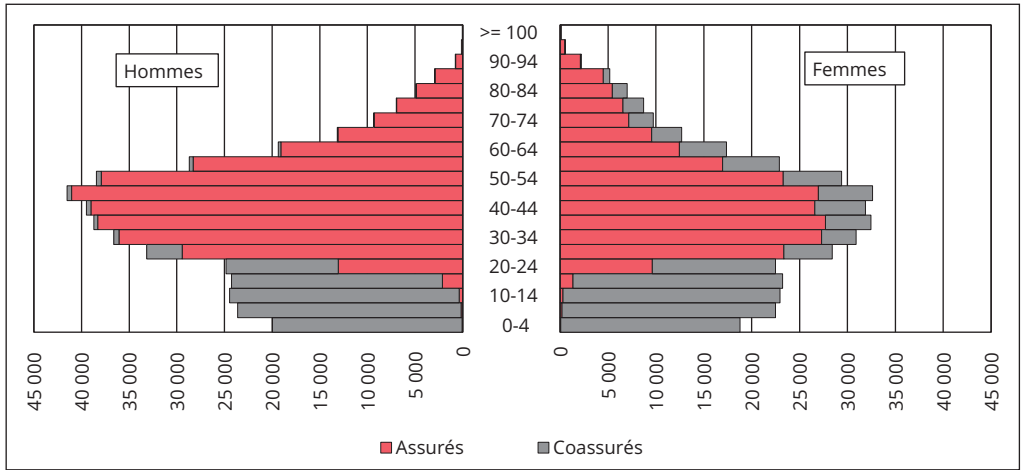
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2016 ^a (moyenne annuelle)

	Résidents	Non résidents	Total
Actifs assurés	263 360	181 932	445 291
Pensionnés	96 186	13 579	109 764
Coassurés	176 877	81 191	258 068
Total	536 423	276 701	813 124

a. Aux arrondis près.

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

Graphique 9: Répartition de la population protégée par âge en 2016 (moyenne annuelle)



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

Au cours des dernières années, le nombre total de personnes protégées (liées au régime contributif) n'a cessé d'augmenter (tableau 5). Entre 2012 et 2016, il est passé de 739 862 à 813 124 personnes (+9,9%), soit un taux de croissance annuel moyen sur la période de 2,4%. Cette augmentation résulte de plusieurs évolutions combinées (tableau 6) :

- l'augmentation quasi continue de la population active (sur la période 2012-2016, la croissance de la population active contribue à hauteur de 55% à l'augmentation de la population protégée - cette contribution se partage de façon inégale entre actifs résidents et actifs non résidents ; 30% de l'augmentation de la population protégée sont le fait de la croissance du nombre d'actifs résidents tandis que 25% proviennent des non résidents - graphique 10) ;
- l'évolution concomitante des coassurés (la croissance de la population coassurée résidente contribue à hauteur de 9% à l'augmentation de la population protégée, tandis que la croissance de la population coassurée non résidente y contribue pour 18%) ;
- l'augmentation du nombre de pensionnés résidents (qui représente 12% de l'évolution de la population protégée entre 2012 et 2016).

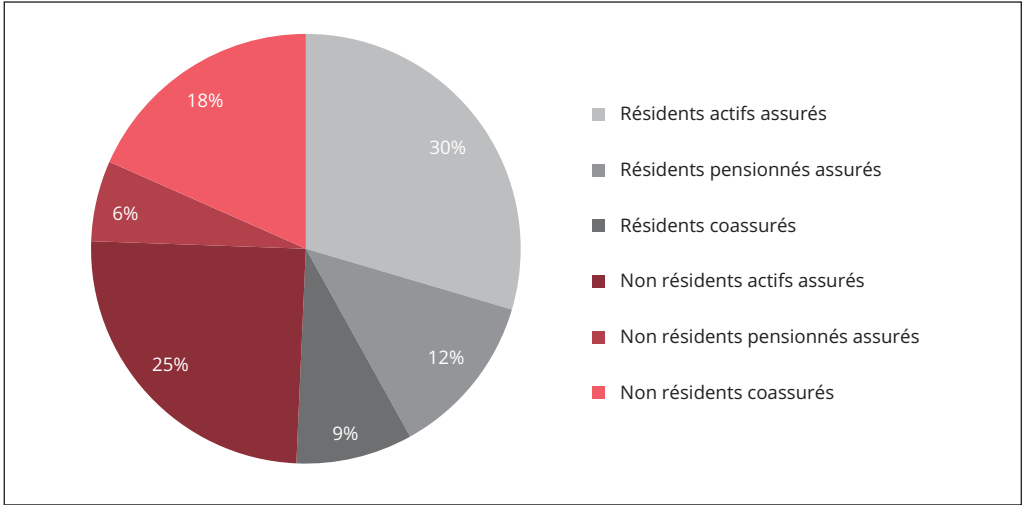
Tableau 5: Evolution du nombre de personnes protégées entre 2012 et 2016 (moyenne annuelle)

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionnés assurés	Résidents coassurés	Non résidents actifs assurés	Non résidents pensionnés assurés	Non résidents coassurés	Total
2012	241 698	87 128	170 450	163 721	9 135	67 731	739 862
2013	246 770	89 216	172 727	166 572	10 099	70 802	756 185
2014	252 137	91 617	174 414	170 345	11 315	73 234	773 061
2015	257 048	94 054	175 410	175 363	12 466	78 701	793 044
2016	263 360	96 186	176 877	181 932	13 579	81 191	813 124

Tableau 6: Evolution annuelle de la population protégée entre 2012 et 2016 (moyenne annuelle)

Année	Résidents actifs assurés	Résidents pensionnés assurés	Résidents coassurés	Non résidents actifs assurés	Non résidents pensionnés assurés	Non résidents coassurés	Total
2012-2013	2,1%	2,4%	1,3%	1,7%	10,6%	4,5%	2,2%
2013-2014	2,2%	2,7%	1,0%	2,3%	12,0%	3,4%	2,2%
2014-2015	1,9%	2,7%	0,6%	2,9%	10,2%	7,5%	2,6%
2015-2016	2,5%	2,3%	0,8%	3,7%	8,9%	3,2%	2,5%

Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2012-2016





INTRODUCTION

En 2016, la population protégée par l'assurance maladie-maternité pour les soins de santé s'élève à 813 124 personnes en moyenne annuelle. 66% de cette population est résidente, 34% est non-résidente. 352 391 personnes, soit 43,3% de la population protégée a droit aux prestations en espèces payées en cas de maladie ou de maternité. 515 178 personnes protégées résidentes ont bénéficié d'un remboursement de la Caisse nationale de santé (CNS) en 2016.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Les prestations de l'assurance-maladie comprennent les soins de santé et les prestations en espèces. Les soins de santé et les mesures de médecine préventive suivantes sont pris en charge :

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

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

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

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

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

ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

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

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

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

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

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

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

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

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

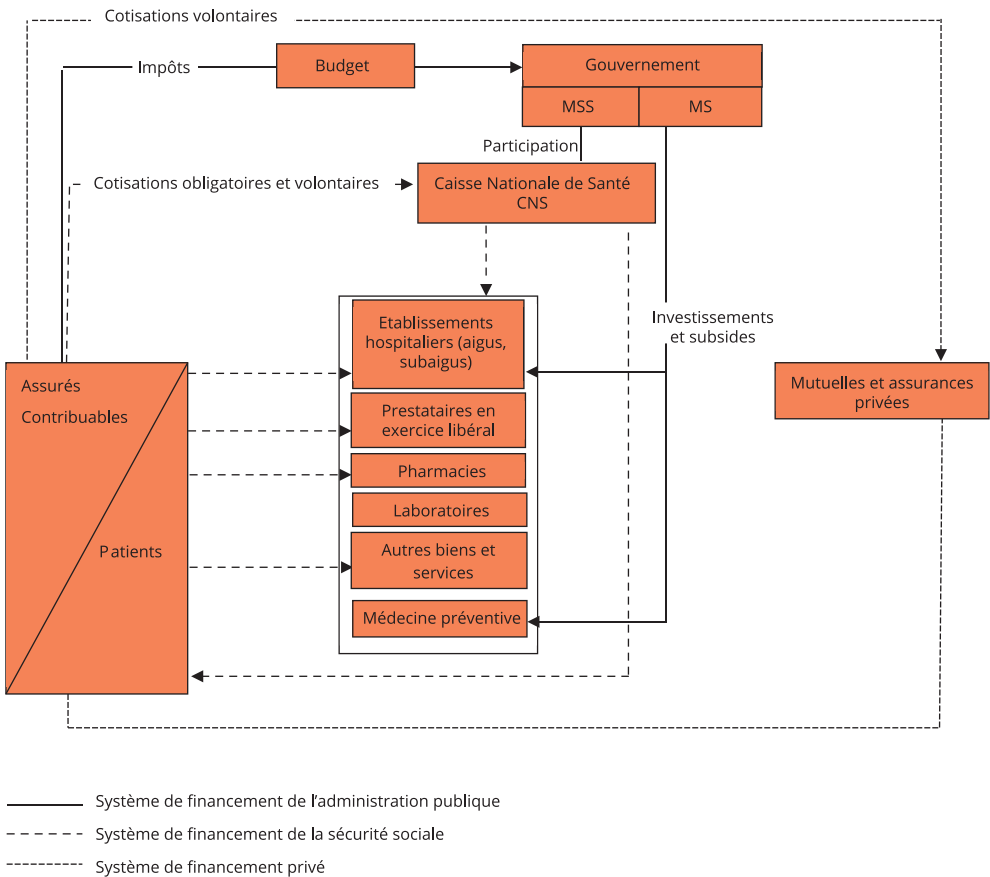
Jusqu'au 31 décembre 2018, suite à la réforme du système des soins de santé en 2010, l'Etat compense les charges occasionnées par l'intégration des prestations de maternité par une dotation annuelle de 20 millions EUR.

Afin de faire face aux charges incombant à l'assurance maladie-maternité, la CNS doit constituer une réserve qui ne peut être inférieure à 10%. La limite supérieure de 20% du montant annuel des dépenses a été supprimée pour 2017 par la loi budgétaire de 2017.

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

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

Graphique 1: Organigramme des soins de santé au Luxembourg en 2016



1. LES RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

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

1.1. LES RESSOURCES HUMAINES

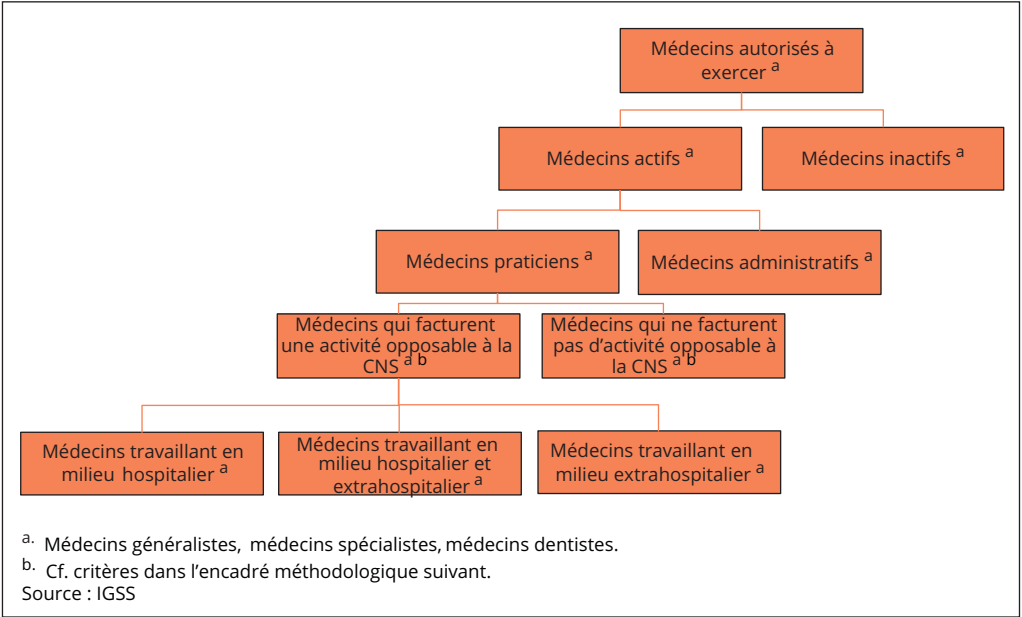
La sous-section " ressources humaines " traite d'une part des médecins et d'autre part des autres professions de santé.

1.1.1. Les médecins

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

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

Graphique 2: Catégories des médecins



Encadré méthodologique

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

A Les médecins autorisés à exercer

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

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

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

B Les médecins professionnellement actifs

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

Sont inclus :

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

Sont exclus :

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

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

.../...

Encadré méthodologique

.../...

C Les médecins praticiens

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

Sont inclus :

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

Sont exclus :

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

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

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

D Les médecins hospitaliers

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

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

1.1.1.1. Les médecins autorisés à exercer

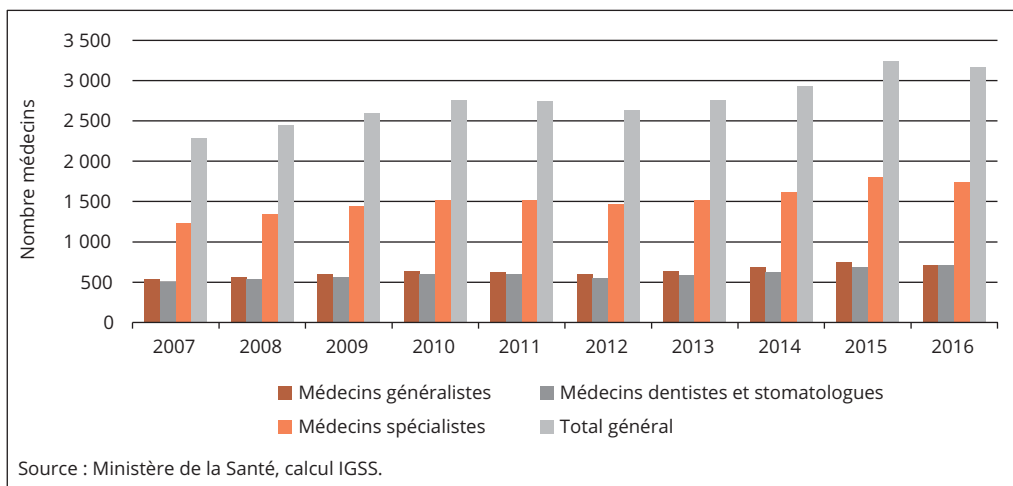
Les médecins autorisés à exercer incluent :

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

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

En 2016, le nombre de médecins autorisés à exercer s'établit à 3 166. En 2007, ce nombre n'était que de 2 284 (graphique 3). La diminution de 2,5% constatée entre 2015 et 2016 s'explique par une baisse du nombre des médecins généralistes (-6,0%) et des médecins spécialistes (-3,2%) autorisés à exercer.

Graphique 3: Evolution du nombre de médecins autorisés à exercer par catégorie de 2007 à 2016

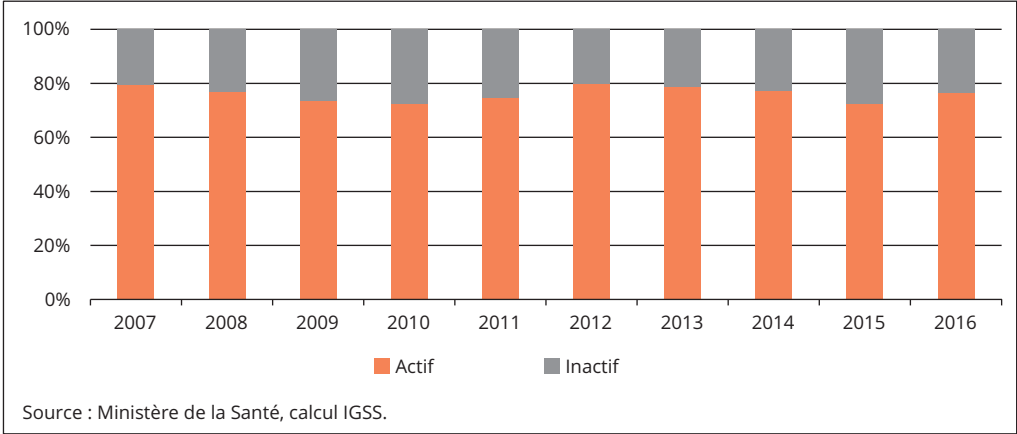


1.1.1.2. Les médecins professionnellement actifs

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

Parmi les 3 166 médecins autorisés à exercer en 2016, 2 427 sont actifs, soit 76,7%. Les médecins professionnellement actifs peuvent être groupés en 92,0% de médecins praticiens et 8,0% de médecins administratifs. Entre 2007 et 2016 le rapport entre les médecins actifs et inactifs a peu changé (graphique 4). Comme la notification de l'inactivité d'un médecin est effectuée avec un certain retard, les statistiques sur le nombre des médecins actifs sont biaisées. En 2016, les médecins inactifs ont en moyenne 51 ans tandis que les médecins actifs 56 ans. De même, l'écart type des médecins actifs est beaucoup plus élevé que celui des médecins inactifs : 16,2 ans vs. 10,9 ans. Le même phénomène s'observe pour les années précédentes. Cela signifie que les médecins inactifs ne sont pas uniquement des médecins à la retraite.

Graphique 4: Rapport des médecins autorisés à exercer et des médecins professionnellement actifs de 2007 à 2016



En 2016, 193 médecins occupent un poste administratif, de médecine du travail, de management, de direction ou ont travaillé dans le secteur de la recherche et du développement. En 2016 environ 70,0% des médecins administratifs sont des médecins spécialistes, alors qu'en 2007 la proportion n'était que de 50,7%. Toutefois, le nombre de médecins administratifs dentistes est très faible (4 médecins dentistes en 2016). Une large majorité (90,4%) de médecins généralistes et de médecins spécialistes (89,6%) pratiquent auprès du patient, voire 99,3% des médecins dentistes.

Les médecins praticiens exercent dans le cadre d'une prise en charge par l'assurance maladie-maternité des actes et services. En considérant les critères d'inclusion (cf. encadré méthodologique), la CNS a enregistré une activité de 1 999 médecins, dont 23,5% de médecins généralistes, 54,4% de médecins spécialistes et 22,1% de médecins dentistes et stomatologues. Par ailleurs, le nombre de MEVS est de 62 pour 2016. On retrouve dans les 1 999 médecins des MEVS qui ont terminé leur formation médicale pendant l'année.

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

En 2016, 63,3% des médecins professionnellement actifs sont des hommes et 93,9% d'entre eux sont des médecins praticiens. Chez les femmes, qui représentent 36,7% des médecins professionnellement actifs, la part des médecins administratifs est un peu plus élevée que chez leurs homologues masculins. En termes d'évolution, il faut noter que la part des femmes dans les médecins professionnellement actifs est grandissante. En effet, elle n'était que 30,4% en 2007 contre 36,7% en 2016.

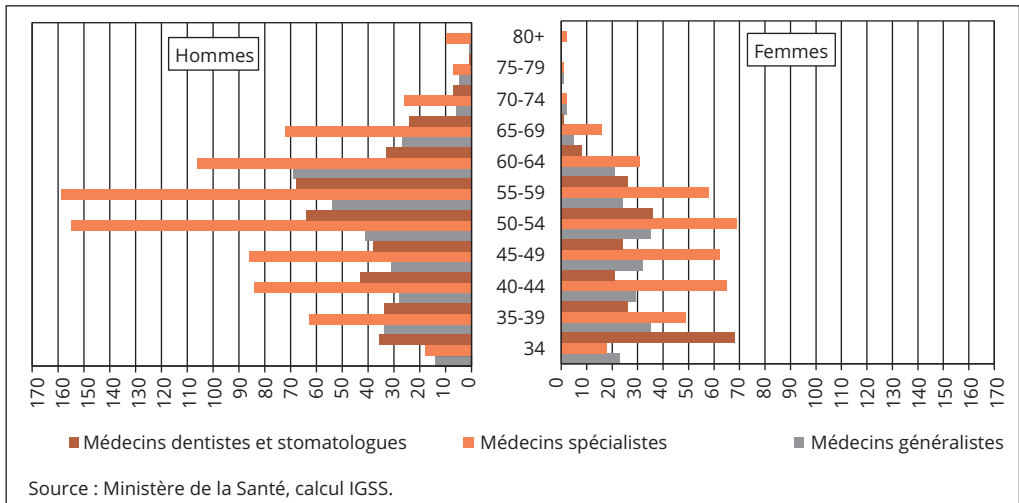
Tableau 1: Médecins professionnellement actifs par catégorie et sexe au 31 décembre 2016

	Hommes	En % du total	Femmes	En % du total	Total
Médecins praticiens	1 444	64,6%	790	35,4%	2 234
Médecins généralistes	310	60,0%	207	40,0%	517
Médecins spécialistes	786	67,8%	373	32,2%	1 159
Médecins dentistes et stomatologues	348	62,4%	210	37,6%	558
Médecins administratifs	93	48,2%	100	51,8%	193
TOTAL	1 537	63,3%	890	36,7%	2 427

Source : Ministère de la Santé, calcul IGSS.

En 2016, 39,1% des médecins praticiens ont plus de 55 ans. Les médecins dentistes et stomatologues sont les plus jeunes avec une moyenne d'âge de 47,0 ans. Les médecins généralistes par contre sont en moyenne âgés de 50,9 ans et les médecins spécialistes de 52,3 ans. Une analyse par sexe met en évidence que les médecins dentistes femmes ont un âge moyen de 42,3 ans en 2016 contre 49,9 ans chez leurs confrères masculins. Le même phénomène s'observe chez les autres catégories de médecins : les femmes sont nettement plus jeunes que les hommes. L'écart maximal de différence d'âge se situe à 7,6 ans et se présente chez les médecins dentistes et stomatologues.

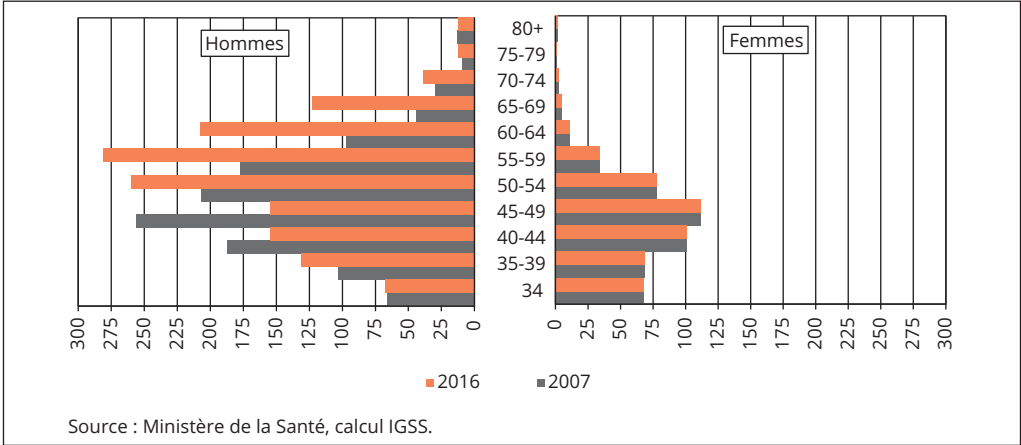
Graphique 5: Pyramide des âges des médecins praticiens par catégorie et sexe au 31 décembre 2016



La pyramide des âges du graphique 6 illustre que les médecins praticiens hommes sont plus vieux que les médecins praticiens femmes. En effet, 46,7% des hommes ont plus de 55 ans contre 25,1% des femmes.

De plus, la population des médecins praticiens vieillit. En 2007, 25,5% d'entre eux avait plus de 55 ans contre 39,1% en 2016. Chez les médecins praticiens femmes la proportion est passée de 11,6% en 2007 à 25,1% en 2016, et chez les hommes de 31,1% à 46,7%.

Graphique 6: Pyramide des âges des médecins praticiens par sexe au 31 décembre 2007 et 2016



Évolution de la densité médicale des médecins praticiens

La densité médicale est un indicateur couramment utilisé pour mesurer les ressources humaines de la santé. Au Luxembourg, la densité médicale a augmenté au cours des dernières années. En effet, elle passe de 2,8 médecins pour 1 000 personnes protégées résidentes en 2012 à 2,9 médecins pour 1 000 personnes protégées résidentes en 2016.

Tableau 2: Évolution de la densité médicale pour 1 000 personnes protégées résidentes de 2012 à 2016

Année	2012	2013	2014	2015	2016
Médecins	2,8	2,8	2,9	2,9	2,9

Source : OCDE Health Data

1.1.1.3. Les médecins hospitaliers

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

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

Tableau 3: Evolution du nombre des médecins hospitaliers de 2013 à 2017 (situation au 1er janvier)

	2013	2014	2015	2016	2017
Médecins hospitaliers	968	990	995	1 021	1 044
MEVS	62	57	61	61	79
TOTAL	1 030	1 047	1 056	1 082	1 123

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

1.1.2. Les autres professions de santé

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

Le tableau 4 présente l'évolution du nombre de professions de santé, exprimé en " Equivalents Temps Plein " (ETP), dans les établissements hospitaliers entre 2012 et 2016. L'effectif total a légèrement augmenté au cours des années 2012 à 2016 : son taux de croissance annuel moyen s'élève à 0,2%. En 2016 l'évolution est stable et le nombre s'élève à 4 359 ETP. Par spécification, les variations sont relativement différenciées.

Tableau 4: Evolution du nombre de professions de santé dans les établissements hospitaliers (exprimées en ETP) de 2012 à 2016

Spécification	2012	2013	2014	2015	2016	Taux moyen de variation 2012/2016
Aide-soignants	372,7	369,0	349,3	344,7	334,5	-2,7%
Infirmiers	2 124,9	2 143,4	2 170,4	2 177,7	2 189,5	0,8%
Assistants techniques méd. de radiologie	241,4	238,2	243,1	238,8	236,9	-0,5%
Assistants techniques méd. de laboratoire	86,6	72,4	70,0	66,7	74,4	-3,7%
Infirmiers en psychiatrie	148,1	154,1	156,7	151,1	150,5	0,4%
Infirmiers en pédiatrie	144,2	134,4	139,8	138,4	140,5	-0,7%
Assistants techniques méd. de chirurgie	172,1	179,7	170,0	172,9	181,4	1,3%
Infirmiers en anesthésie et réanimation	348,5	344,4	346,5	343,6	341,9	-0,5%
Masseurs	-	-	-	-	-	-
Sages-femmes	132,9	134,8	136,3	137,1	138,4	1,0%
Infirmiers gradués	79,5	83,0	83,8	84,3	94,4	4,4%
Laborantins	106,5	99,3	100,9	94,2	94,0	-3,1%
Diététiciens	21,3	21,6	23,2	22,5	22,5	1,4%
Ergothérapeutes	81,4	82,3	78,7	81,6	82,5	0,3%
Psychomotriciens	7,3	9,8	9,8	10,5	10,0	8,0%
Assistants d'hygiène sociale	1,3	5,7	4,0	3,7	3,8	31,9%
Assistants sociaux	40,1	39,2	38,9	39,3	39,9	-0,1%
Orthophonistes	7,7	6,0	5,6	6,5	7,1	-1,9%
Kinésithérapeutes	131,7	142,0	137,8	139,1	135,8	0,8%
Autres ^a	70,8	70,2	75,6	83,7	80,7	3,3%
TOTAL	4 318,8	4 329,1	4 340,2	4 336,5	4 358,6	0,2%

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

Evolution de la densité des infirmiers

L'analyse de l'évolution de la densité des infirmiers praticiens montre que le nombre des infirmiers pour 1 000 habitants reste stable et se situe à 11,9 au cours des dernières années.

Tableau 5: Évolution de la densité d'infirmiers pour 1000 personnes protégées résidentes entre 2012 et 2016

Année	2012	2013	2014	2015	2016
Infirmiers	11,9	11,9	12,0	11,9	11,9

Source: STATEC, calcul IGSS

Revenu moyen des infirmiers hospitaliers

Tableau 6: Evolution des revenus moyens annuels des infirmiers hospitaliers^a de 2012 à 2016 (en EUR)

Année	Revenus moyens bruts ^b	Variation en %
2012	78 463	3,2%
2013	80 821	3,0%
2014	82 964	2,7%
2015	83 049	0,1%
2016	83 275	0,3%

- a. Sont considérées les professions suivantes: infirmier, infirmier en anesthésie et réanimation, infirmier en pédiatrie, infirmier psychiatrique, assistant technique médical de chirurgie travaillant dans les établissements hospitaliers aigus.
 - b. Salaire annuel brut avant impôts.
- Source : FHL.

Les pharmaciens

Le tableau ci-après montre l'évolution du nombre de pharmaciens selon leur secteur d'activité à partir de 2007.

Tableau 7: Evolution du nombre des pharmaciens ^a de 2007 à 2016

Pharmaciens en activité par secteur	2007	2011	2016	Variation moyenne annuelle 2007/2016
Pharmacies ouvertes au public	342	374	406	1,9%
Pharmacies d'hôpitaux	31	36	49	5,2%
Laboratoires d'analyses médicales	8	8	17	8,7%
Distribution en gros	13	15	14	0,8%
Fonction publique	5	8	7	3,8%
Autres secteurs	6	4	3	-7,4%
Total	405	445	496	2,3%

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

Les salariés du secteur hospitalier

Encadré méthodologique

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

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

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

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

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

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

Le secteur hospitalier est un important pourvoyeur d'emploi, avec 8 580 salariés au 31 mars 2017. Ce nombre a augmenté de 3,2% par rapport à la même date de l'année précédente. Le nombre de salariés résidant au Luxembourg représente le groupe le plus important, suivi par les salariés résidant en France, en Belgique et en Allemagne. Toutefois, la part des salariés résidant au Luxembourg diminue légèrement au cours des trois dernières années passées. Elle passe de 60,7% en 2013 à 58,7% en 2017.

Tableau 8: Evolution du nombre de salariés du secteur hospitalier par sexe et pays de résidence en 2016 et 2017

	Luxembourg	France	Belgique	Allemagne	Total
Situation au 31.03.2016					
Hommes	1 152	374	222	282	2 030
Femmes	3 765	1 381	692	443	6 281
TOTAL	4 917	1 755	914	725	8 311
Situation au 31.03.2017					
Hommes	1 191	383	233	293	2 100
Femmes	3 849	1 449	712	470	6 480
TOTAL	5 040	1 832	945	763	8 580

1.2. LES RESSOURCES MATÉRIELLES

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

Lits des établissements hospitaliers

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

Le plan hospitalier, dont la dernière version date du 23 mars 2009, édicte les critères de classement des établissements hospitaliers, leurs services, le nombre maximal de lits autorisés, ainsi que les dotations en équipements lourds.

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

Tableau 9: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2017

Nbre	Nom de l'établissement	Région	Nombre total de lits	dont: lits de psy-chiatrie	dont: lits de réédu-cation	dont: lits 1ère classe ^a
1	CENTRE HOSPITALIER DE LUXEMBOURG ^b	Centre	579	57		130
2	CHEM ^{c d} (Centre Hospitalier Emile Mayrisch)	Sud	642	45	30 ^e	77
3	HRS - Site KIRCHBERG (Hôpitaux Robert Schuman)		787	68	30 ^e	189
4	HRS - CLINIQUE PRIVEE DR. BOHLER (Hôpitaux Robert Schuman)	Centre				
	HRS - SITE GARE (Hôpitaux Robert Schuman)					
	HRS - CLINIQUE STE MARIE ESCH (Hôpitaux Robert Schuman)	Sud				
4	CENTRE HOSPITALIER DU NORD ^f	Nord	357	45	30 ^e	115 ^g
5	CENTRE HOSPITALIER NEUROPSYCHIATRIQUE (+ annexes) ^h	Nord	237	237		
6	CENTRE FRANCOIS BACLESSE (Centre national de radiothérapie Esch-Alzette)	i	10			
7	INCCI (Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle, Luxembourg)	i	19			5
8	REHAZENTER (Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation, Kirchberg)	i	72		72	
9	HOPITAL COMMUNAL STEINFORT (Centre de rééducation gériatrique)	i	30		30 ^e	
10	HAUS OMEGA	i	15			
Total général			2 748	452	72	401

a. Source : Négociation budgétaire 2013/2014.

b. Fusionné avec la Clinique d'Eich à partir du 1.1.2004.

c. Fusionné avec l'Hôpital de la Ville de Dudelange à partir du 1.7.2004.

d. Fusion CHEM / Hôpital Princesse Marie-Astrid Differdange à partir du 1.1.2008.

e. Concerne: lits de rééducation gériatrique.

f. Fusion entre l'Hôpital St. Louis Ettelbruck et la Clinique St Joseph de Wiltz pour former le Centre Hospitalier du Nord à partir du 1.1. 2010.

g. A partir du 1.5.2015.

h. Centres thérapeutiques de Manternach (toxicomanie) et Useldange (alcoolisme).

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

Maisons médicales

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

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

Les officines de pharmacie

Le tableau ci-après montre l'évolution du nombre d'officines de pharmacie entre 2007 et 2016.

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

Concessions de pharmacies	2007	2011	2016
Ouvertes au public	87	92	95
Hospitalières ^b	9	7	6
Total	96	99	101

a. Situation au 31 décembre de l'année.

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

Source: STATEC.

2. SOINS DE SANTÉ

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

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

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

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

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

Encadré méthodologique

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

Evolution des prestations de soins de santé

Selon les données comptables, les dépenses pour prestations de soins de santé atteignent 2 125,6 millions EUR en 2016 contre 2 104,6 millions EUR en 2015, soit une augmentation de 1,0%. Le taux de 2016 résulte d'une croissance des prestations au Luxembourg de 3,4% et d'une baisse des prestations à l'étranger de 8,4%. Cette baisse s'explique principalement par une provision supplémentaire d'un montant de 26,8 millions EUR contre un montant de 40 millions EUR en 2015 comptabilisé par la CNS pour les prestations en nature à l'étranger.

L'évolution des soins de santé au Luxembourg de 3,4% en 2016 s'explique par une évolution des frais des laboratoires de 12,7%, par la croissance des dispositifs médicaux de 4,1% et des frais pharmaceutiques de 3,5%. Suivant l'exercice de prestation, l'évolution des frais des laboratoires est estimée à 4,1% et est due à l'évolution de l'activité. Finalement les soins hospitaliers affichent une progression de 3,5% en 2016.

Tableau 11: Evolution des dépenses pour soins de santé (en millions EUR) de 2012 à 2016 ^a

Type de prestation	2012	2013	2014	2015	2016
Frais hospitaliers	747,4	749,5	764,7	781,4	809,0
Honoraires médicaux ^b	303,3	351,3	343,1	352,8	362,4
Honoraires médico-dentaires	65,9	76,1	71,4	72,0	73,4
Produits pharmaceutiques (en dehors des hôpitaux)	186,8	187,2	195,0	205,1	212,3
Dispositifs médicaux (en dehors des hôpitaux)	37,7	40,5	41,9	44,0	45,8
Analyses de laboratoire (en ambulatoire)	70,0	83,1	77,0	63,5	71,5
Honoraires des autres professions de santé	88,7	113,2	99,6	114,9	117,2
Autres prestations	30,2	34,4	33,2	35,9	35,3
TOTAL DES PRESTATIONS AU LUXEMBOURG	1 530,1	1 635,4	1 625,9	1 669,5	1 726,9
TOTAL DES PRESTATIONS A L'ETRANGER	362,1	413,6	342,3	435,1	398,7
TOTAL SOINS DE SANTE	1 892,2	2 049,0	1 968,2	2 104,6	2 125,6
<i>Variation annuelle</i>	<i>6,5%</i>	<i>8,3%</i>	<i>-3,9%</i>	<i>6,9%</i>	<i>1,0%</i>

a. Elimination du biais des écritures de provisions pour prestations. Sont considérés également les reports qui se réfèrent à des prestations fournies, mais dont les factures n'ont pas encore été introduites. Le Comité directeur de la CNS a décidé fin 2013 de comptabiliser dorénavant, au niveau des dépenses inscrites aux décomptes, les prestations pour soins de santé relatives à l'exercice courant et aux exercices antérieurs. Ces reports sont liquidés sous forme de provisions.

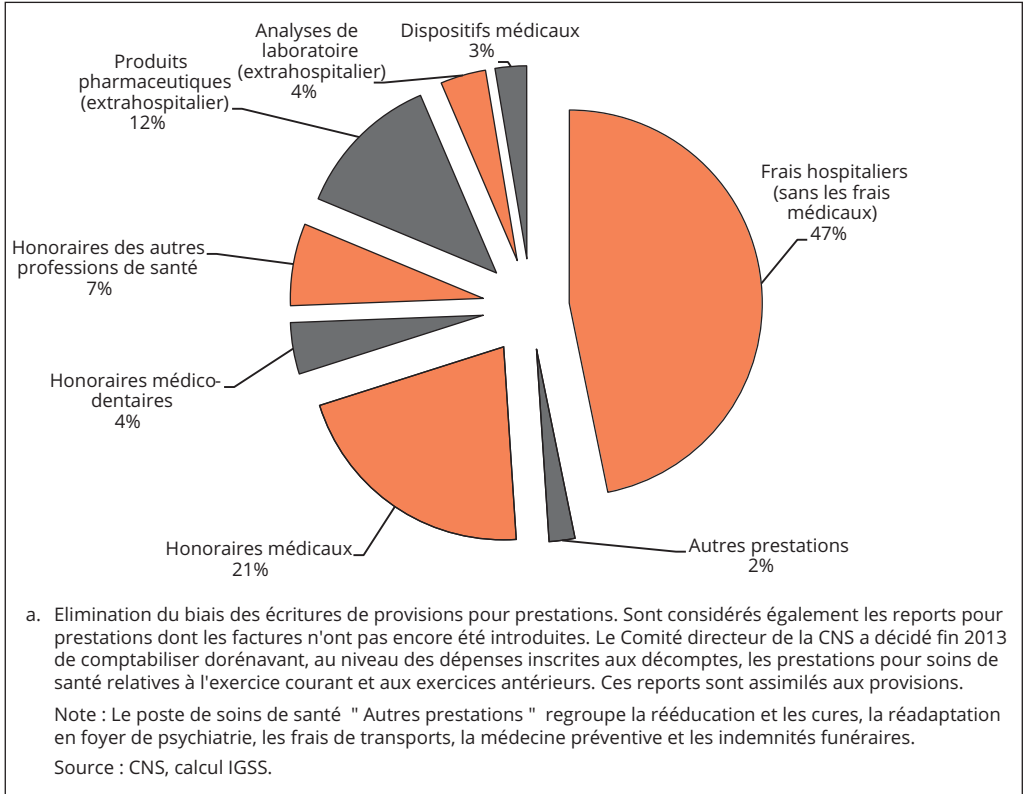
b. Y compris les prestations de maternité.

Source : CNS, calcul IGSS.

2.1.1. Les prestations de soins de santé au Luxembourg

Sur les 2 125,6 millions EUR liquidés par l'assurance maladie-maternité pour soins de santé en 2016, 1 726,9 millions EUR, soit 81,2%, sont dépensés pour les prestations délivrées principalement à la population protégée résidente² au Luxembourg.

Graphique 7: Répartition des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2016 (en % du total) ^a



Les frais hospitaliers représentent près de la moitié des dépenses (46,8%) pour soins de santé au Luxembourg. Les honoraires médicaux (21,0%) et les produits pharmaceutiques (12,3%) complètent le podium des premières dépenses. Ces trois postes représentent à eux seuls 80,1% de l'ensemble des dépenses en soins de santé au Luxembourg et 65,1% de l'ensemble des dépenses en soins de santé (au Luxembourg et à l'étranger).

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

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

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

Avec 398,7 millions EUR, les prestations à l'étranger représentent 19,0% du total des frais pour soins de santé liquidés en 2016. En raison de systèmes de classification et de tarification divergents dans les pays respectifs, une ventilation identique à celle appliquée aux prestations au Luxembourg n'est pas possible.

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

Tableau 12: Evolution des prestations de soins de santé à l'étranger de 2012 à 2016 (en millions EUR)

	2012	2013	2014	2015	2016
Prestations de soins de santé, dont:	362,0	413,5	342,2	435,0	398,7
- Conventions internationales (tiers payant) ^a	353,3	404,1	332,8	424,7	387,7
- Autres prestations à l'étranger (remboursement de prestations)	8,6	9,4	9,4	10,3	11,0
Indemnités funéraires	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
TOTAL DES PRESTATIONS	362,1	413,6	342,3	435,1	398,8

a. Montants ajustés en fonction des dotations aux provisions.
Y compris les prestations de maternité.

Source : CNS, calcul IGSS.

En 2016, 16 137 demandes d'autorisation dans le cadre du règlement CEE 883/2004 ont été reçues par la CNS. Ces demandes ont été introduites par 9 125 patients. La plupart des demandes concernent des consultations ou examens et des traitements stationnaires. Dans 79,9% des cas, la demande d'autorisation a été accordée sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), 12,1% des demandes ont été refusées et 8,0% des cas sont encore en instance.

Comparé à l'année précédente, le nombre total des demandes d'autorisation a diminué de 6,8% : moins de demandes ont été accordées (-15,7%), et beaucoup plus de demandes ont été refusées (+141,5%).

Tableau 13: Evolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger^a entre 2014 et 2016

	2014		2015		2016		Variation 2014/2015	Variation 2015/2016
	Nombre d'autori- sations	En % du total	Nombre d'autori- sations	En % du total	Nombre d'autori- sations	En % du total		
Accordé	16 039	90,4%	15 286	88,3%	12 892	79,9%	-4,7%	-15,7%
En instance	855	4,8%	1 221	7,1%	1 289	8,0%	42,8%	5,6%
Refusé	844	4,8%	810	4,7%	1 956	12,1%	-4,0%	141,5%
TOTAL	17 738	100,0%	17 317	100,0%	16 137	100,0%	-2,4%	-6,8%
	Nombre de patients		Nombre de patients		Nombre de patients			
Accordé	8 713		8 284		7 523		-4,9%	-9,2%
En instance	779		1 016		1 109		30,4%	9,2%
Refusé	745		710		1 712		-4,7%	141,1%
TOTAL	9 724		9 397		9 125		-3,4%	-2,9%

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

Source : CNS, calcul IGSS.

La très grande majorité (96,2%) de demandes de transferts est destinée aux trois pays limitrophes (Allemagne, Belgique, France). Plus de la moitié des autorisations est accordée pour l'Allemagne (56,2%) et environ un quart pour la Belgique (25,6%). Cependant, les chiffres présentés ne donnent pas d'indication sur les traitements effectivement obtenus.

Tableau 14: Répartition du total des autorisations sollicitées par pays fournisseur en 2016 ^a

Pays fournisseur	Nombre d'autorisations				Nombre de patients				Répartition par pays des autorisations accordées	Répartition par pays du total des autorisations
	Accordé	En instance	Refusé	Total	Accordé	En instance	Refusé	Total		
Allemagne	7 250	795	916	8 961	4 416	678	824	5 315	56,2%	55,5%
Belgique	3 295	199	533	4 027	1 887	175	463	2 203	25,6%	25,0%
France	1 856	128	336	2 320	1 064	117	286	1 296	14,4%	14,4%
Suisse	285	22	37	344	157	20	34	182	2,2%	2,1%
Italie	64	21	30	115	45	15	22	72	0,5%	0,7%
Portugal	30	34	18	82	18	30	17	64	0,2%	0,5%
Pays-Bas	50	4	14	68	31	4	13	46	0,4%	0,4%
Autres pays	62	86	72	220	-95	70	53	-53	0,5%	1,4%
TOTAL	12 892	1 289	1 956	16 137	7 523	1 109	1 712	9 125	100,0%	100,0%

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

Source : CNS, calcul IGSS.

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

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

Encadré méthodologique

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

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

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

2.2.1. La consommation médicale

En 2016, la CNS a dépensé 1 603 millions EUR pour soins de santé délivrés à la population protégée résidente. Sur les 536 423 personnes protégées résidentes, 515 178 ont bénéficié d'un remboursement de la CNS³. En moyenne, ce remboursement a été effectué à hauteur de 3 111,7 EUR par bénéficiaire. Il convient de préciser qu'il s'agit de la moyenne remboursée pour l'ensemble des prestations en 2016 par personne bénéficiaire, et non pas d'une moyenne par acte ou par prestation.

La consommation médicale dépend de trois facteurs, dont les facteurs de prédisposition (les facteurs individuels, les caractéristiques sociales et les attitudes concernant le système de santé, les facteurs contextuels), les facteurs de capacité (facteurs financiers et organisationnels) et les facteurs de besoin (le besoin perçu)⁴. Ces trois facteurs majeurs ont une influence sur la répartition de remboursement et expliquent l'inégalité.

Pour l'année 2016 on constate que :

- la moitié des bénéficiaires a touché un remboursement inférieur à 938,2 EUR (remboursement médian) ;
- environ quatre cinquièmes des bénéficiaires (79%) ont touché un montant inférieur au remboursement moyen (3 111,7 EUR) ;
- 98% des bénéficiaires ont touché 67,1% de l'ensemble des soins remboursés ;

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

4. Modèle comportemental d'Andersen, 1995.

- 2% des patients (ca. 10 304 personnes) ont eu un remboursement supérieur à 23 197,2 EUR et ont donc touché 32,9% des remboursements de soins de santé ;
- le remboursement le plus élevé en 2016 était de 643 058,6 EUR.

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

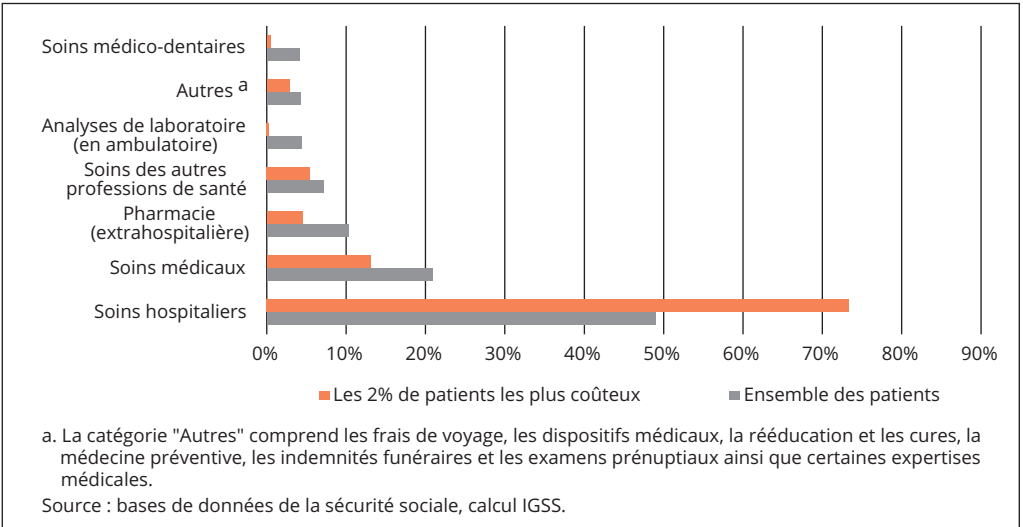
Tableau 15: Evolution de la distribution des soins consommés

Pourcentage de patients	Part de la consommation totale		
	1996	2006	2016
50% bénéficient de	7,0%	7,0%	6,5%
75% bénéficient de	21,0%	20,0%	18,7%
98% bénéficient de	71,0%	69,4%	67,1%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.
 Note de lecture : En 2016, 98% des patients ont consommés 67,1% de l'ensemble des soins de santé.

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

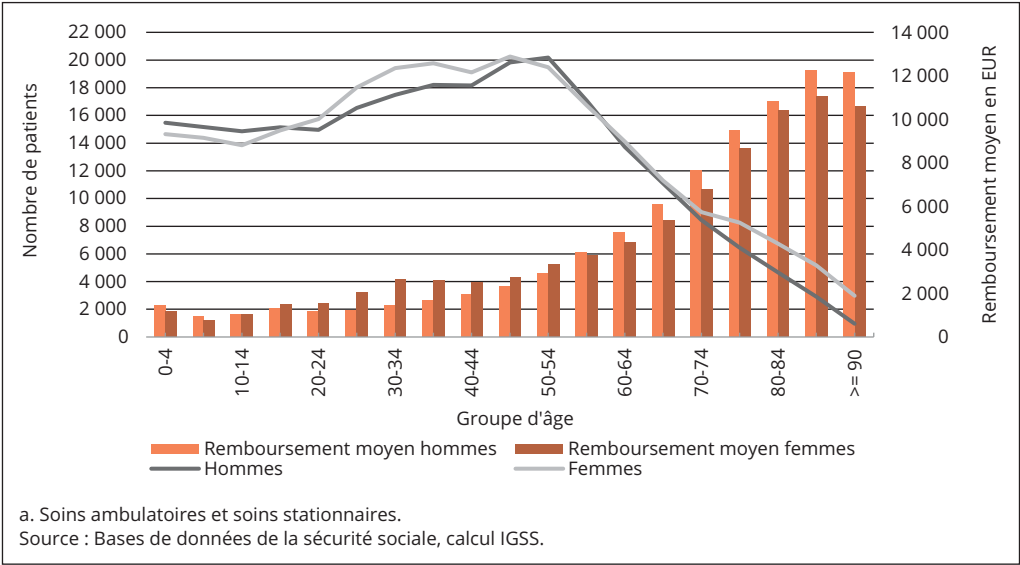
Graphique 8: Répartition des remboursements de soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés en 2016 (en % du total)



Les remboursements pour frais d'hospitalisation représentent 73,3% des remboursements des prestations de soins de santé des 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés, tandis que ces frais ne représentent qu'environ la moitié des remboursements pour l'ensemble des patients (48,9%).

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

Graphique 9: Les soins de santé au Luxembourg ^a : nombre de patients et remboursement moyen par sexe et âge en 2016



Le graphique 9 illustre, par sexe et par groupe d'âge, le nombre de bénéficiaires et le montant moyen remboursé pour les soins de santé en 2016. A noter que la répartition par sexe de la population protégée résidente ne correspond pas à celle des patients : alors que les hommes prédominent jusqu'à 69 ans dans la population protégée résidente, les patients femmes sont majoritaires dans le groupe d'âge de 20-50 ans. Pour environ ces mêmes groupes d'âge, la moyenne remboursée des femmes est plus élevée. Cette situation peut être attribuée à l'effet maternité. Dans tous les autres groupes d'âge, la moyenne remboursée est plus élevée chez les hommes, même si le nombre de patients féminins dépasse celui des patients masculins.

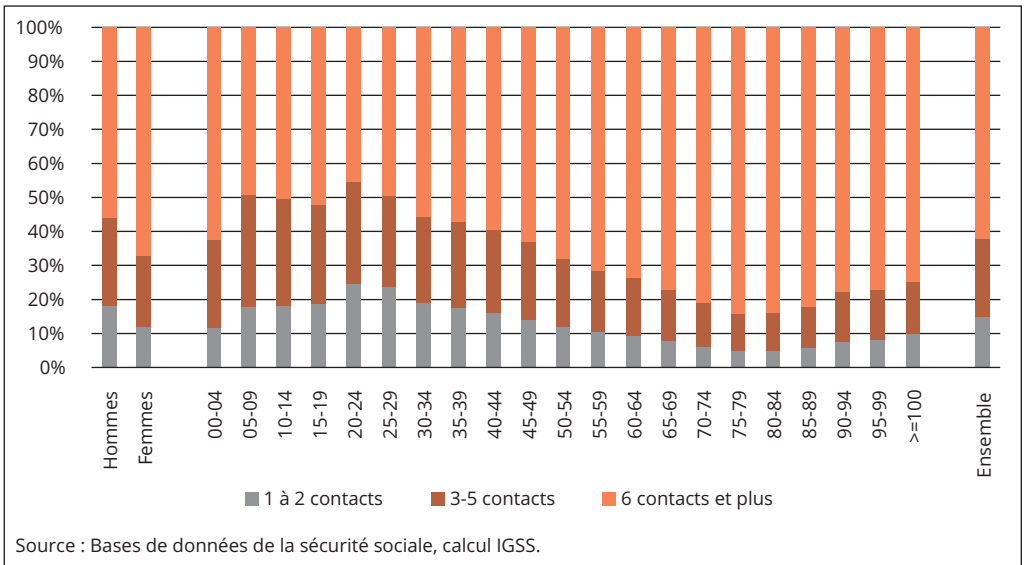
Contacts médicaux

Encadré méthodologique

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

Le pourcentage de patients qui ont eu au moins un contact médical pendant l'année est sous-estimé car il est calculé sur base de la population protégée résidente moyenne et les patients qui ont que consulté un médecin à l'étranger ne sont pas pris en compte. Les personnes qui ne se sont pas rendues chez le médecin pendant l'année sont donc exclues. De plus, les données utilisées qui se basent sur la date de la prestation pour 2016 sont provisoires.

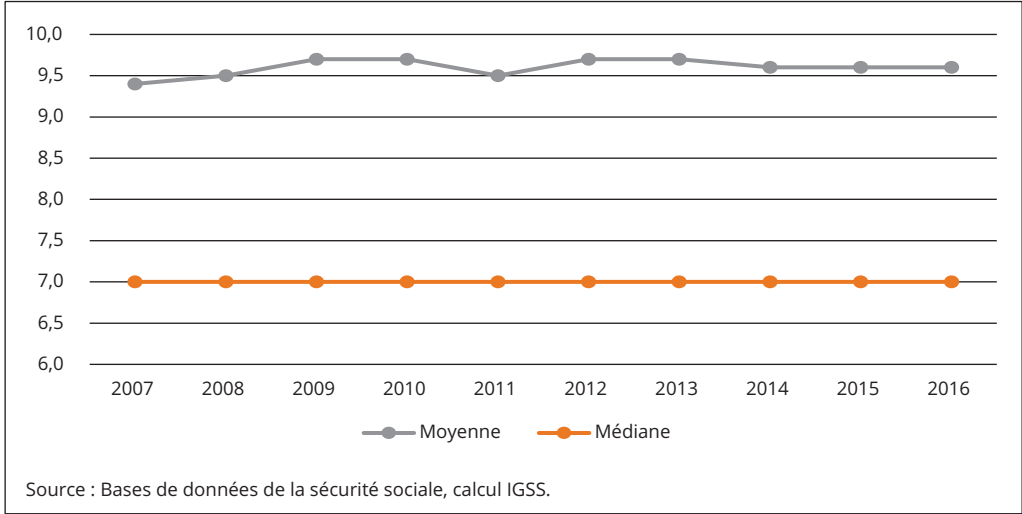
Graphique 10: Contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2016



En 2016, environ 96% de la population protégée résidente a eu au moins un contact médical en milieu extrahospitalier⁵. La moitié des patients a eu jusqu'à 7 contacts médicaux (médiane) et la moyenne se situe autour de 9,6 contacts médicaux. Les femmes ont en moyenne plus de contacts médicaux que les hommes (10,6 vs. 8,6). Le nombre de contacts médicaux augmente jusqu'à l'âge de 84 ans, et diminue légèrement après. Toutefois, les admissions à l'hôpital augmentent avec l'âge (cf. sous-section " les soins hospitaliers ").

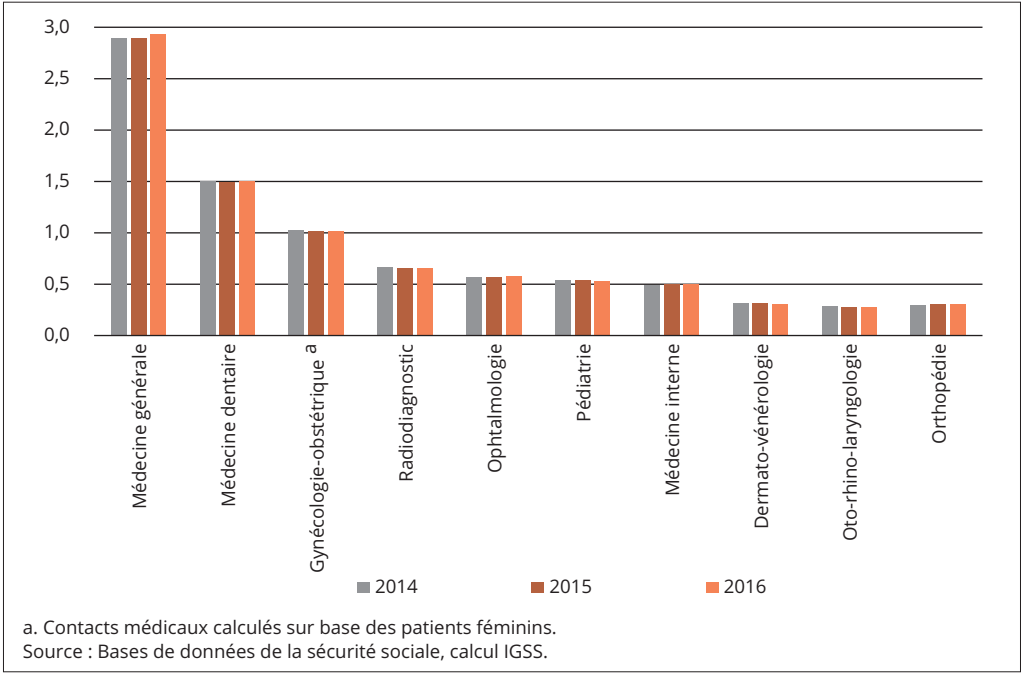
5. Il faut noter que le nombre de personnes protégées résidentes représente une moyenne annuelle et que le nombre de bénéficiaires représente une valeur absolue, il s'agit donc d'une valeur estimée.

Graphique 11: Evolution des contacts médicaux de 2007 à 2016



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

Graphique 12: Evolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2014 à 2016 ^a



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

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

2.2.2. Les prestataires de soins de santé

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

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

2.2.2.1. L'activité médicale au Luxembourg

Encadré méthodologique

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

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

Un médecin peut être prescripteur et exécutant à la fois.

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

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

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

- tous les médecins (salariés et non-salariés) sont considérés, pour lesquels le code fournisseur a été utilisé au cours de l'année de référence et en cas d'exercice libéral, le montant net facturé pendant l'année est égal ou supérieur au salaire social minimum moyen ;
- seuls les médecins qui ont eu le même statut pendant les 12 mois de l'année correspondante sont considérés ;
- les médecins ont entre 26 et 70 ans.

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

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

En 2016, les honoraires de l'ensemble des médecins se sont élevés à 470,7 millions EUR, soit 2,2% de plus qu'en 2015. La plus grande variation peut être observée chez les médecins dentistes avec 3,3%. Le volume des honoraires des médecins spécialistes et des médecins généralistes progresse de 1,9%.

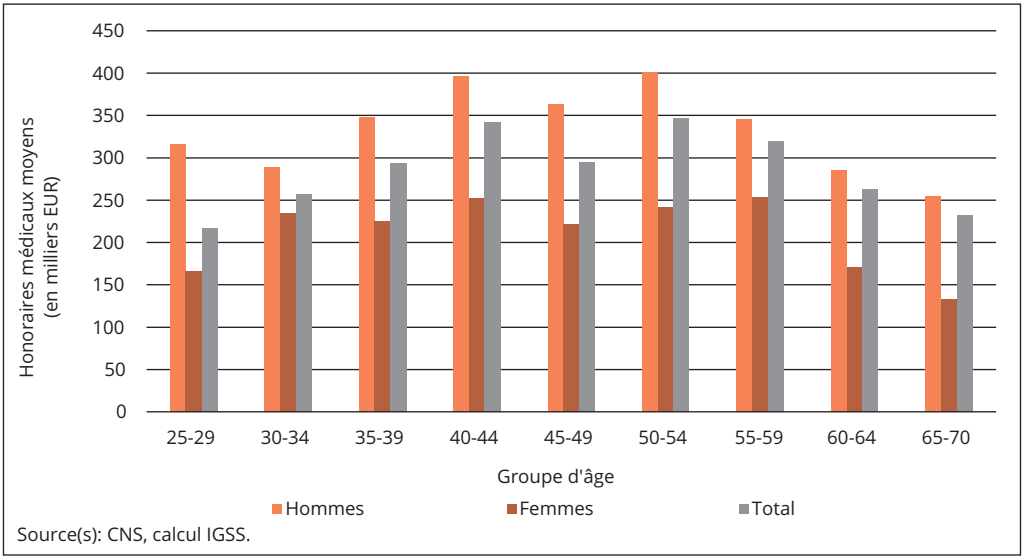
Tableau 16: Evolution du volume des honoraires des médecins depuis 2007 (en millions EUR)

	2007	2011	2016	Variation moyenne annuelle 2007/16
Médecins généralistes	46,9	58,9	73,0	5,0%
Médecins spécialistes	186,3	223,6	266,7	4,1%
Dentistes et stomatologues	90,5	119,8	130,9	4,2%
Total des médecins	323,6	402,3	470,7	4,2%

Source : CNS, calcul IGSS.

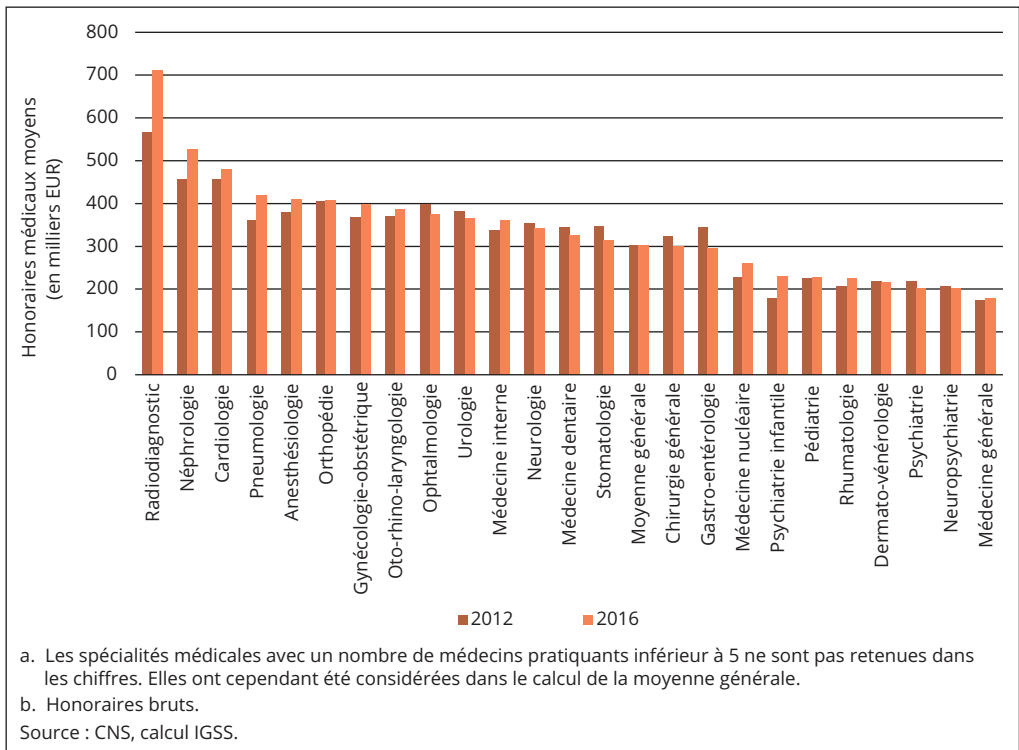
Le graphique 13, qui reproduit le montant moyen des honoraires, ventilé par groupe d'âge et sexe, montre qu'il y a des différences notables entre les honoraires moyens perçus par les hommes et les femmes. Pour tous les groupes d'âge, les femmes perçoivent des honoraires médicaux moins élevés. Ceci est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

Graphique 13: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2016 (en milliers EUR)



Les écarts d'honoraires moyens sont très importants selon la spécialité médicale. En règle générale, les moyennes les plus faibles se rencontrent chez les spécialités médicales conservatrices (médecins généralistes, pédiatres et psychiatres). Les moyennes les plus élevées sont associées aux spécialités médicales interventionnelles. L'analyse de l'évolution des honoraires médicaux moyens de 2012 à 2016 montre une diminution entre autres chez les gastro-entérologues, les stomatologues, les ophtalmologues et les médecins spécialisés en chirurgie générale.

Graphique 14: Evolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2012 et 2016^{ab} (par ordre décroissant pour 2016)



2.2.2.2. Les soins hospitaliers

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

Les journées d'hospitalisation

Encadré méthodologique

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

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

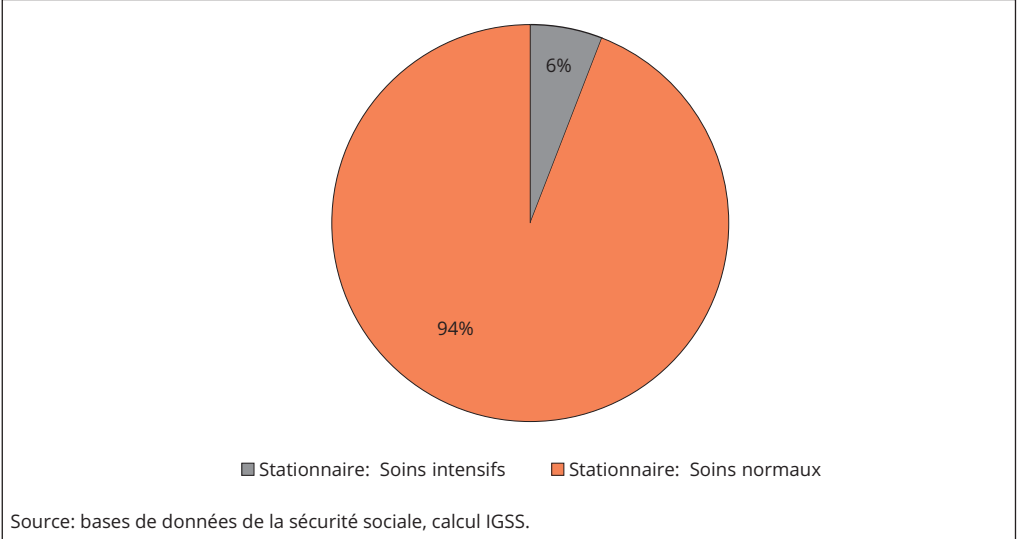
Comme pour toutes les données établies selon la date de la prestation, les données pour les années les plus récentes sont provisoires et probablement sous-estimées.

En 2016, 753 322 journées ont été facturées en milieu hospitalier au Luxembourg⁷. Les journées facturées avec au moins une nuitée s'élèvent à 685 247 en 2016. Elles incluent les journées en soins normaux et soins intensifs. Il faut souligner qu'un épisode hospitalier commencé en place de surveillance ou en hôpital de jour psychiatrique et directement prolongé par une hospitalisation avec au moins une nuitée sera comptabilisée dans les journées facturées avec une nuitée. Les soins normaux sont l'unité d'œuvre la plus souvent facturée avec 94,1%. Les soins intensifs représentent 5,9% de journées facturées avec nuitée.

Les hospitalisations de jour, qui ne sont pas suivies d'une hospitalisation avec nuitée sont au nombre de 68 075 en 2016. Les soins normaux concernent 36,7%, les places de surveillance 38,6% et les hospitalisations de jour en psychiatrie 24,8%. Abstraction faite de ces derniers, 48,7% incombent aux soins normaux et 51,3% aux places de surveillance.

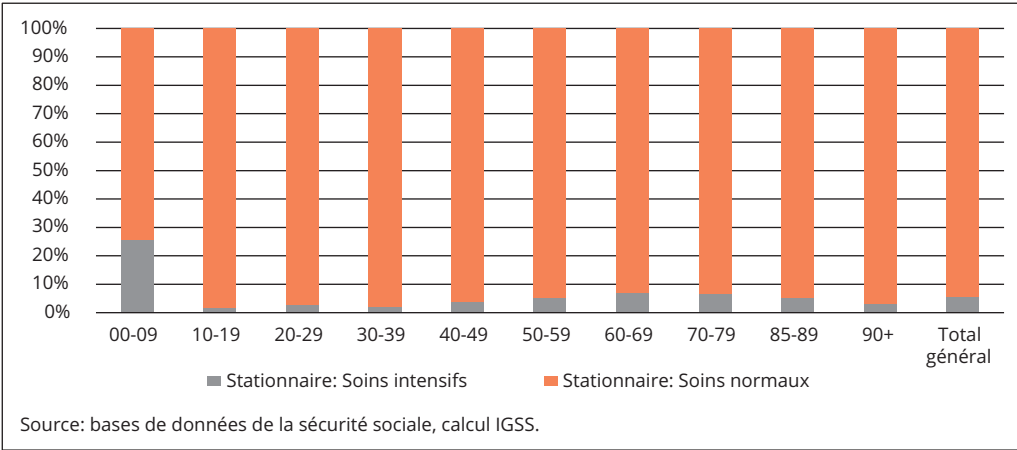
7. Ces journées comprennent les hospitalisations avec nuitée (soins normaux, soins intensifs) et les hospitalisations de jour (places de surveillance, soins normaux, soins intensifs).

Graphique 15: Répartition des types de journées prestées avec nuitée en 2016



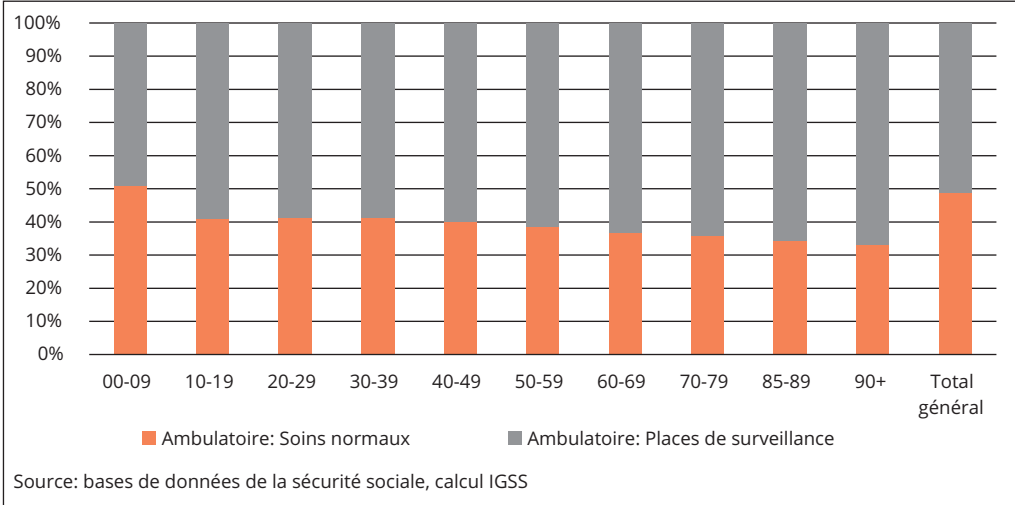
Le graphique 16 illustre, par groupe d'âge, la part des différents types de journées facturées avec nuitée. Les hospitalisations en soins normaux dominent dans tous les groupes d'âge. Pour les nouveau-nés en bonne santé, le séjour normal en maternité après la naissance n'est pas considéré comme une hospitalisation. Ceci explique la proportion en soins intensifs relativement élevée pour les très jeunes. L'ensemble de journées facturées avec nuitée concerne 52 374 personnes.

Graphique 16: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2016 (en %)



Concernant les journées facturées sans nuitée, ce sont les places de surveillance qui occupent la part la plus importante, au-delà de 50% des journées facturées sans nuitée pour tous les groupes d'âge à l'exception des plus jeunes. Les jours concernent un total de 30 720 patients.

Graphique 17: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2016 (en %)



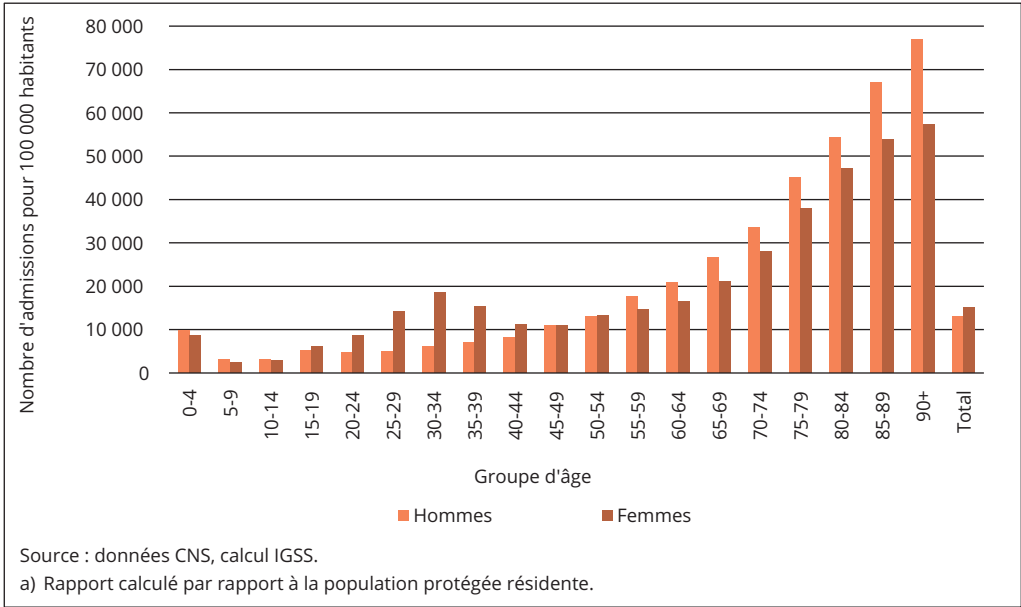
Les admissions à l'hôpital

Encadré méthodologique

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

En 2016 le nombre d'admissions hospitalières avec au moins une nuitée s'élève en moyenne à 14 124 pour 100 000 personnes protégées résidentes.

Graphique 18: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2016 ^a



Le taux élevé des admissions chez les femmes âgées de 20 à 45 ans par rapport à celui des hommes du même âge s'explique en grande partie par les accouchements qui sont la première cause d'hospitalisations chez les femmes de ces groupes d'âge. Sans surprise, le nombre d'admissions augmente avec l'âge pour atteindre un maximum de 7,7/10 chez les hommes de 90 ans et plus.

Les diagnostics de sortie

Le tableau 17 présente le classement, par ordre décroissant, des 10 premiers diagnostics de sortie pour les hommes et les femmes. Ces diagnostics de sortie couvrent, en 2016, environ 38,5% des admissions en hospitalisation avec nuitée, respectivement 41,4% des hospitalisations à diagnostic de sortie connu/disponible. En effet, il faut noter qu'au moment de l'établissement de ces statistiques, pour 7,0% des cas, le diagnostic de sortie était inconnu, respectivement les données non encore disponibles.

Sans tenir compte des accouchements, les tumeurs malignes, les arthropathies et les autres formes de cardiopathies présentent les trois premiers diagnostics de sortie dans les hôpitaux aigus. L'ordre de diagnostics de sortie est différent selon le sexe : 9,2% des hommes sont hospitalisés à cause des tumeurs malignes, suivi de 5,5% à cause des arthropathies et 5,0% à cause d'autres formes de cardiopathies. Chez les femmes, la première cause d'hospitalisation est l'accouchement (13,0%), suivi des tumeurs malignes (7,1%), des arthropathies (6,9%) et des autres formes de cardiopathies (3,3%).

Le classement des principaux diagnostics de sortie dans les hôpitaux aigus n'a que peu changé aux cours des dernières années.

Tableau 17: Les 10 principaux diagnostics de sortie dans les hôpitaux aigus avec nuitée en 2016^{ab}

	Hommes	En % du total	Femmes	En % du total	TOTAL	En % du total
1	Tumeurs malignes C00-C97	9,2%	Accouchement O80-O84	13,0%	Tumeurs malignes C00-C97	8,1%
2	Arthropathies M00-M25	5,5%	Tumeurs malignes C00-C97	7,1%	Accouchement O80-O84	7,1%
3	Autres formes de cardiopathies I30-I52	5,0%	Arthropathies M00-M25	6,9%	Arthropathies M00-M25	6,3%
4	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	4,9%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3,3%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	4,1%
5	Cardiopathies ischémiques I20-I25	3,6%	Dorsopathies M40-M54	3,2%	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	3,6%
6	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	3,6%	Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme N80-N98	3,1%	Dorsopathies M40-M54	3,1%
7	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	3,0%	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	2,5%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	2,7%
8	Dorsopathies M40-M54	3,0%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	2,4%	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	2,4%
9	Hernies K40-K46	2,9%	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	2,1%	Cardiopathies ischémiques I20-I25	2,2%
10	Maladies des artères, artérioles et capillaires I70-I79	2,6%	Troubles de l'humeur affectifs F30-F39	2,0%	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	2,0%
	% par rapport au total des admissions	43,4%	% par rapport au total des admissions	45,6%	% par rapport au total des admissions	41,4%

a. D'après la classification CIM 10 (Classification Internationale des Maladie 10e édition - OMS).

b. Hors hospitalisations dont le diagnostic de sortie n'est pas connu.

Source : données CNS, calcul IGSS.

La fréquence et la durée de séjour dans les hôpitaux aigus

Encadré méthodologique

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

Pour les données sur les hôpitaux aigus les 4 établissements suivants sont exclus :

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

Le tableau synoptique 18 présente les principaux indicateurs en matière de durée de séjour dans les hôpitaux aigus. Jusqu'en 2015, le nombre des hospitalisations comprenant au moins une nuit à l'hôpital a diminué et le nombre d'admissions en hospitalisation de jour a augmenté, même si l'augmentation n'était plus aussi forte pour 2015. En 2016 par contre, la tendance s'inverse. Le rapport entre le nombre d'hospitalisation de jour et le nombre total d'hospitalisation passe de 16,7% en 2012 à 19,3% en 2016. Toutefois, le taux d'hospitalisation avec une durée égale à ou de moins de 7 jours, ne reflète pas cette tendance. Le taux d'hospitalisation avec une durée égale à ou de moins de 4 jours par contre diminue légèrement depuis 2014.

Tableau 18: Evolution du type d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus de 2012 à 2016 ^a

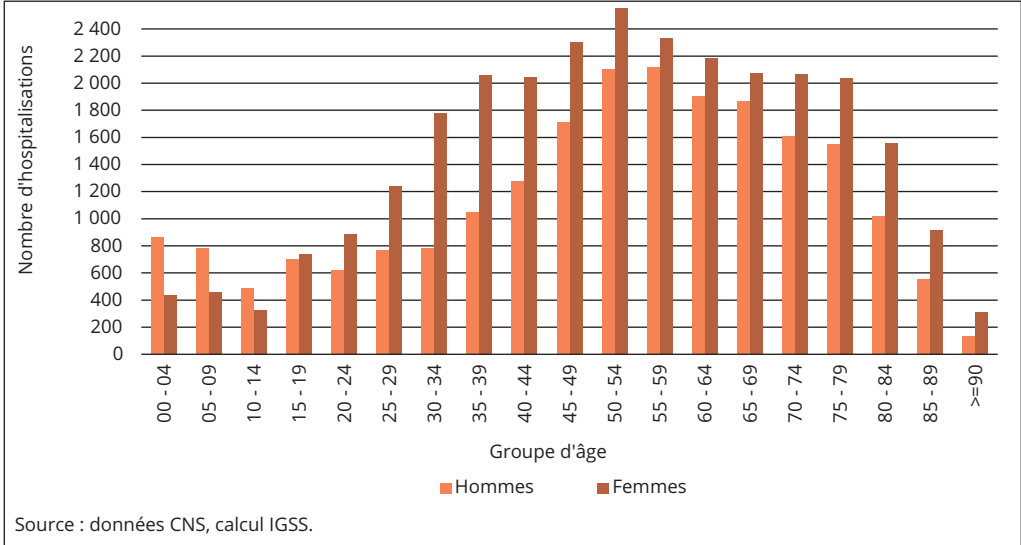
	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de cas d'hospitalisations comprenant au moins une nuit à l'hôpital	77 367	76 173	75 721	74 711	75 020
Nombre d'admissions en hospitalisation de jour (HDJ, sans nuitée)	15 460	16 479	17 232	17 463	17 916
Nombre de patients en place de surveillance ^b (sans nuitée et sans admission formelle)	25 488	27 170	29 909	30 987	32 255
Durée moyenne de séjour ^c	7,4	7,4	7,3	7,5	7,5
<i>Evolution annuelle des hospitalisations complètes</i>	-1,1%	-1,5%	-0,6%	-1,3%	0,4%
<i>Evolution annuelle des hospitalisations de jour</i>	8,6%	6,5%	4,6%	1,3%	2,6%
<i>Evolution annuelle des places de surveillance</i>	14,4%	6,6%	10,1%	3,6%	4,1%
Taux d'hospitalisation avec une durée <=4 jours	64,0%	64,4%	65,1%	64,9%	64,8%
Taux d'hospitalisation avec une durée <=7 jours	78,4%	78,4%	78,6%	79,6%	79,3%
Rapport nombre HDJ / Nombre total d'hospitalisations (sans places de surveillance)	16,7%	17,8%	18,5%	18,9%	19,3%

- a. A l'exclusion des établissements de rééducation psychiatrique et gériatrique, du Haus Omega et du Rehazenter (Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation).
- b. Après certains examens ou traitements en service ambulatoire de l'hôpital, les patients sont surveillés pendant un laps de temps qui garantit qu'ils soient en mesure de rentrer et d'assumer leur vie quotidienne sans risques pour leur santé. Les établissements disposent de "places" réservées à ces périodes de surveillance à la différence des "lits" attribués aux patients après une procédure d'admission formelle pour une HDJ ou une hospitalisation plus longue.
- c. Concerne uniquement les hospitalisations comportant au moins une nuit à l'hôpital.

Source : données CNS, calcul IGSS.

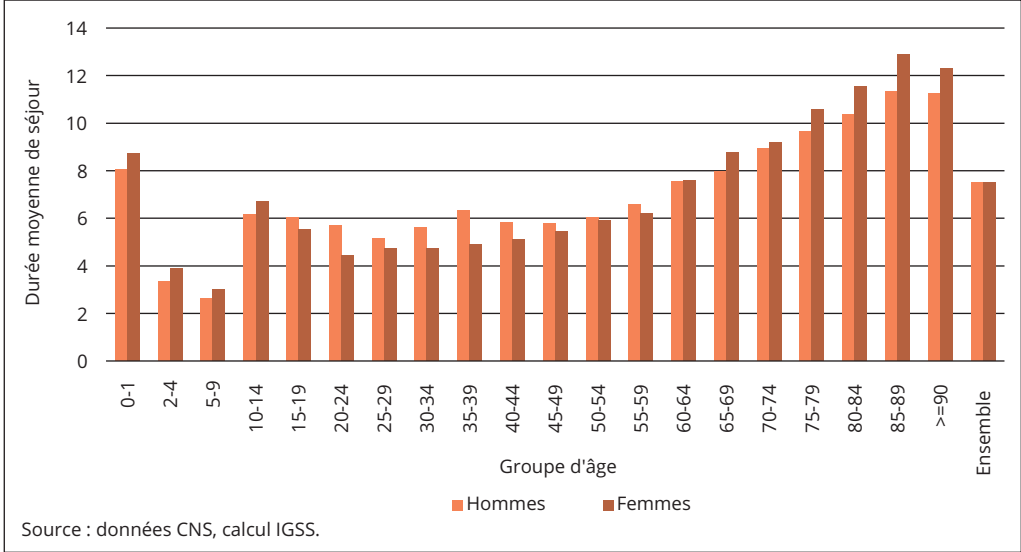
En 2016, 50 171 hospitalisations de jour (y compris places de surveillance) ont été dénombrées. A l'exception des femmes âgées de moins de 15 ans, le nombre d'hospitalisations des femmes est toujours supérieur à celui des hommes. La maternité et l'espérance de vie des femmes supérieure à celle des hommes expliquent cette situation.

Graphique 19: Nombre de cas d'hospitalisations de jour en 2016 par groupe d'âge (hôpitaux aigus)



La durée moyenne de séjour des 75 020 hospitalisations avec au moins une nuitée se situe à 7,5 jours en 2016. Pour les hommes comme pour les femmes, la durée moyenne de séjour progresse avec l'âge. L'exception à cette tendance sont les enfants de moins de 1 an qui affichent une durée de séjour plus élevée. Cela vient du fait que le séjour à la maternité d'un nouveau-né en bonne santé n'est pas considéré comme une hospitalisation pour le bébé mais pour la mère et n'est donc pas pris en compte dans le calcul de la DMS. Par contre, les accouchements par césarienne ainsi que les nouveau-nés présentant des complications sont inclus.

Graphique 20: Durée moyenne de séjour en 2016 par groupe d'âge et sexe (hôpitaux aigus)



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

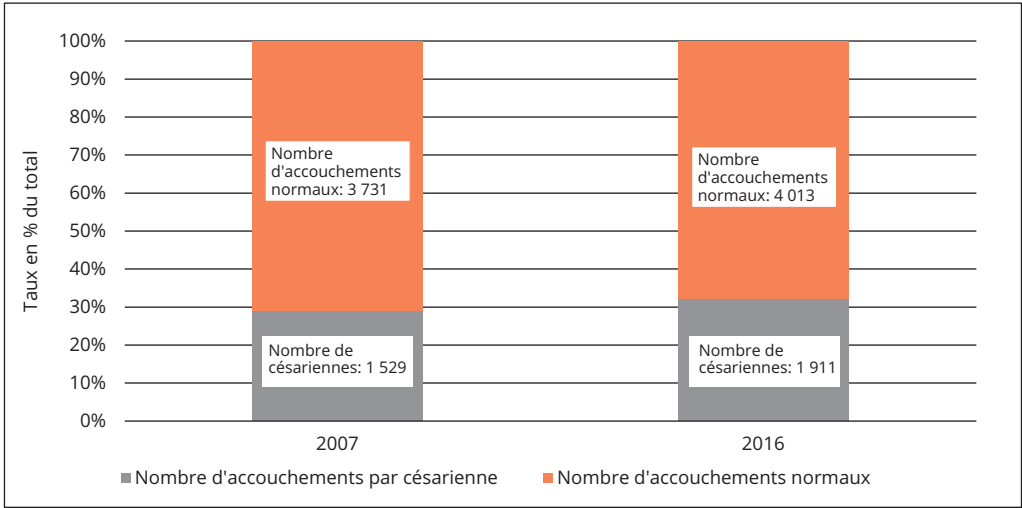
Les soins de maternité lors d'un accouchement à l'hôpital ont été pris en charge forfaitairement par l'Etat jusqu'en 2010. A partir du 1^{er} janvier 2011, le financement des soins en cas de maternité a été intégré au régime général de l'assurance maladie-maternité.

En 2016, le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité est de 5 924. Comparé à 2007, ceci représente une augmentation de 12,6%. Toutefois, la population protégée résidente a également augmenté. Trois points sont mis en évidence :

- diminution des accouchements chez les femmes âgées de moins de 29 ans ;
- transfert des accouchements vers les groupes d'âge 30 ans et plus ;
- augmentation des accouchements par césarienne.

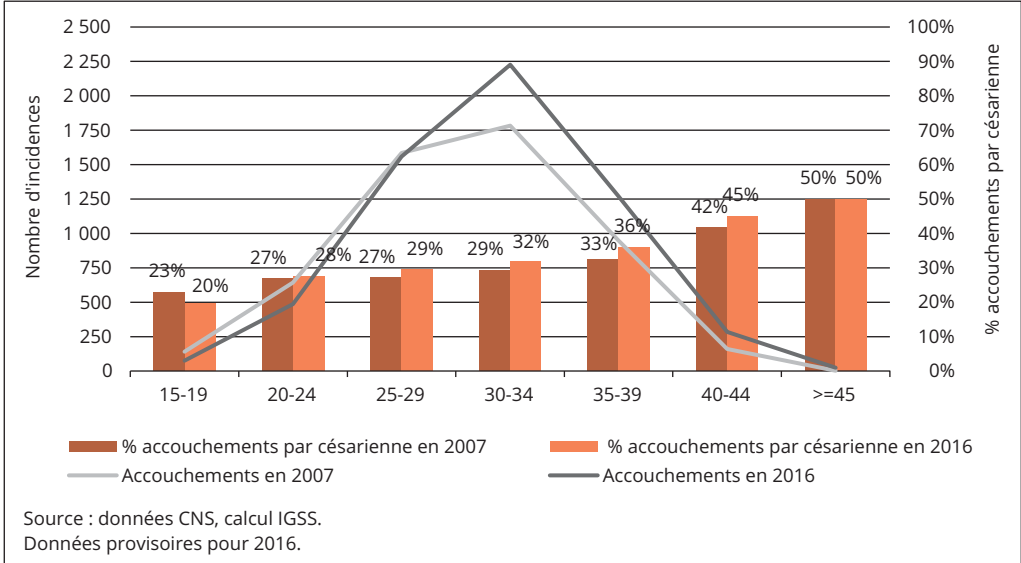
Le taux des césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 32,3% en 2016 contre 29,1% en 2007 (graphique 21).

Graphique 21: Evolution du nombre d'accouchement par césarienne et du nombre d'accouchements normaux de 2007 à 2016



Le graphique 22 indique, en fonction de l'âge de la femme, le nombre d'accouchements des femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité pour les années 2007 et 2016. Ce nombre a diminué chez les adolescentes et a augmenté chez les femmes âgées de plus de 30 ans. De plus, il montre le pourcentage des accouchements par césarienne sur tous les accouchements.

Graphique 22: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2007 et 2016



2.2.2.3. La délivrance de médicaments

Encadré méthodologique

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

En 2016, les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier s'élèvent à 211,0 millions EUR et ont augmenté de 3,6% par rapport à l'année précédente. Les médicaments à délivrance hospitalière présentent un coût de 36,9 millions EUR, soit 17,5% des dépenses pharmaceutiques en milieu extrahospitalier.

Les quatre groupes ATC les plus pris en charge par la CNS en milieu ambulatoire sont présentés au tableau 19. Ils représentent 64% du montant net total.

Tableau 19: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2016

Code ATC 1 ^{er} niveau	Montant net total %	Variation 2015 / 2016 de la consommation DDD
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	17%	4%
Système cardio-vasculaire	17%	-1%
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	16%	5%
Système nerveux central	14%	-4%

Source : Décompte CNS.

Soins des autres professions de santé exerçant en profession libérale

L'évolution du montant net des honoraires ou prestations des professions de santé non-médecins pris en charge par la sécurité sociale, est retracée dans le tableau 20. Contrairement au calcul des honoraires de médecins, aucun critère n'a été employé pour ce calcul.

Tableau 20: Evolution des frais des autres professions de santé de 2012 à 2016 (en milliers EUR)

	2012	2013	2014	2015	2016	Variation 2015/2016	Variation 2012/2016
Analyses de laboratoires	64 219	69 224	75 579	63 416	65 788	3,7%	2,4%
Massages, kinésithérapie	46 310	51 084	57 542	60 390	65 967	9,2%	42,4%
Soins infirmiers	36 490	38 678	42 244	43 000	44 220	2,8%	21,2%
Soins des sages femmes	518	613	794	817	783	-4,2%	51,2%
Psychomotriciens	1 118	1 123	1 245	1 321	1 191	-9,9%	6,5%
Orthophonie	1 366	1 505	1 728	2 083	2 212	6,2%	61,9%

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

3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

3.1. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE

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

Tableau 21: Evolution des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)

	2014	2015	2016
Prestations à charge de la CNS	126,9	131,5	127,1
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>+0,6%</i>	<i>3,6%</i>	<i>-3,3%</i>
dont Indemnités pécuniaires proprement dites	118,0	121,6	115,7
dont Indemnités pendant périodes d'essais	8,8	9,7	11,2
dont Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,2	0,2	0,2
<i>Taux de cotisation</i>	<i>0,50%</i>	<i>0,50%</i>	<i>0,50%</i>
Prestations à charge de la Mutualité des Employeurs	326,3	350,2	366,2
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>+0,7%</i>	<i>7,3%</i>	<i>4,6%</i>

Source : CNS, décomptes annuels.

L'année 2016 est caractérisée par une diminution des prestations en espèces à charge de la CNS et par une augmentation importante des prestations en espèces à charge de la Mutualité des Employeurs. Les prestations en espèces à charge de la CNS s'établissent à 127,1 millions EUR en 2016 et sont ainsi de 3,3% moins élevées qu'en 2015. Les prestations en espèces à charge de la Mutualité s'établissent, quant à elles, à 366,2 millions EUR en 2016, contre 350,2 millions EUR l'année passée (+4,6%).

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

Encadré méthodologique

1. Champ étudié

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

2. Source

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

3. Définitions

Taux d'absentéisme

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

Taux d'absentéisme de courte et de longue durée

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

Le taux d'absentéisme de longue durée est défini par le rapport entre le nombre total de jours civils de maladie de tous les individus, dans la période comprise entre 22^{ème} et le dernier jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.

Episode de maladie

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

.../...

Encadré méthodologique

4. Sélection des périodes de maladie

Approche " comptable "

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

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

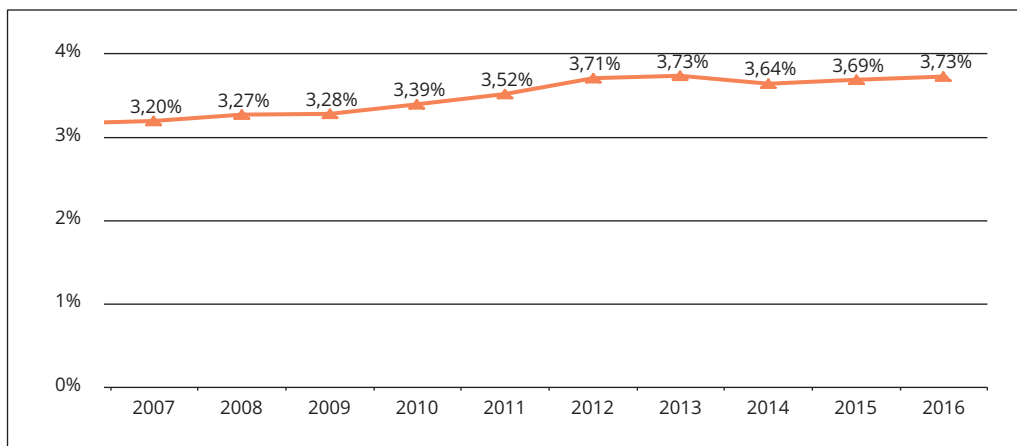
Approche " durée "

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

3.2.1. Principaux chiffres et évolution récente

Près d'un salarié sur deux (45%) n'a pas été malade au cours de l'année 2016. Ceux qui ont été malades ont connu en moyenne 2,6 épisodes de 8,3 jours chacun. Le taux d'absentéisme progresse légèrement et atteint 3,73% contre 3,69% l'année passée (graphique 23).

Graphique 23: Evolution du taux d'absentéisme maladie depuis 2007



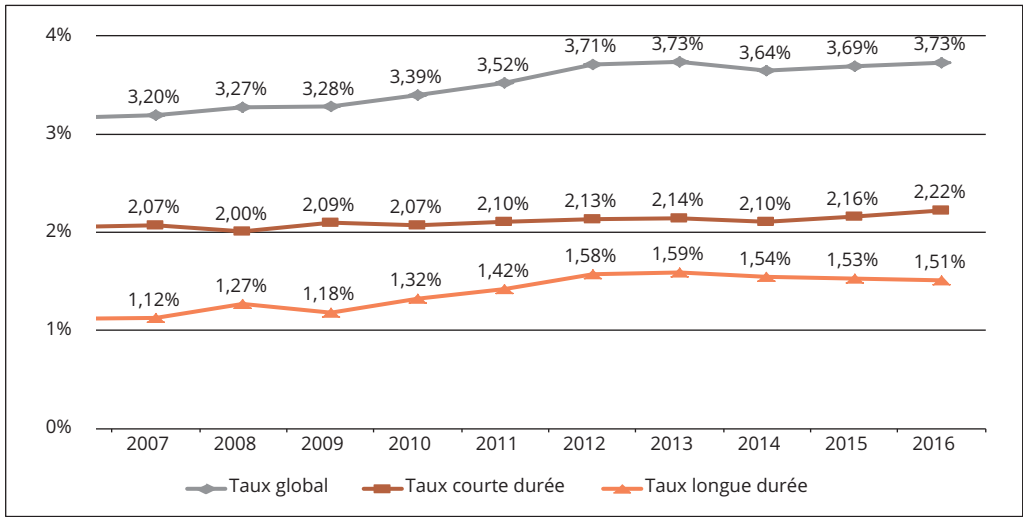
La progression du taux observée en 2016 résulte à la fois d'une augmentation du taux de courte durée (absences de moins de trois semaines) et d'une légère diminution du taux de longue durée (graphique 24).

Concernant cette dernière, il convient de mentionner l'impact favorable, exercé par le biais d'une diminution de la durée moyenne des d'absences de longue durée, de l'augmentation du nombre d'assurés en arrêt maladie et déclarés aptes par le Contrôle médical de la sécurité sociale à reprendre le travail (+36%).

L'augmentation du taux de courte durée procède, quant à elle, de deux mécanismes agissant en sens opposé. Le caractère moins intense de l'épidémie grippale de l'hiver 2016 par rapport à celle de l'hiver 2015⁸, tout d'abord, a joué favorablement sur le taux d'absentéisme de courte durée. En particulier, alors que ce dernier était de 4,3% en moyenne sur le premier trimestre 2015, il s'est établi à 4,1% en moyenne sur le premier trimestre 2016 (graphique 24).

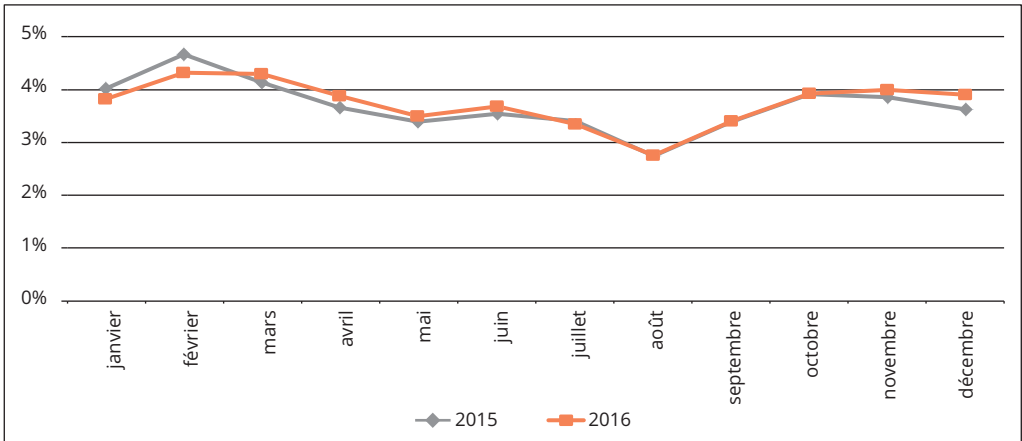
Cet effet favorable a toutefois été plus que compensé par un ou plus plusieurs effets agissant en sens contraire. Parmi ceux-ci, on peut mentionner le franchissement précoce du seuil épidémique de la gastro-entérite qui a eu lieu en novembre alors qu'il se situe généralement janvier⁹.

Graphique 24: Evolution des taux d'absentéisme maladie de courte et de longue durée depuis 2007



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

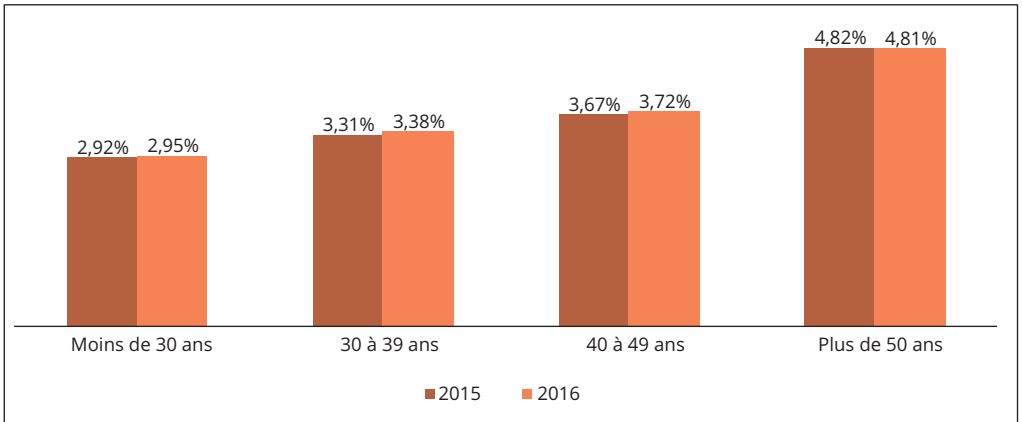
Graphique 25: Evolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie pour les années 2015 et 2016



3.2.2. Taux d'absentéisme selon quelques caractéristiques individuelles

L'âge est un facteur aggravant de l'absentéisme. Le taux d'absentéisme des plus de 50 ans est 1,6 fois plus élevé que celui des moins de trente ans. Entre 2015 et 2016, le taux d'absentéisme a augmenté ou stagné dans chaque tranche d'âge de la population (graphique 26).

Graphique 26: Taux d'absentéisme maladie selon le groupe d'âge en 2015 et 2016



A côté de l'âge, d'autres caractéristiques individuelles comme le sexe, la résidence ou encore le type d'activité font partie des déterminants de l'absentéisme maladie (tableau 22).

Tableau 22: Taux d'absentéisme maladie 2016 selon la résidence, le sexe et le type d'activité

	Frontaliers			Résidents			Frontaliers et résidents		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL
Salariés exerçant une activité manuelle ^a	5,0%	6,6%	5,3%	4,4%	4,5%	4,4%	4,7%	5,0%	4,8%
Autres salariés	2,5%	4,2%	3,2%	2,0%	3,3%	2,6%	2,3%	3,7%	2,9%
TOTAL	3,7%	4,7%	4,0%	3,2%	3,8%	3,5%	3,4%	4,1%	3,7%

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

Le taux d'absentéisme des femmes (4,1%) est supérieur à celui des hommes (3,4%). Cet écart est souvent expliqué par certaines spécificités physiologiques des femmes ainsi que par une implication plus forte de ces dernières dans les tâches familiales. Les taux 2016 restent inchangés par rapport à ceux de 2015.

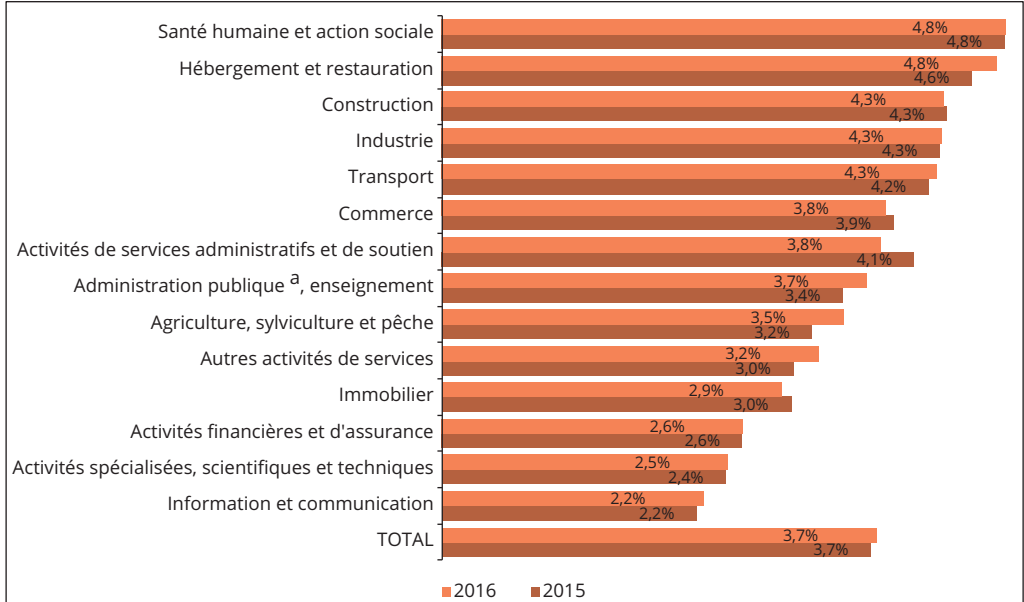
Le taux d'absentéisme des frontaliers (4,0%) est supérieur à celui des résidents (3,5%). Le fait de résider au-delà des frontières est porteur d'un certain nombre de particularités qui peuvent expliquer cet écart. Parmi celles-ci, on peut mentionner les durées de trajet domicile-travail qui sont majorées et qui peuvent être vues comme une source de fatigue et de stress supplémentaire. On peut également supposer l'existence de différences quant aux habitudes des prescripteurs (dans la durée de l'arrêt maladie notamment). Les taux 2016 restent inchangés par rapport à ceux de 2015.

Le taux d'absentéisme des salariés exerçant une activité manuelle (4,8%) est supérieur à celui des autres salariés (2,9%). Cet écart s'explique par la pénibilité du travail manuel par rapport au travail intellectuel. Les taux 2016 restent inchangés par rapport à ceux de 2015.

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

Le taux d'absentéisme varie fortement d'un secteur d'activité à l'autre. Ces variations s'expliquent par des conditions de travail spécifiques ainsi que par certaines caractéristiques individuelles des salariés appartenant aux différents secteurs (p.ex. structure d'âge). Le graphique 27 présente les taux d'absentéisme par secteur pour les années 2015 et 2016.

Graphique 27: Taux d'absentéisme maladie selon le secteur d'activité en 2015 et 2016



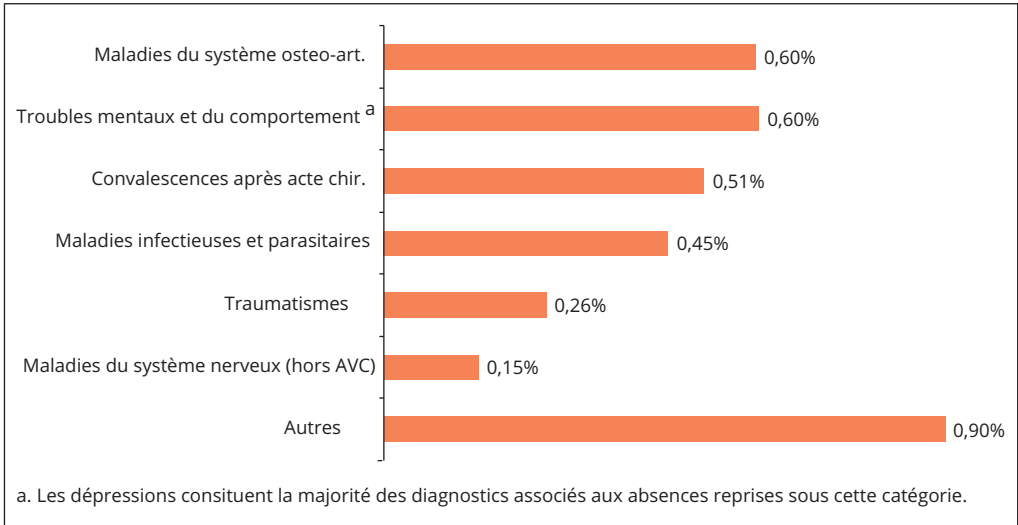
a. Les données du secteur Administration publique ne concernent ni les fonctionnaires ni les employés de l'Etat, qui bénéficient de la continuation de la rémunération en cas de maladie ou de maternité. Le secteur Enseignement ne concerne que l'enseignement privé.

Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale ainsi que le secteur de l'hébergement et de la restauration sont les secteurs ayant le taux d'absentéisme le plus élevé (4,8%). Le secteur de l'hébergement et de la restauration affiche en outre l'une des augmentations les plus fortes entre 2015 et 2016 (+0,22 points de %). D'une façon plus générale, à l'exception des secteurs de l'immobilier, de la construction, du commerce et des activités de services administratifs et de soutien, tous les secteurs ont vu leur taux augmenter ou stagner.

3.2.4. Raisons médicales des absences des résidents^{10 11}

En 2016, ce sont les absences liées aux maladies du système ostéo-articulaire ainsi qu'aux troubles mentaux et du comportement qui ont le plus pesé dans le taux d'absentéisme des salariés résidents. Alors que ce dernier a atteint 3,48%, la part des jours d'absence pour chacune de ces deux raisons médicales dans l'ensemble des jours de travail théoriques s'est établie à 0,60% (graphique 28).

Graphique 28: Décomposition du taux d'absentéisme maladie (3,48%) selon la raison médicale en 2016



Guide de lecture :

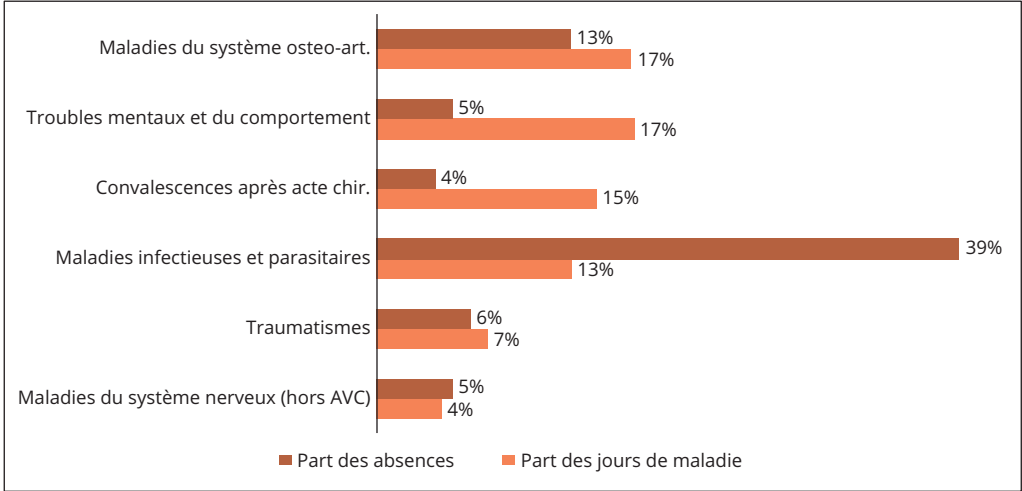
- Pour une année donnée, la somme des contributions des différentes raisons médicales est égale au taux d'absentéisme des salariés résidents.
- En 2016, les maladies du système ostéo-articulaire ont concerné 0,60% des jours pendant lesquels les salariés résidents ont exercé une activité.

Alors que certaines pathologies concernent un grand nombre d'absences dont la durée est relativement courte en moyenne, d'autres concernent un nombre d'absences plus faible mais dont la durée est plus longue en moyenne. Les absences liées aux troubles mentaux et du comportement (principalement des dépressions) ont ainsi représenté 17% des jours de maladie mais seulement 5% des épisodes d'absence. A l'opposé, les absences liées à une maladie infectieuse ou parasitaire (grippe, gastro-entérites, sinusites, otites...) ont représenté 39% des absences mais seulement 13% des jours de maladie (graphique 29).

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

11. Les raisons médicales mentionnées ici sont celles qui représentent chacune plus de 4% des jours de maladie.

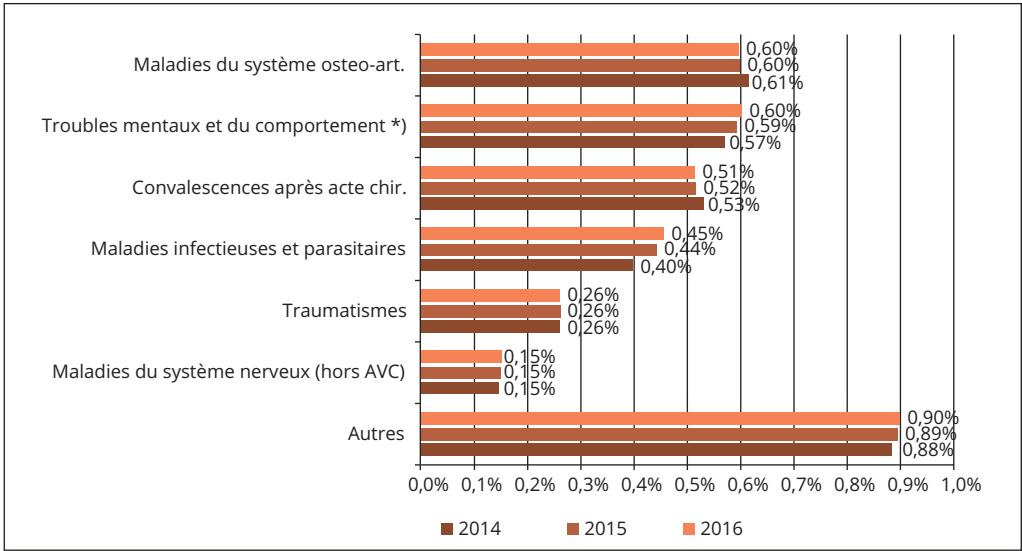
Graphique 29: Poids des principales raisons médicales dans la fréquence et dans le nombre de jours d'absences en 2016



On peut également mentionner le fait que les maladies infectieuses et parasitaires sont la principale raison des arrêts de courte durée (moins de 21 jours). En 2016, ces maladies ont représenté 31,2% des jours de maladie de cette catégorie d'absences. En ce qui concerne les arrêts de longue durée, ce sont les troubles mentaux et du comportement qui en sont la cause principale. En 2016, ces maladies ont représenté 24,6% des jours de maladie de cette catégorie d'absences.

La décomposition du taux d'absentéisme des salariés résidents selon la raison médicale met en évidence la stabilité affichée en 2016 par les différentes composantes (graphique 30).

Graphique 30: Décomposition du taux d'absentéisme maladie selon la raison médicale - évolution entre 2014 et 2016



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

3.3.1. Les bénéficiaires d'un congé de maternité

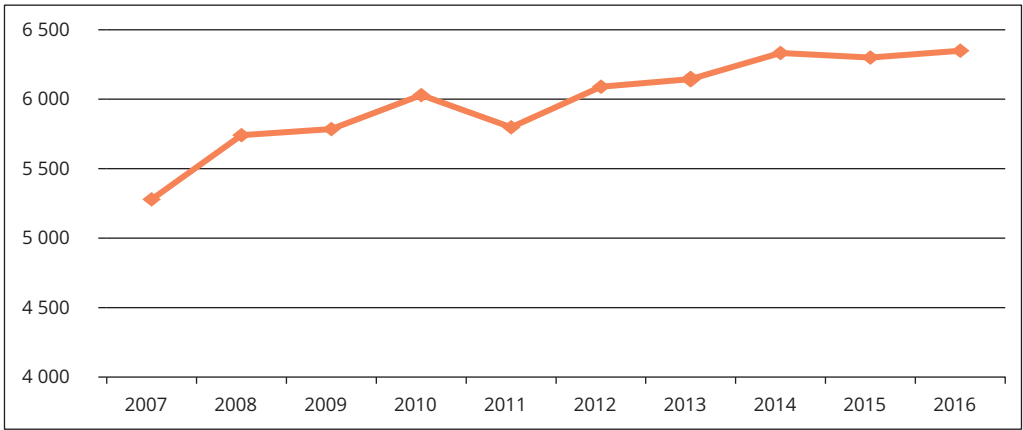
6 349 femmes, soit 4,9% des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans, ont bénéficié d'un congé de maternité en 2016 (ne sont pris en compte que les congés ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Par rapport à l'année passée, ce nombre a augmenté de 0,8% (tableau 23).

Tableau 23: Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge en 2016

	Nombre	En % du total
<20 ans	7	0,1%
20-24	288	4,5%
25-29	1 553	24,5%
30-34	2 607	41,1%
35-39	1 513	23,8%
>= 40 ans	381	6,0%
TOTAL	6 349	100,0%
<i>Variation annuelle</i>	+0,8%	

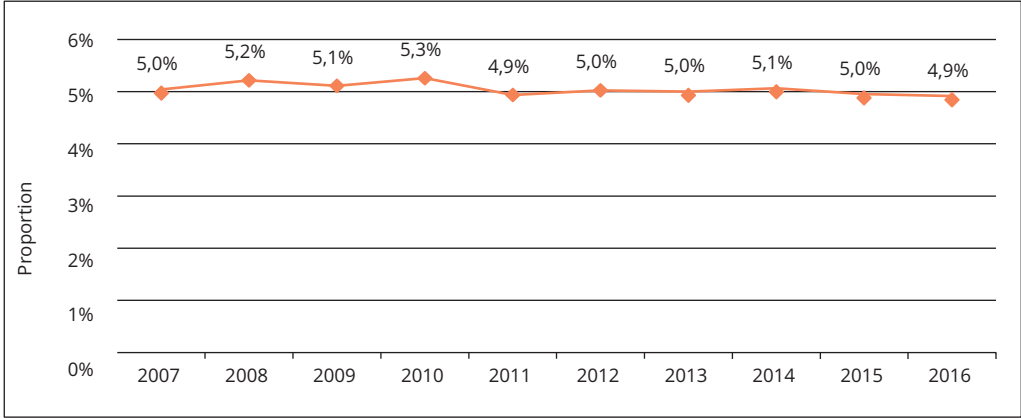
Entre 2007 et 2016, le nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité est passé de 5 279 à 6 349 ce qui constitue une augmentation moyenne de 2,1% par année (graphique 31).

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



Etant donné que l'évolution constatée en 2016 s'explique essentiellement par la progression du nombre de femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans (+1,5%), elle ne se traduit pas par une augmentation de la proportion de femmes actives ayant bénéficié d'un congé de maternité. Cette dernière diminuant légèrement pour passer de 5,0% à 4,9% (graphique 32).

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



Concernant la répartition des bénéficiaires d'un congé de maternité selon l'âge, force est de constater que les comportements en termes de natalité ont profondément changé entre 2002 et 2016. Si en 2002, 53% des bénéficiaires avaient plus de 30 ans, on constate dorénavant que ce taux atteint 71% (graphique 33).

Graphique 33: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 2002 et 2016



3.3.2. Accouchements multiples - accouchements prématurés

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

8,1% des accouchements, liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2016, ont été prématurés et 1,4% ont été multiples (tableau 24).

Tableau 24: Accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2016, selon le type et le groupe d'âge

Groupes d'âge	Multiple	Prématuré	Normal	TOTAL
<20 ans		2	5	7
20-24	2	24	262	288
25-29	17	124	1 412	1 553
30-34	29	228	2 350	2 607
35-39	36	103	1 374	1 513
>= 40 ans	8	33	340	381
TOTAL	92	514	5 743	6 349

3.3.3. Allaitement

Tout comme dans le cas des accouchements prématurés ou multiples, le congé postnatal est prolongé de 4 semaines pour les mères allaitantes. En 2016, cette prolongation a été accordée dans 82% des congés de maternité classiques.

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

Tableau 25: Proportion, par groupe d'âge, des accouchements suivis d'un allaitement, parmi l'ensemble des accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2016

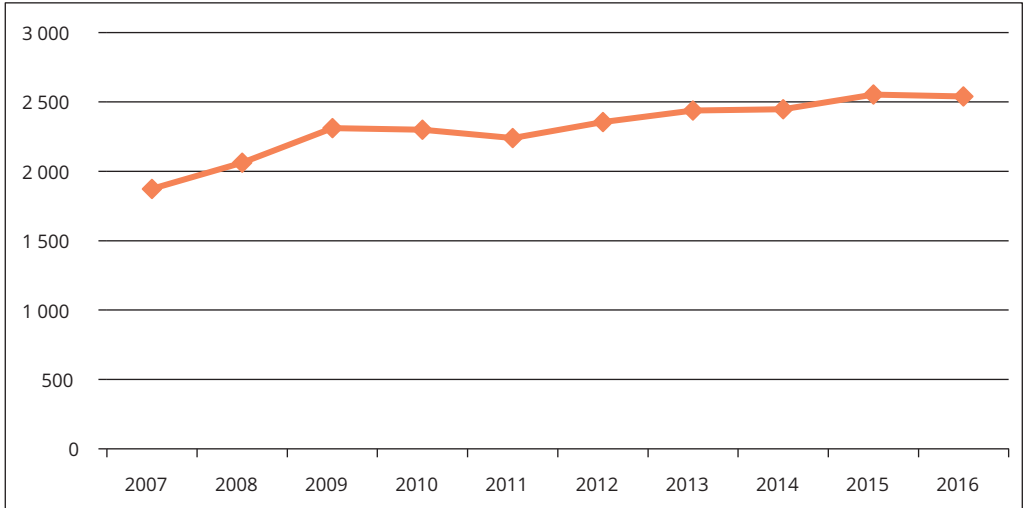
Groupes d'âge	Proportion
<20 ans	57%
20-24	74%
25-29	80%
30-34	83%
35-39	84%
>= 40 ans	82%
TOTAL	82%

3.3.4. Les dispenses de travail pour femmes enceintes

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

En 2016, 2 539 femmes ont bénéficié d'une dispense de travail (ne sont pris en compte que les dispenses ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Ce nombre est en diminution de 0,5% par rapport à l'année passée (graphique 34).

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

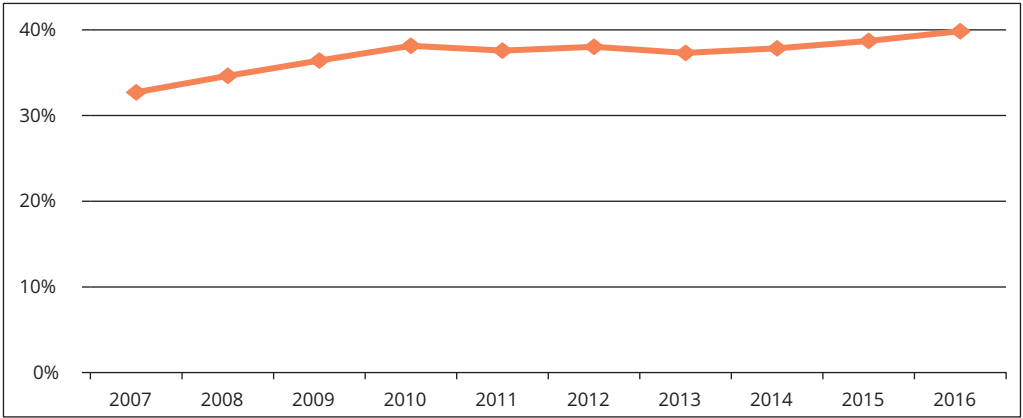


Outre l'évolution du nombre de congés de maternité, reflétant l'évolution du nombre de femmes actives enceintes, les mécanismes de demande et d'attribution des dispenses jouent un rôle essentiel dans l'évolution du nombre de ces dernières.

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

Après plusieurs années de stabilisation autour de 38%, la proportion de congés de maternité précédés d'une dispense s'établit à près de 40% en 2016 (graphique 35).

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



En 2016, quatre secteurs ont concentré à eux seuls plus de 80% des dispenses : le secteur de la santé humaine et de l'action sociale (41%), le secteur de l'hébergement et de la restauration (14%), le secteur des activités de services administratifs et de soutien (10%) et le secteur du commerce (17%) (tableau 26).

Tableau 26: Répartition sectorielle des dispenses ayant pris fin au cours de l'année 2016

SECTEUR D'ACTIVITÉ	Nombre	En % du total
Santé humaine et action sociale	1 045	41,2%
Commerce	421	16,6%
Hébergement et restauration	367	14,5%
Activités de services administratifs et de soutien	266	10,5%
Spectacles et loisirs, réparation d'articles domestiques et autres services	181	7,1%
Administration publique ^a , enseignement	90	3,5%
Industrie	68	2,7%
Transport	39	1,5%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	23	0,9%
Activités financières et d'assurance	13	0,5%
Construction	11	0,4%
Information et communication	10	0,4%
Immobilier	3	0,1%
Agriculture, sylviculture et pêche	2	0,1%
Non-déterminés	0	0,0%
TOTAL	2 539	100,0%

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

En particulier, dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale ainsi que dans le secteur de l'hébergement et de la restauration, plus de 70% des congés de maternité ayant pris fin en 2016 ont été précédés d'une dispense (tableau 27). Ces secteurs ont la particularité de regrouper un grand nombre de métiers nécessitant une station debout prolongée.

Tableau 27: Proportion de congés de maternité, ayant pris fin au cours de l'année 2016, précédés d'une dispense, selon le secteur d'activité

SECTEUR D'ACTIVITÉ	Proportion
Santé humaine et action sociale	79%
Hébergement et restauration	77%
Activités de services administratifs et de soutien	62%
Commerce	53%
Autres secteurs	13%
TOTAL	40%

3.3.5. Le congé pour raisons familiales

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

28 445 travailleurs, soit 6,7% des actifs, ont bénéficié d'un congé pour raisons familiales en 2016 (ne sont pris en compte que les congés ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Cette proportion est en augmentation de 0,7 points de % par rapport à 2015. En absolu comme en relatif, ce sont les femmes qui y recourent le plus fréquemment (tableau 28).

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

Année	Hommes	Femmes	Total
2012	3,1%	8,2%	5,1%
2013	3,5%	8,7%	5,5%
2014	3,5%	8,6%	5,5%
2015	3,9%	9,2%	6,0%
2016	4,5%	10,1%	6,0%

4. LA SITUATION FINANCIÈRE

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

4.1. SITUATION GLOBALE

Le tableau 29 retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité pour les exercices 2012-2016.

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

Exercice	2012	2013	2014	2015	2016
N.i. du coût de la vie (moyenne annuelle)	742,44	761,00	775,17	775,17	775,17
Recettes					
Cotisations	1 332,6	1 396,7	1 465,0	1 512,7	1 567,9
Cotisations forfaitaires Etat	888,2	931,0	976,5	1 008,2	1 045,2
Autres contributions de l'Etat ^a	20,1	20,1	20,1	20,1	20,1
Autres recettes	31,6	32,6	34,9	39,8	39,6
TOTAL DES RECETTES COURANTES	2 272,5	2 380,5	2 496,6	2 580,7	2 672,9
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>5,2%</i>	<i>4,8%</i>	<i>4,9%</i>	<i>3,4%</i>	<i>3,6%</i>
Dépenses					
Frais d'administration	70,9	77,8	77,0	79,9	83,3
Prestations en espèces ^b	258,9	271,4	277,9	285,7	279,5
Prestations en nature	1 892,2	2 048,9	2 128,3	2 104,6	2 125,4
Autres dépenses	6,5	4,9	7,6	5,4	3,0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	2 228,4	2 403,0	2 490,7	2 475,6	2 491,2
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>7,0%</i>	<i>7,8%</i>	<i>3,7%</i>	<i>-0,6%</i>	<i>0,6%</i>
Solde des opérations courantes	44,1	-22,5	5,9	105,1	181,7
Participation de l'Etat (en % des recettes courantes)	40,0%	40,0%	39,9%	39,8%	39,9%
Réserve globale	317,0	294,5	300,3	405,5	587,1
Réserve minimale ^c	144,8	180,2	211,7	247,6	249,1
Taux réserve globale / dépenses courantes	14,2%	12,3%	12,1%	16,4%	23,6%
Taux réserve minimum / dépenses courantes	6,5%	7,5%	8,5%	10,0%	10,0%
Excédent / découvert cumulé (après opérations sur réserve)	172,1	114,2	88,6	157,9	338,0
Taux de cotisation unique pour prestations en nature	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%
Majoration pour assurés couverts par une prestation en espèce		0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
Taux d'équilibre de l'exercice	5,56%	5,75%	5,66%	5,44%	5,19%

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

b. Y compris la part patronale dans les prestations.

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

Source : CNS, décomptes annuels.

La décroissance sensible de l'excédent cumulé poursuivie depuis 2012 aboutit au niveau minimal de 88,6 millions EUR en 2014. En 2015 par contre, la situation financière se redresse et l'excédent cumulé augmente de 78,2% pour se situer à 157,9 millions EUR.

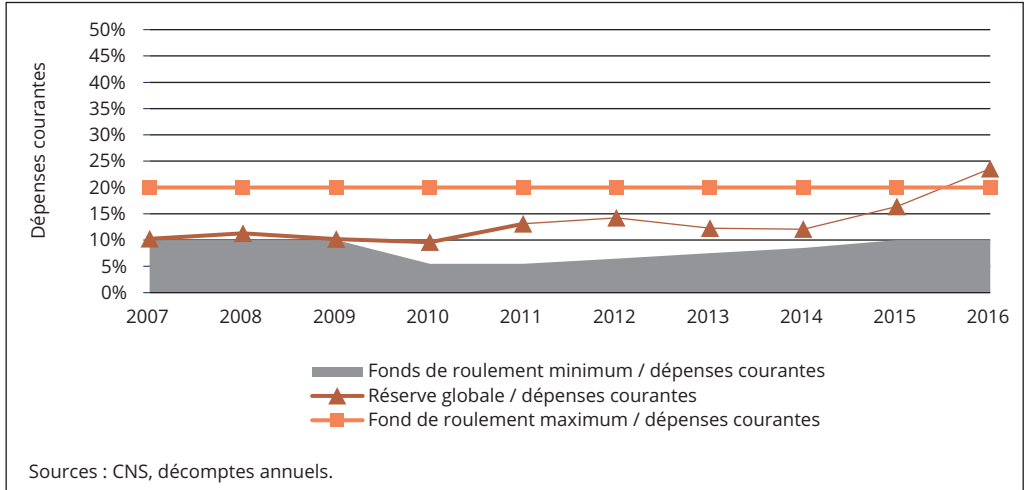
En 2013, la baisse de l'excédent cumulé est surtout due à l'augmentation des dépenses courantes suite à des provisions supplémentaires créées par des adaptations de la méthode comptable (+58,7 millions EUR en 2013) et à la prolongation de 6 semaines du délai d'introduction des décomptes des institutions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

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

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

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

Graphique 36: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2007 à 2016

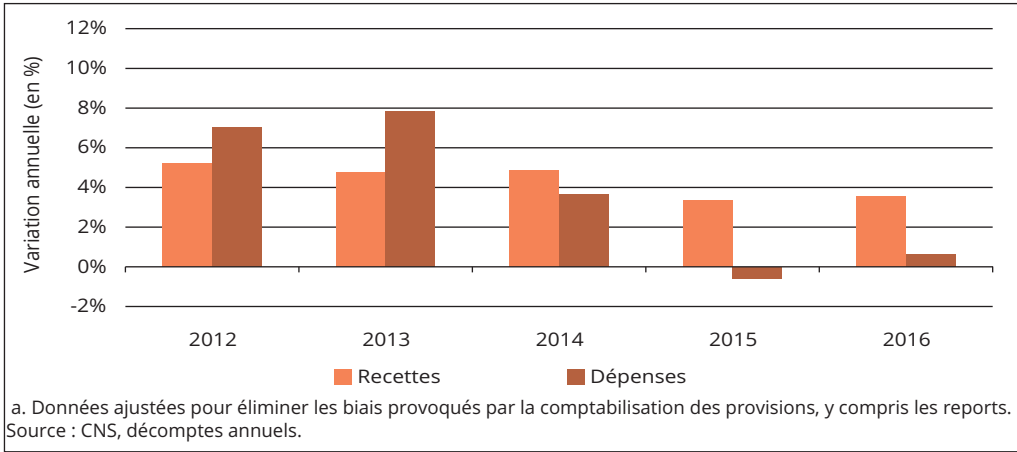


Le graphique 36 présente l'évolution de la réserve par rapport aux dépenses courantes pour la période de 2007 à 2016. Bien qu'on puisse constater un excédent de financement apparemment important en valeur absolue, il faut retenir que celui-ci ne représente qu'un pourcentage réduit de la masse des dépenses. A rappeler également que pour les années 2010 à 2015, l'excédent est surévalué en raison de l'abaissement du taux de la réserve légale mentionné ci-avant.

4.2. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES

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

Graphique 37: Evolution des recettes et dépenses courantes ^a à partir de 2012



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

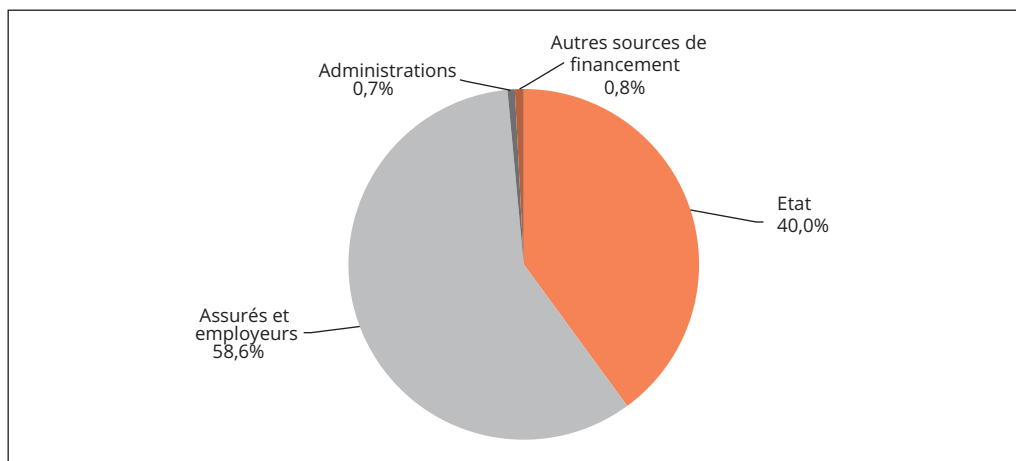
Tableau 30: Evolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité^a (en millions EUR)

Exercice	2012	2013	2014	2015	2016
Etat	911,0	953,9	999,3	1 030,9	1 068,0
Assurés et employeurs	1 330,0	1 394,0	1 462,4	1 510,1	1 565,3
Administrations	14,8	16,7	17,5	17,0	17,9
Autres sources de financement	16,7	15,9	17,4	22,8	21,7
TOTAL RECETTES COURANTES	2 272,5	2 380,5	2 496,6	2 580,7	2 672,9

a. Sans les prélèvements aux provisions.
Source : CNS, décomptes annuels.

Le poids des différents intervenants dans le financement demeure stable au fil des années. L'Etat supporte 40% de l'ensemble des cotisations. A côté de cette participation, l'Etat verse depuis 2011 et cela jusqu'en 2018 une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les frais supplémentaires incombant à la CNS du fait de l'intégration des frais de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

Graphique 38: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2016 ^a
(en % du total)



La participation de l'Etat dans le financement de l'assurance maladie-maternité s'élève à 1 068,0 millions EUR en 2016, contre 1 030,9 millions EUR en 2015 (+3,6%). Les cotisations payées par les assurés et employeurs se chiffrent à 1 565,3 millions EUR, soit une augmentation de 3,7% par rapport à 2015.

4.3. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS

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

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

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

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

Le tableau qui suit retrace l'évolution financière globale de la Mutualité des Employeurs depuis 2012.

Tableau 31: Evolution des recettes et dépenses globales de la Mutualité des Employeurs entre 2012 et 2016 (en millions EUR)

Exercice	2012	2013	2014	2015	2016
RECETTES					
Cotisations	286,4	246,8	254,8	299,5	298,2
<i>dont Surprime</i>	36,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Participation de tiers (Etat)	25,0	94,5	86,5	88,5	39,8 ^a
Autres recettes	1,8	0,8	0,8	0,9	0,8
TOTAL DES RECETTES COURANTES	313,2	342,1	342,0	389,0	338,8
<i>Variation annuelle en %</i>	-4,4%	9,2%	0,0%	13,7%	-12,9%
DEPENSES					
Frais d'administration	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4
Prestations en espèces	299,0	323,9	326,3	350,2	366,2
Autres dépenses ^{b c}	24,8	25,2	25,5	25,0	0,0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	325,0	350,3	353,1	376,5	367,6
<i>Variation annuelle en %</i>	8,2%	7,7%	0,8%	6,6%	-2,4%
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	-11,8	-8,2	-11,0	12,5	-28,8
Réserve globale	72,2	64,0	53,0	65,5	36,8
<i>dont fond de roulement à rembourser à l'Etat</i>	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Réserve minimale	32,5	35,0	35,3	30,1	36,8
Taux réserve globale / dépenses courantes	22,1%	18,2%	15,0%	17,4%	10,0%
Taux réserve minimum / prestations	10,0%	10,0%	10,0%	8,0%	10,0%
Excédent / découvert cumulé (après op.sur réserve)	29,7	29,0	17,7	35,4	0,0
Taux de cotisation moyen	1,92%	1,81%	1,81%	2,03%	1,95%

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

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

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

En 2012, la surprime supportée depuis 2009 par les " anciens ouvriers " est passée de 2,1% à 1% de la masse cotisable¹² qui leur est associée. Afin de compenser partiellement cette moins-value, l'Etat est intervenu à raison de 17,1 millions EUR. Cette participation s'est en réalité faite par le biais du fond de roulement initial de 27 millions EUR qui a été mis à disposition de la Mutualité en 2009 et qui était destiné à être remboursé à l'Etat.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Masse cotisable assurance maladie - prestations en espèces.

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

INTRODUCTION

Le cercle des personnes protégées de l'assurance dépendance est identique à celui de l'assurance maladie-maternité. Au 31 décembre 2016, 13 742 personnes sont prises en charge par l'assurance dépendance.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

Les actes essentiels de la vie comprennent :

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

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

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

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

La Caisse nationale de santé

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

La Cellule d'évaluation et d'orientation

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

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

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

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

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

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

La Commission consultative

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

La Commission de qualité des prestations

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

L'Action concertée

Réuni à l'initiative du Ministre de la sécurité sociale, ce comité a pour but d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements d'aides et de soins et de proposer des améliorations de la situation et de la prise en charge des personnes dépendantes. Il rassemble les Ministres ayant dans leurs

attributions la Famille, la Santé et le Budget ou leurs représentants, les organisations œuvrant dans les domaines de la Santé, de la Famille et de l'Action sociale, ainsi que les associations représentant les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

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

Pour pouvoir opérer dans le cadre de l'assurance dépendance, les prestataires doivent exercer leur activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministère de tutelle, soit en vertu d'une autre disposition légale. Ils doivent également adhérer à la convention-cadre négociée entre la CNS et l'association représentative des prestataires ou s'engager avec la CNS par un contrat de prestations de services¹.

1.1. LA CONVENTION-CADRE

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

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

On distingue quatre catégories de prestataires

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

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

1.1.1. Les réseaux d'aides et de soins

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

Au 31 décembre 2016, 24 prestataires ont conclu un contrat en tant que réseau d'aides et de soins. On y compte 13 réseaux se destinant à l'ensemble de la population dépendante dans

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

tout le pays et un réseau spécialisé dans la prise en charge de personnes atteintes de troubles psycho-gériatriques. 10 réseaux s'adressent spécifiquement aux personnes handicapées². Vu que le réseau d'aides et de soins doit apporter l'ensemble des prestations du maintien à domicile, le réseau intègre des centres semi-stationnaires ou s'assure leur collaboration par un contrat de sous-traitance.

1.1.2. Les centres semi-stationnaires

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

En décembre 2016, on compte 53 centres semi-stationnaires, sous l'égide de 23 prestataires différents. 39 exercent leur activité sur base d'un agrément de centre psycho-gériatrique et 14 sont des centres de jour pour personnes handicapées².

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

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

Ainsi, au 31 décembre 2016, on compte 52 établissements de ce type, dont 23 maisons de soins et 29 centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) qui ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS.

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

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

Ils répondent de façon prépondérante, aux besoins des personnes handicapées au sens de la loi du 12 septembre 2003 ainsi que des personnes bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire pour personnes handicapées³.

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

Au 31 décembre 2016, on compte 42 structures disposant d'un contrat d'aides et de soins du type de l'établissement à séjour intermittent².

2. Source : CNS.

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

1.2. LE CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES

Les fournisseurs spécialisés en aides techniques et adaptations du logement concluent un contrat de prestation de service avec la CNS par lequel ils s'engagent à respecter le cahier de charges, les prix de location ainsi que les modalités relatives à l'entretien, à la réparation, au remplacement et à la reprise des aides techniques. En 2016, l'assurance dépendance s'adresse à près de 175 fournisseurs spécialisés.

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

1.3. LE PERSONNEL

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

1.3.1. Les prestataires d'aides et de soins

Les chiffres des tableaux 1 et 2 portent sur le personnel employé dans le secteur des soins de longue durée. Il s'agit des données communiquées à la CNS pour la négociation des valeurs monétaires.

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

	2013	En % du total	2014	En % du total	2015	En % du total
Réseaux d'aides et de soins	2 235,5	25,6%	2 480,2	26,8%	2 442,5	25,9%
Centres semi-stationnaires	419,4	4,8%	436,8	4,7%	443,1	4,7%
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	5 166,1	59,1%	5 379,9	58,1%	5 530,4	58,7%
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	925,7	10,6%	967,4	10,4%	1 011,2	10,7%
TOTAL	8 746,7	100,0%	9 264,4	100,0%	9 427,3	100,0%

a. Le personnel est exprimé en ETP.

b. Moyenne annuelle.

c. Source : données CNS.

Le personnel employé par le secteur des soins de longue durée représente en 2015 un total de 9 427,3 équivalents temps plein. Parmi ce total, 58,7% sont occupés dans les établissements à séjour continu (maisons de soins et centres intégrés). Suivent les réseaux d'aides et de soins et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et finalement les centres semi-stationnaires qui occupent 4,7% de l'effectif total considéré. Le nombre d'effectif a connu une hausse de 1,8% entre 2014 et 2015 pour l'ensemble des prestataires.

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

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

Type de prestataire	2013	2014	2015
Réseaux d'aides et de soins	2 235,5	2 480,2	2 442,5
Personnel d'assistance et de soins	2 028,1	2 260,1	2 212,4
Personnel socio-éducatif	40,1	40,6	40,0
Personnel administratif	142,3	151,8	151,0
Personnel technique et logistique	25,0	27,7	39,1
Centres semi-stationnaires	419,4	436,8	443,1
Personnel d'assistance et de soins	231,5	244,5	230,6
Personnel socio-éducatif	93,8	100,0	121,5
Personnel administratif	25,2	27,3	28,5
Personnel technique et logistique	68,9	65,1	62,5
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	5 166,0	5 379,9	5 530,4
Personnel d'assistance et de soins	3 467,1	3 648,8	3 747,5
Personnel socio-éducatif	143,2	175,6	193,0
Personnel administratif	260,9	278,1	282,7
Personnel technique et logistique	1 294,9	1 277,4	1 307,2
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	925,7	967,4	1 011,2
Personnel d'assistance et de soins	365,2	383,9	403,6
Personnel socio-éducatif	409,4	422,3	444,2
Personnel administratif	51,9	58,5	57,9
Personnel technique et logistique	99,3	102,7	105,6
TOTAL	8 746,6	9 264,4	9 427,3
Variation en %	3,2%	5,9%	1,8%
Nombre d'ETP prestant des soins	6 091,9	6 537,3	6 594,1
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	69,6%	70,6%	69,9%

a. Le personnel est exprimé en ETP.

b. Moyenne annuelle.

c. Source : données CNS.

En 2015, la plus forte croissance au niveau des ETP (+4,5%) est constatée pour les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, suivis par les établissements d'aides et de soins à séjour continu (+2,8%) et les centres semi-stationnaires (+1,4%). Un léger recul peut être observé pour les réseaux d'aides et de soins (-1,5%) après des années marquées par de fortes croissances (entre 6,1% et 10,9% pour les années 2012-2014). L'analyse des ETP par qualification montre que la plus grande majorité de l'effectif se compose de personnel chargé des soins. Dans les réseaux, il représente 90,6% de l'ensemble du personnel employé en 2015.

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

2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Encadré méthodologique

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

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

2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La population des personnes dépendantes au 31 décembre 2016 peut se dessiner en quelques grands traits :

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

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

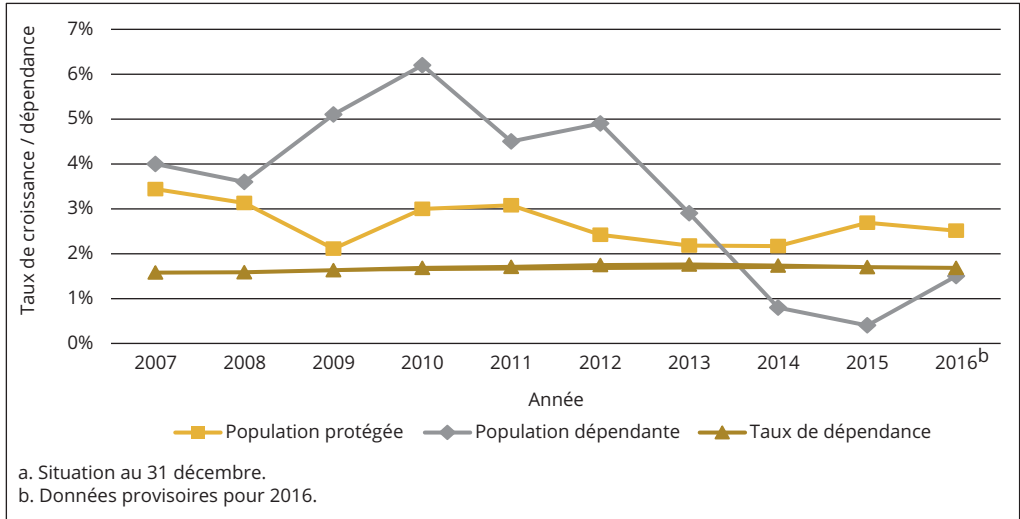
Année	Nombre	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2007	10 249	4,0%	9 913	96,7%
2008	10 621	3,6%	10 264	96,6%
2009	11 159	5,1%	10 790	96,7%
2010	11 847	6,2%	11 442	96,6%
2011	12 386	4,5%	11 967	96,6%
2012	12 999	4,9%	12 558	96,6%
2013	13 378	2,9%	12 924	96,6%
2014	13 490	0,8%	13 041	96,7%
2015	13 542	0,4%	13 105	96,8%
2016 ^b	13 742	1,5%	13 299	96,8%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Après une augmentation annuelle observée entre 2009 et 2012 autour de 5%, un ralentissement de la croissance peut être observé dès 2013. Après une faible croissance de 0,4% du nombre de bénéficiaires en 2015, une augmentation plus soutenue de 1,5% peut de nouveau être observée en 2016. Le nombre de bénéficiaires affiche en 10 ans une croissance de 34,1%. Le tableau 3 illustre que la part des bénéficiaires non-résidents est restée relativement stable au courant des dernières années. Il convient de noter qu'au-delà du nombre de bénéficiaires par année repris dans cette partie (c.à.d. les personnes dépendantes qui au 31 décembre de l'année respective sont bénéficiaires sur base d'un plan de prise en charge), d'autres personnes ont reçu des prestations de l'assurance dépendance durant l'année en question (personnes rétablies, personnes décédées, bénéficiaires d'aides techniques etc.).

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



Le graphique 1 met en parallèle le taux de croissance de la population protégée et celui de la population dépendante. Entre 2007 et 2008 les croissances des deux populations évoluaient quasiment en parallèle, celle de la population dépendante ayant pourtant toujours dominée celle de la population protégée. De 2009 à 2012, l'écart se creuse et, sauf pour 2011. Les taux de croissance de la population dépendante affichent plus du double de ceux de la population protégée. En 2013, le taux de croissance de la population dépendante ne se situe que légèrement au-dessus de celui de la population protégée. Pour les années 2014 à 2016, ce taux est inférieur à celui de la population protégée.

Le taux de dépendance en 2016 reste stable par rapport à 2015 avec 1,7% de la population protégée. Toutefois, il faut noter que le nombre de personnes bénéficiant de prestations et résidant à l'étranger est très faible alors que la population protégée résidant à l'étranger est importante. Le rapport de la population dépendante résidente à la population protégée résidente est beaucoup plus élevé que le taux de dépendance global (résidents et non-résidents). Au 31 décembre 2016, les personnes dépendantes au Luxembourg représentent 2,5% de la population protégée résidente. Le taux de dépendance des personnes ayant atteint au moins 65 ans s'élève quant à lui en 2016 à 13,5%.

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

Année	Domicile	En % du total	Variation en %	Etablissement	En % du total	Variation en %	Total	Variation en %
2014	9 102	67,5%	-0,3%	4 388	32,5%	3,2%	13 490	0,8%
2015	9 045	66,8%	-0,6%	4 497	33,2%	2,5%	13 542	0,4%
2016 ^b	9 182	66,8%	1,5%	4 560	33,2%	1,4%	13 742	1,5%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Le maintien à domicile avant l'hébergement en institution était l'objectif majeur recherché par le législateur lors de l'introduction de l'assurance dépendance. En 2016 la part des bénéficiaires à domicile se situe à 66,8%, ce qui veut dire que deux bénéficiaires sur trois reçoivent des prestations à domicile.

Le nombre de bénéficiaires à domicile augmente en 2016 de 1,5% par rapport à 2015, celui des bénéficiaires en établissement affiche une croissance de 1,4%.

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

Année	Domicile		Etablissement		Total		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
2014	3 771	5 331	1 090	3 298	4 861	8 629	13 490
2015	3 784	5 261	1 136	3 361	4 920	8 622	13 542
2016 ^b	3 869	5 313	1 130	3 430	4 999	8 743	13 742

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

En 2016, sur les 13 742 bénéficiaires, on recense 8 743 femmes, soit 63,6% de la population dépendante, et 4 999 hommes. Avec 77,4%, la grande majorité des hommes réside à domicile, tandis que chez les femmes ce même taux n'est que de 60,8%. Ainsi, les hommes représentent 42,1% des bénéficiaires à domicile, alors qu'ils ne représentent que 36,4% de l'ensemble des bénéficiaires. Sachant que l'âge moyen des bénéficiaires en établissement est beaucoup plus élevé, ce phénomène s'explique notamment par l'espérance de vie plus élevée des femmes.

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

Groupe d'âge	2014			2015			2016 ^b		
	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total
0-19	921	0	921	949	0	949	968	0	968
20-39	576	1	577	570	4	574	573	4	577
40-59	1 197	46	1 243	1 178	47	1 225	1 177	57	1 234
60-69	1 034	173	1 207	1 048	192	1 240	1 057	201	1 258
70-79	1 799	680	2 479	1 722	633	2 355	1 769	653	2 422
80-89	2 853	2 318	5 171	2 841	2 391	5 232	2 858	2 394	5 252
>=90	722	1 170	1 892	737	1 230	1 967	780	1 251	2 031
TOTAL	9 102	4 388	13 490	9 045	4 497	13 542	9 182	4 560	13 742

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Les personnes de moins de 60 ans sont peu nombreuses en établissement (et ceci, malgré l'intégration depuis 2007 d'une partie des institutions destinées aux personnes handicapées dans la catégorie des établissements à séjour intermittent⁴). La barre de 25% de bénéficiaires en établissement est franchie dans le groupe des septuagénaires, une répartition égale entre les bénéficiaires à domicile et les bénéficiaires en établissement étant observée dans le groupe des octogénaires. Même pour les personnes dépendantes qui dépassent 90 ans, plus de 35% résident à domicile.

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

	2014			2015			2016 ^b		
	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total
Age moyen ^c	65,6	84,6	71,8	65,5	84,6	71,9	65,7	84,7	72,0
Age médian ^d	75	86	80	75	86	80	75	86	81

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

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

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

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

Entre 2014 et 2016, on constate peu de variation au niveau des groupes d'âge et du lieu de séjour. En 10 ans, l'âge moyen à domicile a cependant baissé de 0,8 ans et se situe à 65,7 ans en 2016. Par contre, l'âge moyen dans les établissements a augmenté de 1,2 ans depuis 2007 pour atteindre 84,7 ans en 2016. La différence d'âge moyen entre bénéficiaires à domicile et dans un établissement s'élève à 19 ans en 2016.

2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES

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

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

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

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

Type	2014			2015			2016 ^d		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Surdité / troubles de la communication	91	82	173	89	82	171	89	85	174
C�c�t�	94	130	224	104	143	247	111	153	264
Spina bifida	22	20	42	22	20	42	21	20	41
TOTAL	207	232	439	215	245	460	221	258	479

a. Art 305 point 3 du CSS.

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

c. Nombre annuel.

d. Données provisoires.

En 2016, 479 personnes bénéficient de prestations forfaitaires. Ce groupe représente 5,2% de l'ensemble des bénéficiaires se trouvant à domicile. Une personne sur deux est atteinte de c c t  et 4 personnes sur 10 sont sourdes.

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

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

Année	Surdité / troubles de la communication	Cécité	Spina bifida	Ensemble des bénéficiaires
2014	53,2	62,6	29,2	55,7
2015	53,6	63,6	30,2	56,9
2016 ^d	54,1	64,3	30,8	57,7

- a. Art 305 point 3 du CSS.
- b. Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
- c. Nombre annuel.
- d. Données provisoires.

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

2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS PALLIATIFS

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

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

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

	2012	2013	2014	2015	2016 ^b
Avec soins facturés	240	254	309	341	380
Sans soins facturés	339	289	372	373	400
Total	579	543	681	714	780

- a. Nombre annuel.
- b. Données provisoires.

En 2016, 780 personnes disposant d'un accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour b n fici r de soins palliatifs sont décédées. Les prestataires de l'assurance dépendance ont introduit des factures pour 380 personnes bénéficiant d'un accord et décédées en 2016 (extraction en date du 9 octobre 2017), dont 167 hommes et 213 femmes.

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

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

	2014	2015	2016 ^a
Age moyen global	77,6	78,2	77,8
Hommes	76,6	76,5	76,3
Femmes	78,8	79,8	79,2
Age médian global	81	81	83
Hommes	80	79	80
Femmes	82	83	85

a. Données provisoires.

Le tableau 11 présente l'âge moyen et médian des bénéficiaires d'un accord. Au niveau de l'âge moyen, une différence de 2,9 ans en faveur des femmes est observée.

2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE

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

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

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

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

Encadré méthodologique

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

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

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

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

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

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

Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2016 ^{a b} (en % du total)

Chapitre de la classification CIM 10	Hommes	Femmes	Total
Chapitre I.			
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0,6%	0,6%	0,6%
Chapitre II.			
Tumeurs	2,4%	2,6%	2,5%
Chapitre III.			
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0,1%	0,1%	0,1%
Chapitre IV			
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,4%	2,2%	1,9%
Chapitre V.			
Troubles mentaux et du comportement	23,5%	21,0%	21,9%
Chapitre VI.			
Maladies du système nerveux	21,8%	15,4%	17,8%

Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2016 ^{a b} (en % du total) (Suite)

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

- a. Situation au 31 décembre 2016.
b. Données provisoires.

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

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

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

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

Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2016 ^{a b} (en % du total)

Classification CEO	0-19	20-39	40-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
Groupe 1.								
Démences et troubles des fonctions cognitives	0,2%	0,5%	1,1%	6,6%	17,0%	25,7%	27,3%	17,6%
Groupe 2.								
Troubles psychiatriques	26,9%	11,6%	10,1%	12,7%	8,5%	4,3%	3,1%	8,0%
Groupe 3.								
Maladies du système cardio-vasculaire	0,0%	0,2%	2,4%	5,2%	7,1%	9,0%	8,9%	6,7%
Groupe 4.								
Maladies du système nerveux	21,1%	33,3%	33,3%	31,6%	21,4%	12,2%	6,5%	18,1%
Groupe 5								
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	40,0%	34,8%	14,9%	6,8%	2,1%	0,4%	0,1%	6,8%
Groupe 6.								
Maladies du système ostéo-articulaire	1,1%	3,5%	11,8%	16,0%	21,3%	30,5%	38,3%	23,8%
Groupe 7.								
Troubles sensoriels	2,1%	9,4%	9,3%	4,1%	2,8%	2,9%	3,9%	4,0%
Groupe 8.								
Tumeurs malignes	0,8%	0,7%	3,1%	3,4%	3,9%	2,2%	1,3%	2,4%
Groupe 9.								
Autres	2,7%	3,1%	7,8%	8,4%	9,5%	7,6%	6,3%	7,3%
Cause non codée	5,2%	2,9%	6,2%	5,2%	6,3%	5,1%	4,4%	5,2%
Nombre de bénéficiaires	968	577	1 234	1 258	2 422	5 252	2 031	13 742

a. Situation au 31 décembre 2016.

b. Données provisoires.

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

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

Le cumul des effectifs de ces trois groupes représente 59,6% de la population dépendante au 31 décembre 2016, soit près de deux tiers du total des bénéficiaires.

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

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

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

Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2016 ^{a b} (en % du total)

Classification CEO	Hommes			Femmes		
	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total
Groupe 1.						
Démences et troubles des fonctions cognitives	8,8%	30,1%	13,6%	11,0%	33,6%	19,9%
Groupe 2.						
Troubles psychiatriques	10,5%	10,4%	10,5%	6,6%	6,6%	6,6%
Groupe 3.						
Maladies du système cardio-vasculaire	6,6%	7,6%	6,8%	6,8%	6,5%	6,7%
Groupe 4.						
Maladies du système nerveux	25,9%	21,7%	25,0%	16,5%	10,7%	14,2%
Groupe 5.						
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	13,2%	2,0%	10,7%	7,2%	0,5%	4,6%
Groupe 6.						
Maladies du système ostéo-articulaire	14,4%	15,8%	14,7%	29,7%	28,0%	29,0%
Groupe 7.						
Troubles sensoriels	5,0%	1,6%	4,2%	5,0%	2,0%	3,8%
Groupe 8.						
Tumeurs malignes	2,7%	1,1%	2,3%	3,1%	1,4%	2,5%
Groupe 9.						
Autres	6,9%	4,7%	6,4%	8,8%	6,3%	7,8%
Cause non codée	5,9%	5,0%	5,7%	5,3%	4,4%	4,9%
Nombre de bénéficiaires	3 869	1 130	4 999	5 313	3 430	8 743

a. Situation au 31 décembre 2016.
b. Données provisoires.

La cause la plus répandue chez les hommes en 2016 sont des maladies du système nerveux (25,0%) alors que les maladies du système ostéo-articulaire sont la première cause de dépendance chez les femmes (29,0%).

3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

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

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

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

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

Encadré méthodologique

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

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

Encadré méthodologique

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

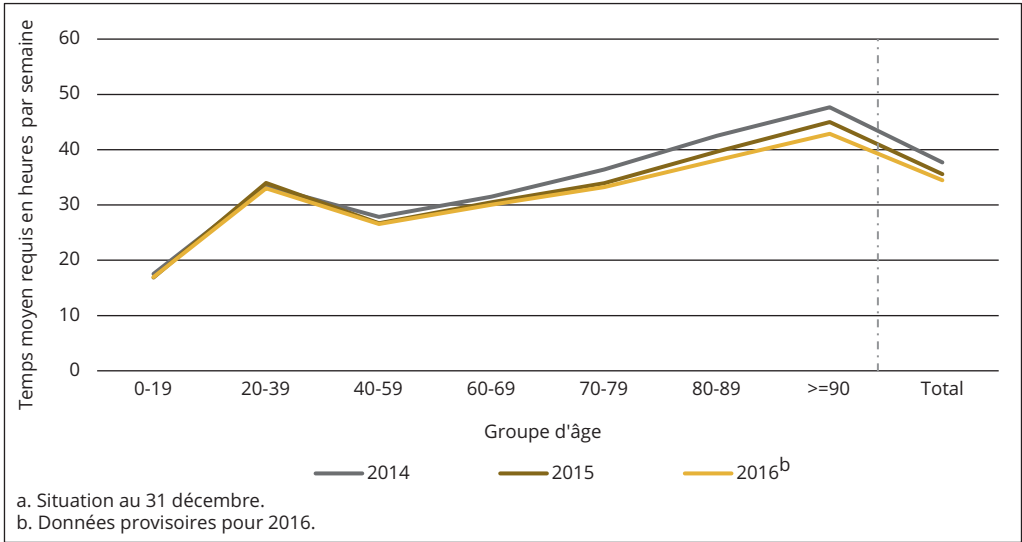
En revanche, ceci s'applique tout particulièrement aux activités de soutien et plus directement aux activités de soutien en groupe. Le coefficient d'intensité appliqué à la durée d'une activité spécialisée en groupe est de 0,25. Il est de 0,125 pour une activité non spécialisée en groupe. A partir du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

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

3.1.1. Temps total non pondéré requis

Le temps moyen non pondéré requis par semaine diminue par rapport à 2015 et s'élève à 34,5 heures en 2016.

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



Comme le montre le graphique 2 le temps total moyen requis augmente avec l'âge du bénéficiaire, et ceci est vrai pour les trois années considérées. Aux âges les plus élevés, les personnes dépendantes bénéficient des temps moyens requis les plus élevés : la moyenne de la classe d'âge des septuagénaires se situe légèrement en dessous de la moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires. Pour cette classe, le temps moyen requis représente 33,2 heures. Les nonagénaires bénéficient d'un temps moyen requis équivalant à 42,9 heures par semaine, soit 8,4 heures de plus que la moyenne générale.

Le temps moyen requis pour les femmes est supérieur à la moyenne générale. Il est de 36,0 heures par semaine contre 31,7 heures par semaine pour les hommes.

Le temps moyen requis pour les bénéficiaires accueillis en établissement d'aides et de soins correspond à 52,0 heures par semaine alors qu'il représente 25,7 heures pour les bénéficiaires séjournant à domicile.

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

La diminution du temps moyen requis est lié notamment à une application plus stricte des critères d'attribution décidés dans le cadre du budget de nouvelle génération (BNG) et peut être observé aussi bien pour les actes essentiels de la vie que pour les activités de soutien. L'impact pour les prestations facturées est cependant moins important comme le requis n'était en règle générale pas facturé à 100%.

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

Année	En minutes	En heures	Variation en %	Nombre de bénéficiaires
2014	2 260	37,7	-0,5%	13 490
2015	2 135	35,6	-5,6%	13 542
2016 ^b	2 068	34,5	-3,1%	13 742

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

En 2016, on constate une diminution de 3,1% du temps total moyen requis par rapport à 2015.

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

Classe de temps	2014	En % du total	2015	En % du total	2016 ^b	En % du total
De 3,5 à 13,99 h	4 280	31,7%	4 544	33,6%	4 685	34,1%
De 14 à 23,99 h	1 888	14,0%	1 701	12,6%	1 545	11,2%
De 24 à 33,99 h	689	5,1%	577	4,3%	505	3,7%
De 34 à 43,99 h	1 252	9,3%	1 649	12,2%	2 010	14,6%
De 44 à 63,99 h	2 212	16,4%	2 636	19,5%	3 057	22,2%
>= 64h	3 169	23,5%	2 435	18,0%	1 940	14,1%
TOTAL	13 490	100,0%	13 542	100,0%	13 742	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

La part des personnes dépendantes ayant droit à plus de 64h temps total requis passe de 18,0% en 2015 à 14,1% en 2016. La part des personnes ayant droit à un temps requis entre 44h et 64h augmente par contre de 2,7%.

3.1.2. Analyse du détail des prestations requises

3.1.2.1. Les prestations pour les actes essentiels de la vie

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

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

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

Pour se faire une première idée de l'évolution du temps requis pour les actes essentiels de la vie, on peut examiner, à l'instar de ce qui a été fait pour le temps total non pondéré requis, la répartition des bénéficiaires par classes. Ces classes ont été construites par paliers de 3,5 heures⁵.

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

Classe de temps	2014	En % du total	2015	En % du total	2016 ^b	En % du total
De 3,5 à 6,99 h	4 741	35,1%	5 075	37,5%	5 256	38,2%
De 7 à 10,49 h	2 235	16,6%	2 209	16,3%	2 253	16,4%
De 10,5 à 13,99 h	1 420	10,5%	1 426	10,5%	1 432	10,4%
De 14 à 17,49 h	1 142	8,5%	1 185	8,8%	1 191	8,7%
De 17,5 à 20,99 h	1 137	8,4%	1 139	8,4%	1 166	8,5%
De 21 à 24,49 h	885	6,6%	849	6,3%	877	6,4%
De 24,5 à 38,5 h	1 516	11,2%	1 227	9,1%	1 122	8,2%
Prestation forfaitaire	414	3,1%	432	3,2%	445	3,2%
TOTAL	13 490	100,0%	13 542	100,0%	13 742	100,0%

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

Dans l'ensemble, une diminution du temps requis pour les actes essentiels de la vie peut être observée. La répartition des bénéficiaires selon les différentes classes de temps n'affiche guère de variations sur les dernières années en ce qui concerne les classes intermédiaires.

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

Entre 2014 et 2016, une augmentation de la part des bénéficiaires dans la classe minimale de 3,5 à 6,99h de 3,1% est cependant observée en même temps qu'une diminution de 3,0% dans la classe maximale de 24,5 à 38,5h.

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

Année	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
2014	737	12,3	13 490
2015	700	11,7	13 542
2016 ^b	687	11,4	13 742

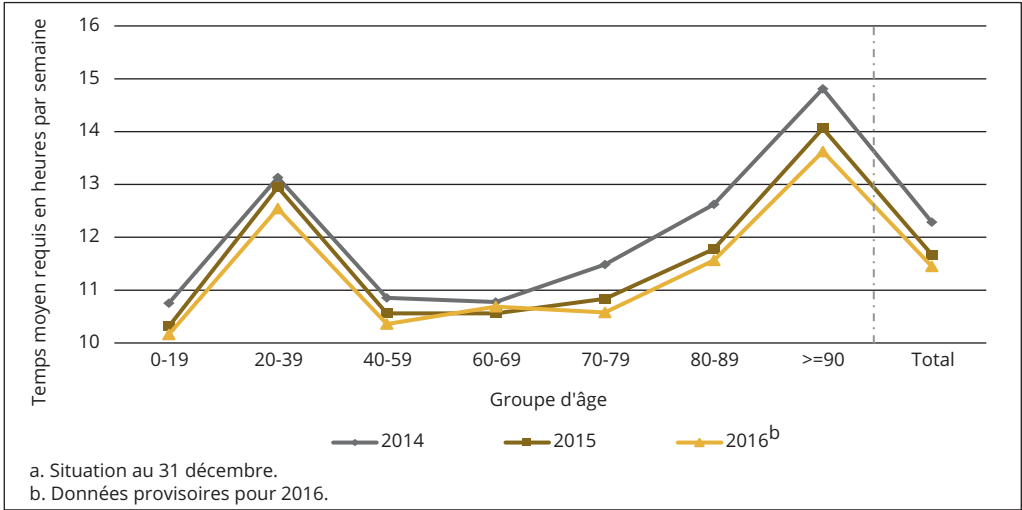
a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

La moyenne du temps requis s'élève à 11,4 heures en 2016. L'écart entre le temps moyen requis pour les femmes et les hommes s'élève à 20 minutes en 2016.

La différence entre la temps moyen requis à domicile et en établissement est de 6,7 heures en 2016. Le temps moyen accordée à domicile s'élève à 9,2 heures contre 15,9 heures qui sont accordées en moyenne en établissement pour les actes essentiels de la vie.

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



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

3.1.2.2. Les tâches domestiques

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

Comme toutes les prestations de l'assurance dépendance, les tâches domestiques sont accordées pour répondre à un besoin spécifique et identifié. Le forfait normal est une prestation accordée à presque tous les bénéficiaires, à l'exception des bénéficiaires de dispositions particulières. Ce forfait est accordé à 96,3% des bénéficiaires d'aides et soins en 2016. Parmi ceux-ci, 1,2% reçoivent le forfait pour tâches domestiques exceptionnelles.

3.1.2.3. Les activités de soutien

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

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

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

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

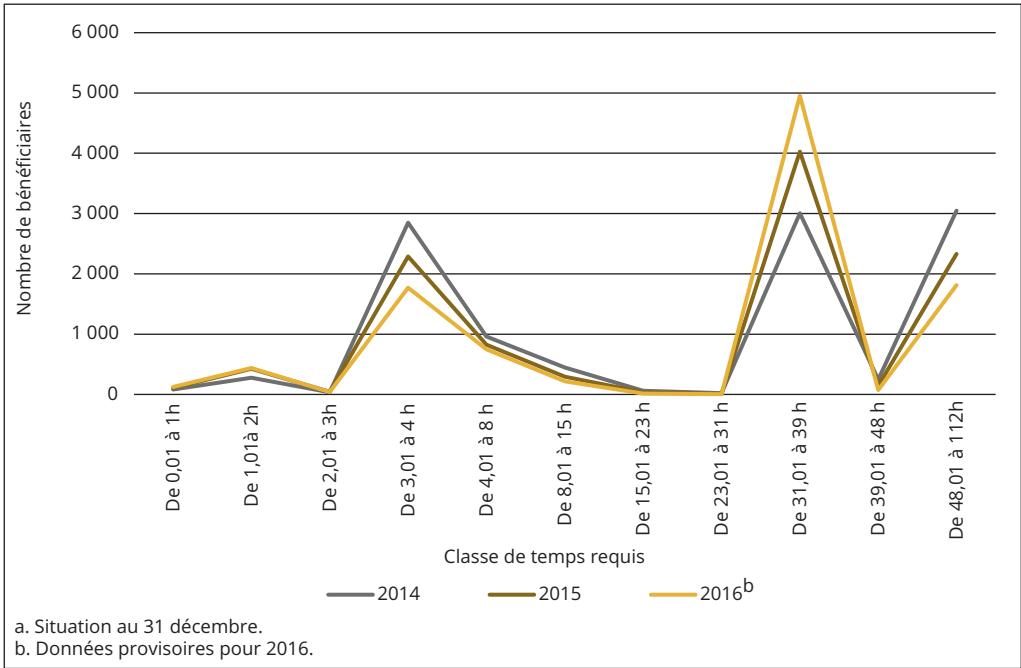
Tableau 21: Evolution des bénéficiaires d'activités de soutien ^a

	2014	2015	2016 ^b
Nombre de bénéficiaires	11 035	10 536	10 195
En % du total des bénéficiaires	81,8%	77,8%	74,2%

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

L'application plus stricte des critères d'attribution décidée dans le cadre du budget de la nouvelle génération entraîne pour la première fois depuis son introduction en 1999 une diminution du nombre des personnes dépendantes ayant droit à des activités de soutien en 2015 et en 2016. Ainsi 74,2% des bénéficiaires reçoivent des activités de soutien en 2016 (niveau le plus bas observé depuis 2007).

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



La classe de temps requis la plus accordée en 2016 est celle de 31,01 à 39 heures, suivi des classes de 48,01 à 112 heures resp. de 3,01 à 4 heures.

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

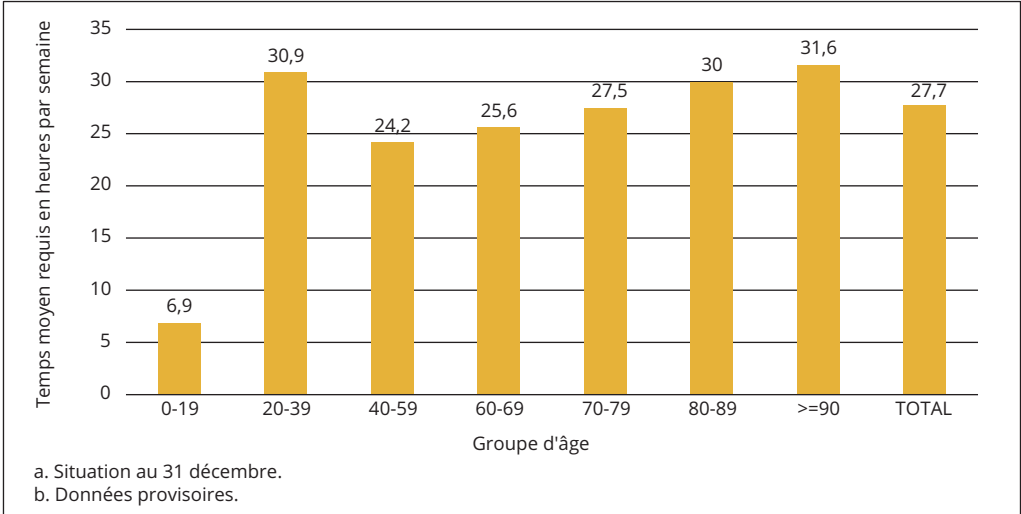
Année	Temps moyen requis en heures par semaine	Nombre de bénéficiaires d'activités de soutien
2012	27,6	10 514
2013	28,2	10 904
2014	28,1	11 035
2015	27,6	10 536
2016 ^b	27,7	10 195

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

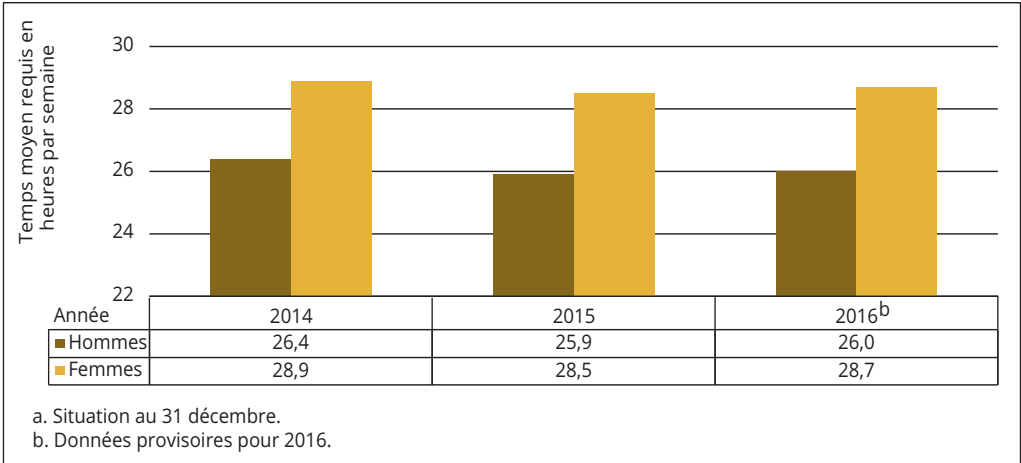
Le temps moyen requis pour les activités de soutien en 2016 reste stable par rapport à 2015 et se situe après le recul observé en 2015 au niveau de 2012.

Graphique 5: Répartition du temps moyen requis par groupe d'âge en 2016 ^{a b}



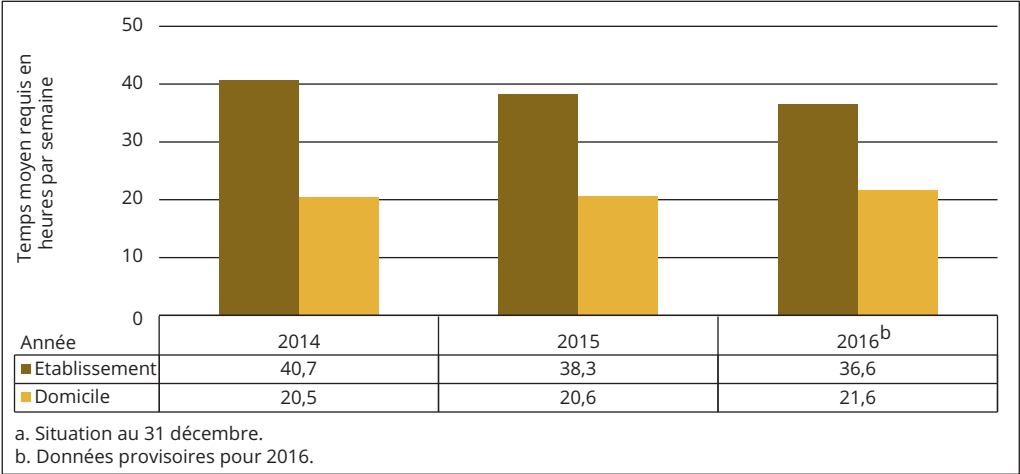
Les temps requis les plus élevés relèvent des classes d'âge élevé (> 80 ans) tout comme pour les 20-39 ans.

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



L'écart entre le temps moyen requis pour les activités de soutien en fonction du sexe du bénéficiaire se stabilise à 2,7 heures en faveur des femmes.

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



La comparaison selon le lieu de séjour est quant à elle avantageuse aux établissements et ceci de manière tout à fait significative. Si en 2008, l'écart entre les deux formes de séjour s'élevait à 10,5 heures, il atteint encore 15,0 heures en 2016 après une différence maximale observée de 21,4 heures en 2013. Une diminution du temps moyen requis de 1,7 heures est observée dans les établissements en 2016, à domicile par contre le temps moyen requis augmente de 1,0 heure.

3.1.2.4. Les activités de conseil

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

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

266 personnes sont titulaires d'une décision comportant des activités de conseil au 31 décembre 2016.

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

Classe de temps	2014	En % du total	2015	En % du total	2016 ^b	En % du total
1 h	8	0,1%	8	0,1%	6	0,1%
2 h	21	0,2%	23	0,3%	24	0,3%
4 h	12	0,1%	7	0,1%	9	0,1%
Plus de 4 h	255	2,8%	227	2,5%	227	2,5%
Sous-total	296		265		266	
Aucune prestation de conseil	8 806	96,7%	8 780	97,1%	8 916	97,1%
TOTAL	9 102	100,0%	9 045	100,0%	9 182	100,0%

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

3.1.2.5. Temps moyen requis et causes de la dépendance

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

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

Tableau 24: Temps moyen requis (en heures) pour les différents types de prestations de l'assurance et cause principale de dépendance en 2016 ^{a b}

Classification CEO	Actes essentiels de la vie	Tâches domestiques	Activités de soutien	Temps total requis
Groupe 1.				
Démences et troubles des fonctions cognitives	14,9	2,5	38,4	54,3
Groupe 2.				
Troubles psychiatriques	10,6	2,5	27,1	36,3
Groupe 3.				
Maladies du système cardio-vasculaire	9,1	2,5	22,4	27,2
Groupe 4.				
Maladies du système nerveux	14,1	2,5	24,9	35,0
Groupe 5.				
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	10,7	2,5	24,9	30,2
Groupe 6.				
Maladies du système ostéo-articulaire	9,8	2,5	24,3	29,4
Groupe 7.				
Troubles sensoriels	7,7	2,5	25,0	16,2
Groupe 8.				
Tumeurs malignes	8,1	2,5	18,5	21,9
Groupe 9.				
Autres	10,0	2,5	23,7	28,4
TOTAL	11,4	2,5	27,7	34,5

a. Situation au 31 décembre 2016.

b. Données provisoires.

Le groupe 1 (Démences et troubles des fonctions cognitives) affiche un temps moyen requis total de 54,3 heures, et il est suivi par le groupe 2 (Troubles psychiatriques) avec 36,3 heures par semaine et le groupe 4 (Maladie du système nerveux) avec 35,0 heures.

3.1.2.6. Le remplacement des prestations en nature par des prestations en espèces

Conformément à l'art. 354 du CSS, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques peuvent être remplacées par des prestations en espèces si la personne est à domicile⁶.

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

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

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

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

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

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

Année	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
2014	1 563	18,8%	1 017	12,2%	5 747	69,0%	8 327	100,0%
2015	1 639	19,9%	1 166	14,1%	5 442	66,0%	8 247	100,0%
2016 ^b	1 748	20,9%	1 309	15,7%	5 298	63,4%	8 355	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Le type de partage le plus retenu est celui des prestations combinées (63,4%), suivi des prestations en nature (20,9%) et des prestations en espèces (15,7%).

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

Tableau 26: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par groupe d'âge en 2016 ^{a b}

Groupe d'âge	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
0-19	44	2,5%	98	7,5%	581	11,0%	723	8,7%
20-39	132	7,6%	106	8,1%	237	4,5%	475	5,7%
40-59	368	21,1%	241	18,4%	371	7,0%	980	11,7%
60-69	276	15,8%	215	16,4%	478	9,0%	969	11,6%
70-79	313	17,9%	263	20,1%	1 110	21,0%	1 686	20,2%
80-89	462	26,4%	323	24,7%	1 986	37,5%	2 771	33,2%
>=90	153	8,8%	63	4,8%	535	10,1%	751	9,0%
TOTAL	1 748	100,0%	1 309	100,0%	5 298	100,0%	8 355	100,0%

a. Situation au 31 décembre 2016.

b. Données provisoires.

Indépendamment de la classe d'âge, les prestations combinées sont le type de partage préféré.

Tableau 27: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par sexe en 2016 ^{a b}

Sexe	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
Hommes	698	39,9%	621	47,4%	2 132	40,2%	3 451	41,3%
Femmes	1 050	60,1%	688	52,6%	3 166	59,8%	4 904	58,7%
TOTAL	1 748	100,0%	1 309	100,0%	5 298	100,0%	8 355	100,0%

a. Situation au 31 décembre 2016.

b. Données provisoires.

Ce constat est également vrai en fonction du sexe.

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

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

Tableau 28: Répartition des aidants informels dont la cotisation assurance pension est prise en charge entre le 1^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2016 par groupe d'âge et sexe

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	En % du total
< 25 ans	8	59	67	1,9%
25-29	16	172	188	5,5%
30-34	23	318	341	9,9%
35-39	45	441	486	14,2%
40-44	51	461	512	14,9%
45-49	68	505	573	16,7%
50-54	76	580	656	19,1%
55-59	46	407	453	13,2%
60-64	12	117	129	3,8%
> 64 ans		24	24	0,7%
Total	345	3 084	3 429	100%

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

3.2. LES AIDES TECHNIQUES ET LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT

Les aides techniques tout comme les adaptations du logement peuvent être octroyées à une personne sans que la personne atteigne le seuil de 3,5 heures pour les actes essentiels de la vie. Toutefois, leur octroi est toujours subordonné à un avis de la CEO.

3.2.1. Les aides techniques

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

Encadré méthodologique

Les aides techniques mises à disposition par la voie d'acquisition sont pour la plupart supposées être utilisées par la personne jusqu'à la fin de vie de l'aide technique, jusqu'au moment où la personne rapporte l'aide technique au Service Moyens Accessoires (SMA) parce qu'elle ne compte plus l'utiliser ou jusqu'à la mort de la personne. Dans les deux derniers cas le titre sera clôturé et l'aide technique ne sera plus renseignée comme en service auprès de la personne. Dans le premier cas, il n'est pas garanti que dans le cas d'un renouvellement l'ancien titre sera toujours clôturé. Ainsi une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2015 par voie d'acquisition sera comptée sur plusieurs années tandis qu'une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2015 par voie de location ne peut pas se trouver chez une personne au 31.12.2015 (p.ex. en réparation chez SMA) mais le sera de nouveau au 31.12.2016.

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

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

Code ISO	Libellé_ISO	2015			2016		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0912	Aides pour l'hygiène	15 151	0	15 151	16 059	0	16 059
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher	7 067	2 465	9 532	7 632	2 453	10 085
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)	0	8 179	8 179	0	8 768	8 768
1818	Dispositifs de soutien	7 853	0	7 853	8 578	0	8 578
1221	Fauteuils roulants	0	7 514	7 514	46	7 776	7 822
0333	Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels antiescarres)	1 098	4 517	5 615	1 214	4 733	5 947
1830	Dispositifs de changement de niveau	4 061	661	4 722	4 479	690	5 169
0906	Aides de protection portées sur le corps	2 683	0	2 683	3 241	0	3 241
1812	Lits	27	3 068	3 095	27	3 067	3 094
1230	Aides pour le transfert	848	1 475	2 323	866	1 481	2 347

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires pour 2016.

Les aides les plus sollicitées en 2016 sont les aides pour l'hygiène suivi des aides pour se laver, baigner et doucher.

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

Code ISO	Libellé_ISO	2015			2016		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0300	Aides pour les traitements et l'entraînement	1 350	4 620	5 970	1 494	4 829	6 323
0900	Aides pour les soins personnels et la protection	26 376	2 487	28 863	28 577	2 475	31 052
1200	Aides pour la mobilité personnelle	4 369	18 598	22 967	4 779	19 517	24 296
1500	Aides pour les activités domestiques	1 966	0	1 966	2 180	0	2 180
1800	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles	13 153	4 227	17 380	14 445	4 291	18 736
2100	Aides pour la communication, l'information et la signalisation	4 318	18	4 336	4 622	18	4 640
2400	Aides pour manipuler les produits et les biens	2 192	3	2 195	2 350	3	2 353
TOTAL		53 724	29 953	83 677	58 447	31 133	89 580
Variation en %		12,8%	3,1%	9,1%	8,8%	3,9%	7,1%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires pour 2016.

Au 31 décembre 2016, 89 580 aides techniques étaient mises à disposition par l'assurance dépendance, 65,2% sous forme d'acquisition et 34,8% sous forme de location. Le nombre total d'aides techniques mises à disposition a augmenté de 7,1% par rapport à 2015.

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

3.2.2. Les adaptations du logement

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

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

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

Année	Nombre	Variation en %
2014	206	14,4%
2015	187	-9,2%
2016 ^c	170	-9,1%

a. Données établies selon la date de prestation.

b. Source : Décompte CNS.

c. Données provisoires.

Le tableau 31 présente l'évolution du nombre de titulaires d'une ou plusieurs décisions positives depuis 2014 par la CNS. Il ne s'agit dès lors pas du nombre de demandes, ni du nombre de réalisations pour adaptations du logement présentées ou en cours de traitement durant l'année référencée.

3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES

Encadré méthodologique

Les statistiques sur les prestations dispensées sont basées sur la date de la prestation sans tenir compte de leur liquidation par l'assurance dépendance. Cette méthode s'avère beaucoup plus adéquate pour mesurer l'évolution réelle des prestations dans le temps, qu'une analyse des données comptables. Les fichiers établis sur base de la date des prestations sont des fichiers ouverts. Ils sont alimentés en continu, avec l'inconvénient que l'analyse de ces fichiers en évolution nécessite un certain recul dans le temps pour obtenir des résultats cohérents, raison pour laquelle les extractions sont limitées à l'année 2015. Les données comptables en revanche, figées dès la clôture de l'exercice, permettent certes des analyses cohérentes mais peu conformes à la réalité (en raison notamment des données portant sur les provisions).

Les statistiques publiées dans le présent chapitre se rapportent :

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

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

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

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

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

3.3.1. Aperçu global sur les prestations facturées

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

Tableau 32: Evolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2006 (en millions EUR)

Année	Montant	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2006	312,5	7,4%	306,2	98,0%
2007	321,9	3,0%	315,4	98,0%
2008	351,8	9,3%	344,9	98,0%
2009	383,2	8,9%	375,9	98,1%
2010	415,2	8,4%	407,9	98,2%
2011	455,3	9,7%	447,5	98,3%
2012	496,9	9,1%	488,8	98,4%
2013	531,2	6,9%	523,5	98,5%
2014	559,9	5,4%	552,3	98,6%
2015	563,0	0,6%	556,4	98,8%

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

En moyenne annuelle, 98,8% des dépenses sont imputables aux bénéficiaires résidents. Le poste des bénéficiaires non-résidents se révèle plutôt instable. Les variations s'expliquent par des retards dans l'introduction des factures en provenance d'institutions étrangères mais aussi par le petit nombre de bénéficiaires concernés (437 au 31 décembre 2015). Pour ces raisons, les données qui suivent porteront exclusivement sur le coût engendré par la prise en charge des personnes dépendantes résidant au Luxembourg.

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

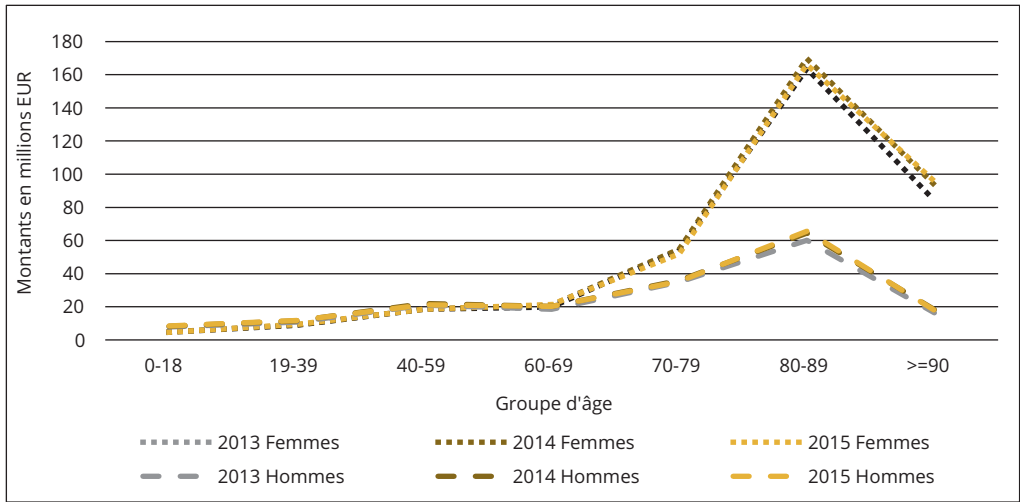
Groupe d'âge	2013		2014		2015 ^c	
	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement
0-20	10,7	1,8	11,4	1,7	11,4	1,7
20-39	10,4	9,2	11,1	9,4	11,5	9,5
40-59	17,9	21,7	18,5	22,2	18,6	21,1
60-69	21,8	16,6	22,9	18,4	22,2	19,5
70-79	46,5	42,6	46,6	44,0	46,3	40,9
80-89	81,8	142,0	85,1	149,1	82,5	149,1
>=90	24,4	76,2	26,9	85,0	27,9	85,6
TOTAL	213,3	310,1	222,5	329,8	220,5	327,5
Variation en %	5,2%	8,5%	4,3%	6,4%	-0,9%	-0,7%

- a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
- b. Situation au 31 décembre.
- c. Sans mécanisme de compensation - montant total de 8,4 millions EUR accordé aux différents prestataires sans être attribué à un bénéficiaire spécifique.

L'étude sur le coût des prestations de l'assurance dépendance délivrées au Luxembourg met en évidence un léger recul des dépenses en maintien à domicile tout comme en milieu stationnaire. En effet, la variation annuelle des dépenses pour prestations à domicile s'élève en 2015 à -0,9% et en milieu stationnaire, la variation annuelle est de -0,7% en 2015.

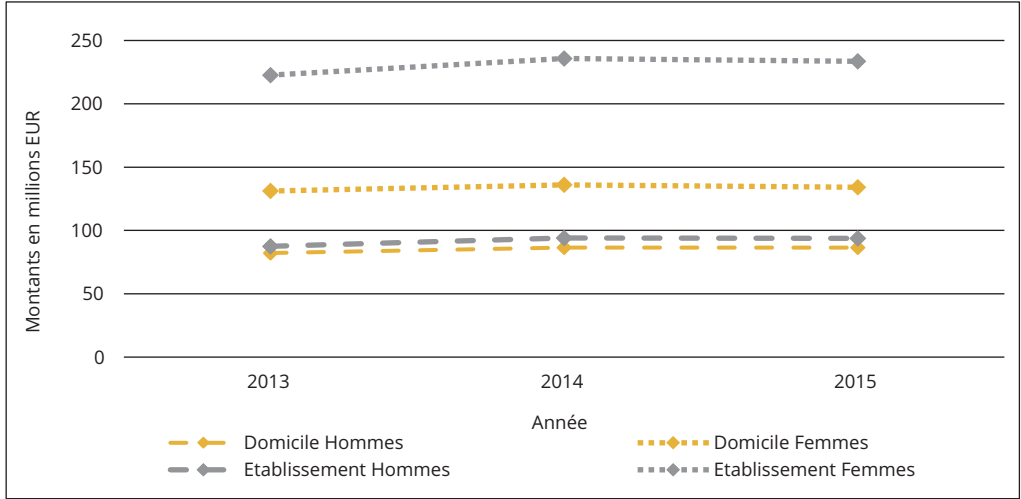
En ventilant les dépenses selon l'âge du bénéficiaire, on constate que le coût le plus élevé se rapporte aux personnes de 70 ans et plus. En 2015, ils représentent 78,9% de l'ensemble des dépenses, 84,2% des dépenses pour les bénéficiaires en établissement et 71,1% pour le domicile.

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



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

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



L'analyse du coût par lieu de séjour et par sexe pour l'année 2015 conduit aux constats suivants :

- pour les femmes, le coût total des prestations en maintien à domicile est inférieur à celui des prestations en établissement ;
- pour les hommes, le coût total des prestations en maintien à domicile se situe au même niveau que celui des prestations en établissement d'aides et de soins ;
- les dépenses totales pour le maintien à domicile chez les femmes sont supérieures à celles des hommes ;
- les dépenses totales engagées pour les soins prestés dans l'établissement aux femmes dépendantes sont supérieures à celles des hommes dépendants.

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

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

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

	2013	2014	2015 ^b
Etablissement à séjour continu	272,7	291,1	294,7
Etablissement à séjour intermittent	36,6	37,5	37,8
Réseau d'aides et de soins	118,7	123,5	125,0
Centre semi-stationnaire	21,2	23,0	22,9
Fournisseur d'aides techniques y compris SMA	11,4	12,3	12,3
Fournisseur dans le cadre des adaptations du logement	3,1	3,3	3,1
International ^c	0,4	0,8	0,9
Pas de prestataire ^d	67,2	68,5	66,3
TOTAL	531,2	559,9	563,0
Variation en %	6,9%	5,4%	0,6%

- a. Statistiques établies selon la date prestation.
- b. Y compris montant distribué dans le cadre du mécanisme de compensation avec affectation aux différents prestataires.
- c. Caisses de maladie étrangères.
- d. Les bénéficiaires des dispositions particulières, des prestations en espèces (y compris les prestations en espèces transférées à l'étranger) ou des produits nécessaires aux aides et soins.

En 2015, le coût total des prestations s'élève à 563,0 millions EUR, ce qui représente une augmentation de 0,6% par rapport à 2014. Quelle que soit l'année considérée, la majorité des dépenses pour prestations est imputable aux établissements d'aides et de soins à séjour continu. Ces dépenses représentent, que ce soit en 2012, 2013 ou 2014, plus de la moitié de l'ensemble des dépenses engagées par l'assurance dépendance pour les prestataires d'aides et de soins.

3.3.3. Les dépenses pour les différents types de prestation

Cette sous-section a pour but de donner un aperçu de l'évolution, à partir de 2013, des dépenses pour les différents types de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance.

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

Type de prestation	2013	2014	2015	Variation en %	
				2013/2014	2014/2015
MAINTIEN A DOMICILE	213,3	222,5	220,5	4,3%	-0,9%
Prestation en nature	136,4	143,5	144,5	5,2%	0,7%
Période transitoire ^c	4,2	3,8	3,5	-10,8%	-7,6%
Prestations en espèces	54,5	55,7	53,4	2,3%	-4,1%
Produits nécessaires aux aides et soins	3,9	4,0	3,9	4,4%	-2,2%
Aides techniques	11,3	12,2	12,1	7,7%	-0,3%
Adaptations de logement	3,0	3,3	3,1	8,3%	-7,2%
ETABLISSEMENT	310,1	329,8	327,5	6,4%	-0,7%
Prestation en nature	310,1	329,8	327,5	6,4%	-0,7%
Mécanisme de compensation ^d			8,4		
TOTAL	523,5	552,3	556,4	5,5%	0,7%

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

Le tableau 35 met en évidence la faible croissance des dépenses en 2015 (+0,7% par rapport à 2014). Sans mécanisme de compensation, les dépenses auraient connu une baisse de 0,8% par rapport à 2014.

3.3.3.1. Les dépenses pour les prestations en nature

Cette sous-section est consacrée aux dépenses pour les prestations en nature qui se rapportent principalement aux actes essentiels de la vie, tâches domestiques, activités de soutien et de conseil.

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

Type de prestation	2013	2014	2015 ^b	Variation en %	
				2013/2014	2014/2015
Actes essentiels de la vie	269,6	284,3	280,7	5,4%	-1,3%
Tâches domestiques	32,1	33,0	33,6	2,8%	1,7%
Activités de soutien	144,8	156,0	157,6	7,7%	1,0%
Activités de conseil ^c	0,0	0,0	0,0	11,3%	-2,9%
TOTAL	446,6	473,3	471,9	6,0%	-0,3%

- Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
- Ne tient pas compte du mécanisme de compensation mis en place pour compenser les découverts dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par la CEO dans le cadre du paquet d'avenir (8,4 millions EUR pour 2015).
- < 50 000 EUR.

La faible croissance du nombre de bénéficiaires (+0,4%) accompagné par une baisse du temps moyen requis suite aux mesures prises dans le cadre du BNG se font remarquer au niveau des dépenses (-0,3% en 2015 par rapport à 2014). Ainsi, une baisse de 1,3% est constaté pour les actes essentiels de la vie, tout comme une croissance modérée pour les tâches domestiques (+1,7%) et les activités de soutien (+1,0%).

En 2015, les dépenses pour les actes essentiels de la vie représentent 280,7 millions d'EUR, soit 59,1% de l'ensemble des dépenses pour les prestations en nature. Elles sont suivies par les activités de soutien, qui représentent 157,6 millions d'EUR, soit 33,4% de l'ensemble des dépenses. Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, la part des dépenses pour activités de soutien parmi l'ensemble des dépenses pour prestations en nature a presque doublé (17,1% en 2000). Les tâches domestiques s'élèvent à 33,6 millions et représentent ainsi 7,1% des prestations en nature. Le coût des activités de conseil est négligeable dans l'ensemble (inférieur à 50 000 EUR).

Tableau 37: Répartition des dépenses pour les prestations en nature en 2015 par groupe d'âge des bénéficiaires ^a (en millions EUR)

Groupe d'âge	Actes essentiels de la vie	En % du total	Tâches domestiques	En % du total	Activités de soutien ^b	En % du total
0-19	1,6	0,6%	0,3	0,8%	3,3	2,1%
20-39	8,2	2,9%	0,8	2,4%	5,9	3,7%
40-59	18,2	6,5%	2,4	7,0%	9,9	6,3%
60-69	19,1	6,8%	2,6	7,7%	11,3	7,2%
70-79	42,6	15,2%	5,5	16,3%	24,3	15,4%
80-89	124,6	44,4%	15,0	44,7%	69,2	43,9%
>= 90	66,3	23,6%	7,1	21,0%	33,7	21,4%
TOTAL	280,7	100,0%	33,6	100,0%	157,6	100,0%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. < 50 000 EUR.

La part la plus importante des dépenses concerne les personnes des groupes d'âge de 70 ans et plus. Ce sont à la fois les groupes aux effectifs les plus élevés et les groupes présentant les besoins en aides et soins les plus importants.

En 2015, les dépenses pour ces groupes d'âge représentent 83,2% du total des dépenses pour les actes essentiels de la vie, 82,1% des dépenses totales pour les tâches domestiques et 80,7% des dépenses pour les activités de soutien.

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

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

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

Domaine d'AEV	2013	2014	2015	Variation en %	
				2013/2014	2014/2015
Nutrition	46,8	49,1	48,3	5,0%	-1,6%
Mobilité	117,3	123,1	122,7	5,0%	-0,4%
Hygiène corporelle	105,5	112,0	109,7	6,2%	-2,1%
TOTAL	269,6	284,3	280,7	5,4%	-1,3%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Le domaine de la mobilité arrive en tête des dépenses suivi d'assez près par celui de l'hygiène corporelle. Ceci rappelle une fois de plus que la principale cause de dépendance est constituée par les maladies ostéo-articulaires. Les dépenses pour le domaine de la nutrition sont les moins élevées, ne représentant en 2015 que 17,2% de l'ensemble des dépenses. Le besoin d'aide pour la nutrition révèle très souvent un état de perte d'autonomie très grave.

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

Type de soutien	2013	2014	2015	Variation en %	
				2013/2014	2014/2015
En groupe	101,9	110,0	111,0	8,0%	0,9%
Activité en groupe non spécialisée	29,0	32,6	34,6	12,5%	6,2%
Activité en groupe spécialisée	72,9	77,5	76,4	6,2%	-1,3%
Individuel	42,9	45,9	46,6	7,1%	1,4%
Activité individuelle non spécialisée	36,0	38,3	38,8	6,3%	1,3%
Activité individuelle spécialisée	6,9	7,7	7,8	11,4%	1,7%
TOTAL	144,8	156,0	157,6	7,7%	1,0%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Concernant les dépenses pour les activités de soutien, on relève l'importance des dépenses consenties pour les activités de soutien en groupe. En 2015, ces dépenses représentent 70,5% de l'ensemble des dépenses.

Les activités individuelles non spécialisées (gardes et courses / démarches avec la personne) représentent 24,6% des dépenses de soutien.

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

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

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

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

Type de partage	2013	2014	2015	Variation en %	
				2013/2014	2014/2015
Prestations en nature uniquement	32,6	36,1	37,0	10,7%	2,3%
Prestations en espèces uniquement	26,6	27,0	25,8	1,6%	-4,5%
Prestations combinées dont	131,7	136,1	135,2	3,3%	-0,7%
Prestations en nature	103,8	107,3	107,5	3,4%	0,2%
Prestations en espèces	27,9	28,7	27,7	3,0%	-3,7%
TOTAL dont	190,9	199,2	197,9	4,3%	-0,7%
Prestations en nature	136,4	143,5	144,5	5,2%	0,7%
Prestations en espèces	54,5	55,7	53,4	2,3%	-4,1%

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

b. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en nature augmente de 2,3% en 2015. Le coût des plans de partage comportant des prestations combinées diminue quant à lui de 0,7%. Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en espèces diminue même de 4,5%.

C'est donc au niveau des prestations en espèces, pour lesquelles le montant est viré aux bénéficiaires de l'assurance dépendance, où une baisse de 4,1% en 2015 par rapport à 2014 est constatée. Les prestations en nature, qui sont payées directement aux prestataires conventionnés connaissent par contre encore une faible hausse de 0,7% en 2015 par rapport à 2014.

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

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

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

Type	2013	2014	2015
Surdité / troubles de la communication	1 127,8	1 165,5	1 128,6
Cécité	1 660,8	1 601,1	1 744,2
Spina bifida	261,8	298,4	294,5
TOTAL	3 050,4	3 064,9	3 167,3

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Les dépenses pour prestations forfaitaires sont assez stable.

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

Mise à disposition	2013	2014	2015	Variation en %	
				2013/2014	2014/2015
Location	5,4	5,8	5,6	7,4%	-2,0%
Acquisition	5,9	6,4	6,5	8,1%	1,1%
TOTAL	11,3	12,2	12,1	7,7%	-0,3%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Les dépenses pour les aides techniques (location et acquisition) en 2015 restent au même niveau qu'en 2014.

4. LA SITUATION FINANCIÈRE

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

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

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

Encadré méthodologique

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

4.1. LA SITUATION GLOBALE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le tableau 43 retrace l'évolution financière de l'assurance dépendance entre 2012 et 2016.

L'exercice 2016 de l'assurance dépendance se caractérise par une hausse annuelle de 2,6% des recettes courantes et une baisse de 3,4% des dépenses courantes. Avec un excédent de 50,3 millions EUR, le solde des opérations courantes affiche un excédent.

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

EXERCICE	2012	2013	2014	2015	2016
RECETTES COURANTES					
Contribution dépendance	339,8	327,1	344,2	355,9	373,6
Contribution forfaitaire Etat	179,2	221,7	231,8	231,3	217,7
Contribution Etat : mécanisme de compensation					11,1
Redevance AD du secteur de l'énergie	1,7	2,1	1,7	1,7	1,9
Autres recettes	1,3	1,8	1,5	1,2	1,4
TOTAL DES RECETTES COURANTES	522,0	552,7	579,2	590,2	605,6
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>18,7%</i>	<i>5,9%</i>	<i>4,8%</i>	<i>1,9%</i>	<i>2,6%</i>
DEPENSES COURANTES					
Frais d'administration	13,5	15,1	15,9	15,5	16,5
Prestations en espèces	6,0	5,8	5,7	5,4	5,1
Prestations en nature	483,5	522,6	549,7	551,1	529,4
dont :					
Prestations à domicile	193,4	208,5	218,6	215,1	211,0
Prestations en milieu stationnaire	280,8	299,6	321,5	326,9	308,4
Prestations à l'étranger	9,3	14,5	9,5	9,2	10,0
Actions expérimentales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transferts de cotisations	5,7	5,9	5,1	6,1	6,9
Autres dépenses	0,5	0,5	0,6	0,1	0,4
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	509,2	550,1	577,0	578,2	558,4
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>5,5%</i>	<i>8,0%</i>	<i>4,9%</i>	<i>0,2%</i>	<i>-3,4%</i>
SOLDE OPERATIONS COURANTES	12,8	2,6	2,2	12,0	47,2
Dotation / prélèvement fonds de roulement	2,7	4,1	2,7	0,1	-3,1
Excédent / découvert de l'exercice	10,2	-1,5	-0,5	11,8	50,3
RÉSERVE	121,6	124,3	126,5	138,4	185,5
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>11,8%</i>	<i>2,1%</i>	<i>1,8%</i>	<i>9,4%</i>	<i>34,1%</i>

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

L'excédent du solde des opérations courantes de l'exercice 2012 et la situation quasiment équilibrée pour 2013 et 2014 sont en large partie due aux augmentations successives de la contribution étatique. L'excédent des exercices 2015 et 2016 s'explique par les mesures prises dans le cadre du budget de nouvelle génération et par une faible croissance des bénéficiaires de l'assurance dépendance.

4.2. LES RECETTES COURANTES

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

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

Exercice	Assurés actifs et autres	Assurés pensionnés	Contribution sur le patrimoine	Total	Evolution du taux de contribution
2012	253,8	42,5	43,5	339,8	1,40%
2013	264,1	45,5	14,5	327,1	1,40%
2014	278,3	48,1	17,8	344,2	1,40%
2015	287,2	49,8	18,9	355,9	1,40%
2016	301,2	51,8	20,6	373,6	1,40%

La contribution dépendance a rapporté 373,6 millions EUR en 2016 dont 80,6% issus des assurés actifs et autres, 13,9% des assurés pensionnés et 5,5% de contribution sur le patrimoine.

La croissance nette en 2016 est de 5,0%, supérieure à celle de 2014 (+3,4%), mais toutefois inférieure à celles observées pour les exercices précédents. Ces exercices étaient cependant tous marqués par des tranches indiciaires, des changements du taux de contribution respectivement le " litige relibi " ⁷.

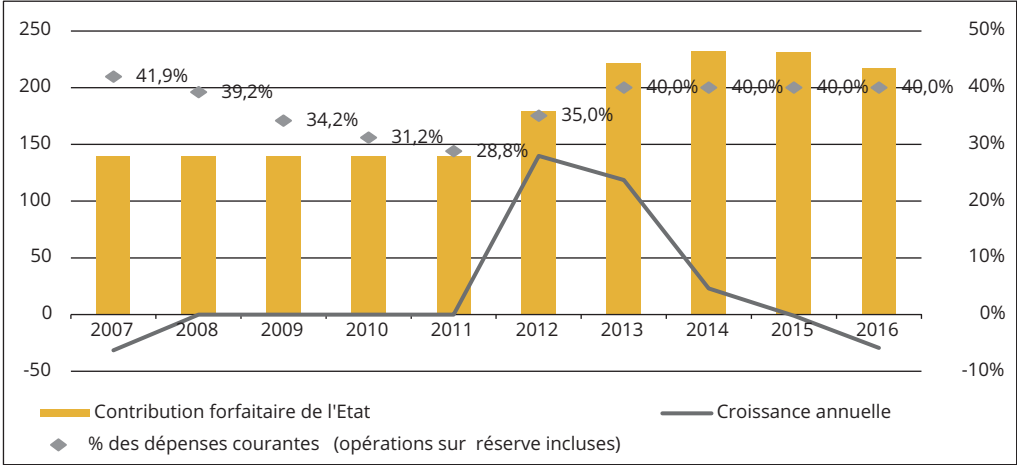
Tableau 45: Evolution de la contribution de l'Etat aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR)

Exercice	En valeur nominale	Variation annuelle en %	En valeur n.i. 100	Variation annuelle en %
2012	179,2	28,0%	24,1	24,7%
2013	221,7	23,7%	29,1	20,9%
2014	231,8	4,6%	29,9	2,7%
2015	231,3	-0,2%	29,8	-0,2%
2016	228,8	-1,1%	29,5	-1,1%

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

7. L'Etat a versé 30 millions EUR en 2012 pour compenser la non-perception de la contribution dépendance sur les revenus d'intérêts soumis à l'imposition retenue à la source libératoire de 10% (dit impôt relibi) entre 2006 et 2012.

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



Pour rappel, entre 2007 et 2011 la contribution forfaitaire de l'Etat était fixée à 140 millions EUR par an. Pour 2012 elle s'élevait à 35% des dépenses totales de l'assurance dépendance, pour 2013 à 40%.

Le produit de la contribution spéciale s'élève pour 2016 à 1,9 million EUR. A noter qu'elle affichait des montants de 3 à 4 millions EUR en début du millénaire.

4.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les dépenses courantes affichent une baisse de 3,4% en 2016.

Les frais d'administration s'élèvent à 16,5 millions EUR et représentent 3,0% des dépenses courantes en 2016.

Les prestations en espèces correspondent aux anciennes allocations pour personnes gravement handicapées et aux allocations de soins qui continuent à être payées aux ayants-droit tant que des prestations en nature de l'assurance dépendance ne leurs sont pas accordées. Le volume des prestations en espèces continue à baisser, et s'élève à 5,1 millions EUR en 2016 (0,9% des dépenses courantes).

Les prestations en nature⁸ représentent 94,8% des dépenses courantes. Le montant rectifié des prestations en nature atteint 529,4 millions EUR en 2016. Avec 58,3% des prestations en nature, soit 308,4 millions EUR, les dépenses en milieu stationnaire occupent la première place devant les prestations à domicile avec 211,0 millions EUR.

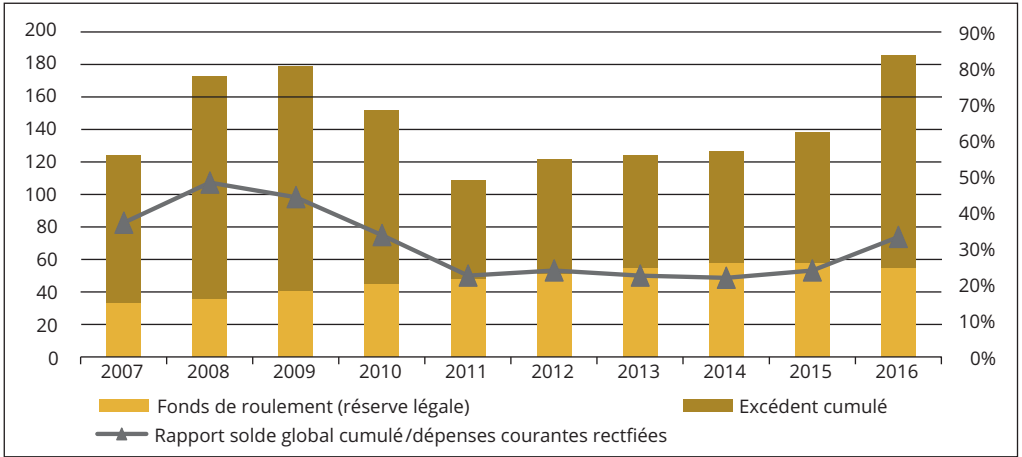
4.4. LA RESERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

Le solde des opérations courantes de 2016 de 47,2 millions EUR fait croître le solde global cumulé de l'assurance dépendance de 34,1%. Le fond de roulement minimum de 2016 est inférieur à celui de 2015, un prélèvement de 3,1 millions EUR au fonds de roulement s'avère nécessaire pour atteindre son niveau requis.

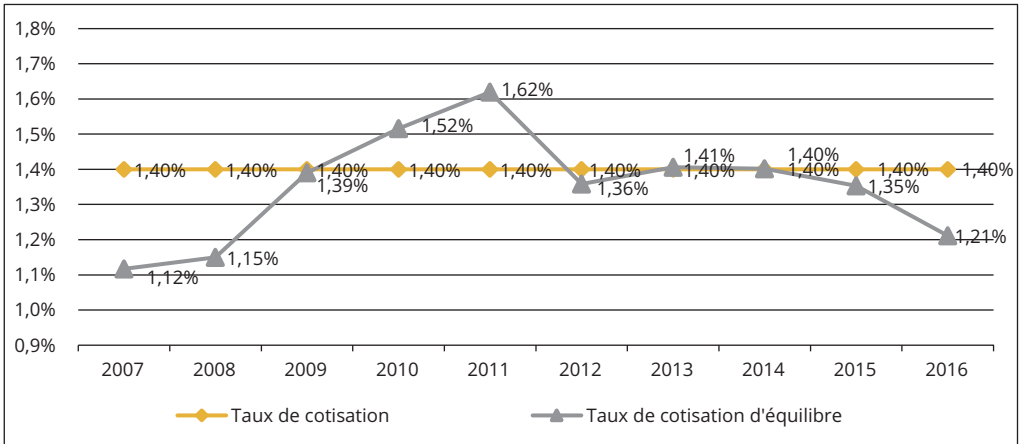
Graphique 11: Evolution du solde global cumulé de l'assurance dépendance (en millions EUR)



Au 31 décembre 2016, le solde global cumulé s'élève à 185,5 millions EUR dont 54,7 millions EUR, soit 29,5%, de réserve légale. Le solde global cumulé représente 33,2% des dépenses courantes rectifiées.

Le niveau maximal du solde global cumulé était atteint en 2009 avec 179,1 millions EUR. En seulement deux années, le niveau a fortement baissé (108,8 millions EUR en 2011), depuis il a de nouveau progressé pour atteindre un nouveau maximum en 2016 avec 184,5 millions EUR.

Graphique 12: Evolution du taux de cotisation d'équilibre



Le taux de cotisation d'équilibre pour 2016 est de 1,21%.

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



ASSURANCE PENSION

INTRODUCTION

En 2016, le régime général compte en moyenne mensuelle 170 618 pensions payées, ce qui représente une progression de 3,6% par rapport à 2015. Le nombre moyen des assurés cotisants s'élève à 405 583 (+3,0%), ce qui correspond à 42,1 pensions pour 100 cotisants (*coefficient de charge*).

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE PENSION

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

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

RÉGIMES DE L'ASSURANCE PENSION AU LUXEMBOURG

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

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

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

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

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE PENSION

Pensions personnelles

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

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

Sur base *volontaire*, un assuré peut continuer, compléter ou racheter rétroactivement des périodes effectives en cas d'arrêt ou de réduction de l'activité professionnelle.

Les périodes d'assurance obligatoire et les périodes volontaires, c.-à-d. l'ensemble des périodes cotisées, constituent les périodes dites *effectives*.

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

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

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

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

Pensions de survie

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

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

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

Autres prestations prises en charge par la caisse de pension

Outre les pensions proprement dites, la caisse de pension du régime général prend en charge des *allocations trimestrielles*¹ (assimilées aux pensions), rembourse quelques *indemnités de préretraite* et participe, à parts égales avec le Fonds pour l'emploi, au financement de l'*indemnité d'attente professionnelle*². En cas de carrières mixtes (régime général et régimes statutaires), elle peut être amenée à participer partiellement dans des *pensions dites mixtes*.

Pour les personnes bénéficiaires d'une **indemnité préretraite** versée par le Fonds pour l'emploi, et qui auraient droit à une pension de vieillesse anticipée du régime général, la caisse de pension rembourse le Fonds pour l'emploi.

L'**indemnité professionnelle d'attente**, instauré en 2016, est une prestation accordée à des salariés en processus de reclassement, qui, au terme de la durée légale de chômage (prolongée), n'ont pas pu être reclassés. A noter qu'elle remplace l'ancienne *indemnité d'attente*, qui, si les conditions d'attribution restent remplies, continue à être versée aux anciens bénéficiaires. L'indemnité d'attente est financée par le régime général de pensions.

1. Ancienne prestation destinée à des bénéficiaires à faible revenus (supprimée graduellement).

2. Loi du 23 juillet 2015 sur le reclassement professionnel interne et externe.

ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL DE L'ASSURANCE PENSION

Pour le régime général de pension, un seul organisme de gestion, la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP), couvre tous les assurés³, indépendamment de leur statut socio-professionnel. La CNAP calcule et paie les prestations.

La perception des cotisations est effectuée par le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

Le Fonds de compensation (FDC) a pour mission de gérer le patrimoine de l'assurance pension, c.-à-d. la réserve de compensation composée par la réserve légale et les éventuels surplus réalisés par le régime général.

FINANCEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE L'ASSURANCE PENSION

Le régime général d'assurance pension luxembourgeois est un système dit de répartition des charges par période de couverture de 10 ans, avec constitution obligatoire d'une réserve à hauteur de 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

Les charges du régime sont couvertes par des cotisations et des revenus du patrimoine. Pour la période de couverture 2012-2022, le taux de cotisation global est fixé à 24%, partagé à parts égales (8% chacun) entre les assurés, les employeurs et l'Etat. L'assiette de cotisation est composée des revenus professionnels des assurés. Elle est comprise entre le salaire social minimum (SSM) et la limite supérieure fixée à 5 fois le SSM.

1. LES PRESTATIONS

Encadré méthodologique

En ce qui concerne les prestations (nombre, nature, montant) et les caractéristiques des bénéficiaires (sexe, âge, résidence), les chiffres de cette partie proviennent des données de liquidations mensuelles fournies par la CNAP.

En ce qui concerne les assurés cotisants, les chiffres sont issus des données d'affiliation fournies par le CCSS.

Les effectifs moyens représentent la moyenne des 12 effectifs mensuels. Les effectifs et montants pour décembre représentent les pensions de décembre versées en novembre de l'année en question.

3. Exception : les agents sous statut 'privé' de la Banque Centrale du Luxembourg.

1.1. LES PENSIONS PAYÉES

Au mois de décembre 2016, le régime général de pension compte 173 058 pensions en cours de paiement, soit une augmentation de 3,4% par rapport à l'année précédente (167 367). Avec 52,4%, on observe un léger surplus de pensionnaires masculins.

A noter que ce chiffre comprend 1 394 avances, c.-à-d. des montants versés à des ayants droits pour lesquels le montant définitif de la pension n'a, pour les premiers mois de retraite, pas encore été fixé, ainsi que 198 allocations trimestrielles.

Outre ces pensions, la CNAP a versé 4 557 indemnités d'attente et remboursé 512 indemnités de préretraite au Fonds pour l'emploi.

Dans 826 cas, elle participe à des pensions en charge des différentes caisses des régimes spéciaux.

Tableau 1: Evolution des prestations en cours de paiement ^a

Nombre	2012	2013	2014	2015	2016
Pensions	150 486	155 524	161 331	167 367	173 058
dont					
Pensions	149 088	154 110	159 715	165 645	171 466
Avances	1 047	1 108	1 340	1 494	1 394
Allocations trimestrielles	351	306	276	228	198
Variation en %	3,4%	3,3%	3,7%	3,7%	3,4%
Indemnités préretraites	525	558	545	545	512
Variation en %	-19,6%	6,3%	-2,3%	0,0%	-6,1%
Indemnité d'attente	3 145	3 736	4 407	4 694	4 557
Variation en %	13,4%	18,8%	18,0%	6,5%	-2,9%
TOTAL	154 156	159 818	166 283	172 606	178 127
Variation en %	3,5%	3,7%	4,0%	3,8%	3,2%

a. Prestations liquidées pour décembre de chaque année.

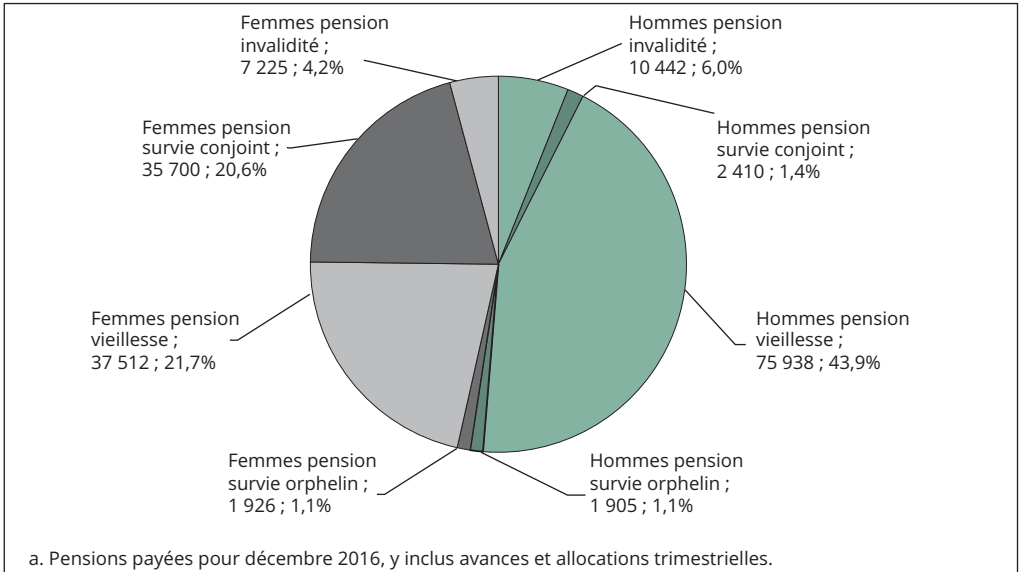
1.2. LES DIFFÉRENTS TYPES DE PENSIONS

Trois quarts des 173 058 pensions du régime général versées en décembre 2016 sont des pensions personnelles. On y retrouve 113 450 pensions de vieillesse (y compris vieillesse anticipée) et 17 667 pensions d'invalidité.

Selon la loi, toutes les pensions d'invalidité sont reconduites en pensions de vieillesse à partir du 65ème anniversaire du bénéficiaire. Pour décembre 2016, on compte 25 247 tels cas.

Deux pensions personnelles sur trois sont attribuées à des hommes. Par contre, la situation est complètement différente pour les 38 110 pensions de survie-conjoint, avec 93,7% de femmes bénéficiaires. Pour les 3 831 pensions de survie-orphelins, les deux sexes sont quasiment équilibrés.

Graphique 1: Répartition des pensions 2016^a par type de pension et par sexe du bénéficiaire

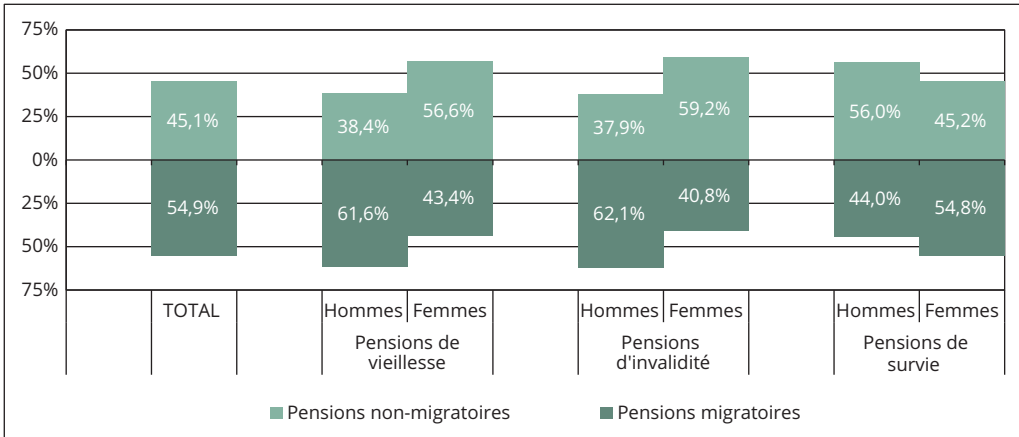


1.3. LES PENSIONS MIGRATOIRES

L'économie luxembourgeoise et, surtout, son marché de travail, se distingue par son caractère international et la présence massive de main d'œuvre non-luxembourgeoise et non-résidente. Ceci est observé aussi pour le régime général de pension, tant du côté des cotisants que du côté des pensionnés.

En décembre 2016, 54,9% des pensions versées par la CNAP peuvent ainsi être qualifiées de migratoires. Il s'agit des cas où le bénéficiaire a durant sa carrière professionnelle accumulé, à côté des périodes luxembourgeoises, aussi des périodes auprès de régimes de pension étrangères. En cas de totalisation des périodes, ces gens peuvent ainsi potentiellement aussi bénéficier de pensions venant d'autres pays.

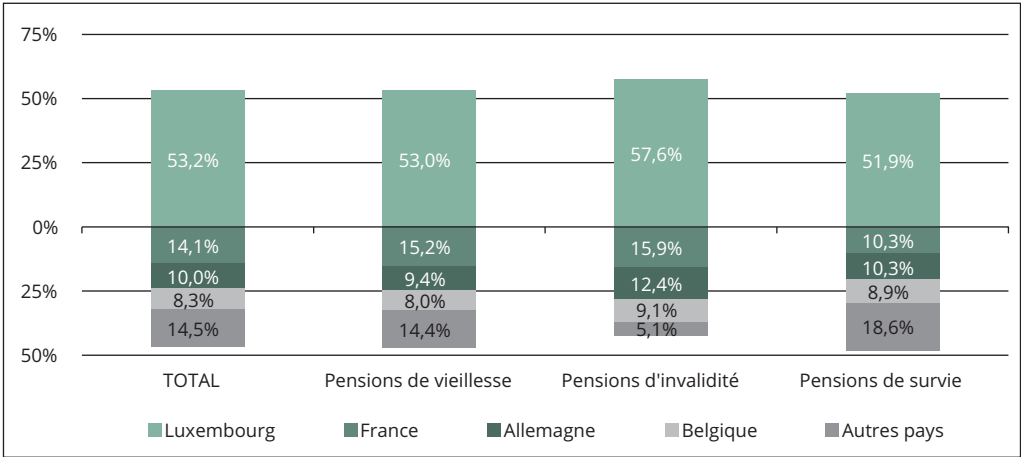
Graphique 2: Part des pensions migratoires par type de pension en 2016



La part des pensions migratoires est importante pour toutes les catégories de pensions, et dépasse 60% des cas chez les pensions personnelles des hommes.

Tout aussi impressionnant est le fait que 46,8% des pensions de décembre 2016 sont versées à des bénéficiaires non-résidents. En 1995, ce taux représentait moins qu'un quart de l'ensemble des pensions pour atteindre un tiers en 2000. En chiffres absolus, le nombre des pensions transférées a plus que quadruplé pendant les deux dernières décennies.

Graphique 3: Répartition des pensions 2016 par pays de destination



Les trois pays limitrophes représentent les premiers pays destinataires avec, en premier lieu la France, suivie par l'Allemagne et la Belgique (avec respectivement 24,3, 17,2 et 14,3 milliers de pensions). L'Italie occupe la quatrième place (10,2 milliers de pensions), même si les pensions qui y sont versées diminuent en nombre et en pourcentage. Avant 1990, plus d'un tiers des pensions versées à l'étranger étaient destinées à l'Italie, par rapport à 12,6% aujourd'hui. Pour décembre 2016, 8 040 pensions sont destinées au Portugal et 2 013 à des pays hors Union européenne.

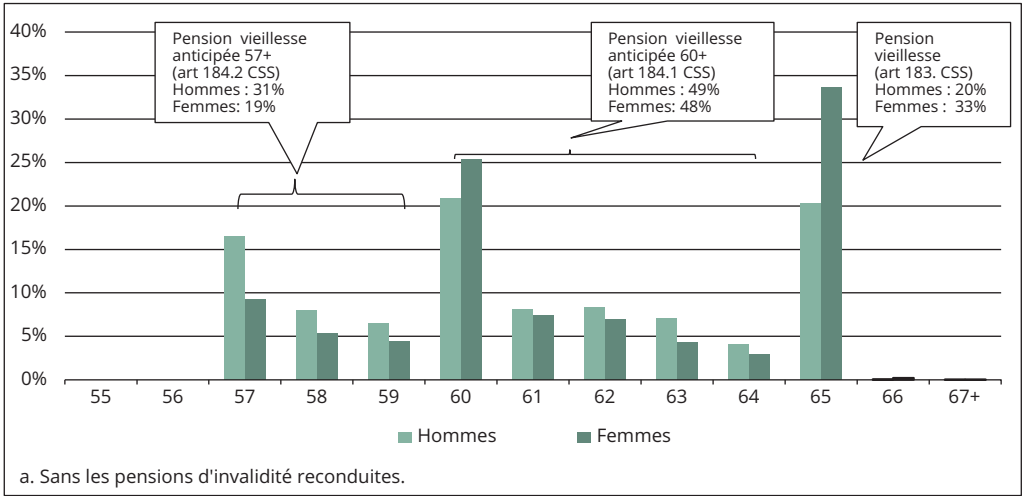
1.4. LES NOUVELLES ATTRIBUTIONS

Durant 2016, 10 838 pensions nouvelles ont été attribuées à 5 610 hommes et 5 228 femmes. Les pensions de vieillesse représentent 61,8%, les pensions d'invalidité 15,0%.

L'analyse par âge d'entrée en pension de vieillesse fait apparaître que 78% des hommes concernés ont droit à une pension de vieillesse anticipée, contre 65% seulement chez les femmes. Très peu de personnes ont demandé leur pension de vieillesse au-delà de 65 ans.

Au moment de l'attribution l'âge moyen des nouveaux bénéficiaires s'élève à 61,2 ans pour les pensions de vieillesse et pension de vieillesse anticipé, à 53,2 ans pour les pensions d'invalidité et à 69,1 ans pour les pensions de survie pour conjoints.

Graphique 4: Nouvelles pensions vieillesse attribuées en 2016^a par âge d'entrée



Quant aux retraits de pensions, la grande majorité est due au décès du bénéficiaire, 92% chez les pensions personnelles et 97% chez les pensions de survie pour conjoint.

1.5. LES ASSURÉS COTISANTS

Le nombre des assurés cotisants atteint 407 891 personnes en décembre 2016. En moyenne annuelle on observe une croissance de 3,07%.

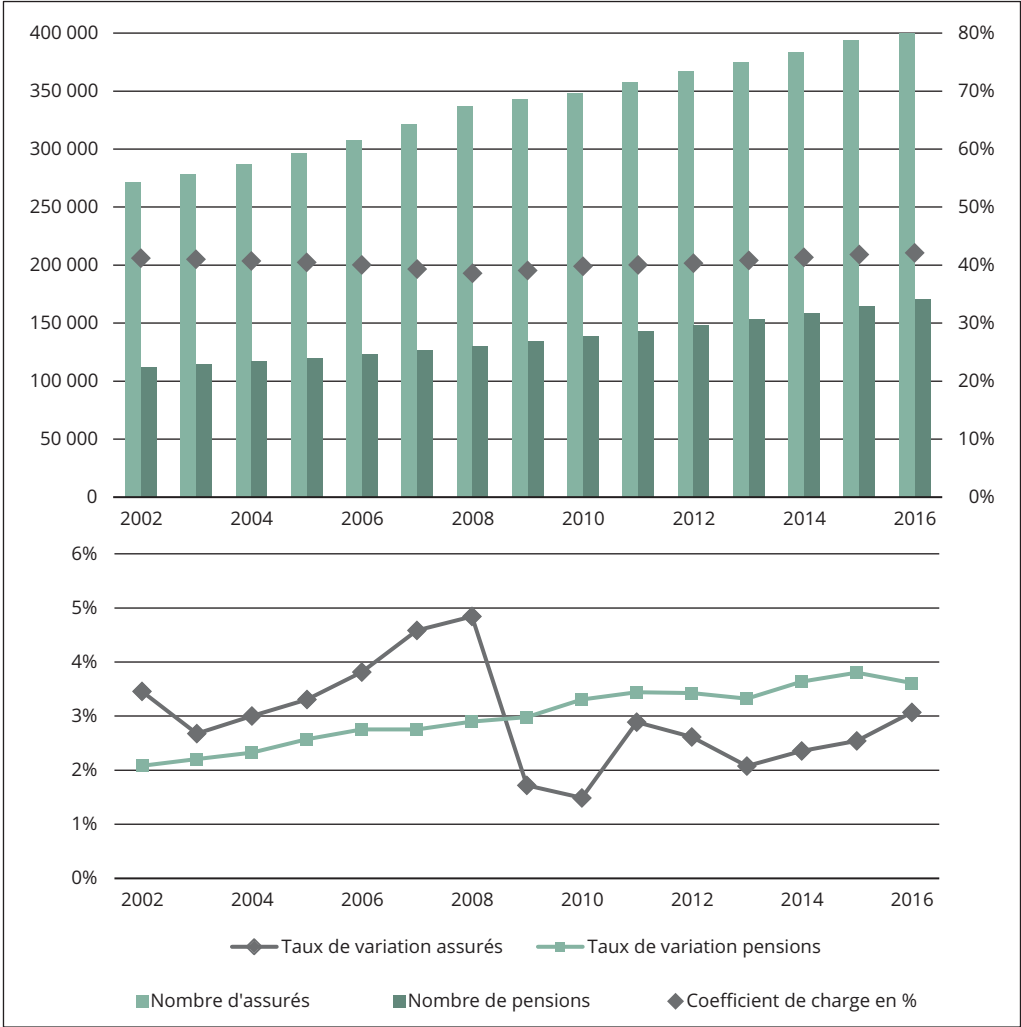
Si, entre 2001 et la crise économique de 2008, la croissance de nombre de cotisants dépassait, parfois considérablement, celles du nombre de pensions, une situation inverse est observée depuis lors.

Cette évolution a pour conséquence que le coefficient de charge⁴, donc le nombre de pensions à " supporter " par cotisant, continue à augmenter (42,1% en 2016).

La part des cotisants non-résidents passe de 44,3% en 2014 à 44,5% en 2016.

4. Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.

Graphique 5: Evolution du nombre moyen d'assurés et de pensions



1.6. LE NIVEAU MOYEN DES PENSIONS

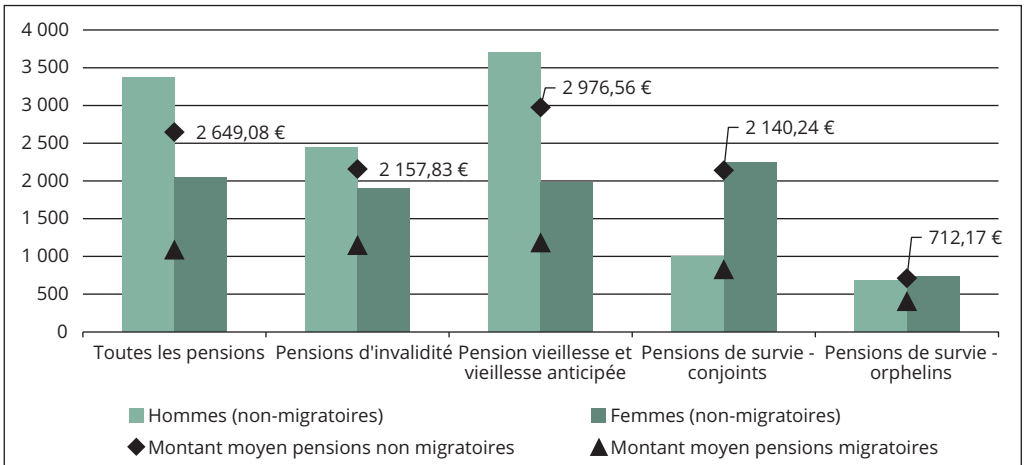
Le montant d'une pension, surtout en ce qui concerne les pensions de vieillesse, dépend du stage accompli et de la base d'assiette totale accumulée pendant ce stage par l'assuré titulaire.

Pour 2016, la loi prévoit une pension mensuelle minimale de 1 721,28⁵ EUR, due dans le cas d'un stage d'au moins 40 ans en périodes effectives ou complémentaires. A défaut d'un stage complet, ce montant est graduellement diminué de 1/40 par année manquante. Il faut un stage minimal de 20 ans pour pouvoir bénéficier du supplément pension minimale. Le même seuil minimal est applicable pour les pensions de conjoint survivant.

Le montant moyen des pensions versées pour décembre 2016 s'élève à 1 793,52 EUR.

5. Pension minimale au 1^{er} janvier 2017 : 1 771,75 EUR.

Graphique 6: Niveau moyen des pensions 2016 par type de pension (en EUR)



Ce montant moyen peut paraître étonnamment bas, notamment par rapport au niveau salarial du pays. Or il faut rappeler que 54,9% des pensions sont des pensions dites migratoires, c'est-à-dire que le bénéficiaire fait valoir une totalisation des périodes luxembourgeoises avec des périodes prestées auprès d'un régime étranger.

Il convient ainsi de distinguer, pour l'analyse des montants moyens, entre les pensions migratoires et les pensions non-migratoires. En effet, une différence de plus de 1 500 EUR entre le montant moyen des pensions non-migratoires, 2 649,08 EUR, et celui des pensions migratoires 1 091,34 EUR est observé.

Chez les pensions non-migratoires, le montant moyen le plus élevé est mesuré pour les pensions de vieillesse et vieillesse anticipée⁶. Les pensions d'invalidité et de survie conjoints affichent des moyennes assez proches. La différence la plus importante entre les deux sexes, en faveur des hommes, est observée dans le groupe des pensions de vieillesse.

En termes d'évolution, on peut observer que la croissance du montant nominal moyen des pensions est plus soutenue chez les femmes. Ceci indique sans doute que de plus en plus de femmes ont des carrières d'assurance plus complètes.

Pour 2016, à 42,6% des pensions de vieillesse non-migratoires féminines s'ajoute un complément pour pension minimale (4,3% chez les hommes). En 2010, les taux respectifs étaient de 50,5% et 5,4%. De plus, il convient de mentionner que les montants moyens calculés ne tiennent pas compte des montants théoriquement dus, mais non versés à cause de réductions suite à l'application des diverses dispositions anti-cumul. Ce phénomène est pourtant très fréquent parmi les bénéficiaires de pension de conjoint survivant qui sont salariés ou touchent une propre pension personnelle. S'explique ainsi notamment le montant moyen très bas touché pour les conjoints survivants masculins, qui représente moins de la moitié du niveau moyen des pensions de survie touché par les veuves.

6. Y compris les pensions d'invalidité reconduites à 65 ans et les allocations trimestrielles.

2. LA SITUATION FINANCIERE DU REGIME GENERAL DE PENSION

En 2016, les recettes courantes du régime général de pension excèdent les dépenses courantes de 1 269 millions EUR.

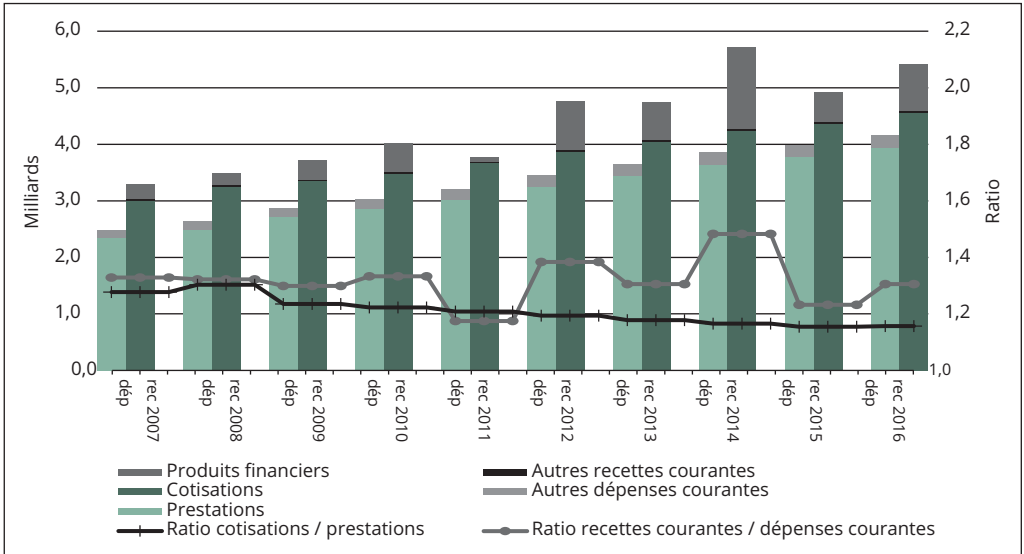
Il s'agit du résultat consolidé de la CNAP et du Fonds de Compensation (FDC), et donc tient compte des revenus de patrimoine de ce dernier.

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

Exercice	2012	2013	2014	2015	2016
RECETTES					
Cotisations des assurés et des employeurs	2 581	2 701	2 827	2 912	3 033
Variation annuelle en %	5,7%	4,6%	4,7%	3,0%	4,2%
Cotisations à charge des pouvoirs publics	1 290	1 350	1 413	1 455	1 516
Participation de tiers	0	0	0	0	0
Transferts provenant d'autres organismes	3	5	5	3	4
Revenus sur immobilisation	25	23	22	24	34
Produits divers de tiers	6	5	5	7	6
Produits financiers	859	664	1 443	515	830
Autres recettes	0	0	0	0	0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	4 764	4 748	5 715	4 916	5 422
Variation annuelle en %	26,3%	-0,3%	20,4%	-14,0%	10,3%
DEPENSES					
Frais d'administration	40	40	42	43	44
Prestations en espèces	3 242	3 438	3 639	3 782	3 932
Variation annuelle en %	7,0%	6,0%	5,8%	3,9%	
Transfert de cotisations à d'autres organismes	137	138	154	154	161
Décharges et restitutions à d'autres organismes	15	12	12	3	5
Frais de gestion du patrimoine	3	3	2	3	2
Charges financières	0	0	0	0	0
Dotations aux provisions et aux amortissements	7	6	6	6	8
Autres dépenses	0	0	0	0	0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	3 443	3 637	3 855	3 991	4 153
Variation annuelle en %	7,3%	5,6%	6,0%	3,5%	4,1%
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	1 321	1 111	1 860	926	1 269
Réserve minimale	4 864	5 157	5 459	5 674	6 230
Excédent/découvert cumulé (après op. sur réserve)	7 779	8 597	10 155	10 867	11 581
RESERVE GLOBALE	12 643	13 754	15 614	16 541	17 810
Variation annuelle en %	11,7%	8,8%	13,5%	5,9%	7,7%

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

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



2.1. LES RECETTES

Les recettes en cotisations ont connu une croissance de 4,2% en 2016 (+3,0% en 2015) pour atteindre 4 549 millions EUR.

Au total, les recettes courantes du régime général augmentent de 10,3% en une année. Ce taux qui dépasse l'évolution des recettes en cotisations, s'explique essentiellement par le résultat financier du Fonds de compensation (FDC).

En effet, parmi les recettes principales du FDC, il y a lieu de citer les revenus sur immobilisations (loyers perçus, ...) à hauteur de 34,0 millions EUR, 3,7 millions EUR de revenus sur prêts accordés et surtout un écart de réévaluation de 823,7 millions EUR.

En 2016, ces valeurs mobilières (actions, obligations et devises) de cet OPC, Fonds de compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS (ci-après : la SICAV-FIS), ont ainsi rapporté 357,17 millions EUR en revenus dits réalisés (dividendes et intérêts perçus) et 492,9 millions EUR de plus-values (réalisées et non réalisées). La partie des plus-values est la principale raison des importantes fluctuations des produits financiers du régime général. En 2015, elle se chiffrait à 168,6 millions EUR.

2.2. LES DÉPENSES

Le niveau des prestations en espèces atteint 3 932 millions EUR en 2016, soit une progression de 4,0% par rapport à 2015.

Les pensions proprement dites (pensions personnelles et pensions de survie) représentent 3 807 millions EUR, le coût des indemnités d'attente s'élève à 97,8 millions EUR (-0,6%). Les remboursements de préretraites aux Fonds pour l'emploi diminuent aussi.

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

Dépenses en prestations	2012	2013	2014	2015	2016
Pensions	3 143,2	3 327,1	3 511,6	3 656,2	3 807,4
Variation annuelle en %	6,9%	5,9%	5,5%	3,8%	4,1%
Indemnités d'attente	61,9	73,9	88,1	98,4	97,9
Variation annuelle en %	17,7%	19,4%	19,2%	11,6%	-0,5%
Indemnités de préretraite	28,5	26,0	24,8	24,4	21,9
Variation annuelle en %	-9,0%	-4,5%	-1,6%	-1,6%	-10,2%

Les frais de gestion du patrimoine et les dotations aux amortissements sont liés aux immeubles détenus par le FDC. Au 31 décembre 2016, la valeur nette des immobilisations corporelles (terrains, immeubles, installations et mobilier) détenues s'élève à 410,3 millions EUR. De plus, le FDC détient des valeurs mobilières pour 15 861 millions EUR, placées en grandes parties dans l'organisme de placement collectif du Fonds de Compensation de la Sécurité Sociale SICAV-FIS, et des immobilisations financières (prêts) pour 206,9 millions EUR. A noter que les charges et dépenses de la SICAV-FIS (charges financières, moins-values réalisées et non réalisées) sont comprises dans l'écart de réévaluation.

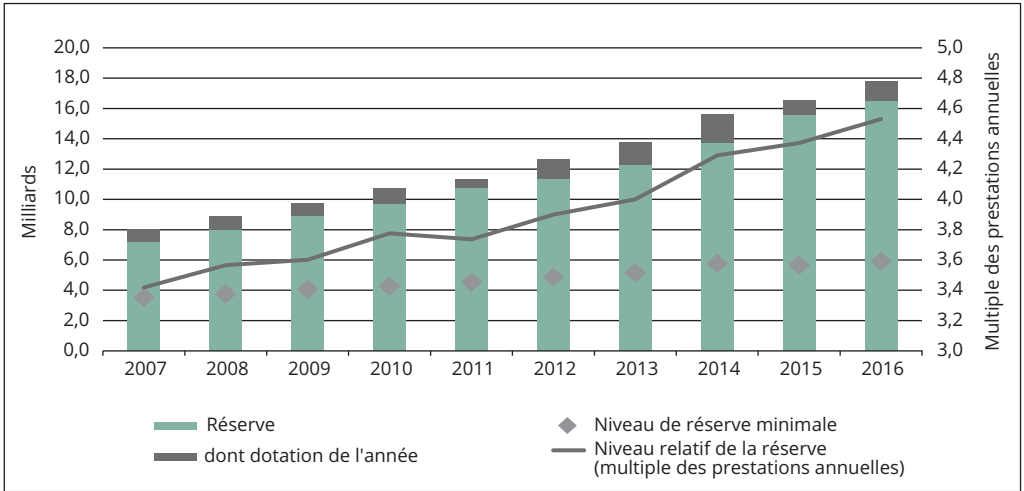
2.3. LE RÉSULTAT ET LA RÉSERVE

Les recettes en cotisations dépassent les dépenses en prestations en espèces de 617 millions EUR, soit un surplus de 15,6%.

Hors FDC, l'excédent courant de la CNAP s'élève à 416,8 millions EUR pour 2016. Après dotation au fonds de roulement minimal (la loi prévoit un niveau correspondant à 20% des prestations de l'année précédente), la CNAP a ainsi pu transférer 388,0 millions EUR au FDC.

L'excédent consolidé du régime général (CNAP et FDC) s'élève à 1 269 millions EUR et permet de porter la réserve à 17 809,0 millions EUR dont 756,5 millions EUR de fonds de roulement (CNAP) et 17 052,5 millions EUR de réserve de compensation (FDC). Au 31 décembre 2016, la réserve correspond ainsi à 4,53 fois le montant des prestations annuelles, et dépasse largement le seuil minimum requis de 1,5.

Graphique 8: Evolution de la réserve du régime général de pension



Le fait que le taux de cotisation global de 24% dépasse régulièrement la prime de répartition pure permet au régime de dégager d'importants excédents financiers et de consolider une réserve substantielle dépassant le double du montant légalement requis.

Néanmoins, depuis quelques années l'évolution de deux des trois principaux indicateurs de santé financière du régime que sont le coefficient de charge, la prime de répartition pure et le niveau relatif de la réserve, se dégradent.

La progression du coefficient de charge, bien que légère indique que la charge des pensions sur les cotisations des assurés actifs augmente. Depuis 2008, la prime de répartition pure se rapproche du taux de cotisation global, ce qui diminue par conséquent les excédents financiers, hors rendement de la fortune. Néanmoins, le niveau relatif de la réserve continue encore à progresser.

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

Année	Coefficient de charge	Prime de répartition pure	Niveau relatif de la réserve
2012	40,3	21,36%	3,90
2013	40,8	21,56%	4,00
2014	41,3	21,83%	4,29
2015	41,8	21,94%	4,37
2016	42,1	21,92%	4,53



INTRODUCTION

Le régime d'assurance accident, introduit par le législateur en 1902 appartient aux plus anciennes des protections sociales.

La population protégée par l'assurance accident est définie aux articles 85 à 91 du Livre II du Code de la sécurité sociale intitulé " Assurance Accident ".

Est assuré obligatoirement contre les accidents du travail et les maladies professionnelles l'ensemble des salariés y compris les fonctionnaires et employés de l'Etat, des communes et des établissements publics, les personnes y assimilées ainsi que les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle artisanale, commerciale ou libérale.

L'assurance accident gère pour le compte de l'Etat les régimes spéciaux couvrant entre autres les écoliers, élèves et étudiants, y compris dans le cadre de leurs activités périscolaires.

La population protégée par l'assurance accident se chiffre à 406 444 personnes au 31 décembre 2016.

Ce nombre est principalement constitué de la population active et des chômeurs. Ne sont pas incluses dans ce nombre certaines catégories liées à des activités extraprofessionnelles, qui sont marginales et plus difficiles à estimer. La situation actuelle de la population protégée est présentée au chapitre sur la protection sociale.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE ACCIDENT

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

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENT

Les prestations de l'assurance accident comprennent les prestations en espèces et les prestations en nature. Sont donc pris en charge :

- les prestations pour soins de santé ;
- les dégâts matériels ;
- les prestations en espèces pendant les 52 premières semaines ;
- les rentes pour accidents ;
- les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux ;
- les prestations de l'assurance dépendance ;
- les prestations des survivants.

ORGANISATION DE L'ASSURANCE ACCIDENT

La gestion de l'assurance accident est assurée par l'Association d'assurance accident (AAA), un établissement public chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle est placée sous la tutelle du Ministère de la Sécurité sociale et gérée par un comité directeur.

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT

Pour faire face aux charges globales du régime général, l'Association d'assurance accident applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve.

Les dépenses du régime général sont financées par des cotisations à charge des employeurs et des assurés non-salariés.

Le comité directeur de l'Association d'assurance accident fixe chaque année un taux de cotisation unique.

Le financement des régimes spéciaux se fait directement par le budget de l'Etat.

1. PRINCIPALES DONNEES STATISTIQUES

Les informations contenues dans ce chapitre proviennent soit des données comptables soit des données statistiques de l'Association d'assurance accident.

Encadré méthodologique

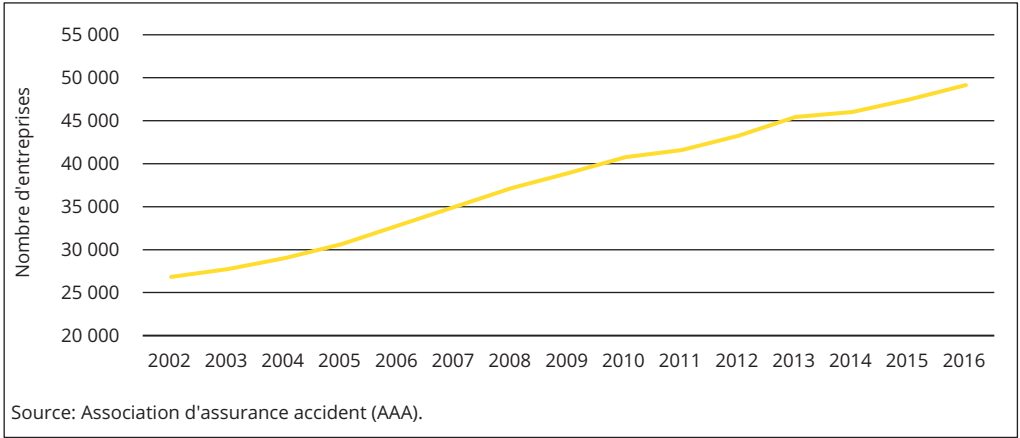
Pour la détermination des nombres ont été pris en compte :

- le nombre d'affiliés retenu au 31 décembre de l'exercice concerné ;
- le nombre de rentes (anciennes) qui sont liquidées au 31 décembre de l'exercice concerné ;
- le nombre de rentes (nouvelles) qui sont liquidées au 31 décembre de l'exercice concerné ;
- le nombre d'accidents déclarés : tous les accidents déclarés relevant de l'exercice concerné ;
- le nombre d'accidents reconnus : tous les accidents relevant de l'exercice concerné reconnus comme accident de travail avant le 2 septembre n+1.

1.1. AFFILIATION DES ENTREPRISES

Le graphique suivant illustre l'évolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident depuis 2002.

Graphique 1: Evolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident

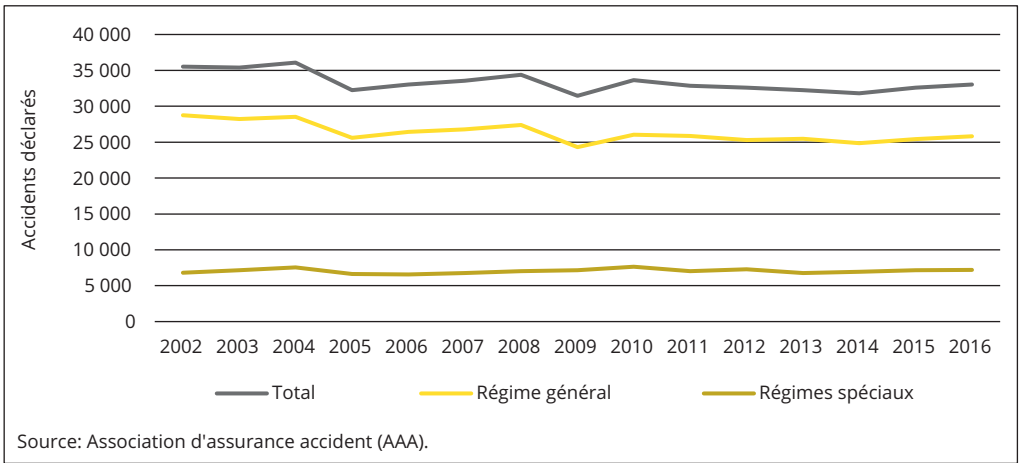


Au cours des 10 dernières années le nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident ne cesse d'augmenter. Le taux de croissance annuel moyen s'élève à 4,1% sur la période de 2006 à 2016. En 2016 leur nombre se situe à 49 148 unités, soit une augmentation de 3,5% par rapport à 2015.

1.2. STATISTIQUES SUR LES ACCIDENTS

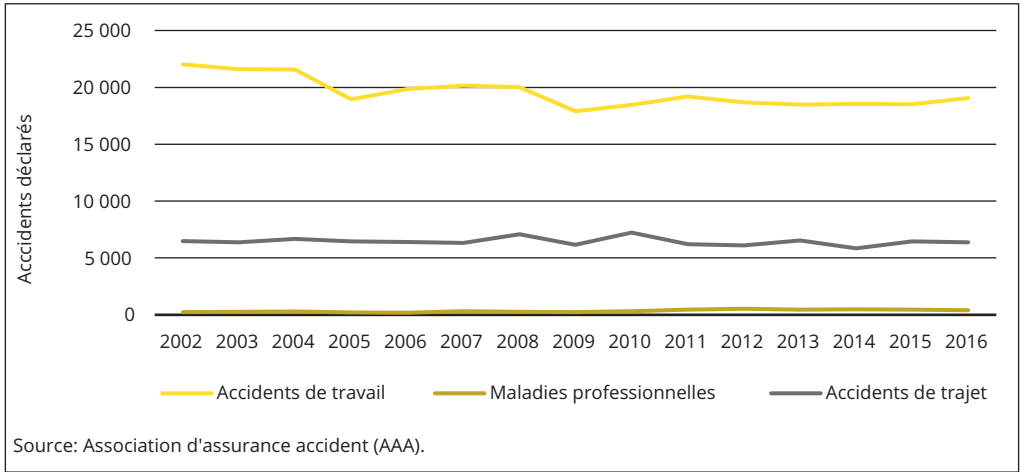
Le nombre d'accidents déclarés en 2016 s'élève à 33 020 dont 25 827 (78,2%) pour le régime général et 7 193 (21,8%) pour les régimes spéciaux. Le nombre d'accidents mortels est de 22 unités.

Graphique 2: Evolution du nombre d'accidents déclarés par régime



Parmi les cas déclarés au régime général, 73,8% concernent des accidents de travail proprement dits, 24,7% des accidents de trajet et 1,6% des maladies professionnelles.

Graphique 3: Evolution du nombre d'accidents déclarés du régime général par type d'accident



Toute personne assurée, victime d'un accident de travail ou de trajet est tenue d'informer sans retard son employeur. Celui-ci doit déclarer l'accident de travail à l'assurance accident en fournissant toutes les indications demandées sur un formulaire prescrit. Le refus de considérer comme accident de travail, ou de trajet ou maladie professionnelle un accident déclaré se fait par une décision du président de l'association d'assurance accident. Environ 78% des accidents déclarés seront reconnus comme accident de travail.

Tableau 1: Evolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général

Année	Accidents (tous)			Accidents du travail proprement dits			Accidents de trajet			Maladies professionnelles		
	déclarés	reconnus		déclarés	reconnus		déclarés	reconnus		déclarés	reconnus	
			mortels			mortels			mortels			mortels
2012	25 297	20 264	17	18 670	16 384	14	6 094	3 753	3	533	127	0
2013	25 477	20 766	22	18 478	16 565	6	6 552	4 076	16	447	125	0
2014	24 855	20 043	14	18 530	16 384	10	5 847	3 516	4	478	143	0
2015	25 437	19 938	22	18 521	16 151	14	6 468	3 695	8	448	92	0
2016	25 827	20 075	22	19 058	16 429	21	6 368	3 537	1	401	109	0

Source : Association d'assurance accident (AAA).

1.3. LES RENTES ET AUTRES PRESTATIONS

Les prestations accordées sous l'ancienne législation continueront à exister mais connaîtront une réduction rapide dans les années à venir. Les données reprises ci-dessous représentent le nombre des prestations en transition entre l'ancienne législation et l'application des dispositions de la réforme aux nouvelles prestations.

1.3.1. Les prestations suite à la réforme de l'assurance accident

La réforme de l'assurance accident a modifié ou introduit les prestations qui sont présentées ci-dessous.

Prestations pour soins de santé¹

Les soins de santé et l'assistance régulière pour les actes essentiels de la vie, suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, sont intégralement pris en charge par l'assurance accident. L'assuré n'aura pas à avancer les frais des prestations. Les frais pour soins de santé ou pour les actes essentiels de la vie sont payés directement par la Caisse nationale de santé pour le compte de l'assurance accident (art. 98 du CSS).

Indemnisation des dégâts matériels

Si lors d'un accident de travail, en cas de lésion corporelle, l'assuré a subi un dommage matériel, il a droit à une indemnisation des dégâts matériels accessoires. En outre, même en l'absence de lésions corporelles, l'assuré sera indemnisé des dégâts causés aux prothèses ou au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu sur la voirie publique sous certaines conditions et dans certaines limites (art. 99 du CSS).

Tableau 2: Evolution du nombre des dégâts matériels

Catégorie ^a	2014		2015		2016	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Dégât aux véhicules automoteurs	475	14	446	8	534	10
Dégât accessoire	138	8	122	12	135	6
TOTAL	613	22	568	20	669	16

a. Art. 99 du CSS.

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Prestations en espèces pendant les 52 premières semaines

En cas d'incapacité de travail totale temporaire suite à un accident ou à une maladie professionnelle, le salarié a droit au maintien intégral de son salaire.

Cette indemnité pécuniaire est versée pendant un maximum de 52 semaines sur une période de référence de 104 semaines. Le montant de l'indemnité correspond au salaire cotisable de la victime au moment de la survenance de l'incapacité de travail (art. 100 et 101 du CSS).

Les rentes

Pour les accidents survenus et les maladies professionnelles déclarées à partir du 1er janvier 2011, les rentes accidents y relatives indemnisent la perte totale ou partielle du revenu professionnel et présentent les caractéristiques communes suivantes :

1. Maladie et dépendance.

La rente complète

La rente complète est accordée pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à l'accident ou la maladie professionnelle survenues, alors que l'assuré exerçait une activité professionnelle soumise à l'assurance obligatoire ou qu'il était inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) (art. 102-104 du CSS).

La rente partielle

L'assuré qui a subi une perte de revenu professionnel par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit à une rente partielle à partir de la reprise d'une activité professionnelle avant l'âge de 65 ans à condition (art. 105-110 du CSS) :

- qu'il justifie un taux d'incapacité de travail permanente de 10% au moins après consolidation des lésions ;
- que la perte de revenu atteigne 10% au moins ;
- que, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, il soit incapable d'exercer son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail principalement en raison des séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

La rente d'attente

Si un assuré présente une incapacité de travail pour exercer son dernier poste de travail, principalement imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, et selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, il a droit à la rente d'attente de la part de l'assurance accident (art. 111-114 du CSS).

La rente de survie

Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie (art. 131-133 du CSS).

Tableau 3: Evolution du nombre des rentes par régime

Catégorie ^a	2014		2015		2016	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régime général	Régimes spéciaux	Régimes spéciaux
Rentes complètes	582	7	669	4	629	8
Rentes partielles	4	1	5	-	5	-
Rentes d'attente	176	2	243	2	323	1
Rentes de survie	71		103			
TOTAL	833	10	1 020	6	1 090	9

a. Sont prises en compte les rentes et indemnités liquidées pendant l'exercice.
Source : Association d'assurance accident (AAA).

Les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Si, après la consolidation, l'assuré est atteint, par suite d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée à partir du 1er janvier 2011, d'une incapacité de travail totale ou partielle permanente, il a droit à l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux. Selon ces préjudices, les indemnités sont forfaitaires ou calculées sur base d'un barème d'évaluation médicale (art. 118-120 du CSS).

Les prestations des survivants

Par ailleurs les bénéficiaires d'une rente de survie octroyée suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ayant causé le décès de l'assuré, en l'occurrence le conjoint ou le partenaire ainsi que les enfants de l'assuré, ont chacun droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire (art. 130 du CSS).

Tableau 4: Evolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux par régime

Catégorie	2014		2015		2016	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Préjudice physiologique et d'agrément (capital) ^a	1 682	50	1 087	29	1 129	30
Préjudice physiologique et d'agrément (mensuel) ^{a b}	108	3	154	3	241	3
Ind. forfaitaires pour douleurs physiques endurées ^c	1 720	52	1 113	30	1 159	30
Ind. forfaitaires pour douleurs physiques esthétique ^c	913	20	575	13	566	18
Ind. forfaitaires pour dommage moral (survivants) ^d	18	-	26	-	29	-
TOTAL	4 441	125	2 955	75	3 124	81

a. Art. 119 du CSS.

b. Sont prises en compte les rentes et indemnités liquidées pendant l'exercice.

c. Art. 120 du CSS.

d. Art. 130 du CSS.

Source : Association d'assurance accident (AAA).

1.3.2. Rentes accordées avant la réforme de l'assurance accident

Le nombre total des rentes s'élève en 2016 à 12 687 unités, ce qui représente une diminution de 2,8% par rapport aux 13 047 unités en 2015.

Le nombre de rachats de rentes ainsi que les rentes transitoires de l'ancien régime connaîtront une réduction rapide suite aux rachats d'office des rentes inférieures à 10% et des consolidations des anciens cas sous l'ancienne législation.

La répartition de ces rentes par catégorie se présente comme suit :

Tableau 5: Evolution de la répartition des rentes accordées avant la réforme et rachats de rentes pour tous les régimes ^a

Catégorie	2014	2015	2016
Rachats			
Rachats < 10 %	107	31	25
Rachats >= 10 %	161	70	94
Indemnités globales payées aux conjoints survivants	10	4	2
Total des rachats	278	105	121
Rentes			
Rentes viagères	12 410	12 121	11 842
Rentes transitoires pour blessés	153	103	60
Rentes pour survivants	856	823	785
Total des rentes	13 419	13 047	12 687

a. Régime général et régimes spéciaux.
Source : Association d'assurance accident (AAA).

2. LA SITUATION FINANCIERE

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

Sur la période 2007 à 2016, des prélèvements ou le cas échéant des dotations à la réserve légale ont été effectués pour équilibrer le compte d'exploitation. Pour l'exercice 2016 le montant de la dotation à la réserve s'élève à 9,3 millions EUR.

Tableau 6: Evolution des opérations courantes de l'assurance accident (en millions EUR)

Année	AA section industrielle			AA section agricole		
	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde
2007	193,4	204,8	11,4	7,3	4,4	-2,9
2008	202,6	208,9	6,3	7,6	4,8	-2,8
2009	198,5	188,5	-10,0	7,5	4,7	-2,7
2010	207,8	198,8	-9,0	7,8	4,9	-2,9
Année	Association d'assurance accident					
2011	214,6	224,7	10,1			
2012	216,6	235,0	18,4			
2013	229,4	219,1	-10,4			
2014	232,1	227,2	-4,9			
2015	220,9	233,7	12,8			
2016	211,8	221,0	9,3			

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Les dépenses courantes représentent 0,4% du PIB en 2016, et leur proportion, partant de 1,3% en 1975, est en régression constante. Par ailleurs, le taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes entre 2012 et 2016 est de -0,6% (au nombre indice 100) ce qui témoigne d'une progression plus lente des dépenses que les taux des autres branches de la sécurité sociale.

Tableau 7: Evolution des recettes et des dépenses globales de l'assurance accident ^a
(en millions EUR)

	2012	2013	2014	2015	2016
RECETTES					
Cotisations	202,0	200,7	210,5	217,5	205,2
Participations de tiers	23,5	7,0	6,7	6,2	5,9
dont					
Participation aux frais d'administration	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3
Participation aux prestations	6,0	6,7	6,3	5,8	5,6
Participation de l'Etat (contribution forfaitaire)	17,2				
Transfert de cotisations	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Produits divers provenant de tiers	7,6	10,7	9,1	8,9	9,6
Produits financiers	1,9	0,6	0,8	0,8	0,3
Recettes diverses	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	235,0	219,1	227,2	233,7	221,0
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>4,6%</i>	<i>-6,8%</i>	<i>3,7%</i>	<i>2,8%</i>	<i>-5,4%</i>
DEPENSES					
Frais d'administration	10,2	11,2	11,6	12,1	12,7
Prestations en espèces	169,5	171,4	172,1	162,4	158,1
Prestations en nature	33,3	42,8	44,3	42,6	37,1
Transferts de cotisations à d'autres organismes	1,9	2,3	2,4	3,0	2,7
Autres dépenses	1,6	1,7	1,6	0,7	1,2
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	216,6	229,4	232,1	220,9	211,8
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>0,9%</i>	<i>5,9%</i>	<i>1,1%</i>	<i>-4,8%</i>	<i>-4,1%</i>
Solde des opérations courantes	18,4	-10,4	-4,9	12,8	9,3

a. Situation au 31 décembre, (jusqu'en 2010 - section industrielle - régime général) à partir de 2011 - le régime général inclut les fonctionnaires et employés publics ainsi que l'ancienne section agricole.

Source : Association d'assurance accident (AAA).

Le ralentissement des dépenses observé en 2012 (+0,9%) provient d'une diminution du nombre de rachats des rentes suite à la réforme de l'assurance accident.

La diminution des recettes en 2013 marque le retour à la normalité des recettes de l'assurance accident après 2011 et 2012 avec les contributions forfaitaires exceptionnelles de l'Etat. La diminution des recettes s'explique aussi par la baisse du taux de cotisation de 1,15% en 2012 à 1,10% en 2013.

L'augmentation des dépenses en 2013 s'explique principalement par une forte augmentation de 28,5% des prestations en nature. Cette variation importante est en partie due aux prestations transférées à l'étranger. La comptabilisation de ces prestations dépend des décomptes (E125) introduits de manière irrégulière par les institutions étrangères. Ainsi un montant de 7,8 millions EUR qui concernait l'année 2012, n'a été liquidé qu'en 2013.

En 2013 une augmentation de 21% du compte transfert en cotisation à d'autres organismes de sécurité sociale est observée. Celui-ci représente la part de l'assurance accident dans les cotisations sociales (assurance maladie, pension) dues sur les indemnités pécuniaires et les rentes tombant sous la nouvelle législation. Il fluctue en fonction du nombre des rentes et des montants des indemnités pécuniaires.

Comme en 2014, l'exercice 2015 reste encore marqué par la transition des prestations de l'ancienne et de la nouvelle législation. L'augmentation conséquente des dépenses des nouvelles prestations est compensée par la diminution progressive des anciennes prestations.

Pour l'exercice 2015 on peut noter une baisse des dépenses courantes de l'ordre de 4,8% par rapport à l'exercice 2014. Cette diminution est principalement due aux rachats des rentes de l'ancienne législation et aux indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux. En effet le montant des rachats de rentes affiche une baisse de 61% par rapport à 2014. En 2015 ce montant continuera à décroître au fur et à mesure des années étant donné que les rachats de rentes n'est prévu que par l'ancienne législation.

En 2015 les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux ont vu leur montant baisser de 28% par rapport à 2014. Le nombre de demandes restant constant, cette régression peut s'expliquer par une diminution du nombre de décisions émises par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

En 2016 les recettes ainsi que les dépenses diminuent de 5,4% respectivement 4,1%. Cette diminution des recettes est essentiellement imputable à la baisse du taux de cotisation moyen de 1,10% en 2015 à 1,00% en 2016. En ce qui concerne les dépenses, surtout les prestations en nature connaissent une forte diminution (-12,9%).

2.2. LES RECETTES COURANTES

En 2016, l'assurance accident est financée à raison de 92,8% par des cotisations, de 2,7% par des contributions publiques et de 4,5% par des revenus sur la fortune et des recettes diverses. A noter que parmi les contributions publiques figure la prise en charge intégrale des prestations allouées dans le cadre des régimes spéciaux.

En 2016 les cotisations ont diminué de 5,7% par rapport à 2015.

Tableau 8: Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2016 (en milliers EUR)

Recettes	Montant	En % du total
Cotisations	205 178,6	92,8%
Participation de l'Etat	5 949,9	2,7%
Produits financiers et recettes diverses	9 915,9	4,5%
TOTAL	221 044,4	100,0%

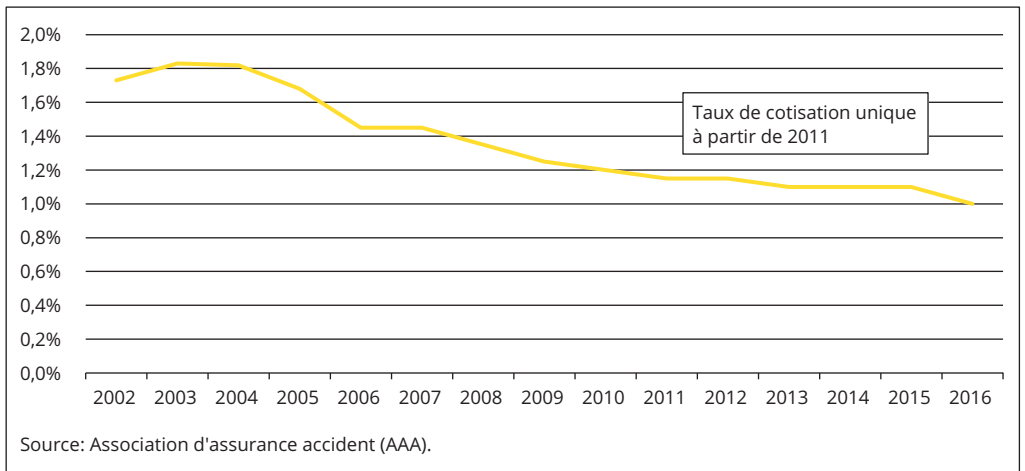
Source : Association d'assurance accident (AAA).

Etant donné que les taux de cotisation de la section industrielle étaient fixés annuellement pour chaque position du tarif de risque, 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 pour se situer à 1,54% en 1999, et pour atteindre en 2003, après une nouvelle progression, une valeur de 1,83%.

La loi du 17 décembre 2010 a introduit un taux de cotisation unique dans l'assurance accident qui est fixé annuellement par le comité directeur de l'Association d'assurance accident.

Graphique 4: Evolution du taux de cotisation moyen de l'assurance accident



Pour 2011 et 2012 le taux s'élevait à 1,15% et pour 2013, 2014 et 2015 il a été fixé à 1,10%. En 2016 il se situe à 1,00%.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

En 2016 les dépenses courantes de l'assurance accident se composent à raison de 92,2% de prestations, les frais d'administration représentent 6,0% et les dépenses diverses 1,8%.

Tableau 9: Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2016 (en milliers EUR)

Dépenses	Montant	En % du total
Frais d'administration	12 727,5	6,0%
Prestations en espèces	158 077,1	74,7%
Prestations en nature	37 082,3	17,5%
Dépenses diverses	3 865,4	1,8%
TOTAL	211 752,3	100,0%

Source : Association d'assurance accident (AAA).

La progression des montants des prestations du régime général a plusieurs raisons, notamment l'évolution indiciaire, la croissance de la masse salariale, l'ajustement des rentes et, à partir de 2011, l'intégration des fonctionnaires et employés publics ainsi que des exploitants agricoles dans le régime général.

En 2011 les montants des nouvelles prestations de l'assurance accident sont faibles, étant donné que seuls les nouveaux cas d'accident sont affectés par la nouvelle législation. Ces montants vont subir un accroissement rapide dans les années à venir, à l'inverse des montants concernés par l'ancienne législation qui vont baisser.

Tableau 10: Evolution du montant des prestations du régime général (régimes spéciaux exclus)

	2012	2013	2014	2015	2016
Prestations en espèces	167 176 180,0	168 842 623,7	169 568 424,1	160 292 615,7	155 939 262,9
Indemnités pécuniaires	32 857 379,5	33 956 659,5	31 627 584,6	32 150 512,5	29 588 244,5
Lohnfortzahlung (LFZ)	18 825 336,1	19 487 736,0	19 118 071,9	19 857 515,5	18 880 745,9
Indemnités pécuniaires (IP)	13 512 467,3	13 849 072,0	11 854 994,5	11 670 074,4	9 881 233,9
Assurance dépendance	519 576,1	619 851,4	654 518,1	622 922,6	826 264,7
Rentes	105 831 076,3	106 816 360,0	109 060 011,7	109 159 385,9	107 213 021,1
Ancienne législation	101 198 234,9	98 633 870,2	97 064 047,3	93 954 269,3	
Rentes viagères	75 655 619,3	76 841 361,0	77 483 243,8	75 876 156,8	74 869 186,8
Rentes de survie	15 989 087,2	15 988 647,3	15 827 607,3	15 254 882,9	14 677 816,9
Rentes transitoires	4 502 996,1	3 121 124,2	1 971 109,9	1 264 569,2	797 658,4
Palements uniques	5 050 532,3	2 682 737,7	1 782 086,2	1 558 660,3	695 785,9
Nouvelle législation	4 632 841,4	8 182 489,7	11 995 964,4	15 205 116,6	16 172 573,1
Rentes complètes	4 037 737,8	6 184 982,0	7 151 363,0	8 534 541,2	7 828 959,7
Rentes partielles	-	13 936,8	14 780,4	170 921,4	72 005,0
Rentes d'attente	491 544,5	1 753 012,0	4 454 657,3	6 052 020,8	7 728 847,2
Rentes de survie	103 559,2	230 559,0	375 163,7	447 633,1	542 761,3
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	5 792 051,0	13 924 133,8	19 410 846,2	15 288 472,4	15 853 111,4
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %	3 398 185,2	8 824 269,4	12 218 677,6	8 502 254,0	8 265 110,7
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	110 930,7	499 754,8	994 111,7	1 346 296,9	2 164 774,3
Douleurs physiques	976 743,6	2 371 894,9	4 251 781,0	2 817 122,4	3 223 274,8
Préjudice esthétique	277 741,4	581 407,5	824 122,0	496 522,8	498 106,1
Indemnité dommage moral/ survivants	1 028 450,0	1 646 807,2	1 122 153,7	2 126 276,4	1 701 845,5
Rachats de rentes	22 692 846,3	14 144 695,5	9 469 743,7	3 689 032,7	3 284 885,8
Rachats d'office	13 261 601,8	5 228 953,0	1 713 173,6	559 419,1	306 612,2
Rachats sur demande	9 347 906,9	8 756 652,6	7 556 919,5	3 047 026,6	2 940 092,6
Autres	83 337,6	159 089,9	199 650,6	82 587,0	38 181,1
Autres	2 826,9	774,9	237,9	5 212,4	-
Autres secours en espèces	2 826,9	774,9	237,9	5 212,4	-
Intérêts moratoires sur prest.					
Prestations en nature	29 611 906,1	39 273 868,6	40 683 326,9	38 924 079,2	33 628 748,0
AAA -Dégâts matériel	2 038 971,6	1 823 078,5	1 381 197,1	1 373 175,3	1 764 209,9
AAA -Soins	379 540,8	290 119,4	308 381,6	351 068,3	411 357,2
Indemnité pour dommage moral	-	-			-
CNS - Prestations luxembourgeoises	23 008 737,6	24 454 231,1	30 384 566,1	26 722 796,8	22 420 236,1
CNS - Prestationsétrangères	3 009 777,6	11 224 994,2	6 899 111,8	8 381 599,2	7 122 489,8
CNS - Assurance dépendance	1 174 878,6	1 481 445,5	1 710 070,4	2 095 439,6	1 910 455,0
TOTAL DES PRESTATIONS	196 788 086,1	208 116 492,3	210 251 751,0	199 216 695,0	189 568 010,9

Source : Association d'assurance accident (AAA).

2.3.1. Les prestations des régimes spéciaux

A partir de 2011, les variations des dépenses en prestations des régimes spéciaux sont principalement causées par les nouvelles dispositions suite à la réforme de l'assurance accident.

Tableau 11: Evolution du montant des prestations des régimes spéciaux

	2012	2013	2014	2015	2016
Prestations en espèces	2 362 105,7	2 607 280,2	2 563 803,1	2 146 834,8	2 137 845,9
Indemnités pécuniaires	280 090,1	245 763,0	132 502,4	96 538,4	77 908,2
Lohnfortzahlung (LFZ)	-	-	-	-	-
Indemnités pécuniaires (IP)	220 507,2	190 139,3	67 714,6	30 240,3	9 653,1
Assurance dépendance	59 582,9	55 623,7	64 787,8	66 298,1	68 255,1
Rentes	1 535 644,6	1 580 837,4	1 646 403,3	1 567 513,5	1 577 489,9
Ancienne législation	1 453 930,5	1 465 765,3	1 483 544,1	1 440 402,3	1 409 377,2
Rentes viagères	1 308 160,5	1 349 478,4	1 344 727,3	1 341 546,5	1 320 522,2
Rentes de survie	65 794,0	67 438,2	68 694,4	68 694,4	69 036,7
Rentes transitoires	26 314,8	14 736,6	17 232,3	18 413,3	17 896,6
Paiements uniques	53 661,2	34 112,1	52 890,2	11 748,1	1 921,7
Nouvelle législation	81 714,1	115 072,1	162 859,3	127 111,2	168 112,7
Rentes complètes	21 361,4	80 960,2	136 072,6	100 991,3	150 859,7
Rentes partielles	-	2 550,1	2 550,1	-	-2 550,1
Rentes d'attente	-	31 561,8	24 236,6	26 119,9	19 803,1
Rentes de survie	60 352,7	-	-	-	-
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	183 868,7	301 503,5	509 187,3	326 054,4	266 416,6
Préjudice physiologique et d'agrément ≤ 20 %	48 604,1	188 225,1	339 248,4	220 612,7	164 205,3
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	-	2 353,3	24 196,8	19 631,2	23 204,6
Douleurs physiques	9 815,5	54 595,0	124 319,4	76 935,9	68 878,4
Préjudice esthétique	1 933,1	12 186,7	21 422,7	8 874,6	10 128,3
Indemnité dommage moral/ survivants	123 516,0	44 143,5	-	-	-
Rachats de rentes	362 502,3	479 176,4	275 710,0	156 728,6	216 031,3
Rachats d'office	362 502,3	479 176,4	275 710,0	156 728,6	216 031,3
Prestations en nature	3 686 456,3	3 501 140,4	3 664 361,7	3 666 542,7	3 453 549,4
Prestations de soins	3 686 456,3	3 501 140,4	3 664 361,7	3 666 542,7	3 453 549,4
TOTAL DES PRESTATIONS	6 048 562,0	6 108 420,6	6 228 164,8	5 813 377,5	5 591 395,3

Source : Association d'assurance accident (AAA).

INTRODUCTION

Les prestations familiales ont vu le jour pendant la première guerre mondiale sous la forme d'un sursalaire alloué par certains employeurs du secteur de la sidérurgie aux travailleurs ayant des enfants à charge. La première base légale qui a créé les allocations familiales en faveur de tous les salariés date de 1947. Depuis, le champ des prestations familiales s'est fortement élargi et leurs objectifs se sont diversifiés, soit pour s'adapter aux changements sociétaux, notamment l'accès de plus en plus de femmes au marché du travail et l'évolution des structures familiales, soit pour accompagner, voire infléchir certains comportements. A côté de l'objectif de redistribution des familles sans enfants vers les familles avec enfants en place depuis la naissance des prestations familiales, des objectifs de santé publique, de conciliation vie familiale/vie professionnelle et de libre choix sont venus s'ajouter. Les objectifs affichés des dernières réformes (2016) visent, quant à eux, à favoriser l'égalité des chances, à harmoniser la vie familiale et la vie professionnelle, à individualiser les droits de l'enfant, à rendre cohérent les différentes prestations familiales et à promouvoir les prestations en nature par rapport aux prestations en espèces.

La population protégée par les prestations familiales est constituée des enfants, et donc aussi des parents ou tuteurs légaux des enfants. Les bénéficiaires sont les enfants et, pour les allocations de naissance, la future mère, et pour l'indemnité de congé parental, les parents. La situation actuelle de la population protégée est présentée dans le chapitre sur la protection sociale.

OBJECTIFS DES PRESTATIONS FAMILIALES

Les allocations familiales ont pour objet de soutenir l'avenir des enfants et ceci indépendamment de l'évolution de la structure du ménage auquel l'enfant appartient.

L'allocation de rentrée scolaire a pour objectif de compenser les frais spécifiques en relation avec la rentrée des classes.

L'allocation spéciale supplémentaire a pour objectif de compenser partiellement les charges supplémentaires imposées au ménage dues à la présence d'enfants handicapés.

L'allocation de naissance poursuit un objectif de santé publique. Elle vise à réduire les risques d'accidents de la grossesse et de mortalité infantile.

Le congé parental permet aux parents d'interrompre ou de réduire leur activité professionnelle pour se consacrer à l'éducation de leur enfant. La durée du congé parental varie selon le modèle choisi, les bénéficiaires du congé parental perçoivent un revenu de remplacement et ils ont la garantie de retrouver le même emploi ou un emploi similaire à l'issue du congé.

LES PRESTATIONS POUR LES FAMILLES ET LES ENFANTS

Il existe deux types de prestations pour les familles et les enfants : les prestations en espèces et les prestations en nature. Les prestations en espèces actuelles sont les suivantes :

- l'allocation pour l'avenir des enfants, composée des allocations familiales de base et des majorations d'âge ;
- l'allocation de rentrée scolaire ;
- l'allocation spéciale supplémentaire en faveur des enfants handicapés ;

- les allocations de naissance, comprenant l'allocation prénatale, l'allocation de naissance proprement dite et l'allocation postnatale ;
- l'indemnité de congé parental ;
- l'allocation d'éducation (abolie au 1^{er} juin 2015).

Les chèques-service accueil constituent des prestations familiales en nature et ont été introduits en 2009 en vue de réaliser à long terme la gratuité des services de garde d'enfants.

ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES

La Caisse pour l'avenir des enfants (CAE) (anciennement : Caisse nationale des prestations familiales (CNPF)), créée en 2016, a pour mission de s'occuper de la gestion et du paiement des prestations familiales en espèces et en nature. La suite de ce chapitre analysera exclusivement les prestations familiales en espèces gérées par la CAE.

FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES

La réforme des prestations familiales de 2016 a profondément modifié le système de financement des prestations familiales. Mais ce nouveau système de financement n'entrera en vigueur qu'à partir du 1^{er} janvier 2017. Pour 2016, c'est le système de financement introduit en 1986, et modifié à plusieurs reprises qui prévaut. L'allocation pour l'avenir des enfants (allocations familiales et majorations d'âge) et l'allocation spéciale supplémentaire sont en principe financées à moitié par des cotisations patronales et à moitié par une contribution de l'Etat. Les cotisations à charge de l'employeur sont calculées à partir d'un taux de 1,7% sur la masse salariale. Cependant, depuis 1994, l'Etat prend en charge les cotisations dues pour les salariés du secteur privé, et depuis 1995, aussi celles dues pour les non-salariés agriculteurs et viticulteurs. Depuis 1999, la charge des cotisations dues par tous les non-salariés est intégralement transférée à l'Etat. L'Etat, les établissements publics, les communes, les syndicats intercommunaux et la CFL sont ainsi les seuls employeurs qui payent encore des cotisations proprement dites.

Les prestations uniques (allocations de maternité et prestations de naissance), l'allocation de rentrée scolaire (depuis 1992), l'allocation d'éducation (depuis 1993), le boni pour enfant et les frais d'administration sont entièrement à charge du budget de l'Etat. L'indemnité de congé parental est prise en charge en partie par le budget de l'Etat et en partie par le Fonds pour l'emploi.

LES RÉFORMES DES PRESTATIONS FAMILIALES

L'année 2016 a été marquée par l'entrée en vigueur de deux réformes majeures des prestations familiales.

Celle entrée en vigueur le 1^{er} août 2016 se caractérise principalement par l'introduction d'un montant unique des allocations familiales de 265 EUR/mois par enfant, par l'abolition du boni pour enfant, par une hausse des montants des majorations d'âge et de celui de l'allocation spéciale supplémentaire. A l'image des allocations familiales, le montant des allocations de rentrée scolaire n'est plus modulé selon la taille de la fratrie, mais uniquement selon l'âge de l'enfant. Cette réforme a également modifié la dénomination de l'institution en charge des prestations familiales en Caisse pour l'avenir des enfants (CAE) (anciennement Caisse nationale des prestations familiales (CNPF)) et les allocations pour l'avenir des enfants ont remplacé les allocations familiales.

Le 1^{er} décembre 2016 est entrée en vigueur la réforme du congé parental. Elle permet aux parents de choisir parmi des modèles de congés flexibles et adaptés à leurs situations professionnelles tout en bénéficiant d'un revenu de remplacement calculé sur base des revenus précédant le début du congé parental.

1. LES PRESTATIONS

Le nombre de bénéficiaires des prestations familiales en espèces, donc le nombre d'enfants et le nombre de naissances, est déterminant pour leur coût financier. L'indicateur conjoncturel de fécondité et le taux de natalité permettent de prévoir l'évolution du nombre d'enfants. Pour 2016, l'indicateur conjoncturel de fécondité a atteint 1,40 contre 1,47 en 2015, et le taux de natalité est descendu à 10,37 contre 10,74 en 2015 (Source : STATEC, 2016).

Les enfants sont bénéficiaires des allocations familiales de base, des majorations d'âge, de l'allocation spéciale supplémentaire, et des allocations de rentrée scolaire. Les (futurs) mères sont les bénéficiaires des allocations de maternité (jusqu'au 1^{er} juin 2015) et des prestations de naissances (regroupant allocations prénatales, allocations de naissance et allocations postnatales). Finalement, les parents peuvent bénéficier d'une indemnité de congé parental ou de l'allocation d'éducation (jusqu'au 1^{er} juin 2015), sous certaines conditions.

Encadré méthodologique

Pour le graphique qui suit, les données proviennent de la base de données " allocations familiales " de la CAE stockées auprès du Centre commun de la sécurité sociale. Cette base de données contient les informations liées aux paiements courants et aux paiements uniques en matière d'allocations familiales. Ces paiements concernent l'ensemble des enfants bénéficiaires résidents et une partie seulement des enfants bénéficiaires non-résidents. En effet, dès lors que les enfants non-résidents, en grande majorité des enfants de travailleurs frontaliers, bénéficient de prestations familiales dans leur pays de résidence, le Luxembourg verse des prestations différentielles, c'est-à-dire la différence entre le montant de l'ensemble des prestations familiales auxquelles un enfant non-résident a droit au Luxembourg et le montant de l'ensemble des prestations familiales auxquelles il a droit dans son pays de résidence. Le mode de gestion des paiements différentiels étant différents des paiements courants et des paiements uniques, ils n'apparaissent pas dans la base de données " allocations familiales " de la CAE. Les statistiques produites à partir de cette base de données sous-estiment donc le nombre de bénéficiaires d'allocations familiales. L'extraction des données a été effectuée par l'IGSS. Le tableau sur le nombre de prestations est alimenté par les chiffres publiés par la CAE dans leur décompte annuel, de même que les tableaux sur la situation financière.

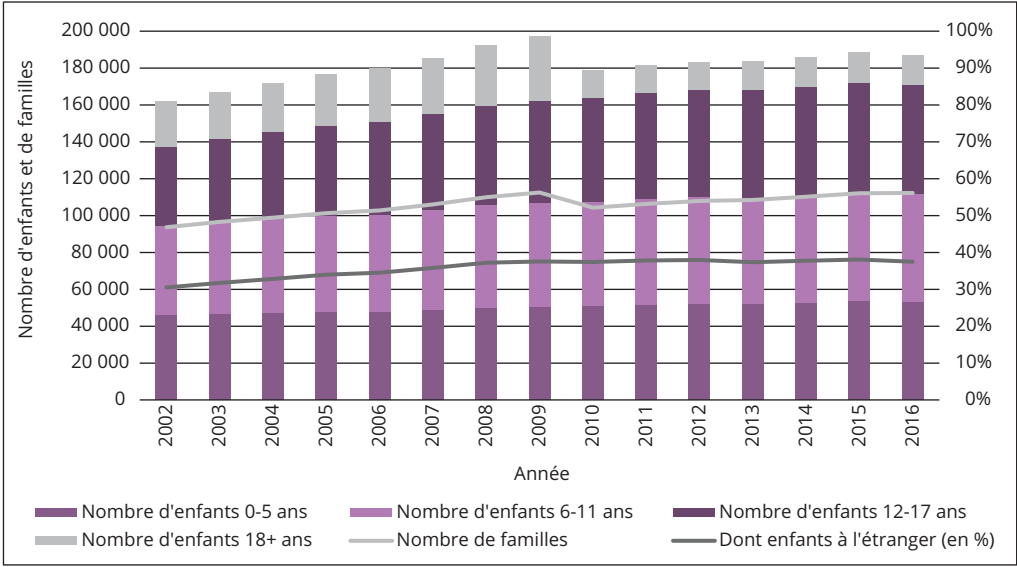
1.1. L'ALLOCATION POUR L'AVENIR DES ENFANTS

L'allocation pour l'avenir des enfants se compose de l'allocation familiale de base et des majorations d'âge.

1.1.1. L'allocation familiale de base

L'allocation familiale de base est allouée à tous les enfants résidents, ainsi qu'aux enfants des travailleurs frontaliers non-résidents jusqu'à l'âge de 18 ans accomplis et elle est maintenue jusqu'à l'âge de 25 ans accomplis, pour ceux qui poursuivent des études dans l'enseignement secondaire ou qui sont en apprentissage.

Graphique 1: Evolution du nombre d'enfants bénéficiaires par groupe d'âge et du nombre des familles attributaires (situation au 31 décembre - uniquement paiements courants)



Sur une fenêtre de 15 ans (2002 à 2016), deux périodes se distinguent franchement en matière de nombre de bénéficiaires d'allocations familiales. De 2002 à 2009, le nombre total d'enfants bénéficiaires est en augmentation constante, avec un passage de 162 152 enfants en 2002 à 197 020 enfants en 2009 et une part de bénéficiaires non-résidents qui passe de 31% en 2002 à 38% en 2009.

Suite à l'introduction de la loi du 26 juillet 2010, qui fixe l'âge limite des allocations familiales à 18 ans, sauf pour les élèves de l'enseignement secondaire, le nombre de bénéficiaires âgés de 18 ans et plus diminue fortement. Il passe de 34 749 bénéficiaires en 2009 à 14 777 bénéficiaires en 2010, et provoque une rupture de série dans les statistiques sur les bénéficiaires des allocations familiales. Entre 2011 et 2015, le nombre total de bénéficiaires repart à la hausse. En décembre 2016, donc 5 mois après la réforme des prestations familiales, la CAE a versé des allocations familiales (paiements courants) à 186 898 enfants issus de 110 036 familles, ce qui équivaut à un décroissement du nombre des enfants de 1 702 unités (0,9%) et un accroissement du nombre des familles de 14 unités par rapport à 2015. Le léger recul du nombre d'enfants concerne principalement les non-résidents dont les conditions d'éligibilité aux allocations familiales sont devenues plus strictes suite à la réforme des prestations familiales de 2016.

La réforme de 2016 a écarté la notion de groupe familial, c'est-à-dire le nombre d'enfants ouvrant droit aux allocations familiales au sein d'une même famille, qui prévalait jusque-là pour déterminer le montant des allocations familiales. Mais, les données permettent de le reconstituer. Entre 2002 et 2016, la taille moyenne des groupes familiaux est passée de 1,77 à 1,70. Cette diminution n'est pas à mettre au compte de la démographie mais au fait que l'introduction de la loi du 26 juillet 2010 a fait chuter brutalement ce nombre et au fait que seuls les enfants dont les allocations sont versées sous forme de paiements courants, soit une part seulement des enfants non-résidents, sont pris en compte pour établir la taille moyenne.

De 2002 à 2015, le nombre d'enfants non-résidents, bénéficiaires de paiements courants, a augmenté de 58% et le nombre d'enfants résidents de 5%. Entre 2015 et 2016, le nombre des enfants non-résidents a diminué de 1 801 unités (-2,5%), pour atteindre 69 999 enfants au 31 décembre 2016. Par rapport à 2015, le nombre d'enfants bénéficiaires résidant au Luxembourg a augmenté de 99 unités (+0,1%) pour atteindre 116 899 unités en 2016.

1.1.2. Les majorations d'âge

Chaque enfant bénéficiaire des allocations familiales de base a droit à une majoration d'âge dès qu'il atteint l'âge d'entrée dans le cycle 2 de l'école fondamentale (début de l'ancienne école primaire), soit 6 ans. Le montant de la majoration d'âge augmente quand l'enfant atteint l'âge d'entrée dans l'enseignement secondaire, soit 12 ans. Le but de cette prestation, introduite progressivement en 1976 et 1977, est d'adapter les allocations familiales versées aux familles aux dépenses croissantes avec l'âge des enfants. En tout, 133 653 enfants ont bénéficié d'une majoration d'âge en 2016, dont 75 106 (56%) sont âgés de 12 ans et plus.

1.2. L'ALLOCATION SPÉCIALE SUPPLÉMENTAIRE

L'allocation spéciale supplémentaire (ASS) a été introduite en 1985 afin de pallier les dépenses supplémentaires occasionnées aux familles ayant un enfant handicapé à charge. Chaque enfant, bénéficiaire de l'allocation pour l'avenir des enfants et atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou diminution permanente d'au moins 50% de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge, a droit à l'ASS. L'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2004 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées a eu pour effet de supprimer l'ASS aux bénéficiaires non-résidents percevant une prestation ou un revenu étranger en rapport avec leur handicap et donc de réduire subitement le nombre de bénéficiaires d'une ASS. A partir de 2006, le nombre d'ASS retrouve son rythme de progression normal. En 2016, la réforme des prestations familiales augmente le montant de l'allocation spéciale supplémentaire qui passe à 200 EUR/mois, contre 185,60 EUR/mois jusque-là. En 2016, le nombre de bénéficiaires de cette allocation s'établit à 2 426 enfants, contre 2 401 enfants en 2015 (+1,0%).

1.3. L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE

L'allocation de rentrée scolaire existe depuis 1986. Elle est liquidée ensemble avec l'allocation pour l'avenir des enfants au mois d'août aux enfants âgés de plus de 6 ans qui suivent un régime scolaire primaire ou secondaire. Le montant de cette allocation est différencié suivant l'âge : 115 EUR/an pour les enfants de plus de 6 ans et 235 EUR/an pour ceux âgés de plus de 12 ans en 2016. Le nombre des allocations de rentrée scolaire, payées au mois d'août, s'établit pour 2016 à 121 987 unités, soit une diminution de 0,9% par rapport à 2015 qui s'explique par les mêmes raisons que celles qui valent pour la diminution du nombre de bénéficiaires des allocations familiales.

1.4. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE

Les prestations de naissance font partie des prestations familiales parmi les plus anciennes. Elles apparaissent dans la première base légale qui régit les prestations familiales en 1947. Actuellement, elles sont divisées en 3 tranches, et leur versement est soumis à des conditions d'examen médicaux de la mère et de l'enfant. L'évolution du nombre des bénéficiaires d'allocations de naissance a toujours suivi le mouvement des naissances, mais en raison des conditions d'attribution non remplies relatives aux visites médicales, le nombre des naissances au Luxembourg dépasse légèrement le nombre des allocations des résidents. En 2016, la CAE a liquidé 6 676 allocations prénatales, 6 806 allocations de naissance proprement dites et 6 639 allocations postnatales. Au total, 20 121 prestations de naissance ont été versées en 2016, ce qui constitue une diminution de 1,7% par rapport à 2015.

1.5. L'INDEMNITÉ DE CONGÉ PARENTAL

Le congé parental, accordé depuis le 1^{er} mars 1999, est modifié profondément en décembre 2016. Le congé parental est, sous certaines conditions, accordé à toute personne occupée légalement et de façon continue sur un lieu de travail situé sur le territoire du Luxembourg et qui s'adonne à l'éducation d'un enfant âgé de 6 ans au plus au début du congé parental. Le droit à un congé parental existe pour chacun des deux parents et ne peut être cumulé dans le chef d'un des parents. L'un des parents doit prendre son congé successivement au congé de maternité, d'allaitement ou d'accueil. L'autre parent ou le parent monoparental peut prendre son congé en même temps que son conjoint ou partenaire ou plus tard, mais le congé parental doit toujours débiter avant les 6 ans accomplis de l'enfant. En cas d'enfant adopté, le délai est porté à 12 ans. Il existe différents modèles de congé parental : congé à plein temps pendant 4 ou 6 mois, congé à mi-temps pendant 8 ou 12 mois, congé fractionné de 4 mois dans une période de 20 mois ou congé fractionné d'un jour par semaine pendant 20 mois au maximum. Le congé fractionné n'est possible que pour les parents travaillant à plein temps. L'indemnité de congé parental est un revenu de remplacement calculé sur base des revenus précédant le début du congé parental. Le nombre de bénéficiaires de l'indemnité de congé parental est en augmentation depuis sa création au 1^{er} janvier 1999. En décembre 2016, cette prestation compte 4 720 bénéficiaires, dont 359 bénéficiaires du nouveau système, une augmentation de 2,7% par rapport aux 4 595 bénéficiaires de 2015.

1.6. LES ALLOCATIONS ABROGÉES

1.6.1. L'allocation d'éducation (abolie en 2015)

L'allocation d'éducation, introduite au 1^{er} janvier 1989, est versée pendant deux années aux personnes élevant un ou plusieurs enfants âgés de moins de deux ans, sous condition qu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle ou que les revenus dont le ménage dispose ne dépassent pas certains plafonds. Depuis le 1^{er} septembre 1992, elle est prolongée de deux années pour les personnes élevant trois enfants ou plus ainsi que pour celles élevant un enfant handicapé. Depuis le 1^{er} juillet 1993, les personnes exerçant une activité professionnelle à temps partiel dont la durée ne dépasse pas la moitié de la durée de travail normale bénéficient d'une demi-allocation. Au 1^{er} juin 2015, l'allocation d'éducation est abolie, mais les bénéficiaires au 1^{er} juin continuent à la percevoir jusqu'à extinction du droit. Au 31 décembre 2016, l'allocation d'éducation compte 3 196 personnes, soit une réduction de 3 690 bénéficiaires ou de 53,6% par rapport à 2015.

1.6.2. Les allocations de maternité (abolies en 2015)

Introduites en 1980, les allocations de maternité sont une allocation compensatoire résultant des dépenses supplémentaires auxquelles les femmes enceintes, qui ne bénéficient pas de l'indemnité de maternité, ni d'un autre salaire de remplacement, doivent faire face. Les allocations de maternité, constituées d'un montant forfaitaire, se divisent en une tranche prénatale pour les 8 semaines avant l'accouchement et une tranche postnatale pour les 8 semaines consécutives à la naissance. Au 1^{er} juin 2015, les allocations de maternité sont abolies, mais les bénéficiaires au 1^{er} juin 2015 continuent à la percevoir jusqu'à extinction du droit. Les allocations de maternité comptent moins de 10 bénéficiaires en 2016 (moyenne des 2 tranches), soit une réduction de presque 100% par rapport à 2015.

1.6.3. Le boni pour enfants (abrogé en 2016)

Introduit en 2008, le boni représente une "bonification d'office", en d'autres termes, une attribution automatique sous forme de prestation en espèces de la modération d'impôt pour enfant, déduite jusqu'ici de l'impôt à payer. Il est également attribué aux familles qui n'ont pas pu profiter de la modération d'impôt dans le passé. En août 2016, le boni pour enfants est aboli et son montant est intégré dans le montant de l'allocation pour l'avenir des enfants. Ainsi, il n'y a plus de bénéficiaires du boni pour enfants en décembre 2016.

Le tableau 1 ci-dessous regroupe le nombre de bénéficiaires des différentes prestations de la CAE pour 2015 et 2016. Une diminution du nombre de bénéficiaires est observée pour toutes les prestations, sauf pour l'indemnité de congé parental et l'allocation spéciale supplémentaire.

Tableau 1: Evolution du nombre de bénéficiaires des prestations familiales (situation au 31 décembre - uniquement paiements courants)

Prestations	2015	2016	Variation 2015/16
Allocations familiales normales ^a	188 600	186 898	-0,9%
Boni pour enfant (abrogé en 2016)	198 179	0 ^b	-100,0%
Majorations d'âge	134 651	133 653	-0,7%
Allocation spéciale supplémentaire	2 401	2 426	1,0%
Allocations de rentrée scolaire ^c	123 104	121 987	-0,9%
Prestations de naissance (total)	20 467	20 121	-1,7%
Indemnité de congé parental	4 595	4 720	2,7%
Allocation d'éducation (abrogée en 2015)	6 886	3 196	-53,6%
Allocations de maternité (moyenne des 2 tranches, abrogées en 2015)	554	<10	-100,0%

a. A partir de 2016 : allocation pour l'avenir des enfants.

b. Inclus dans le nombre d'allocations familiales normales.

c. Situation au 31 août pour les allocations de rentrée scolaire.

2. LA SITUATION FINANCIERE

La situation financière de la CAE dépend largement du nombre de bénéficiaires des prestations familiales. Compte tenu du mode de financement de la CAE, à savoir des cotisations qui incombent à certains employeurs (l'Etat, les établissements publics, les communes, les syndicats intercommunaux et la CFL) et d'une dotation de l'Etat qui couvre l'excédent des dépenses sur les recettes, la situation financière de la CAE est assez peu impactée par la situation économique du pays et donc la fluctuation du nombre de cotisants.

Une hausse des recettes et dépenses est observée entre 2012 et 2015. En 2016, les recettes et dépenses diminuent de 1,6%. Cette diminution n'est pas l'effet des deux réformes entrées en vigueur en 2016, mais provient de l'abolition de l'allocation d'éducation et de l'allocation de maternité en 2015. La suite de ce chapitre analysera en détail l'évolution des différentes prestations, puis l'évolution des recettes et des dépenses, ainsi que les transferts à l'étranger.

Tableau 2: Evolution des recettes et dépenses globales de la CAE (en millions EUR)

Exercice	2012	2013	2014	2015	2016
RECETTES					
Cotisations	291,4	300,4	324,0	329,6	341,6
Participation de l'Etat	707,1	720,2	755,3	760,9	675,3
Autres recettes	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	998,6	1 020,7	1 079,4	1 090,6	1 016,9
Participation Etat-déficit	100,0	88,0	62,4	58,7	113,9
TOTAL DES RECETTES	1 098,6	1 108,7	1 141,8	1 149,2	1 130,9
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>-0,1%</i>	<i>0,9%</i>	<i>3,0%</i>	<i>0,7%</i>	<i>-1,6%</i>
DEPENSES					
Frais d'administration	16,2	16,6	17,2	17,9	18,4
Prestations	1 076,3	1 082,6	1 112,9	1 120,2	1 101,5
dont:					
Allocations familiales ^a	677,5	680,7	701,0	708,4	787,9
Boni pour enfant	211,1	213,3	219,0	221,6	148,2
Allocation d'éducation	71,0	69,7	70,0	65,3	39,3
Indemnité de congé parental	67,8	69,2	71,3	75,1	84,0
Allocations de rentrée scolaire	33,9	34,5	35,8	36,2	30,5
Prestations de naissance	11,1	11,3	12,0	11,9	11,6
Allocations de maternité	3,8	3,7	3,8	1,7	0,0
Autres dépenses^b	6,1	9,5	11,6	11,1	11,0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	1 098,6	1 108,7	1 141,8	1 149,2	1 130,9
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>-0,1%</i>	<i>0,9%</i>	<i>3,0%</i>	<i>0,7%</i>	<i>-1,6%</i>
SOLDE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

a. Comprennent les allocations familiales de base, les majorations d'âge et les allocations spéciales supplémentaires ; à partir de 2016: allocation pour l'avenir des enfants.

b. Décharges, restitutions et extournes de cotisations et frais de gestion du patrimoine.

Les dépenses pour les prestations d'**allocations familiales** (allocations familiales de base, majorations d'âge et allocations spéciales supplémentaires) ont augmenté en 2016 de 79,5 millions EUR pour atteindre 787,9 millions EUR, contre 708,4 millions EUR en 2015. Cette hausse, qui est due à la réforme des allocations familiales, doit être vu de pair avec la diminution du coût pour le boni pour enfants. En effet, les dépenses pour le **boni pour enfants** sont passées de 221,6 millions EUR en 2015 à 148,2 millions EUR en 2016. Cette baisse est due au fait qu'à partir du 1^{er} août 2016, le boni pour enfants a été aboli et son montant a été intégralement introduit dans celui de l'allocation familiale. Afin de pouvoir comparer les coûts en 2015 et 2016, il faut analyser la somme de ces deux prestations. Ainsi, le coût des deux prestations passe de 930,0 millions EUR en 2015 à 936,1 millions EUR en 2016, soit une augmentation de 6,1 millions EUR. Avec une dépense de 710,9 millions EUR en 2016, les allocations familiales de base présentent 90,2% du total des dépenses pour les allocations familiales. Les majorations d'âge représentent 8,8% du total, avec une dépense de 69,3 millions EUR et les allocations spéciales supplémentaires 1,0% du total avec une dépense de 7,7 millions EUR en 2016.

Les dépenses au titre de l'**allocation de rentrée scolaire** sont passées de 36,2 millions EUR en 2015 à 30,5 millions EUR en 2016, soit une baisse de 15,7%. Cette baisse résulte de la réforme des prestations familiales entrée en vigueur en août 2016, qui ne module plus le montant de l'allocation de rentrée scolaire selon la taille du groupe familial et l'âge mais uniquement selon l'âge.

Le montant total des **prestations de naissance** passe de 11,9 millions EUR en 2015 à 11,6 millions EUR en 2016, soit une baisse de 2,2%. Cette baisse est due au nombre décroissant de bénéficiaires. En détail, les dépenses se composent de celles pour les allocations prénatales, soit 3,8 millions EUR, de celles pour les allocations de naissance proprement dites, soit 3,9 millions EUR, et de celles pour les allocations postnatales, soit 3,8 millions EUR en 2016.

Les dépenses relatives à l'**indemnité de congé parental** affichent une augmentation réelle de 11,9% en 2016, passant ainsi de 75,1 millions EUR en 2015 à 84,0 millions EUR en 2016. Cette hausse est essentiellement due aux effets de l'abolition de l'allocation d'éducation en juin 2015 qui a orienté davantage de parents vers le congé parental à partir de cette date, lesquels auraient opté pour l'allocation d'éducation si elle avait continué à perdurer. La réforme du congé parental, parce qu'entrée en vigueur en décembre 2016, impacte peu les dépenses relatives à l'indemnité de congé parental de 2016.

En 2015, l'**allocation d'éducation** et les **allocations de maternité** ont été abolies, mais les droits à ces allocations ouverts avant leur abolition continuent à courir en 2016 et ce, jusqu'à leur extinction. En 2016, les dépenses relatives aux allocations de maternité affichent une baisse de 98,3% et passent de 1,7 millions EUR en 2015 à 0,03 millions EUR en 2016. Les dépenses pour l'allocation d'éducation s'élèvent à 39,3 millions EUR en 2016, contre 65,3 millions EUR en 2015, et affichent donc une diminution de 39,8%. A noter que la contradiction apparente entre le nombre de bénéficiaires qui diminue de 53,6% et la dépense qui diminue de 39,8% s'explique par le fait que le nombre de bénéficiaires est calculé seulement pour le mois décembre et ne reflète donc pas la situation de toute une année.

2.1. LES RECETTES COURANTES

Les recettes courantes se composent surtout des cotisations et des participations de l'Etat dans les prestations ainsi que dans le déficit. En 2016, les recettes en cotisations, prises en charge par l'Etat, représentent 30,2% des recettes et la participation de l'Etat dans le financement des prestations, du déficit de la CAE et des frais d'administration s'élèvent à 69,8% d'entre elles.

2.1.1. Les cotisations

Les modifications successives de la base légale ont fortement influencé le mode de la prise en charge des cotisations.

Comme décrit sous "Le financement des prestations familiales", 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 allocations familiales provient de l'Etat.

Le montant total des cotisations atteint 341,6 millions EUR en 2016, contre 329,6 millions EUR en 2015, soit une augmentation de 3,6%. En détail, 75,3 millions EUR sont des cotisations à charge de l'Etat en tant qu'employeur, et 266,3 millions EUR des cotisations prises en charge par l'Etat.

2.1.2. La participation de l'Etat

La participation brute de l'Etat dans le financement des prestations de la CAE, constituée par la prise en charge des cotisations, atteint 341,6 millions EUR en 2016. En outre, la prise en charge se compose des allocations de rentrée scolaire (30,6 millions EUR en 2016), des allocations d'éducation (39,6 millions EUR en 2016), des prestations de naissance et de maternité (respectivement 11,6 et 0,04 millions EUR en 2016), du boni pour enfant (149,3 millions EUR en 2016) et des frais d'administration de l'organisme (18,3 millions EUR en 2016).

Les ressources nécessaires au paiement des 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 2016, le Fonds pour l'emploi prend en charge 9,7 millions EUR contre 9,8 millions EUR en 2015. Le solde, à savoir 74,4 millions EUR en 2016, contre 65,4 millions EUR en 2015, reste à charge de l'Etat.

Depuis 1996, 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 CAE. Pour 2016, l'Etat a dû ainsi éponger un déficit de 113,9 millions EUR, contre 58,7 millions EUR en 2015.

Tableau 3: Evolution de la participation de l'Etat dans le financement des prestations familiales (en millions EUR)

	2012	2013	2014	2015	2016
Au niveau des prestations :					
Participation brute dans le financement des prestations d'allocations familiales	291,4	300,4	324,0	329,6	341,6
- décharges sur cotisations irrécouvrables	-0,1	0,0	-	-	-
- extournes de cotisations indues	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
- restitution de cotisations	-	-	-	-	-
Participation nette	291,2	300,4	324,0	329,6	341,6
Prise en charge des :					
Allocations de rentrée scolaire	34,0	34,6	36,2	36,4	30,7
Allocation d'éducation	71,2	70,0	70,3	65,6	39,6
Allocations de naissance	11,1	11,3	12,0	11,9	11,6
Allocations de maternité	3,8	3,7	3,9	1,7	0,0
Indemnité de congé parental	67,9	69,3	71,3	75,2	84,1
Participation Etat	56,4	58,6	61,0	65,4	74,4
Participation Fonds pour l'emploi	11,5	10,7	10,3	9,8	9,7
Boni pour enfant	211,6	214,2	220,4	222,7	149,3
Participation Etat - déficit	100,0	88,0	62,4	58,7	113,9
Frais d'administration	16,2	16,6	17,2	17,9	18,4
Total (I)	806,9	808,2	817,7	819,6	789,2
Au niveau des cotisations :					
Cotisations à charge de l'Etat (II)	225,8	231,7	250,8	254,8	266,3
Participation nette de l'Etat (I+II)	1 032,7	1 039,9	1 068,5	1 074,3	1 055,5
Recettes courantes de la caisse	1 098,6	1 108,7	1 141,8	1 149,2	1 130,9
Participation nette en % des recettes courantes	94,0%	93,8%	93,6%	93,5%	93,3%
Au niveau de la réserve :					
Participation Etat - déficit	-	-	-	-	-
Total (III)	-	-	-	-	-
Participation totale de l'Etat (I+II+III)	1 032,7	1 039,9	1 068,5	1 074,3	1 055,5

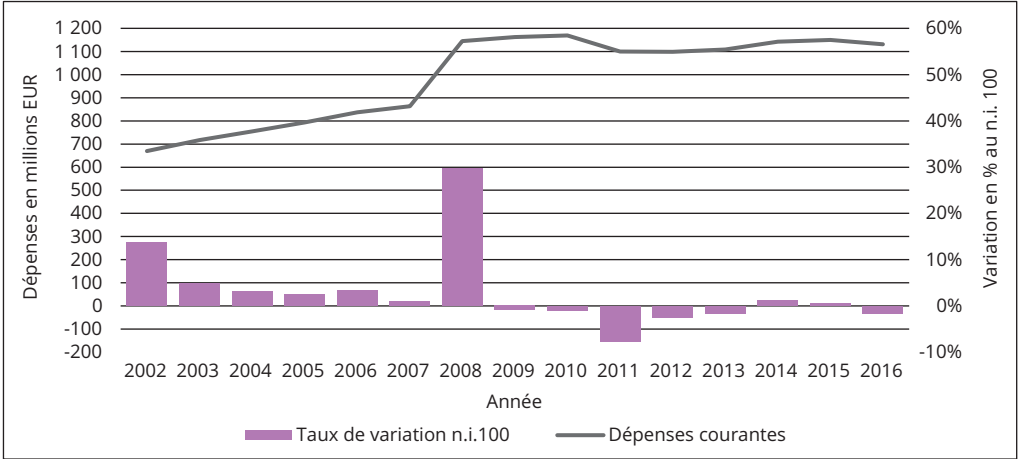
2.2. LES DÉPENSES COURANTES

L'analyse de l'évolution des dépenses montre que pour les années qui ont vu l'application de modifications législatives, les taux de variation des dépenses exprimés au nombre indice 100 de l'échelle mobile des salaires ont été plus forts.

L'évolution des dépenses courantes dépend exclusivement de l'évolution des prestations et varie en fonction de l'évolution du niveau de ces prestations et du nombre de bénéficiaires. La comparaison des dépenses courantes avec le produit intérieur brut (PIB) permet d'évaluer le poids des prestations familiales dans l'économie nationale. Entre 1965 et 2003, les dépenses courantes représentent entre 1,4% et 3,1% du PIB. Entre 2003 et 2013, elles varient entre 2,4% et 3,1% du PIB. En 2016, les dépenses pour prestations familiales atteignent 2,1% du PIB¹.

1. Source : STATEC, conjoncture flash juillet 2015.

Graphique 2: Evolution des dépenses courantes



L'augmentation en 2002 est due au relèvement des montants de base des allocations familiales normales. En 2008, on peut noter une augmentation substantielle des dépenses de l'ordre de 25%. Cette augmentation s'explique par l'introduction du boni pour enfant à partir de janvier 2008, qui représente 20% du total des dépenses en prestations. La baisse observée en 2011 résulte de l'introduction de la loi du 26 juillet 2010 qui diminue fortement le nombre de bénéficiaires d'allocations familiales âgés de 18 ans et plus, et partant, la dépense pour celles-ci.

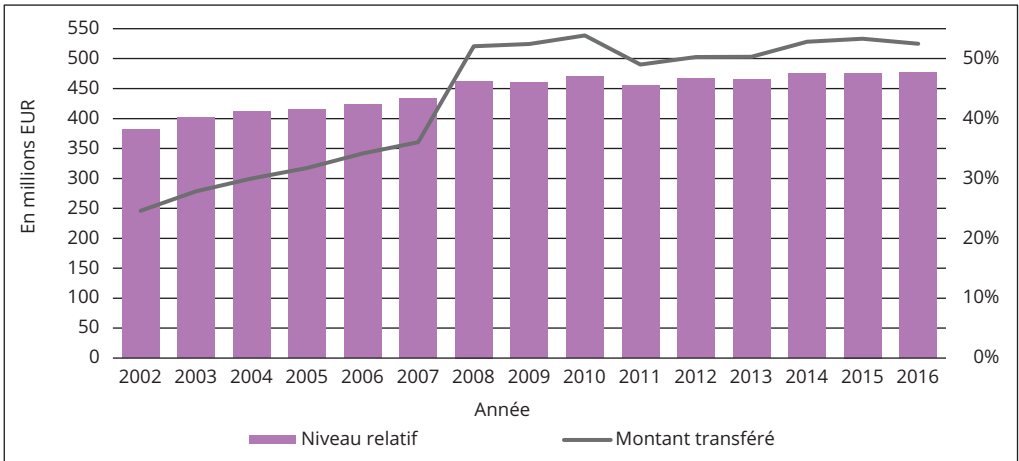
En 2016, les dépenses courantes s'élèvent à 1 130,9 millions EUR, contre 1 149,2 millions EUR en 2015. Les prestations représentent presque la totalité des dépenses totales de la CAE (97,4% en 2016). Ainsi, en 2016, le montant total des prestations payées par la CAE atteint 1 101,5 millions EUR contre 1 120,2 millions EUR pour l'année précédente (-1,7%). Cette légère baisse est due à l'abolition de l'allocation d'éducation et de l'allocation de maternité en 2015.

Les frais d'administration ne représentent que 1,6% du total des dépenses en 2016 et affichent 18,4 millions EUR, par rapport à 17,9 millions EUR en 2015. Les frais de personnel représentent 61,9% du montant total des frais d'administration.

2.3. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER

Toutes les prestations familiales sont exportables à l'étranger sous certaines conditions. Le montant total des prestations transférées à l'étranger (allocations familiales, boni pour enfant, allocation d'éducation, indemnité de congé parental, allocations de rentrée scolaire, allocations de naissance) se chiffre en 2016 à 524,7 millions EUR (contre 533,0 millions EUR en 2015), représentant 47,6% de la dépense totale.

Graphique 3: Evolution des prestations familiales transférées à l'étranger



Les transferts à l'étranger dépendent fortement de la conjoncture économique : les périodes de forte croissance des transferts à l'étranger correspondent en effet aux périodes avec un embauchage important de main-d'œuvre étrangère, ce qui entraîne une prise en charge des enfants des nouveaux bénéficiaires résidant à l'étranger. Jusqu'en 1998, seules les allocations familiales de base et l'allocation de rentrée scolaire étaient transférées à l'étranger. L'instauration d'un congé parental au 1^{er} janvier 1999, qui, dès le début, a été exporté, et l'exportation de l'allocation d'éducation à partir de cette date, ont provoqué des taux d'accroissement importants des montants virés à l'étranger. En 2008, l'introduction du boni pour enfants a encore une fois augmenté le niveau des montants transférés. De plus, à partir de 2008, les allocations de naissance et les allocations de maternité sont exportées sous certaines conditions très restreintes. A partir de 2011, on voit les effets de la loi du 26 juillet 2010 qui modifie le système d'aide financière pour études supérieures et apporte des changements importants en ce qui concerne le boni pour enfants, les allocations familiales et l'allocation de rentrée scolaire pour les bénéficiaires âgés de 18 ans et plus.

Tableau 4: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger (situation au 31 décembre et paiements courants pour le nombre de bénéficiaires, montants en millions EUR)

Prestation	Nombre de bénéficiaires à l'étranger	En % du nombre total	Montants payés à l'étranger	En % du montant total
Allocations familiales ^a	69 999	37,5%	370,8	47,1%
Boni pour enfants ^b	-	-	79,8	53,9%
Allocation de rentrée scolaire ^c	47 190	38,7%	15,1	49,6%
Indemnité de congé parental ^d	1 715	36,3%	35,4	42,1%
Allocation d'éducation	1 301	40,7%	21,4	54,5%
Prestations de naissance (total)	3 635	18,1%	2,1	18,1%

a. Nombre d'enfants bénéficiaires de l'allocation pour l'avenir des enfants.

b. Aboli au 01.08.2016 et inclus dans l'allocation pour l'avenir des enfants.

c. Situation au 31 août.

d. A partir de décembre 2016: nouveau système ; attention, les cas nouveaux ne sont pas encore inclus dans la statistique.

En 2016, les allocations familiales (de base, majorations d'âge, et allocations spéciales supplémentaires) transférées à l'étranger ont atteint 370,8 millions EUR ou 47,1% du montant total des allocations familiales. En ce qui concerne le boni pour enfant, un montant de 79,8 millions EUR est payé à l'étranger avant son abolition en août 2016, soit 53,9% du montant total du boni pour enfants.

L'allocation d'éducation est la seule autre prestation pour laquelle plus de la moitié des montants sont transférés à l'étranger (54,5% en 2016). Une des raisons de cette situation tient aux conditions de revenus applicables pour cette prestation.

Les prestations de naissance ne connaissent, par contre, beaucoup moins de succès à l'étranger. Ceci est dû en partie à l'imposition stricte des examens médicaux à suivre, où les pays voisins appliquent souvent d'autres règles.

INCLUSION SOCIALE

INTRODUCTION

Selon la Commission européenne, l'inclusion sociale est un processus qui garantit que les personnes en risque de pauvreté et d'exclusion obtiennent les possibilités et les ressources nécessaires pour participer pleinement à la vie économique, sociale et culturelle et qu'elles jouissent d'un niveau de vie et de bien-être considéré comme normal pour la société dans laquelle elles vivent. L'inclusion sociale leur garantit une meilleure participation aux processus de prise de décision qui affectent leur vie et un meilleur accès à leurs droits fondamentaux.¹

Au Luxembourg, l'inclusion sociale est un des principaux risques ou besoins couverts par la protection sociale et relève de la solidarité nationale. La solidarité nationale s'exprime par la prise en charge de risques ou besoins sans contrepartie de cotisations (logique d'assistance).

L'inclusion sociale s'applique à toutes les personnes résidentes au Grand-Duché de Luxembourg. Les bénéficiaires sont exclusivement des personnes résidentes au Luxembourg (sauf pour le forfait d'éducation). De plus, pour toutes les prestations (sauf le forfait d'éducation), la situation économique des personnes est prise en compte pour déterminer le droit à la prestation.

OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE

L'inclusion sociale vise à aider à couvrir les besoins individuels des personnes défavorisées afin de leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Au Luxembourg, chaque ménage a le droit d'appeler à la solidarité au cas où ses revenus tombent en-dessous d'un seuil garanti, abstraction faite de toute cause qui est à la base de l'insuffisance des ressources.

L'inclusion sociale assure aux personnes dans le besoin et à leur famille l'accès aux biens et aux services adaptés à leur situation particulière, afin de les aider à acquérir ou à préserver leur autonomie et à s'adapter au milieu social environnant. Ces secours sont apportés par les collectivités publiques aux personnes dont les ressources sont insuffisantes.

LES PRESTATIONS DE L'INCLUSION SOCIALE

A l'heure actuelle, les prestations de la solidarité nationale suivantes sont fournies par le Fonds national de solidarité (FNS) :

- le revenu minimum garanti (RMG) ;
- le forfait d'éducation (" Mammerent ") ;
- le revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) ;
- l'allocation de vie chère (anc. : allocation de chauffage) ;
- le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gériatrique ;
- l'avance de pensions alimentaires.

A noter que l'allocation de soins et l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (APGH) ont été remplacées par les prestations de l'assurance dépendance à partir du 1^{er} janvier 1999. Les allocations compensatoires ont été abrogées par la loi du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti. Ces trois prestations continuent cependant à être payées aux bénéficiaires présents lors de l'abrogation, tant que le droit persiste.

1. Source : Rapport conjoint sur l'inclusion sociale 2004, p. 11.
(http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/final_joint_inclusion_report_2003_fr.pdf)

A côté, il existe des prestations ciblées, qui peuvent être de nature palliative, curative ou préventive, pour intervenir à titre subsidiaire et compléter les prestations du FNS. Le bénéficiaire est tenu d'épuiser les prestations de la solidarité nationale avant de solliciter ces prestations ciblées.

ORGANISATION DE L'INCLUSION SOCIALE

En 1960, le Fonds national de solidarité (FNS) a été créé afin de coordonner les prestations de l'inclusion sociale et de combler les dernières lacunes laissées par le système de sécurité sociale qui était en train de se mettre en place.

Afin d'aider à réintégrer les bénéficiaires du revenu minimum garanti dans le marché du travail, le Service national d'action sociale (SNAS) a été créé en 1986, dans le cadre de la loi instaurant le revenu minimum garanti.

Les prestations ciblées, en nature ou en espèces, sont prestées par les 30 offices sociaux, et réglées par la loi du 18 décembre 2009, qui remplace depuis janvier 2010 la loi du 28 mai 1897 sur les domiciles de secours.

La suite de ce chapitre analysera exclusivement les prestations fournies par le FNS et le SNAS.

FINANCEMENT DE L'INCLUSION SOCIALE

Le financement du FNS prévu à sa création est appliqué jusqu'aujourd'hui. Il se compose essentiellement d'une dotation de l'Etat et d'une part dans le produit de la Loterie Nationale. De plus, dès le début, les prestations étaient restituables.

1. LES PRESTATIONS

Au fur des décennies, les prestations du FNS ont évolué, afin de rendre compte des changements dans la société. Une partie des prestations actuelles ont déjà été créées dans les années quatre-vingt et adoptées par la suite, une partie des prestations n'a vu le jour que plus récemment.

Par la suite, les prestations sont présentées selon leur importance en nombre de bénéficiaires, et donc aussi en terme de coût, étant donné que le coût est étroitement lié au nombre de bénéficiaires.

Encadré méthodologique

Pour les graphiques qui suivent, sauf le premier, les données proviennent des bases de données du FNS stockées auprès du Centre commun de la sécurité sociale. L'extraction des données a été effectuée par l'IGSS.

Le tableau sur les comptes financiers provient du décompte annuel du FNS.

1.1. LE REVENU MINIMUM GARANTI

Le revenu minimum garanti (RMG) fut instauré par la loi du 26 juillet 1986 et a été modifié en profondeur par la loi du 29 avril 1999. Selon l'exposé des motifs, la loi a " deux fonctions de base :

- conférer aux personnes qui, pour quelque raison que ce soit, ne sont pas à même de vivre des fruits de leur travail, le droit d'accéder à une qualité de vie minimale qui varie en fonction de la richesse de la société;
- procurer un travail à ceux qui sont aptes à travailler mais qui se trouvent plus ou moins durablement privés d'un emploi. "

Elle prévoit donc soit une allocation complémentaire, soit une indemnité d'insertion, soit une combinaison des deux, le tout dans les limites fixées en fonction du revenu et de la composition de la communauté domestique.

Encadré méthodologique

Les données statistiques qui suivent tiennent compte des communautés domestiques qui touchent :

- soit une allocation complémentaire RMG destinée à parfaire les seuils du RMG ;
- soit une allocation complémentaire RMG combinée à un autre revenu (salaire, indemnité d'insertion, pension, ...), sans pour autant pouvoir dépasser les limites fixées par la loi ;
- soit une indemnité d'insertion seule.

Le nombre de communautés domestiques provient du rapport d'activité du FNS, le nombre de membres du rapport d'activité du SNAS ; ce dernier étant le seul organisme à connaître la composition des communautés domestiques touchant uniquement une indemnité d'insertion.

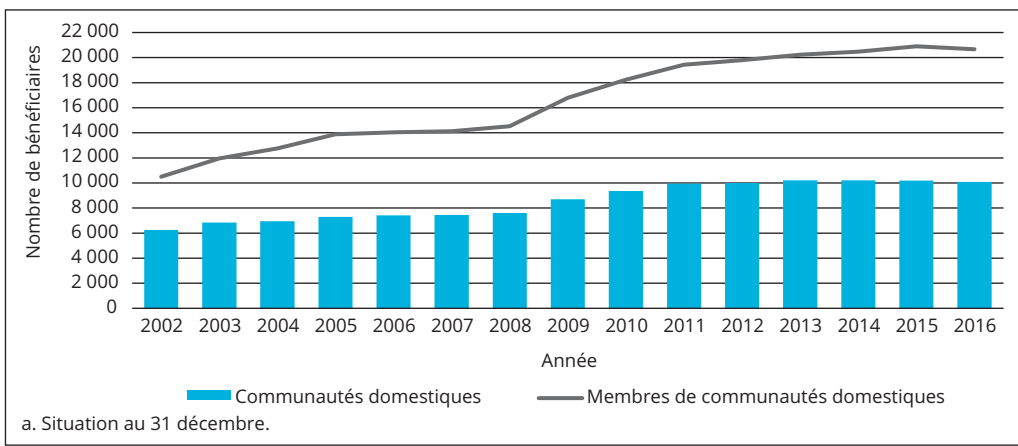
La loi instaurant le RMG est entrée en vigueur en novembre 1986. Depuis, de nombreux changements y ont été apportés, notamment en ce qui concerne les conditions de résidence. Ainsi, l'augmentation du nombre des communautés domestiques à partir de 2003 s'explique par la modification de la condition de résidence², par le relèvement des seuils de revenu³, et surtout par la situation économique précaire d'un nombre grandissant de chômeurs, pour lesquels le droit aux indemnités de chômage est épuisé, et qui sont obligés de s'adresser au FNS.

En 2007, une stagnation a pu être constatée, principalement due au fait que le SNAS accorde une seule mesure d'insertion par ménage, ainsi qu'à l'introduction du RPGH, qui a entraîné un transfert notable de bénéficiaires du RMG vers les bénéficiaires du RPGH.

2. 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.
3. Tel qu'arrêté dans la loi du 28 juin 2002 qui modifie la tranche immunisable du revenu global de la communauté domestique de 20% à 30% pour la détermination des ressources d'un ayant droit au RMG.

La loi du 29 août 2008 portant sur la libre circulation des personnes et l'immigration modifie les termes "... être autorisé à résider..." de l'art. 2 de la loi RMG par "... bénéficier d'un droit de séjour...". Ainsi, elle élargit le cercle des personnes exemptes de la condition de résidence de 5 ans au Luxembourg aux membres de la famille⁴, nonobstant leur nationalité.

Graphique 1: Evolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille ^a



Le 31 décembre 2016, le FNS compte 10 087 communautés domestiques composées de 20 669 membres, contre 10 193 communautés domestiques et 20 900 membres en décembre 2015. Le nombre de communautés a donc été stable entre 2015 et 2016, ce qui s'explique par une nouvelle vague de migration de bénéficiaires du RMG vers le RPGH. En plus, le renforcement du personnel a permis des contrôles plus poussés (visites sur places, lettres de contrôle et convocations au guichet).

En détail, 9 141 communautés bénéficient d'une allocation complémentaire, 1 559 d'une indemnité d'insertion pour une activité d'insertion professionnelle et 254 d'une indemnité d'insertion pour un contrat subsidié (art. 13 de la loi modifiée du 29 avril 1999 sur le RMG). A noter qu'une communauté domestique peut bénéficier en même temps d'une allocation complémentaire et d'une indemnité d'insertion.

1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION

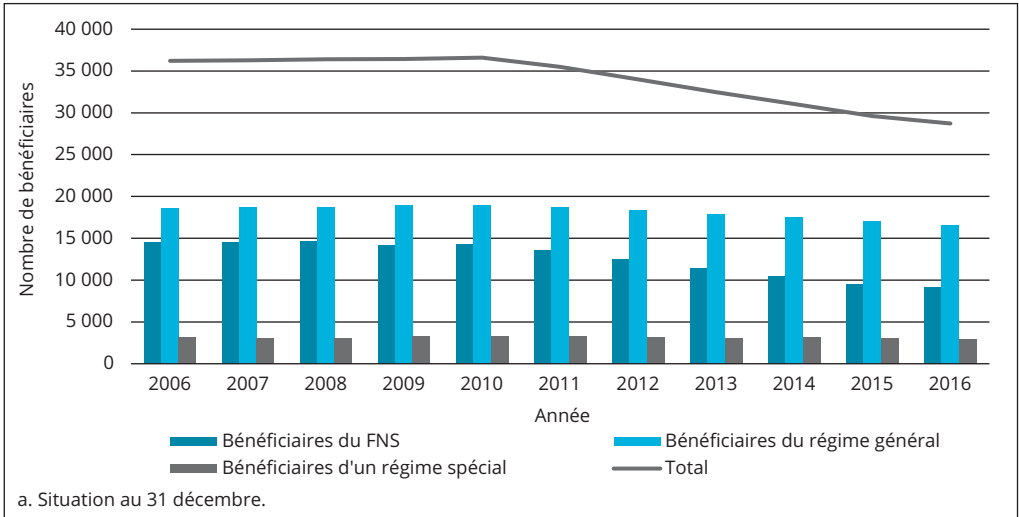
La loi du 28 juin 2002 crée un forfait d'éducation (" Mammerent ") qui est accordé au parent qui s'est consacré à l'éducation d'un enfant à condition que sa pension ou celle de son conjoint ne comporte pas, pour l'enfant en question, la mise en compte de baby-years. Le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 65 ans ou au moment de l'octroi d'une pension personnelle.

Pour les bénéficiaires de pension le montant du forfait d'éducation s'élève à 109,46 EUR/mois en 2016, contre 108,91 EUR/mois en 2015. Ce montant est adapté à l'indice du coût de la vie et ajusté au niveau de vie à l'instar des pensions. Il est soumis aux mêmes charges sociales et fiscales que les pensions. Ce forfait d'éducation est avancé par les caisses de pension pour compte du FNS.

4. Il s'agit des membres de la famille du ressortissant luxembourgeois ou d'un Etat membre de l'Union Européenne ou d'un autre Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse.

Le forfait d'éducation pour les ayants droits qui ne touchent pas de pension est liquidé directement par le FNS. Le montant est figé à 86,54 EUR par mois et par enfant par la loi du 27 juin 2006. Les forfaits d'éducation sont intégralement à charge de l'Etat. La loi du 19 décembre 2008 a élargi le cercle des bénéficiaires aux personnes relevant d'un instrument bi- ou multilatéral, en enlevant la condition de domiciliation et de résidence.

Graphique 2: Evolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension ^a

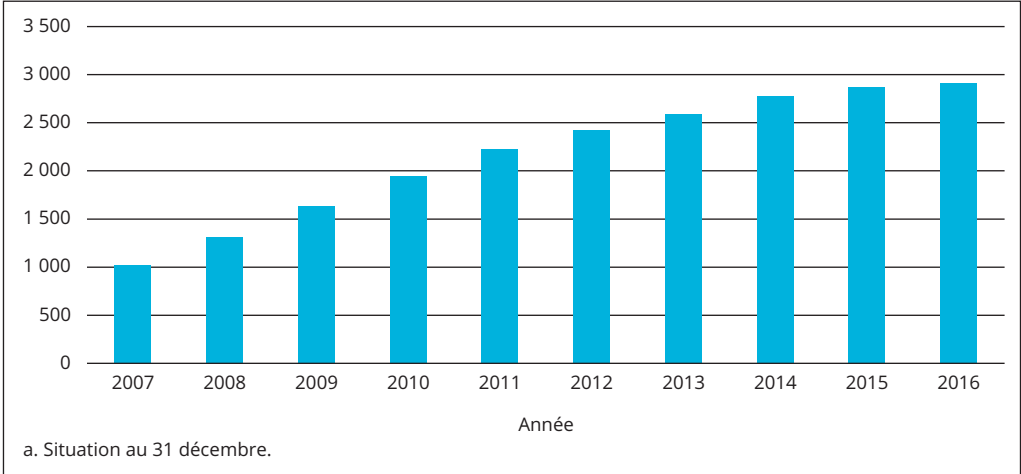


En décembre 2016, le FNS a enregistré 9 129 paiements mensuels, les régimes spéciaux renseignent 2 986 liquidations, et les caisses de pension ont enregistré 16 610 bénéficiaires. En tout, il y avait 28 725 bénéficiaires en décembre 2016, contre 29 603 bénéficiaires en décembre 2015. La régression observée depuis 2011 provient du fait que depuis janvier 2011, l'âge d'ouverture au bénéfice du forfait est de 65 ans. En moyenne deux enfants par demande ouvrent droit au forfait.

1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES

La loi du 12 septembre 2003, entrée en vigueur au 1^{er} juin 2004, 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. Les personnes reconnues travailleurs handicapés perçoivent soit un salaire pour travailleurs handicapés, soit un revenu pour personnes gravement handicapées.

Graphique 3: Evolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées ^a



Cette dernière prestation est à charge du FNS. Le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2016 était de 2 910, contre 2 886 pour l'année 2015, soit une augmentation de 0,8%. A noter que le nombre de bénéficiaires s'est plus que quadruplé entre 2007 et 2016.

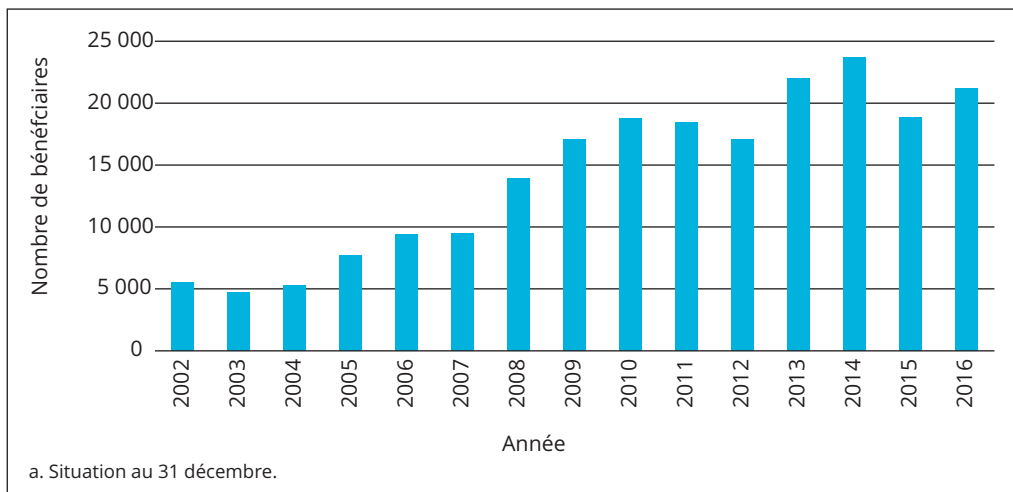
1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE (ANC. : ALLOCATION DE CHAUFFAGE)

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. La loi du 8 janvier 1988 a limité le droit aux utilisateurs de combustibles solides. Sans autre adaptation des plafonds de revenu après cette date, le nombre des allocataires a chuté pour atteindre 10 bénéficiaires en 1999.

L'augmentation substantielle des prix pour produits 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. Cette mesure a été prolongée jusque fin mars 2002. Le Gouvernement a alors aboli 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 environ 5 000 demandes par année.

Après une nouvelle hausse des prix des combustibles en 2005, le Gouvernement en Conseil a décidé le 16 septembre 2005 de relever sensiblement les montants à allouer, l'augmentation allant de 100% à 150%. Par cette mesure, le nombre d'allocations de chauffage payées par le FNS a substantiellement augmenté en 2005.

Graphique 4: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère ^a

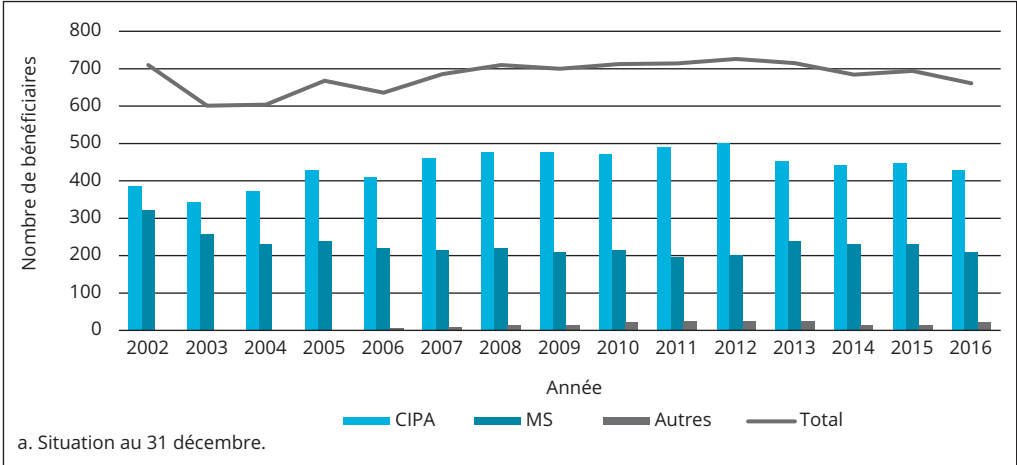


Le règlement du Gouvernement en Conseil du 19 décembre 2008 introduit, à partir de l'année 2009, une allocation de vie chère en lieu et place de l'allocation de chauffage en faveur des ménages à revenu modeste. L'augmentation de 46,4% entre 2007 et 2008 est due à l'évacuation des dossiers en suspens pour l'année 2008 en vue de l'introduction de la nouvelle allocation de vie chère à partir de 2009 remplaçant l'allocation de chauffage. Les montants de cette nouvelle allocation de vie chère sont le double des montants de l'allocation de chauffage. A noter qu'entre 2011 et 2012, ainsi qu'entre 2014 et 2015, il y a eu un retard dans le traitement des nouvelles demandes, ce qui explique la baisse apparente entre ces deux années. Pour l'exercice 2016, on compte 21 228 bénéficiaires de l'allocation de vie chère, contre 18 863 en 2015, et 23 705 en 2014. Par rapport à 2014, on observe une baisse des bénéficiaires, qui est due à une baisse des demandes. Celle-ci s'explique par une nouvelle date limite (30.9.) pour introduire les demandes de l'allocation de vie chère.

1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE

Le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique institue une aide au profit des personnes incapables de couvrir par leurs ressources personnelles les dépenses afférentes 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. De 1999 à 2004, les institutions acceptées par la loi pour l'accueil gérontologique se limitaient aux centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) et aux maisons de soins (MS). La loi du 30 avril 2004 autorise le FNS à participer également aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit. Les institutions classées sous le type " autres " correspondent aux nouveaux prestataires acceptés par cette loi, dont notamment certains logements encadrés.

Graphique 5: Evolution du nombre de bénéficiaires par leur lieu de séjour ^a



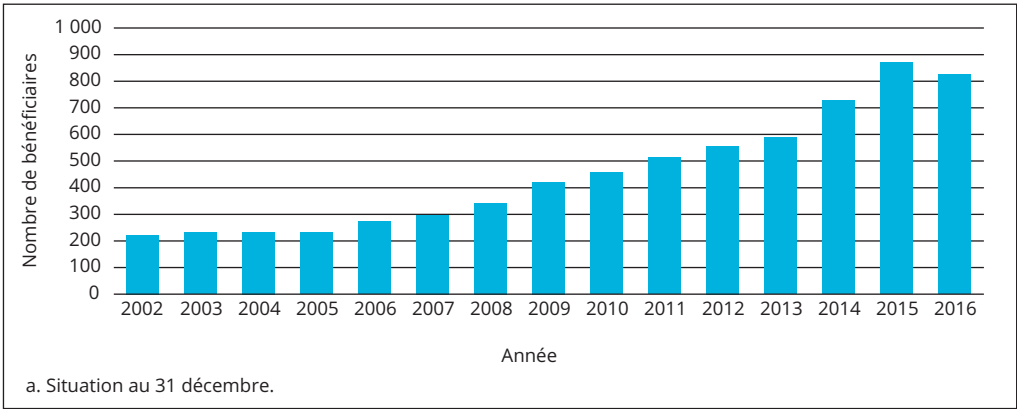
En 2001, 50% des bénéficiaires de l'accueil gérontologique résidaient dans une maison de soins (MS), et 50% dans un centre intégré pour personnes âgées (CIPA). Au fil des années, les proportions ont changé en faveur des CIPA : en 2016, 65% des bénéficiaires résidaient dans un CIPA, 32% résidaient dans une maison de soins, et 3% dans un établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit. Pour l'exercice 2016, on comptait 661 compléments en décembre, contre 694 en 2015, ce qui présente une diminution de 4,8%.

1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES

La loi du 26 juillet 1980 et le règlement grand-ducal du 2 décembre 1983 règlent l'avance et le recouvrement par le FNS de pensions alimentaires dues à un conjoint, un ascendant ou un descendant.

Tout ayant droit d'une pension alimentaire fixée par décision judiciaire exécutoire au Grand-Duché de Luxembourg non payée par son débiteur, peut faire une demande pour que le FNS donne une avance sur la pension alimentaire. La condition est que le bénéficiaire se trouve dans une situation économique difficile et ait personnellement épuisé toutes les possibilités légales pour obtenir son droit.

Graphique 6: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire ^a



Depuis la création de ce droit en 1980, le nombre de demandes suit une évolution croissante. A partir de 2014, le nombre de bénéficiaires est comptabilisé en prenant en compte chaque personne bénéficiaire du ménage, alors qu'avant, il y avait seulement une personne bénéficiaire par ménage. Ainsi, en 2016, il y a 825 personnes bénéficiaires, contre 871 personnes bénéficiaires en 2015.

1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES

Depuis l'abrogation des allocations compensatoires en 1986, le nombre de bénéficiaires est passé de 7 020 à 267 en décembre 2016. Seulement 1,1% sont à charge du FNS, le reste relève de la Caisse Nationale d'Assurance Pension (CNAP).

L'allocation pour personnes gravement handicapées (APGH) et l'allocation de soins sont abolies en 1999, et le nombre de bénéficiaires de l'APGH a diminué de 2 713 personnes en décembre 1999 à 610 personnes en décembre 2016. Le nombre de bénéficiaires de l'allocation de soins est passé de 1 720 personnes en décembre 1999 à moins de 10 personnes en décembre 2015. En 2016, il n'y a plus de bénéficiaires de l'allocation de soins.

2. LA SITUATION FINANCIÈRE

En 1960, le FNS était créé afin de combler les dernières lacunes laissées par le système de sécurité sociale qui était en train de se mettre en place, notamment par le paiement d'une pension de solidarité, basée sur les ressources. Le financement y prévu est appliqué jusqu'aujourd'hui. Il se compose essentiellement d'une dotation de l'Etat et d'une part dans le produit de la Loterie Nationale. De plus, toutes les prestations sont restituables (en cas de bénéficiaires revenus à meilleure fortune), sauf l'allocation d'éducation et l'allocation de vie chère.

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

L'Etat verse au FNS des dotations destinées à couvrir les besoins résultant des obligations définies par les différentes lois relatives aux prestations à liquider. Le reste des prestations est couvert par des recettes provenant d'établissements d'utilité publique (Loterie nationale et Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte), ainsi que par des remboursements et restitutions effectués par des bénéficiaires de ces prestations. En 2009, le FNS a réorganisé ses services recouvrement et restitutions. Les frais d'administration sont remboursés au FNS par l'Etat.

Tableau 1: Evolution des recettes et des dépenses globales du FNS (en millions EUR)

Exercice	2012	2013	2014	2015	2016
Recettes					
Dotations de l'Etat	280,6	288,8	302,1	288,7	282,8
Participation d'autres organismes ^a	5,1	6,7	5,0	6,6	13,5
Participation de l'Etat aux frais d'administration	6,7	7,0	7,4	7,8	8,2
Restitutions et pensions alimentaires recouvrées	18,0	17,3	17,2	19,8	18,4
Autres recettes	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3
TOTAL DES RECETTES	310,5	320,1	331,9	323,1	323,1
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,3%</i>	<i>3,1%</i>	<i>3,7%</i>	<i>-2,7%</i>	<i>0,0%</i>
Dépenses					
Frais d'administration	6,7	7,0	7,4	7,8	8,2
Prestations	302,7	311,5	322,3	312,2	314,2
dont:					
Revenu minimum garanti (RMG)	158,1	157,5	165,0	165,4	165,9
Forfait d'éducation ("Mammerent")	69,2	66,1	63,1	59,9	57,6
Revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH)	34,3	37,9	41,7	42,9	43,7
Allocation de vie chère	30,3	38,3	41,1	32,7	36,0
Accueil gérontologique	7,8	8,5	8,2	8,0	8,0
Pensions alimentaires	2,6	2,8	3,0	3,1	2,8
Allocations compensatoires	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2
Autres dépenses	1,2	1,7	2,2	3,1	0,7
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	310,5	320,1	331,9	323,1	323,1
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,3%</i>	<i>3,1%</i>	<i>3,7%</i>	<i>-2,7%</i>	<i>0,0%</i>
Solde	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

a. Loterie nationale et Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte.

Depuis 2011, le ralentissement de l'augmentation des dépenses s'explique en partie par la diminution des dépenses liées au forfait d'éducation suite au relèvement à 65 ans de l'âge d'entrée. La diminution des dépenses en 2015 résulte surtout de la diminution de l'allocation de vie chère.

Le coût total des **prestations RMG**⁵, charges sociales comprises, atteint un montant de 165,9 millions EUR en 2016, contre 165,4 millions EUR en 2015, soit une augmentation de 0,3%. En détail, le coût total pour les allocations complémentaires s'élève à 127,9 millions EUR, et le coût pour les indemnités d'insertion à 38,0 millions EUR.

5. Les prestations RMG comprennent le complément RMG, l'indemnité d'insertion, les cotisations d'assurance pension selon l'art.18 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti, et les prestations de participation aux frais de personnel en cas d'engagement d'un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion moyennant contrat de travail selon l'art.13 de la loi précitée.

La dépense totale relative au **forfait d'éducation** pour l'exercice 2016 s'élève à 57,6 millions EUR, contre 59,9 millions EUR en 2015. Cette régression de 3,9% s'explique par le nombre décroissant de bénéficiaires. En 2016, les prestations liquidées directement par le FNS se chiffrent à 19,9 millions EUR. Les régimes spéciaux se sont acquittés de 6,7 millions EUR et les caisses de pension ont alloué 30,1 millions EUR. Les régimes spéciaux comme les caisses de pension, ces dernières depuis 2004, effectuent les paiements mensuels des forfaits pour le compte du FNS, qui les comptabilise ensemble avec ses dépenses propres, à charge du budget de l'Etat.

Pour 2016, les dépenses annuelles du **revenu pour personnes gravement handicapées** se chiffraient à 43,7 millions EUR, contre 42,9 millions EUR pour 2015 (cotisations sociales comprises). L'augmentation de 1,9% de la dépense s'explique par l'augmentation du nombre de bénéficiaires. En fait, depuis son introduction en 2005, les dépenses ont plus que quadruplées, sachant que la dépense affichait 10,6 millions EUR en 2006.

La dépense annuelle pour l'exercice 2016 relative à **l'allocation de vie chère** s'élève à 36,0 millions EUR, contre 32,7 millions EUR en 2015, soit une augmentation de 10,1%, qui est due à l'augmentation du nombre de bénéficiaires entre 2015 et 2016.

La dépense relative aux **prestations de l'accueil gérontologique** varie avec l'évolution du nombre de bénéficiaires et avec celle du montant moyen. Entre 2015 et 2016, le montant de la dépense a été stable et affiche 8,0 millions EUR.

Le coût annuel des **pensions alimentaires** est influencé par le nombre de demandes acceptées, par le niveau du montant alloué et par le montant du recouvrement de pensions avancées. Les niveaux des montants des pensions alimentaires avancées par le FNS sont influencées d'une part par le nombre des personnes faisant partie d'un ménage, et d'autre part par le fait que le législateur n'a pas fixé de plafonds, de sorte que le FNS doit s'acquitter du montant fixé par décision judiciaire. Ainsi la fourchette des montants avancés est assez large. En 2016, ce coût atteint 2,8 millions EUR, contre 3,1 millions EUR en 2015.

En 2016, le montant des dépenses des **allocations compensatoires** est de 0,23 millions EUR, contre 0,26 millions EUR en 2015.

Le financement de **l'allocation pour personnes gravement handicapées (APGH)** est repris par l'assurance dépendance depuis son introduction en 1999. Selon le décompte de l'assurance dépendance en 2016, les dépenses pour l'allocation pour personnes gravement handicapées s'élèvent à 5,1 millions EUR, contre 5,4 millions EUR en 2015, soit une baisse de 4,5%.

Depuis septembre 2013, le FNS ne fait plus que des paiements sporadiques pour **l'allocation de soins**. En 2016, il n'y a plus eu de paiements pour l'allocation des soins.

2.2. LES RECETTES COURANTES

En 2016, les dotations de l'Etat s'élèvent à 282,8 millions EUR, contre 288,7 millions EUR en 2015. Les frais d'administration affichent 8,2 millions EUR en 2016. A noter que depuis 2013, la quote-part du FNS dans les recettes de l'Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse Charlotte a été relevée à un tiers, contre un quart auparavant. Ainsi, ces recettes augmentent de 5,1 millions EUR en 2012 à 6,7 millions EUR en 2013. En 2016, ils augmentent à 13,5 millions EUR, contre 6,6 millions EUR en 2015. En ce qui concerne les restitutions de prestations indûment touchées, la façon de comptabiliser les recouvrements a changé en 2013, en distinguant dorénavant entre les montants de l'exercice en cours, qui sont classés comme extourne dépenses, et ceux relatifs aux exercices écoulés, qui sont classés comme recettes. Auparavant, la contrepartie de tous les indus était imputée comme recette. Ceci explique la baisse des restitutions de 18,0 millions EUR en 2012 à 17,3 millions EUR en 2013 et 17,2 millions EUR en 2014. En 2015, les restitutions augmentent à 19,8 millions EUR, pour retomber à 18,4 millions EUR en 2016.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les prestations constituent presque la totalité des dépenses courantes, les frais d'administration ne représentant que 2,5% du total. En 2016, le montant total des prestations payées par le FNS atteint 314,2 millions EUR, contre 312,2 millions EUR pour l'année précédente. Le total des dépenses courantes est stable à 323,1 millions EUR en 2015 et 2016.

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Protection sociale	9
Tableau 1: Panorama de la protection sociale	10
Tableau 2: Evolution des recettes et dépenses totales de protection sociale	19
Tableau 3: Répartition des personnes protégées et personnes bénéficiaires par risque de la protection sociale en 2016	22
Tableau 4: Répartition de la population protégée par résidence et statut en 2016	23
Tableau 5: Evolution du nombre de personnes protégées entre 2012 et 2016	24
Tableau 6: Evolution annuelle de la population protégée entre 2012 et 2016	24
Assurance maladie-maternité	27
Tableau 1: Médecins professionnellement actifs par catégorie et sexe au 31 décembre 2016	35
Tableau 2: Évolution de la densité médicale pour 1 000 personnes protégées résidentes de 2012 à 2016	36
Tableau 3: Evolution du nombre des médecins hospitaliers de 2013 à 2017	36
Tableau 4: Evolution du nombre de professions de santé dans les établissements hospitaliers de 2012 à 2016	37
Tableau 5: Évolution de la densité d'infirmiers pour 1000 personnes protégées résidentes entre 2012 et 2016	38
Tableau 6: Evolution des revenus moyens annuels des infirmiers hospitaliers de 2012 à 2016	38
Tableau 7: Evolution du nombre des pharmaciens de 2007 à 2016	38
Tableau 8: Evolution du nombre de salariés du secteur hospitalier par sexe et pays de résidence en 2016 et 2017	40
Tableau 9: Les lits budgétisés des établissements hospitaliers en 2017	41
Tableau 10: Evolution du nombre de concessions de pharmacie	42
Tableau 11: Evolution des dépenses pour soins de santé de 2012 à 2016	44
Tableau 12: Evolution des prestations de soins de santé à l'étranger de 2012 à 2016	46
Tableau 13: Evolution du nombre de demandes d'autorisation de transfert à l'étranger entre 2014 et 2016	47
Tableau 14: Répartition du total des autorisations sollicitées par pays fournisseur en 2016	47
Tableau 15: Evolution de la distribution des soins consommés	49
Tableau 16: Evolution du volume des honoraires des médecins depuis 2007	54
Tableau 17: Les 10 principaux diagnostics de sortie dans les hôpitaux aigus avec nuitée en 2016	60
Tableau 18: Evolution du type d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus de 2012 à 2016	62
Tableau 19: Principaux groupes de médicaments pris en charge par la CNS en 2016	66
Tableau 20: Evolution des frais des autres professions de santé de 2012 à 2016	66
Tableau 21: Evolution des prestations en espèces de maladie	67
Tableau 22: Taux d'absentéisme maladie 2016 selon la résidence, le sexe et le type d'activité	72
Tableau 23: Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge en 2016	76
Tableau 24: Accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2016, selon le type et le groupe d'âge	78
Tableau 25: Proportion, par groupe d'âge, des accouchements suivis d'un allaitement, parmi l'ensemble des accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2016	78
Tableau 26: Répartition sectorielle des dispenses ayant pris fin au cours de l'année 2016	80
Tableau 27: Proportion de congés de maternité, ayant pris fin au cours de l'année 2016, précédés d'une dispense, selon le secteur d'activité	81
Tableau 28: Proportion de travailleurs ayant bénéficié d'un congé pour raisons familiales qui a pris fin au cours de l'année considérée	81
Tableau 29: Evolution financière globale de l'assurance maladie-maternité	82
Tableau 30: Evolution des cotisations de l'assurance maladie-maternité	84
Tableau 31: Evolution des recettes et dépenses globales de la Mutualité des Employeurs entre 2012 et 2016	86

Assurance dépendance

89

Tableau 1: Evolution des effectifs du personnel	93
Tableau 2: Evolution du personnel par qualification	94
Tableau 3: Evolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance	96
Tableau 4: Evolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour	97
Tableau 5: Evolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour	97
Tableau 6: Evolution du nombre de bénéficiaires par groupe d'âge et lieu de séjour	98
Tableau 7: Evolution de l'âge moyen et de l'âge median de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance	98
Tableau 8: Répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et par type d'affection	99
Tableau 9: Âge moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type d'affection	100
Tableau 10: Evolution du nombre de bénéficiaires d'un accord pour soins palliatifs par année de décès	100
Tableau 11: Evolution de l'âge moyen et de l'âge médian des bénéficiaires d'un accord pour soins palliatifs	101
Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2016	102
Tableau 13: Classification des causes de la dépendance selon la CEO	104
Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2016	105
Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2016	106
Tableau 16: Evolution du temps total moyen requis par semaine	109
Tableau 17: Répartition des bénéficiaires selon le temps total non pondéré requis par semaine	109
Tableau 18: Répartition des bénéficiaires par classe de temps requis pour les actes essentiels de la vie	110
Tableau 19: Evolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV)	111
Tableau 20: Les activités de soutien dans le cadre de l'assurance dépendance	112
Tableau 21: Evolution des bénéficiaires d'activités de soutien	112
Tableau 22: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien	113
Tableau 23: Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de conseil par classe de temps	115
Tableau 24: Temps moyen requis (en heures) pour les différents types de prestations de l'assurance et cause principale de dépendance en 2016	116
Tableau 25: Evolution de la répartition des bénéficiaires par type de partage	117
Tableau 26: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par sexe en 2016	118
Tableau 27: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par groupe d'âge en 2016	118
Tableau 28: Répartition des aidants informels dont la cotisation assurance pension est prise en charge entre le 1 ^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2016 par groupe d'âge et sexe	119
Tableau 29: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO	120
Tableau 30: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale	121
Tableau 31: Evolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement	122
Tableau 32: Evolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis 2006	123
Tableau 33: Evolution des prestations par groupe d'âge et lieu de séjour du bénéficiaire	124
Tableau 34: Evolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire	126
Tableau 35: Evolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature	127
Tableau 36: Evolution du coût des prestations en nature par type de prestation au Luxembourg	127
Tableau 37: Répartition des dépenses pour les prestations en nature en 2015 par groupe d'âge des bénéficiaires	128
Tableau 38: Evolution des dépenses pour les activités de soutien par type de soutien	129
Tableau 39: Evolution des dépenses pour les actes essentiels de la vie par domaine	129
Tableau 40: Répartition des prestations à domicile par type de partage	130
Tableau 41: Evolution des dépenses pour les bénéficiaires de prestations forfaitaires	130
Tableau 42: Evolution des dépenses pour les aides techniques	131
Tableau 43: Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié	132
Tableau 44: Evolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance	133
Tableau 45: Evolution de la contribution de l'Etat aux recettes de l'assurance dépendance	133

Assurance pension	137
Tableau 1: Evolution des prestations en cours de paiement	140
Tableau 2: Evolution des recettes et des dépenses globales du régime général de pension	146
Tableau 3: Evolution des principales dépenses en prestations	148
Tableau 4: Evolution de la situation du régime général de pension	149
Assurance Accident	151
Tableau 1: Evolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général	154
Tableau 2: Evolution du nombre des dégâts matériels	155
Tableau 3: Evolution du nombre des rentes par régime	156
Tableau 4: Evolution des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux par régime	157
Tableau 5: Evolution de la répartition des rentes accordées avant la réforme et rachats de rentes pour tous les régimes	158
Tableau 6: Evolution des opérations courantes de l'assurance accident	158
Tableau 7: Evolution des recettes et des dépenses globales de l'assurance accident	159
Tableau 8: Répartition des recettes courantes de l'assurance accident en 2016	161
Tableau 9: Répartition des dépenses courantes de l'assurance accident en 2016	162
Tableau 10: Evolution du montant des prestations du régime général (régimes spéciaux exclus)	163
Tableau 11: Evolution du montant des prestations des régimes spéciaux	164
Prestations familiales	165
Tableau 1: Evolution du nombre de bénéficiaires des prestations familiales (situation au 31 décembre - uniquement paiements courants)	171
Tableau 2: Evolution des recettes et dépenses globales de la CAE	172
Tableau 3: Evolution de la participation de l'Etat dans le financement des prestations familiales	175
Tableau 4: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger	177
Inclusion sociale	179
Tableau 1: Evolution des recettes et des dépenses globales du FNS	188

SOMMAIRE DES GRAPHIQUES

Protection sociale	9
Graphique 1: Evolution des recettes courantes de la protection sociale	12
Graphique 2: Evolution du financement de la protection sociale	13
Graphique 3: Evolution de la participation de l'Etat au financement de la protection sociale	14
Graphique 4: Répartition de la participation de l'Etat au financement des régimes de protection sociale	15
Graphique 5: Evolution des dépenses courantes de la protection sociale	16
Graphique 6: Evolution des dépenses de protection sociale par fonction	17
Graphique 7: Evolution des prestations de protection sociale par fonction	17
Graphique 8: Evolution des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale	19
Graphique 9: Répartition de la population protégée par âge en 2016 (moyenne annuelle)	23
Graphique 10: Contribution à l'augmentation de la population protégée des différents groupes de personnes protégées sur la période 2012-2016	25
Assurance maladie-maternité	27
Graphique 1: Organigramme des soins de santé au Luxembourg en 2016	29
Graphique 2: Catégories des médecins	30
Graphique 3: Evolution du nombre de médecins autorisés à exercer par catégorie de 2007 à 2016	33
Graphique 4: Rapport des médecins autorisés à exercer et des médecins professionnellement actifs de 2007 à 2016	34
Graphique 5: Pyramide des âges des médecins praticiens par catégorie et sexe au 31.12.2016	35
Graphique 6: Pyramide des âges des médecins praticiens par sexe au 31.12. 2007 et 2016	36
Graphique 7: Répartition des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2016	45
Graphique 8: Répartition des remboursements de soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de patients ayant bénéficié des remboursements les plus élevés en 2016	49
Graphique 9: Les soins de santé au Luxembourg : nombre de patients et remboursement moyen par sexe et âge en 2016	50
Graphique 10: Contacts médicaux par groupe d'âge et sexe en 2016	51
Graphique 11: Evolution des contacts médicaux de 2007 à 2016	52
Graphique 12: Evolution des contacts médicaux par spécialité médicale de 2014 à 2016	52
Graphique 13: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupe d'âge et sexe en 2016	54
Graphique 14: Evolution des honoraires médicaux moyens par spécialité médicale entre 2012/2016	55
Graphique 15: Répartition des types de journées prestées avec nuitée en 2016	57
Graphique 16: Répartition des types de journées facturées avec nuitée par groupe d'âge en 2016	57
Graphique 17: Répartition des types de journées facturées sans nuitée par groupe d'âge en 2016	58
Graphique 18: Nombre d'admissions pour 100 000 personnes protégées résidentes par groupe d'âge et sexe en 2016	59
Graphique 19: Nombre de cas d'hospitalisations de jour en 2016 par groupe d'âge (hôpitaux aigus)	63
Graphique 20: Durée moyenne de séjour en 2016 par groupe d'âge et sexe (hôpitaux aigus)	63
Graphique 21: Evolution du nombre d'accouchement par césarienne et du nombre d'accouchements normaux de 2007 à 2016	64
Graphique 22: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2007 et 2016	65
Graphique 23: Evolution du taux d'absentéisme maladie depuis 2007	69
Graphique 24: Evolution des taux d'absentéisme maladie de courte et de longue durée depuis 2007	70
Graphique 25: Evolution mensuelle du taux d'absentéisme maladie pour les années 2015 et 2016	71
Graphique 26: Taux d'absentéisme maladie selon le groupe d'âge en 2015 et 2016	71
Graphique 27: Taux d'absentéisme maladie selon le secteur d'activité en 2015 et 2016	73
Graphique 28: Décomposition du taux d'absentéisme maladie (3,48%) selon la raison médicale	74
Graphique 29: Poids des principales raisons médicales dans la fréquence et dans le nombre de jours d'absences en 2016	75
Graphique 30: Décomposition du taux d'absentéisme maladie selon la raison médicale - évolution entre 2014 et 2016	75
Graphique 31: Evolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité	76
Graphique 32: Evolution de la proportion des femmes en emploi âgées de 15 à 50 ans ayant bénéficié d'un congé de maternité	77

Graphique 33: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 2002 et 2016	77
Graphique 34: Evolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail	79
Graphique 35: Evolution de la proportion de congés de maternité qui ont été précédés d'une dispense	80
Graphique 36: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes de 2007 à 2016	83
Graphique 37: Evolution des recettes et dépenses courantes à partir de 2012	84
Graphique 38: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2016	85
Assurance dépendance	89
Graphique 1: Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance	96
Graphique 2: Temps moyen requis par semaine et groupe d'âge du bénéficiaire	108
Graphique 3: Evolution du temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge	111
Graphique 4: Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de soutien par classe de temps requis non pondéré	113
Graphique 5: Répartition du temps moyen requis par groupe d'âge en 2016	114
Graphique 6: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien par sexe	114
Graphique 7: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien par lieu de séjour	115
Graphique 8: Evolution du coût des prestations par groupe d'âge et sexe du bénéficiaire	124
Graphique 9: Evolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire	125
Graphique 10: Evolution et taux de croissance de la contribution forfaitaire de l'Etat	134
Graphique 11: Evolution du solde global cumulé de l'assurance dépendance	135
Graphique 12: Evolution du taux de cotisation d'équilibre	135
Assurance pension	137
Graphique 1: Répartition des pensions 2016 par type de pension et par sexe du bénéficiaire	141
Graphique 2: Part des pensions migratoires par type de pension en 2016	141
Graphique 3: Répartition des pensions 2016 par pays de destination	142
Graphique 4: Nouvelles pensions vieillesse attribuées en 2016 par âge d'entrée	143
Graphique 5: Evolution du nombre moyen d'assurés et de pensions	144
Graphique 6: Niveau moyen des pensions 2016 par type de pension	145
Graphique 7: Evolution des dépenses et recettes courantes du régime général de pension	147
Graphique 8: Evolution de la réserve du régime général de pension	149
Assurance Accident	151
Graphique 1: Evolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident	153
Graphique 2: Evolution du nombre d'accidents déclarés par régime	153
Graphique 3: Evolution du nombre d'accidents déclarés du régime général par type d'accident	154
Graphique 4: Evolution du taux de cotisation moyen de l'assurance accident	161
Prestations familiales	165
Graphique 1: Evolution du nombre d'enfants bénéficiaires par groupe d'âge et du nombre des familles attributaires (situation au 31 décembre - uniquement paiements courants)	168
Graphique 2: Evolution des dépenses courantes	176
Graphique 3: Evolution des prestations familiales transférées à l'étranger	177
Inclusion sociale	179
Graphique 1: Evolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille	182
Graphique 2: Evolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension	183
Graphique 3: Evolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées	184
Graphique 4: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère	185
Graphique 5: Evolution du nombre de bénéficiaires par leur lieu de séjour	186
Graphique 6: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire	186

Accident de trajet	Un accident de trajet est un accident survenu sur le parcours normal et direct emprunté par le salarié pour se rendre de son domicile habituel à son lieu de travail et en revenir.
Accident de travail	Un accident du travail correspond à un accident survenu par le fait du travail ou à l'occasion du travail. La prise en charge d'un accident de travail présuppose qu'une personne assurée subisse, à l'occasion d'une activité assurée, un accident qui entraîne une lésion corporelle et/ou des dégâts au véhicule.
Accueil gérontologique ou Complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique	Ce complément est versé par le FNS sous certaines conditions aux personnes admises en institution (centre intégré pour personnes âgées, maison de soins ou autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit) ou séjournant à l'hôpital, mais dont les ressources personnelles ne leur permettent pas de couvrir les frais d'hôtellerie (prix d'accueil) et les besoins personnels.
Actes essentiels de la vie	Notion fondamentale de l'assurance dépendance. Les actes essentiels de la vie sont les actes qui relèvent des domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité.
Activité d'insertion professionnelle (du SNAS)	Les activités d'insertion professionnelle prennent la forme: a) de préparation et de recherche assistées, pendant une durée qui ne peut excéder trois mois, d'une activité professionnelle rémunérée ou d'une des activités visées sous b) et c) ci-dessous; b) d'affectation temporaire à des travaux d'utilité collective auprès de l'Etat, des communes, des établissements publics, des établissements d'utilité publique ou de tout autre organisme, institution ou groupement de personnes poursuivant un but non lucratif ; c) d'affectation temporaire à un stage en entreprise.
Activités de soutien	Elles ont pour objectif de maintenir voire de restaurer les capacités de la personne à exécuter les actes essentiels de la vie de façon autonome. Dans un certain nombre de situations, lorsque le bénéficiaire séjourne à domicile, elles ont également pour but de permettre à l'aidant informel de prendre du répit. Les activités de soutien sont, soit des activités individuelles, soit des activités de groupe.
Age médian	L'âge médian est l'âge "x" tel qu'il divise une population en deux groupes d'effectifs égaux, l'un composé uniquement des individus d'âge supérieur à "x", l'autre des individus d'âge inférieur à "x".
Age moyen	Il correspond à la somme des âges des personnes analysées divisée par leur nombre.
Aidant informel	Tierce personne qui assure, d'après un plan de prise en charge, des aides et soins à la personne dépendante à son domicile sans appartenir à un réseau d'aides et soins.

Aide à domicile	Toute activité consistant à accomplir pour au moins trois personnes, principalement au domicile des usagers, des prestations entres autres d'entretien, d'assistance au niveau des tâches domestiques, de garde, de guidance et d'orientation socio-familiales, éducatives et/ou gérontologiques, d'accompagnement au niveau des démarches administratives et sociales, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, le soutien à domicile et le conseil pris en charge par l'assurance dépendance.
Aide sociale	L'aide sociale assure aux personnes dans le besoin et à leur famille l'accès aux biens et aux services adaptés à leur situation particulière, afin de les aider à acquérir ou à préserver leur autonomie. Toute personne séjournant légalement au Grand-Duché de Luxembourg a en principe droit à l'aide sociale afin de pouvoir mener une vie conforme à la dignité.
Allocation complémentaire (cadre du RMG)	L'allocation complémentaire est destinée aux communautés domestiques résidentes qui disposent de revenus mensuels inférieurs aux plafonds du RMG sous certaines conditions.
Allocation d'éducation	L'allocation d'éducation est introduite en 1988 et abolie au 1er juin 2015. Elle a pour but de donner aux parents la possibilité d'être plus disponibles pour l'éducation des enfants en bas âge. Depuis 2015, elle continue à être versée aux bénéficiaires tant que le droit persiste.
Allocation de soins	L'allocation de soins a été créée en 1989 et abrogée en 1999 lors de l'introduction de l'assurance dépendance. Elle est versée par le FNS à la personne qui assure les soins nécessaires à une personne âgée qui nécessite des soins permanents. Depuis 1999, elle continue à être versée aux bénéficiaires qui ne bénéficient pas des prestations de l'assurance dépendance.
Allocation de vie chère (anc. : allocation de chauffage)	Le Fonds national de solidarité (FNS) accorde, sur demande et sous certaines conditions, une allocation spécifique (anciennement appelée allocation de chauffage), en faveur des ménages à revenu modeste. Cette allocation est destinée à satisfaire les besoins des ménages à revenus modestes face à une situation économique difficile, et notamment à une augmentation du coût des biens destinés à la consommation.
Allocation spéciale pour personnes gravement handicapées	L'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (APGH) a été créée en 1979 et abrogée en 1999 lors de l'introduction de l'assurance dépendance. Elle est versée par le FNS à la personne dont une ou plusieurs fonctions physiques ou mentales sont diminuées d'une façon telle qu'elle ne peut subsister sans l'assistance ou les soins constants d'une tierce personne. Depuis 1999, elle continue à être versée aux bénéficiaires qui ne bénéficient pas des prestations de l'assurance dépendance.

Allocation compensatoire	L'allocation compensatoire a été créée en 1975 et abrogée en 1986. Elle est versée par le FNS en faveur de certaines catégories de bénéficiaires de rentes et de pensions. Depuis 1986, elle continue à être versée aux bénéficiaires tant qu'ils ont droit à une pension ou à une rente et pour autant qu'ils ne touchent pas le revenu minimum garanti.
Allocations de maternité	Les allocations de maternité ont été introduites en 1980 et abolies au 1er juin 2015. Elles ont pour but de compenser les dépenses supplémentaires auxquelles les femmes enceintes, qui ne bénéficient ni de l'indemnité de maternité, ni d'un autre revenu de remplacement, doivent faire face. Elles se divisent en deux tranches : une tranche prénatale et une tranche postnatale. Depuis 2015, elle continue à être versée aux bénéficiaires tant que le droit persiste.
Allocation de rentrée scolaire	Une allocation de rentrée scolaire est accordée en faveur des enfants âgés de six ans et plus qui sont admis à l'enseignement fondamental ou à l'enseignement secondaire. Cette allocation est destinée à alléger les dépenses extraordinaires auxquelles donne lieu la rentrée des classes. Le montant de l'allocation change selon l'âge et le groupe familial de l'enfant. Elle est versée d'office en faveur des enfants bénéficiaires d'allocations familiales pour le mois d'août de la même année.
Allocations différentielles	Le complément différentiel concerne les familles ne résidant pas au Luxembourg, mais dont au moins un des parents exerce une activité professionnelle au Luxembourg. Dans ce cas, le pays de résidence est prioritaire pour le versement des prestations familiales, et le Luxembourg ajoute un complément différentiel si les prestations du Luxembourg sont supérieures aux montants des prestations étrangères.
Allocations familiales de base	Les allocations familiales participent au principe de la justice sociale par le biais du système de redistribution, en contribuant à la compensation des charges familiales, plus précisément, aux charges d'enfants. Les allocations familiales sont dues en principe à partir du mois de naissance jusqu'à l'âge de dix-huit ans accomplis de l'enfant qui réside sur le territoire du Luxembourg ou dont les parents ont un emploi sur le territoire du Luxembourg.
Allocation spéciale supplémentaire	L'allocation spéciale supplémentaire est due jusqu'à l'âge de 18 ans, respectivement sous certaines conditions jusqu'à 27 ans, pour les enfants atteints d'une maladie ou une infirmité entraînant un handicap physique ou mental permanent de plus de 50% par rapport à un enfant normal du même âge.
Anatomical Therapeutic Chemical classification (ATC)	L'ATC est un système de classification des médicaments établi par l'OMS. Les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et/ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

Assistance sociale	L'assistance sociale repose uniquement sur les besoins individuels. Elle est l'expression de la solidarité nationale et non une contrepartie d'un apport professionnel.
Avance des pensions alimentaires	Le Fonds national de solidarité (FNS) avance et recouvre, sous certaines conditions, les pensions alimentaires dues aux conjoints, ascendants ou descendants. La pension alimentaire (également appelée "obligation alimentaire") est une compensation financière versée, normalement par décision de justice, à une personne dont il s'agit d'assurer la subsistance alimentaire. Elle forme l'obligation légale de fournir à une personne dans le besoin l'aide indispensable pour vivre.
Avances	Versements de pensions à des titulaires pour lesquels le montant définitif de la pension n'est pas encore déterminé (p.ex : premiers mois de pension).
Baby-years	La période dite "baby-years" est une période d'assurance de 2 années mise en compte dans la carrière d'assurance pension du parent qui s'est consacré au Grand-Duché de Luxembourg à l'éducation d'un enfant légitime, légitimé, naturel ou adoptif âgé de moins de 4 ans lors de l'adoption. La période prévue de 24 mois est étendue à 48 mois si, au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant, l'intéressé élève dans son foyer au moins deux autres enfants ou si l'enfant est atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou d'une diminution permanente d'au moins 50 % de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge.
Boni pour enfants	Pour tout enfant vivant dans le ménage de ses parents et ouvrant droit aux allocations familiales, il est octroyé un boni pour enfant à titre de bonification d'office de la modération d'impôt.
Caisse nationale d'assurance pension	Caisse de pension du régime général de pension.
Caisse nationale des prestations familiales	Depuis 1985, le paiement de l'ensemble des prestations familiales est confié à une seule caisse ayant pris la dénomination de " Caisse nationale des prestations familiales " ou en abrégé " CNPF ". La CNPF est née de la fusion des anciennes caisses d'allocations familiales des ouvriers, des employés, des non-salariés, ainsi que du fonds des allocations de naissance. Son statut est celui d'un établissement public placé sous la tutelle de Madame la Ministre de la Famille et de l'Intégration.

Centre intégré pour personnes âgées	Service qui garantit un accueil gérontologique et des soins, principalement de jour et de nuit et pour une durée non limitée dans le temps, à au moins trois personnes âgées, en leur offrant entre autres des prestations d'hébergement, d'entretien, d'assistance au niveau des activités de la vie quotidienne, de guidance psycho-médico-sociale, d'animation et de loisir, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et le soutien pris en charge par l'assurance dépendance.
Centre semi-stationnaire	Institution accueillant soit de jour soit de nuit en cas de maintien à domicile des personnes dépendantes, en leur assurant les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance pendant leur séjour dans ce centre.
Coefficient de charge	Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.
Communauté domestique (cadre du RMG)	Une communauté domestique est constituée de toutes les personnes qui résident dans le cadre d'un foyer commun, qui disposent d'un budget commun et qui ne peuvent fournir des preuves matérielles qu'elles résident ailleurs.
Congé parental	Le congé parental est une mesure destinée à permettre aux parents d'interrompre leur activité professionnelle pour s'adonner pendant un certain temps aux tâches d'éducation de leurs enfants, tout en leur garantissant une indemnisation forfaitaire - l'indemnité de congé parental payée par la CNPF - et la possibilité de retrouver leur emploi à la fin du congé. Le congé parental s'étend soit sur 6 mois (plein temps), soit sur 12 mois (mi-temps).
Contrat subsidié (du SNAS)	Le contrat subsidié permet aux entreprises du secteur privé ou aux organismes publics de demander au SNAS la participation aux frais de personnel occasionnés par l'engagement d'un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion pour une période maximale de trente-six mois.
Contribution dépendance	La contribution dépendance est prélevée sur les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine des personnes assurées.
Contribution forfaitaire de l'Etat	La contribution forfaitaire de l'Etat est fixée à 40% des dépenses totales de l'assurance dépendance.
Cotisations réacheminées	Les cotisations sociales réacheminées sont les versements qu'un régime de protection sociale opère au profit d'un autre en vue de conserver ou d'augmenter, pour les personnes qu'il protège, les droits à la protection sociale du régime bénéficiaire.
Croissance nominale	La croissance nominale est une croissance qui n'est pas corrigée de l'impact de l'inflation. Une croissance corrigée de l'impact de l'inflation est une croissance réelle.

Defined Daily Dose (DDD)	La DDD est une mesure statistique définie par l'OMS qui est utilisée pour rendre comparable des données de consommation de différents dosages d'une même molécule ou de différentes substances d'une même classe de médicament.
Densité médicale	La densité médicale est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins à une population donnée. Elle s'exprime en nombre de médecins pour 100 000 habitants.
Désindexation	La désindexation consiste en la suppression de l'adaptation d'une prestation ou d'un revenu à un index, par exemple la hausse des prix.
Diagnostic de sortie	Le diagnostic de sortie est encodé par le médecin traitant lors de la sortie de l'hôpital du patient. Ce diagnostic est codé selon la classification internationale des maladies 10e révision (CIM 10). Généralement, le diagnostic de sortie correspond à la cause d'hospitalisation.
Droits dérivés	Les droits dérivés en droit de la sécurité sociale désignent certains droits à prestations sociales dont bénéficie une personne en vertu d'un lien avec un assuré social.
Durée moyenne de séjour (DMS)	La durée moyenne de séjour à l'hôpital (DMS) est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité. Toutes choses égales par ailleurs, un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients hospitalisés vers le cadre moins onéreux des soins post-aigus. La DMS est le nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle est généralement calculée en divisant le nombre total de journées passées par tous les patients au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties. Les soins dispensés en ambulatoire, les hospitalisations de jour et les hospitalisations pour traitements subaigus (rééducation, convalescence, etc.) ne sont pas pris en compte. A noter que la DMS n'est pas calculée sur base des épisodes et n'inclut pas les transferts entre plusieurs hôpitaux.
Ecart de réévaluation	L'écart de réévaluation correspond à la différence entre la valeur nette au 31 décembre 2016 et celle au 31 décembre 2015 des fonds placés par le FDC dans son organisme de placement collectif (OPC).
Episode de maladie (PEE)	Un épisode de maladie est une période constituée de jours civils de maladie consécutifs. Une rechute précédée d'une reprise du travail est considérée comme un nouvel épisode.

Episode hospitalier	Un seul " épisode " hospitalier est mis en compte pour un patient lors d'une hospitalisation complète, ininterrompue, même si cette hospitalisation comporte des transferts vers d'autres établissements spécialisés (p.ex. INCCI, Rehazenter, etc.) ou commence avec une hospitalisation du jour.
Etablissement d'aides et de soins à séjour continu	Institutions hébergeant de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant, dans le cadre de l'établissement, l'intégralité des aides et soins requis de leur état de dépendance.
Etablissement d'aides et de soins à séjour intermittent	Institution hébergeant de jour et de nuit de façon prépondérante des personnes dépendantes relevant de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ou bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 4, alinéa 5 et 6 de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales. L'établissement doit dispenser tous les aides et soins requis par la personne dépendante pendant la durée de séjour dans l'établissement d'après les conditions et modalités fixées par la convention-cadre.
Etablissement hospitalier aigu	Etablissement qui preste des soins curatifs, c'est-à-dire des services médicaux et autres dans l'objectif de guérir une maladie ou une blessure ou d'en empêcher l'aggravation, ou de prévenir la survenue de complications qui pourraient mettre en danger la vie du patient ou compromettre le fonctionnement normal de son organisme.
Etablissement hospitalier subaigu	Etablissement de convalescence, de rééducation ou de réadaptation.
Evolution anticyclique	Par rapport aux cycles économiques, se dit d'une évolution qui va à l'opposé des périodes de croissance ou de ralentissement de la croissance.
Fonds de compensation	Gestionnaire de la réserve (patrimoine) du régime général de pension.
Fonds de compensation commun au régime général de pension	Le Fonds de compensation commun au régime général de pension a été institué par la loi modifiée du 6 mai 2004 sur l'administration du patrimoine du régime général de pension. Le Fonds de compensation a pour mission d'assurer la gestion de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension dans la perspective de faire bénéficier la majeure partie de cette réserve de compensation de l'évolution des marchés financiers en diversifiant ses actifs dans un portefeuille tenant à la fois compte de critères de risque et de rendement.
Fonds national de solidarité	Le Fonds national de solidarité (FNS) est un établissement public qui gère et coordonne les prestations de l'assistance sociale.

Forfait d'éducation	Le forfait d'éducation appelé "Mammerent" est destiné au parent, ou toute autre personne en lieu et place des parents, qui s'est consacré principalement à l'éducation d'un ou de plusieurs enfants. Le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 65 ans.
Hôpital aigu	Les hôpitaux aigus sont les établissements hospitaliers prodiguant des soins curatifs de courte à moyenne durée dont les tâches principales consistent à soigner des maladies, effectuer des actes chirurgicaux, thérapeutiques et de diagnostic et aider les femmes qui accouchent. Sont exclus de ce groupe les hôpitaux traitant les patients ayant besoin de soins de longue durée du fait de souffrir de handicaps chroniques et d'une autonomie réduite dans les activités de la vie quotidienne et les établissements réservés aux soins palliatifs.
Hospitalisation (avec nuitée)	Une hospitalisation avec nuitée, appelée aussi hospitalisation complète, comprend au moins un jour (le jour de l'admission) et une nuit à l'hôpital.
Hospitalisation de jour	Les hospitalisations de jour regroupent les hospitalisations de jour proprement dites (avec admission à l'hôpital et sortie le même jour) et les places de surveillance. Les places de surveillance sont des places ou lits réservés aux patients qui doivent être surveillés pendant un certain temps avant de rentrer le même jour, par exemple après des actes diagnostiques ou interventionnels nécessitant une légère sédation du patient. Certains sites hospitaliers ne disposent pas de places de surveillance et doivent facturer d'office une hospitalisation de jour (soins normaux) pour ces cas. Les prestations en polyclinique ou similaires (p.ex. sessions de chimiothérapie ou de dialyse) ne sont pas considérées comme hospitalisations.
Inclusion sociale	L'inclusion sociale est un concept pour caractériser les rapports entre individus et systèmes sociaux.
Indemnisation des dégâts matériels accessoires	Si un accident du travail ou de trajet a provoqué un dommage corporel, l'Assurance accident indemnise le dégât causé aux vêtements ou autres effets personnels que l'assuré portait au moment de l'accident.
Indemnité d'insertion (cadre du RMG)	L'indemnité d'insertion est destinée aux personnes majeures âgées de moins de 60 ans qui est apte et disponible pour des mesures d'insertion professionnelle et qui a signé le contrat d'insertion et qui participe aux activités d'insertion professionnelle organisées par le SNAS.

Indemnité forfaitaire pour douleurs physiques endurées	Cette indemnité vise à réparer les souffrances endurées par l'assuré jusqu'à la consolidation de ses lésions. Elle est destinée à réparer le dommage causé par les douleurs physiques spécifiques au type de blessures encourues ainsi que celles causées par les traitements chirurgicaux et thérapeutiques que leur guérison a nécessités. Elle consiste dans un forfait fixé sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'une échelle tenant compte de la gravité du préjudice.
Indemnité forfaitaires pour douleurs physiques esthétique	Le préjudice esthétique peut être défini comme la répercussion d'une atteinte anatomique ou anatomo-physiologique à la personne, entraînant chez la victime une altération de l'image qu'en ont les autres, mais aussi une altération de l'image de soi, atteinte psychologique limitée que le médecin sait être habituelle. L'importance du préjudice esthétique est appréciée en fonction des séquelles laissées par la blessure subie (p.ex. localisation et apparence des cicatrices et infirmités) et de l'âge de la victime. Le préjudice esthétique est indemnisé par un forfait et il appartient au Contrôle médical de la sécurité sociale d'évaluer ce préjudice à l'aide d'une échelle numérique similaire quant à la graduation à celle utilisée pour la détermination du préjudice pour douleurs endurées, mais en partie différente quant aux montants.
Indemnité pour dommage moral forfaitaire	Si le décès de l'assuré a pour cause principale un accident du travail survenu ou une maladie professionnelle déclarée à partir du 1er janvier 2011, les survivants ont droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire. L'indemnisation consiste dans des forfaits fixés par règlement grand-ducal compte tenu du droit à une rente de survie ou des liens ayant existé entre l'assuré et l'ayant droit. Le forfait ne saurait dépasser quatre mille quatre cents euros au nombre indice cent du coût de la vie par survivant.
Indemnité pour le congé parental	L'indemnité pour le congé parental est le montant mensuel versé par la CNPF aux parents qui bénéficient d'un congé parental pendant la durée de celui-ci.
Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux	Lorsqu'un assuré est atteint d'une incapacité de travail des suites d'un accident du travail / de trajet déclaré à compter du 1er janvier 2011 ou d'une maladie professionnelle déclarée à compter du 1er janvier 2011, il peut demander auprès de l'Association d'assurance accident (AAA), selon les cas et sous certaines conditions, des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux. L'octroi de ces indemnités a pour objectif de réparer les suites de l'accident du travail / de trajet ou de la maladie professionnelle subies par l'assuré qui n'ont pas de conséquence sur l'état de son patrimoine.

Indicateur conjoncturel de la fécondité	L'indicateur conjoncturel de la fécondité mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.
Indice du coût de la vie	L'indice du coût de la vie est équivalent à l'indice des prix à la consommation qui est un indicateur économique élaboré pour mesurer les variations, dans le temps, des prix des biens de consommation et des services acquis, utilisés ou payés par les ménages.
Lettre-clé	La valeur monétaire de la prestation fournie correspond au coefficient de l'acte multiplié par une lettre-clé. C'est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnaire. La lettre-clé permet de suivre l'indexation des salaires, en conséquence le tarif des prestations des médecins est ajusté à chaque indexation. De plus, différentes valeurs de lettre-clés existent pour différents types de prestataires (ex. médecins, laboratoires, infirmiers, etc.).
Maison de soins	Service qui garantit un accueil gériatrique et des soins, principalement de jour et de nuit et pour une durée non limitée dans le temps, à au moins trois personnes, en leur offrant entre autres des prestations d'hébergement, d'entretien, d'assistance au niveau des activités de la vie quotidienne, de guidance psycho-médico-sociale, d'animation et de loisir, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et le soutien stationnaire pris en charge par l'assurance dépendance, et dont les usagers nécessitent en principe plus de 12 heures de prestations hebdomadaires d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie pris en charge par l'assurance dépendance.
Majoration d'âge	A partir de l'âge de 6 ans, l'enfant a droit à une majoration d'âge, c'est-à-dire à une augmentation des allocations familiales de base pour compenser l'augmentation des frais engendrés par lui.
Maladie professionnelle	Une maladie professionnelle est une maladie qui a sa cause déterminante dans une activité professionnelle assurée.
Niveau relatif de la réserve	Réserve du régime général de pension exprimée comme multiple des prestations annuelles.
Pensions de survie	Pensions versées aux membres de famille d'un assuré décédé (pension de survie conjoint, pension d'orphelin).
Pensions de vieillesse	Pensions personnelles versées à des titulaires ayant dépassé l'âge légal de pension (65 ans). Tous les autres types de pensions personnelles (vieillesse anticipée, invalidité) sont reconduits en pensions de vieillesse à l'âge de 65 ans.

Pensions de vieillesse anticipées	Pensions de vieillesse attribuées, en fonction du stage accompli, avant l'âge légal de pension. On distingue la pension de vieillesse anticipée à partir de 60 ans (art 184.1 CSS) et la pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de 57 ans (art 184.2 CSS).
Pensions migratoires	Pensions versées à des titulaires non-résidents.
Pensions partielles	Pensions versées à des titulaires n'ayant effectuée leur stage d'assurance que partiellement dans le régime de pension en question. Les pensions partielles peuvent le cas échéant être complétées par des pensions partielles d'autres régimes (statutaires, étrangers,...).
Pensions personnelles	Pensions versées à l'assuré même (pension de vieillesse, pension de vieillesse anticipée, pension de survie).
Période transitoire (AD)	Période qui s'écoule entre la date de la demande de prestations de l'assurance dépendance et la date de la décision de la CNS.
Périodes complémentaires	Périodes d'assurance non cotisées mais prises en compte pour le stage (éducation enfants, études). art 172 CSS.
Périodes effectives	Périodes obligatoires + périodes volontaires.
Périodes obligatoires	Périodes d'assurance cotisées (activités professionnelles, revenus de remplacement, baby-years ,...); art 171 CSS.
Périodes volontaires	Périodes d'assurance cotisées volontairement en cas d'arrêt ou de réduction de l'activité professionnelle : assurance continuée (art 173 CSS), assurance facultative (art 173bis CSS), achat (rétroactif) de périodes (art 174 CSS).
Plan hospitalier	Le plan hospitalier, dont la dernière version date du 23 mars 2009, édicte les critères de classement des établissements hospitaliers, leurs services, le nombre maximal de lits autorisés, ainsi que les dotations en équipements lourds.
Préjudices extrapatrimoniaux	Il s'agit d'indemniser les souffrances de la victime faisant face à une incapacité partielle ou totale permanente.
Prestataire de soins de longue durée	Service professionnel (réseau ou établissement) qui a un contrat avec l'assurance dépendance et apporte tous les aides et soins nécessaires à la personne dépendante.
Prestation	Fourniture de biens ou de services.
Prestations en espèces	La prestation en espèces, attribuée sous forme d'indemnité pécuniaire de maladie ou d'indemnité pécuniaire de maternité, est destinée à compenser la perte du revenu professionnel due à un arrêt de travail pour cause de maladie, maternité ou accident non professionnel.

Prestations en nature	Il s'agit principalement du remboursement total ou partiel des frais médicaux engagés par l'assuré pour lui-même ou pour ses ayants droit : consultations, médicaments, examens, analyses, hospitalisation, prothèses, etc. Cela correspond également à la réalisation de certains actes de prévention pris en charge par l'assurance maladie (vaccinations, dépistages, etc.).
Prestations de naissance	Les prestations de naissance ont pour objectif la prévention pour la mère et l'enfant, de problèmes de santé résultant de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que la réduction de la mortalité infantile, moyennant une surveillance médicale commençant au début de la grossesse et allant en ce qui concerne l'enfant jusqu'à son deuxième anniversaire. Les prestations de naissance sont allouées en trois tranches : 1. l'allocation prénatale ; 2. l'allocation de naissance proprement dite ; 3. l'allocation postnatale.
Prestations des survivants	Si le décès de l'assuré a pour cause principale l'accident du travail survenu ou la maladie professionnelle déclarée à partir du 1er janvier 2011, les survivants ont droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire. Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie.
Prestations forfaitaires (dans le cadre de l'Assurance dépendance)	Prestations en espèces forfaitaires correspondant à 6 heures d'aides et de soins accordées à des personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication et les personnes atteintes de spina bifida.
Prestations requises	Les prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation et qui sont repris dans le plan de prise en charge.
Prime de répartition pure	Rapport entre les dépenses courantes du régime général de pension et la masse cotisable.
Pyramide des âges	La pyramide des âges est une représentation graphique de la répartition de la population (axe horizontal) en fonction de l'âge (axe vertical) et du sexe (homme à gauche, femme à droite).
Redevance du secteur énergie	La redevance du secteur énergie consiste dans le produit de la taxe " électricité " prélevé sur les gros consommateurs d'électricité c.à.d. les clients finaux avec une consommation annuelle supérieure à 1 million de kWh.

Régime contributif	Dans le domaine de la protection sociale, un régime contributif est un régime financé tout ou en partie par des cotisations sociales. Et, le bénéfice des prestations de ce régime est conditionnel au fait d'avoir versé des cotisations sociales à ce régime.
Régime général de pension	Régime de pension du secteur privé.
Régime non contributif	Le régime non contributif s'oppose au régime contributif dans la mesure où le bénéfice des prestations de ce régime n'est pas conditionnel au fait d'avoir versé des cotisations sociales à ce régime.
Régime spécial	(Nouveau) régime applicable aux assurés du secteur public entrés en fonction après 1998.
Régime spécial transitoire	Régime spécial applicable aux assurés du secteur public en fonction avant 1999.
Régimes statutaires	Régimes de pension du secteur public (Etat, Communes, SNCFL).
Rente viagère	Une rente viagère (ou rente de mortalité) est une rente versée jusqu'au décès du bénéficiaire.
Revenu minimum garanti	La législation sur le revenu minimum garanti (RMG) crée un droit à une assistance financière publique en faveur des personnes et des ménages dont les revenus n'atteignent pas un certain seuil, considéré comme minimum vital. Il a pour rôle de lutter contre l'exclusion sociale, en assurant des moyens suffisants d'existence et des mesures d'insertion professionnelle et sociale. Le dispositif du revenu minimum garanti prévoit 2 prestations : l'allocation complémentaire et/ ou l'indemnité d'insertion. L'allocation complémentaire est gérée par le FNS, l'indemnité d'insertion par le SNAS.
Revenu pour personnes gravement handicapées	Le revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH) est une prestation du FNS qui assure un revenu minimum à toute personne atteinte d'un handicap important, qui ne parvient pas à trouver une occupation professionnelle correspondant à ses besoins particuliers ou se voit dans l'impossibilité d'exercer une quelconque activité du fait de la gravité de ses déficiences.
Salaire pour travailleurs handicapés	Une personne atteinte d'un handicap et exerçant une activité professionnelle ou étant inscrite comme demandeur d'emploi peut demander la reconnaissance du statut de salarié handicapé afin de bénéficier, par le biais de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM), de propositions d'emplois plus adaptées à son handicap sur le marché du travail ordinaire ou en atelier protégé.

Service national d'action sociale	Le service national d'action sociale (SNAS) a été créé en 1986 dans le cadre de la loi portant création d'un RMG. Il a pour mission: • d'assurer l'exécution des dispositions prévues au chapitre II de la loi RMG (indemnité d'insertion); • de coordonner à cet effet l'action et l'apport des instances et organismes concernés; • d'assurer le secrétariat du comité interministériel et du conseil supérieur de l'action sociale; • de recueillir les données statistiques nécessaires relatives aux prestations accordées aux bénéficiaires.
Sous-traitance	Opération par laquelle une entreprise confie, sous sa responsabilité et sous son contrôle, à une autre personne (sous-traitant) tout ou partie de l'exécution des tâches qui sont à sa charge.
Spina Bifida	Le spina bifida est une malformation congénitale qui apparaît dès le stade embryonnaire. Elle consiste en une malformation osseuse sous la forme d'une fissure de la partie postérieure de la colonne vertébrale, provenant d'un défaut d'ossification des vertèbres.
Stage (dans le cadre de l'Assurance pension)	Périodes d'assurance accumulées = périodes obligatoires + périodes complémentaires + périodes volontaires. Exprimé en mois.
Statut unique	Introduit par la loi du 13 mai 2008, le statut unique introduit la notion de " salarié " et met fin à la distinction faite entre les employés privés et les ouvriers. Cette loi vise l'harmonisation du maintien du salaire par l'employeur en cas de maladie, la diminution des taux de cotisation de l'assurance maladie par l'introduction d'un taux unique, la création de la mutualité des employeurs pour faire face à l'accroissement des charges salariales de ces derniers, la fusion des caisses de maladie et celle des caisses de pension.
Taux d'absentéisme	Le taux d'absentéisme correspond au rapport nombre de jours de travail perdus sur le nombre de jours de travail disponibles, le tout multiplié par 100.
Taux d'absentéisme de courte durée	Le taux d'absentéisme de courte durée est défini par le rapport entre le nombre total de jours civils de maladie de tous les individus, dans la période comprise entre le 1 ^{er} et le 21 ^{ème} jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.

Taux d'absentéisme de longue durée	Le taux d'absentéisme de longue durée est défini par le rapport entre le nombre total de jours civils de maladie de tous les individus, dans la période comprise entre 22 ^{ème} et le dernier jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la somme des durées pendant lesquelles ils ont exercé une occupation.
Taux de cotisation d'équilibre	Il désigne le taux théorique de contribution dépendance qui aurait été nécessaire pour garantir des recettes de l'année suffisantes pour couvrir les dépenses courantes ainsi que l'alimentation de la réserve légale.
Taux de dépendance (AD)	Il s'agit du ratio entre le nombre total de bénéficiaires de l'assurance dépendance et le nombre total de personnes protégées.
Taux de fécondité	Le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (nombre moyen des femmes de 15 à 50 ans sur l'année). A la différence de l'indicateur conjoncturel de fécondité, qui correspond à la somme des taux de fécondité par âge, l'évolution du taux de fécondité dépend en partie de celle de la structure par âges des femmes âgées de 15 à 50 ans.
Taux de natalité	Le taux de natalité (parfois appelé taux brut de natalité) est le rapport entre le nombre annuel de naissances et la population totale moyenne sur cette année. Il s'exprime souvent en pour mille (‰).
Temps requis non pondéré	Le temps non pondéré d'aides et de soins pour les trois domaines des actes essentiels de la vie (AEV), les tâches domestiques (TD) et les activités de soutien (SO), présente la durée réelle des prestations accordées au bénéficiaire. Il permet de mettre en évidence le volume du temps accordé au bénéficiaire.
Temps requis pondéré	Le temps pondéré est la référence légale pour les durées minimales et maximales de prestations. Il permet d'évaluer le coût des prestations accordées au bénéficiaire et tient compte de deux coefficients, à savoir le coefficient de qualification et le coefficient d'intensité.
Travailleur handicapé	Personne avec une insuffisance ou diminution des capacités physiques ou mentales qui entraînent une réduction des possibilités de conserver ou maintenir un emploi.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAA	Association d'assurance accident
AD	Assurance dépendance
ADEM	Agence pour le développement de l'emploi
AEV	Actes essentiels de la vie
AIP	Activité d'insertion professionnelle
AMM	Assurance maladie / maternité
AMMD	Association des médecins et médecins-dentistes
APGH	Allocation pour personnes gravement handicapées
ASS	Allocation spéciale supplémentaire
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical classification system
ATM	Assistant technique médical
AVC	Accident vasculaire-cérébral (chapitre Assurance maladie-maternité)
AVC	Allocation de vie chère (chapitre Inclusion sociale)
CAE	Caisse pour l'avenir des enfants
CAS	Code des assurances sociales
CCSS	Centre commun de la sécurité sociale
CEO	Cellule d'évaluation et d'orientation
CFL	Société nationale des chemins de fer luxembourgeois
CHdN	Centre hospitalier du Nord
CHEM	Centre hospitalier Emile Mayrisch
CHL	Centre hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre hospitalier neuropsychiatrique
CIM 10	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision (anglais : ICD10)
CIPA	Centre intégré pour personnes âgées
CMFEC	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux
CMFEP	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics
CNAP	Caisse nationale d'assurance pension
CNPF	Caisse nationale des prestations familiales
CNS	Caisse nationale de santé
COPAS	Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins

CPFEC	Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux
CPH	Commission permanente des hôpitaux
CSM	Clinique Sainte-Marie
CSS	Code de la sécurité sociale
DDD	Daily Defined Dose
DMS	Durée moyenne de séjour
EMCFL	Entraide médicale des chemins de fer du Luxembourg
ETP	Equivalent temps plein
FDC	Fonds de compensation
FDL	Fonds de logement
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourg
FIS	Fonds d'investissement spécialisé
FNS	Fonds national de solidarité
FPE	Fonds pour l'emploi
HDJ	Hospitalisation de jour
HIS	Hôpital intercommunal de Steinfort
HK	Hôpital du Kirchberg
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
INCCI	Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle
IP	Indemnités pécuniaires
ISO	Organisation internationale de normalisation - normes internationales
ISS	Institution de la sécurité sociale
MDE	Mutualité des Employeurs
MEVS	Médecin en voie de spécialisation
MS	Maison de soins
N.i.	Nombre indice 100
NACE Rev2	Nomenclature statistique des Activités économiques dans la Communauté européenne, deuxième révision
OCa	Organisation caritative
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé

OPC	Organisme de placement collectif
OSo	Offices sociaux
PIB	Produit intérieur brut
PRN	Projet de recherche en nursing
RevMG	Revenu moyen global
RMG	Revenu minimum garanti
RMS	Revenu moyen par spécialité
RPGH	Revenu pour personnes gravement handicapées
SESPROS	Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale
SICAV	Société d'investissement à capital variable
SICAV-FIS	Société d'investissement à capital variable sous forme de fonds d'investissement spécialisé
SMA	Service des moyens accessoires
SMU	Sociétés de secours mutuels
SNAS	Service national d'action sociale
SNCFL	Société nationale des chemins de fer luxembourgeois
SO	Activités de soutien
SSM	Salaire social minimum
STATEC	Institut national des statistiques et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg
TD	Tâches domestiques
TMR	Temps moyen requis
UEL	Union des entreprises luxembourgeoises

RÉFÉRENCES LÉGALES

- Loi modifiée du 16 août 1947 portant révision de la charge fiscale des contribuables au titre de l'impôt sur le revenu respectivement de la retenue d'impôts sur les salaires (L.I.R.).
- Loi du 20 octobre 1947 concernant les allocations familiales pour les salariés.
- Loi du 10 août 1959 concernant les allocations familiales des salariés et ayant pour objet la création d'un régime général des allocations familiales.
- Loi du 29 avril 1964 concernant les prestations familiales.
- Loi du 23 décembre 1975 portant modification de la loi du 29 avril 1964 concernant les prestations familiales et de la loi du 17 avril 1974 concernant les allocations de naissance.
- Loi du 20 juin 1977 ayant pour objet
 - a) d'instituer le contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants de bas âge ;
 - b) de modifier la législation existante en matière d'allocations de naissance.
- Loi du 30 avril 1980 portant création d'une allocation de maternité.
- Loi du 8 mars 1984 portant création d'un régime de prêts aux jeunes époux.
- Loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales.
- Loi modifiée du 14 juillet 1986 concernant la création d'une allocation de rentrée scolaire.
- Loi modifiée du 1er août 1988 portant création d'une allocation d'éducation.
- Loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales.
- 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.
- Loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées et portant modification
 1. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat ;
 2. de la loi du 22 avril 1966 portant réglementation uniforme du congé annuel payé des salariés du secteur privé ;
 3. de la loi modifiée du 12 mars 1973 portant réforme du salaire social minimum ;
 4. de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant
 - a) création d'un fonds pour l'emploi ;
 - b) réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet ;
 5. de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales ;
 6. de la loi modifiée du 27 juillet 1987 concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie ;
 7. de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la SNCFL,
 8. de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension et
 9. le CAS.

- Loi du 23 décembre 2005 modifiant
 1. différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance ;
 2. les articles 12, 92 et 97 du Code des assurances sociales ;
 3. la loi du 25 juillet 2005 modifiant
 - a) le Code des assurances sociales;
 - b) la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois;
 - c) la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension ;
 4. la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension.
- Loi du 21 décembre 2007 portant création d'un boni pour enfant.
- Loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé et modifiant:
 1. Le Code du travail;
 2. le Code des assurances sociales;
 3. la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension;
 4. la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective;
 5. le chapitre VI du Titre I de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire;
 6. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu;
 7. la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat.
- Loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident et modifiant:
 1. le Code de la sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois;
 3. la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat;
 4. le Code du travail;
 5. la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural;
 6. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.
- Loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant:
 1. le Code de la sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.
- Loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension et modifiant:
 1. le Code de la sécurité sociale;
 2. la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de fer luxembourgeois;

3. la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat;
 4. la loi modifiée du 7 août 1912 concernant la création d'une caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et établissements publics;
 5. le Code du travail.
- Loi du 26 juillet 2013 modifiant :
 1. la loi modifiée du 22 juin 2000 concernant l'aide financière de l'Etat pour étude supérieures ;
 2. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu ;
 3. la loi du 21 décembre 2007 concernant le boni enfant ;
 4. la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes ;
 5. Le Code de la sécurité sociale.
 - Loi du 23 juillet 2015 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe.
 - Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
 - Règlement grand-ducal du 28 février 2003 portant nouvelle fixation des montants du revenu minimum garanti prévus à l'article 5 de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.
 - Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale.

