

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

2013



Inspection générale
de la sécurité sociale
Luxembourg

Luxembourg
Novembre 2014

SOMMAIRE

Signes et abréviations	7
Adresses utiles	12
Protection sociale	13
INTRODUCTION	13
LE SYSTÈME DE LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG	13
1. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE	14
2. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE	17
2.1. SITUATION GLOBALE	17
2.2. LES SOURCES DE FINANCEMENT	20
2.3. LES DÉPENSES DE LA PROTECTION SOCIALE	22
Population protégée	25
INTRODUCTION	25
1. ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	27
1.1. ÉVOLUTION DU NOMBRE DES PERSONNES BÉNÉFICIAIRE DE SOINS DE SANTÉ	27
1.2. ÉVOLUTION DU NOMBRE DES ASSURÉS DU RÉGIME DES PRESTATIONS EN ESPÈCES	32
2. ASSURANCE PENSION	33
2.1. LES ASSURÉS	33
2.2. LES REVENUS COTISABLES	35
3. EMPLOI AU LUXEMBOURG	36
3.1. ÉVOLUTION DE LA POPULATION ACTIVE AU LUXEMBOURG	36
3.2. L'ACTIVITÉ SALARIÉE AU LUXEMBOURG	44
Assurance maladie-maternité	67
INTRODUCTION	67
OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	67
ORGANISATION, GESTION ET FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	68
VIABILITÉ FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	69
LA RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ	69
LE PROGRAMME GOUVERNEMENTAL DE 2013	72
1. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DE LA SANTÉ	74
1.1. L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DES MÉDECINS	74
1.2. LES HONORAIRES DES MÉDECINS CONVENTIONNÉS	83
1.3. LES REVENUS MOYENS DES MÉDECINS CONVENTIONNÉS	86
1.4. LES AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ	89
1.5. LES HÔPITAUX	91
2. LES SOINS DE SANTÉ	96
2.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SELON LE DÉCOMPTE DE LA CNS	96
2.2. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ SELON LA DATE DE LA PRESTATION	101
3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES	115
3.1. ÉVOLUTION DES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE PRISES EN CHARGE PAR LA CNS	116
3.2. ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MALADIE	116
3.3. ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MATERNITÉ	124
4. DONNÉES FINANCIÈRES	131
4.1. CONTEXTE ÉCONOMIQUE	132
4.2. ÉQUILIBRE FINANCIER	133
4.3. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES	135
4.4. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS	138

Assurance dépendance	141
INTRODUCTION	141
LES OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	141
L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	141
LE CHAPITRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE DANS LE RAPPORT GÉNÉRAL 2013	142
1. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE	143
1.1. LA CONVENTION-CADRE	143
1.2. LE CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES	144
1.3. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE	145
2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	148
2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DEPENDANCE	149
2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES	152
2.3. LES BÉNÉFICIAIRES QUI NE RÉSIDENT PAS AU LUXEMBOURG	154
2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE	154
3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	160
3.1. LE PLAN DE PRISE EN CHARGE: LES PRESTATIONS REQUISES	160
3.2. LES PRESTATIONS FACTURÉES	177
4. LES DONNÉES FINANCIÈRES	186
4.1. LA SITUATION FINANCIERE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	187
4.2. LES RECETTES COURANTES	188
4.3. LES DÉPENSES COURANTES	191
4.4. LA RESERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	192
4.5. LES VALEURS MONÉTAIRES	193
Assurance pension	195
INTRODUCTION	195
1. ÉVOLUTION DES ASSURÉS ACTIFS ET DES BÉNÉFICIAIRES DE PENSION	197
2. CARACTÉRISTIQUES DES PRESTATIONS	199
2.1. NIVEAU MOYEN DES PENSIONS	199
2.2. TRANSFERTS À L'ÉTRANGER	201
3. SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME DE PENSION	201
Assurance accident	205
INTRODUCTION	205
1. LES PRINCIPALES DONNÉES STATISTIQUES	205
1.1. L'AFFILIATION DES ENTREPRISES À L'AAA	206
1.2. LES STATISTIQUES SUR LES ACCIDENTS	207
1.3. LES RENTES ET LES AUTRES PRESTATIONS	208
2. LES DONNÉES FINANCIÈRES	211
2.1. L'APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES	211
2.2. LES RECETTES COURANTES	213
2.3. LES DÉPENSES COURANTES	214

Prestations familiales	217
INTRODUCTION	217
HISTORIQUE DES PRESTATIONS FAMILIALES	217
PROGRAMME GOUVERNEMENTAL ACTUEL	219
ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES	219
1. LES BÉNÉFICIAIRES	220
1.1. LES ALLOCATIONS FAMILIALES NORMALES	220
1.2. LES MAJORATIONS D'ÂGE	221
1.3. LES ALLOCATIONS SPÉCIALES SUPPLÉMENTAIRES	222
1.4. LE BONI POUR ENFANTS	222
1.5. L'ALLOCATION D'ÉDUCATION	222
1.6. L'INDEMNITÉ POUR LE CONGÉ PARENTAL	222
1.7. LES ALLOCATIONS DE RENTRÉE SCOLAIRE	223
1.8. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE	223
1.9. LES ALLOCATIONS DE MATERNITÉ	223
2. SITUATION FINANCIÈRE	224
2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES	225
2.2. LES RECETTES COURANTES	226
2.3. LES DÉPENSES COURANTES	228
2.4. LES PRESTATIONS TRANSFÉRÉES À L'ÉTRANGER	230
Inclusion sociale	233
INTRODUCTION	233
OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE	233
PROGRAMME GOUVERNEMENTAL ACTUEL	233
ORGANISATION DE L'ASSISTANCE SOCIALE ET DE L'AIDE SOCIALE	234
1. LES BÉNÉFICIAIRES	235
1.1. LE REVENU MINIMUM GARANTI	235
1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION	238
1.3. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES	239
1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE	239
1.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE	240
1.6. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES	241
1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES	242
2. SITUATION FINANCIÈRE	243
2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES	243
2.2. LES RECETTES COURANTES	244
2.3. LES DÉPENSES COURANTES	244
Sommaire des tableaux	247
Sommaire des graphiques	251



SIGNES ET ABRÉVIATIONS

Unités monétaires:

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

Signes conventionnels utilisés:

... = le renseignement n'est pas disponible.

(.) = nombre inclus ailleurs.

- = résultat rigoureusement nul.

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

r = rupture de série.

Les chiffres décimaux sont précédés d'une virgule.

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

Décimales:

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

Liste des abréviations utilisées

AEV	Actes essentiels de la vie
AVC	Allocation compensatoire de vie chère
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CSS	Code de la sécurité sociale
CEM	Cellule d'expertise médicale
CEO	Cellule d'évaluation et d'orientation (dépendance)
CIPA	Centre intégré pour personnes âgées
CIPAH	Centre intégré pour personnes âgées handicapées
Code CIM -10	Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes 10e révision - organisation mondiale de la santé
DMS	Durée moyenne de séjour
ICHA	International classification of health accounts
MEVS	Médecins en voie de spécialisation
MS	Maison de soins
NACE	Nomenclature générale des activités économiques dans les communautés européennes
Norme internationale ISO	Organisation nationale de normalisation

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

Organismes et établissements publics

OAS	Office des assurances sociales
CCSS	Centre commun de la sécurité sociale
CSAS	Conseil supérieur des assurances sociales
CAAS	Conseil arbitral des assurances sociales
CMSS	Contrôle médical de la sécurité sociale

Caisses de Maladie

CNS	Caisse nationale de Santé
CMFEP	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics
CMFEC	Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux
EM-CFL	Entraide médicale des chemins de fer luxembourgeois

Caisses de Pension

CNAP	Caisse nationale d'assurance pension
AVI ¹	Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité
CPEP ¹	Caisse de pension des employés privés
CPACI ¹	Caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels
CPA ¹	Caisse de pension agricole
CPFEC	Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux

Assurance Accidents

AAA ²	Association d'assurance contre les accidents - section agricole et forestière
AAI ²	Association d'assurance contre les accidents - section industrielle
AAA ³	Association d'assurance accident

1. La CNAP remplace les caisses de pension du régime général: AVI, CPEP, CPACI et CPA.

2. A partir de 2011 Fusion des sections agricole et industrielle.

3. A partir de 2011 Association d'assurance accident.

Autres

CNPF	Caisse nationale des prestations familiales
ALOSS	Association luxembourgeoise des organismes de la sécurité sociale
APE	Administration du personnel de l'Etat
FOA	Fonds d'orientation agricole
SNAS	Service national d'action sociale
FNS	Fonds national de solidarité
FDC	Fonds de compensation
FHL	Fédération des hôpitaux luxembourgeois
STATEC	Institut national des statistiques et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg

ADRESSES UTILES

Organisme	Adresse	Adresse postale	Téléphone	Télécopieur	email	URL: http://...
Ministère de la Sécurité sociale	26, rue Zithe L-2763 Luxembourg	L-2936 Luxembourg	247-86311	247-86328	mss@mss.etat.lu	www.mss.public.lu
Ministère de la Famille et de l'Intégration	12-14, avenue Emile Reuter L-2420 Luxembourg	L-2919 Luxembourg	247-86500	247-86570	info@mfi.public.lu	www.mfi.public.lu
Ministère du Travail et de l'Emploi	26, rue Zithe L-2763 Luxembourg	L-2939 Luxembourg	247-86100	247-86108	info@mte.public.lu	www.mte.public.lu
Inspection générale de la sécurité sociale	26, rue Zithe L-2763 Luxembourg	boîte postale 1308 L-1013 Luxembourg	247-86393	247-86225	igss@igss.etat.lu	www.mss.public.lu
Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance (OEO)	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2974 Luxembourg	247-86060	247-86061	secretariat@igss.etat.lu	www.mss.public.lu
Centre commun de la sécurité sociale	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2975 Luxembourg	40 141-1	40 44 81		www.ccss.lu
Caisse nationale de santé	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2978 Luxembourg	27 57-1	2757-2758	cns@secu.lu	www.cns.lu
Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	boîte postale 1342 L-1013 Luxembourg	26 19 13-1	40 78 62		www.mss.public.lu
Conseil arbitral des assurances sociales	16, boulevard de la Foire L-1528 Luxembourg		45 32 86	44 32 66		
Conseil supérieur de la sécurité sociale	14, avenue de la Gare L-1610 Luxembourg		26 26 05-1	26 26 05-38		
Institut national de la statistique et des études économiques - STATEC	Centre administratif Pierre Werner 13, rue Erasme L-1468 Luxembourg-Kirchberg	boîte postale 304 L-2013 Luxembourg	247-84219	46 42 89	info@statistiques.public.lu	www.statec.lu
Agences (Caisse nationale de santé)						
Bettembourg	4, route de Mondorf L-3260 Bettembourg	boîte postale 27 L-3201 Bettembourg	51 13 10	51 13 10-55		
Clervaux	84, Grand-rue L-9711 Clervaux	boîte postale 36 L-9701 Clervaux	92 11 01	92 11 01-55		
Diekirch	16, rue Jean l'Aveugle L-9208 Diekirch	boîte postale 150 L-9202 Diekirch	80 93 13	80 93 13-55		
Differdange	9, rue Michel Rodange L-4660 Differdange	boîte postale 11 L-4501 Differdange	58 80 04	58 80 04-55		
Dudelange	2, rue de la Libération L-3510 Dudelange	boîte postale 87 L-3401 Dudelange	51 18 43	51 18 43-55		
Echternach	Porte St-Willibrord L-6486 Echternach	boîte postale 18 L-6401 Echternach	72 02 50	72 02 50-55		
Esch/Alzette	coin Grand-rue/rue de l'Eglise L-4132 Esch/Alzette	boîte postale 332 L-4004 Esch/Alzette	53 05 37	53 05 37-55		
Ettelbruck	Place Marie-Adélaïde L-9063 Ettelbruck	boîte postale 115 L-9002 Ettelbruck	81 01 62	81 01 62-55		
Grevenmacher	9, rue de Centenaire L-6719 Grevenmacher	boîte postale 37 L-6701 Grevenmacher	75 02 97	75 02 97-55		

Luxembourg-Ville	8, boulevard Royal L-2449 Luxembourg	47 17 84	47 17 84-55			
Luxembourg-Hollerich	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	27 57-1	27 57 27-58			
Mersch	Topaze Shopping Center route de Colmar-Berg L-7525 Mersch	32 00 65	32 00 65-55			
Rédange/Attert	33, Grand-rue L-8510 Rédange/Attert	23 62 10 62	23 62 10 62-55			
Remich	6, avenue Lamort-Velter L-5574 Remich	23 66 90 09	23 66 90 09-55			
Rumelange	Place G.-D. Charlotte L-3701 Rumelange	56 50 40	56 50 40-55			
Wiltz	6, Grand-Rue L-9530 Wiltz	95 80 37	95 80 37-55			
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics	32, avenue Marie-Thérèse L-2132 Luxembourg	45 16 81	45 67 50			www.cnap.lu
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux	20, avenue Emile Reuter L-2420 Luxembourg	45 05 15	45 02 01-222			www.ape.public.lu
Entraidre médicale des chemins de fer luxembourgeois	15, Place de la Gare L-1616 Luxembourg	49 90-3416	49 90-4501			www.aaa.lu
Caisse de pension	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	22 41 41-1	22 41 41-6443			www.adem.public.lu
Caisse nationale d'assurance pension	1a, bid Prince Henri L-1724 Luxembourg	247-83200	26 48 36 12			www.adem.public.lu
Administration du personnel de l'État - Division du personnel retraité	63, avenue de la Liberté L-1931 Luxembourg	26 19 15-1	49 53 35			www.adem.public.lu
Association d'assurance accident	125, route d'Esch L-2976 Luxembourg	47 71 53-1 (Pres. familles) 47 71 53-305/347/ 349 (congé parental)	47 71 53-328 (Pres. familles) 47 71 53-348 (congé parental)			www.adem.public.lu
Caisse nationale des prestations familiales	Bureaux: 1a, bid. Prince Henri L-1724 Luxembourg Guichets: 34, av.de la Porte Neuve L-2227 Luxembourg	247-85300	40 61 40			www.adem.public.lu
Agence pour le développement de l'emploi (ADEM)	10, rue Bender L-1229 Luxembourg	49 10 81-1	26 12 34 64			www.fns.lu
Fonds national de solidarité	8-10, rue de la Fondérie L-1531 Luxembourg	247-83636	40 47 06			www.smas.etat.lu
Service national d'action sociale	12-14, avenue Emile Reuter L-2420 Luxembourg	45 16 81	45 67 50			
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics	32, avenue Marie-Thérèse L-2132 Luxembourg	45 05 15	45 02 01-222			
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux	20, avenue Emile Reuter L-2420 Luxembourg					



INTRODUCTION

LE SYSTÈME DE LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG

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

Le système de protection sociale combine trois types de solidarité: la solidarité professionnelle, la solidarité interprofessionnelle et la solidarité nationale. Les institutions qui composent le système de protection sociale du pays peuvent être regroupées en régimes en fonction de la nature du risque ou du besoin couvert:

- les organismes de soins de santé,
- les organismes de soins de longue durée,
- les organismes d'assurance prévoyance-vieillesse,
- les organismes d'assurance accidents,
- les organismes de prestations familiales,
- les organismes de l'emploi,
- les organismes de l'assistance sociale.

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

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

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

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

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

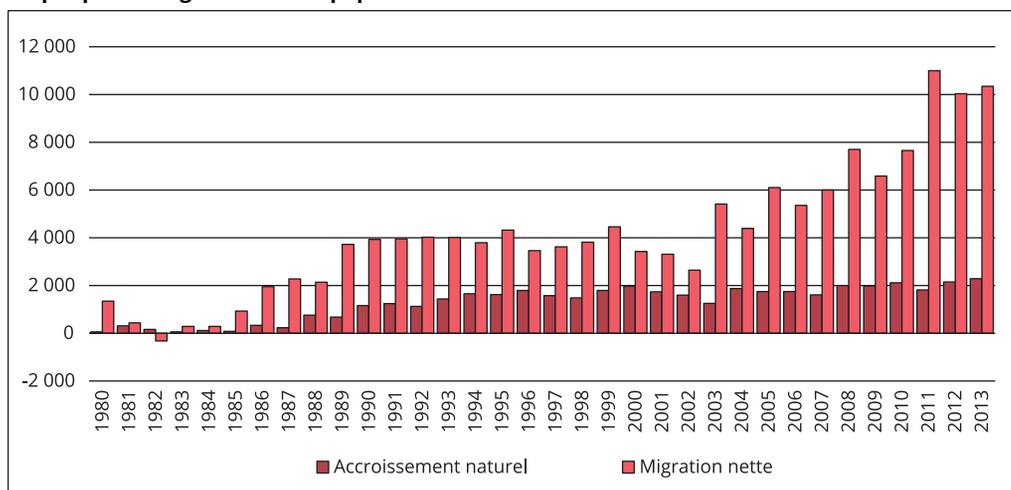
Trois sources de financement des prestations peuvent être isolées : les pouvoirs publics, les employeurs et les personnes protégées. Les prélèvements pour couvrir les dépenses sont effectués selon deux types de mécanismes: les cotisations et les contributions des pouvoirs publics. Les cotisations sont 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 cotisation uniformes indépendants de la situation individuelle des intéressés (âge, sexe, situation de famille, état de santé). La contribution des pouvoirs publics est principalement basée sur des recettes fiscales générales.

1. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

Protection sociale d'une part et démographie, conditions de vie, emploi, croissance et finances publiques d'autre part interagissent entre eux. Ces nombreuses interactions méritent qu'une section rappelle les principaux indicateurs socio-économiques et leurs évolutions récentes.

Côté démographie, le Luxembourg compte 537 039 habitants au premier janvier 2013 dont 238 844 personnes de nationalité étrangère. En 1980, la population n'était que de 363 450 habitants. La croissance démographique du Luxembourg est caractérisée par une immigration prépondérante : au cours des trente dernières années l'excédent migratoire a participé à hauteur de 75% à l'augmentation de la population. Les chiffres sur les mouvements de la population de 2013 indiquent même une accentuation de cette tendance avec un accroissement naturel (excédent des naissances sur les décès) de la population de 2 293 unités de 2012 à 2013 et un solde migratoire positif qui s'établit à 10 348 habitants.

Graphique 1: Progression de la population



En 2013, l'indicateur conjoncturel de fécondité¹ s'élève à 1,55 et l'âge moyen à la maternité est de 31,0 ans. En 1980, ces indicateurs étaient respectivement de 1,50 et de 24,4. Bien que l'indicateur conjoncturel de fécondité ait progressé depuis 1980, il est loin d'atteindre le seuil de 2,1 pour assurer la stabilité démographique de la population et c'est essentiellement une migration soutenue qui assure la croissance continue de la population résidente.

1. Estimateur du nombre moyen d'enfants nés vivants d'une femme qui traverserait ses années de vie féconde en se conformant aux taux de fécondité par âge d'une année donnée.

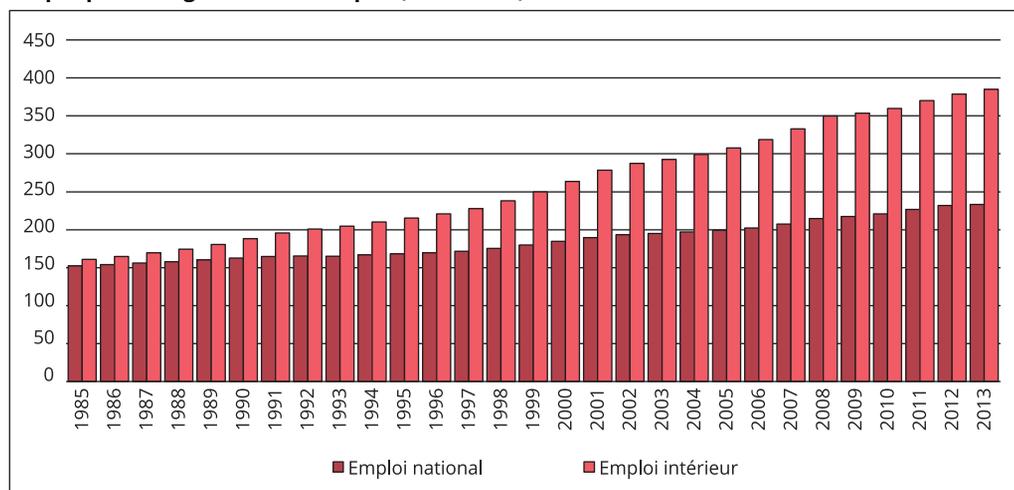
Le taux de mortalité infantile² a continuellement diminué au cours des dernières décennies. Si en 1980 le taux était de 11,5, il se situe à 3,9 en 2013. Sur la même période, l'espérance de vie s'est continuellement prolongée. En 2012, l'espérance de vie à la naissance s'élève à 84,3 ans pour les femmes et à 79,5 ans pour les hommes. En 1982, ces valeurs étaient respectivement de 76,7 et de 70,0. L'accroissement du nombre absolu de personnes âgées est indéniable, mais leur poids relatif dans la population totale ne progresse que beaucoup plus faiblement car la forte immigration nette a alimenté de façon continue les classes d'âges plus jeunes. Ainsi, le rapport entre le nombre total de personnes âgées ayant atteint un âge auquel elles sont généralement économiquement inactives (65 ans et plus) et le nombre de personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans) est quasi le même en 2013 qu'en 1980 : 20,2% en 2013 pour 20,3% en 1980.

Côté conditions de vie, on relève que le taux de risque de pauvreté est de 15,9% en 2013 avec un risque d'exposition à la pauvreté particulièrement élevé pour les familles monoparentales (46,1%) et les familles avec plus de deux enfants à charge (27,1%).

Le niveau de formation de la population progresse : le pourcentage des personnes âgées de 25 à 64 ans avec un niveau d'enseignement secondaire inférieur est de 19,5% en 2013 (65,3% en 1992). L'écart de rémunération entre hommes et femmes (non corrigé et hors secteur public) diminue : 8,6% en 2012 (10,7% en 2006).

Côté marché du travail, 385 500 personnes travaillent sur le territoire luxembourgeois (emploi intérieur) en 2013. En 1985, l'emploi intérieur comptait 161 000 unités. Sur la même période, l'emploi national, regroupant seulement les travailleurs résidents, est passé de 152 400 à 233 800. Ainsi, depuis la moitié des années 80, une partie non négligeable de la croissance de l'emploi intérieur est alimentée par une main-d'œuvre non résidente sur le territoire du pays.

Graphique 2: Progression de l'emploi (en milliers)



Sur la période 2002-2013, l'emploi intérieur a connu une progression annuelle de 2,7% en moyenne avec un pic de croissance en 2008 se situant à 4,7%. La crise économique-financière a impacté cette croissance et en 2009 l'emploi n'a progressé que de 1,0%. En 2013 une croissance de 1,7% est à enregistrer.

2. Nombre de décès d'enfants de moins d'un an pendant l'année sur 1 000 naissances vivantes.

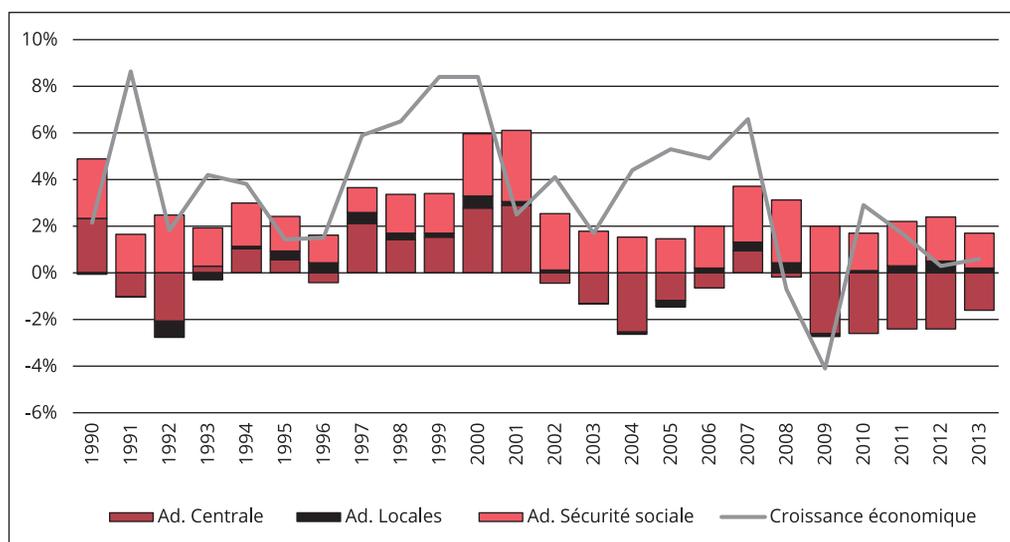
En 2013, le taux d'emploi, mesuré uniquement sur les personnes résidentes âgées de 15 à 64 ans, est de 72,1% (75,5% en 2002) pour les hommes et de 59,1% (51,5% en 2002) pour les femmes. Le taux de participation des femmes a connu un développement considérable au cours des dernières années tandis que celui des hommes a tendance à stagner. L'allongement des études fait baisser le taux de participation des plus jeunes mais le taux de participation des travailleurs âgés de 55 à 64 ans progresse : 48,3% (37,6% en 2002) pour les hommes et de 32,4% pour les femmes en 2013 (18,1% en 2002).

Le taux de chômage au sens de l'enquête sur les forces de travail atteint 5,9% en 2013 (5,6% pour les hommes et 6,2% pour les femmes), soit son point le plus haut depuis la crise de 2008. Suite à l'impact de la crise financière sur l'économie, le taux de chômage évolue à 5,1% en 2009, 4,6% en 2010, 4,8% en 2011, 5,1% en 2012 en comparaison à 4,9% en 2008. En 2013, les chômeurs de longue durée (12 mois et plus) représentent 1,8% de la population active totale (1,2% en 2009 et 0,7% en 2002).

Côté croissance économique, le Luxembourg a connu deux décennies performantes avec des taux de croissance de l'économie (croissance du produit intérieur brut (PIB) en volume) avoisinant 8,5% en 1991, 1999 et 2000. Après un essoufflement en 2001 et 2003, l'économie luxembourgeoise est repartie entre 2004 et 2007 avec des taux supérieurs à 4%. Depuis 2008 et la crise financière, les années de régression et de reprise se suivent. Les années 2008 et 2009 connaissent une baisse du PIB de respectivement 0,7% et 5,6% avant que la croissance ne fasse son retour en 2010 (3,1%) et 2011 (1,9%). En 2012, l'économie luxembourgeoise bascule de nouveau en régression (0,2%) mais en 2013 elle renoue avec un taux de croissance positif qui s'établit à 2,1%.

Côté finances publiques, la dette publique n'a évolué que marginalement entre 1995 et 2007 (6,7% du PIB en 2007). Suite à la crise financière, la prise de participation dans le capital d'établissements bancaires de la part de l'Etat pour stabiliser le secteur financier a entraîné des dépenses supplémentaires de la part des administrations publiques en 2008. Ces dépenses ont pour l'essentiel été financées par de nouveaux emprunts et, par conséquent, la dette publique est passée à 19,5% du PIB en 2010, à 18,7% en 2011, à 21,7% en 2012 et à 23,1% en 2013.

Graphique 3: Solde des administrations publiques (en % du PIB, variation annuelle)



Au cours des deux dernières décennies, le solde budgétaire des administrations publiques (administration centrale, administrations locales et administrations de sécurité sociale) est resté excédentaire ou à l'équilibre sur l'ensemble de la période à l'exception des années 2004, 2009 et 2010. Les finances publiques se sont fortement dégradées sur la période 2001-2004 et le solde budgétaire des administrations publiques a basculé d'un excédent de 6,1% du PIB en 2001 à un déficit de 1,1% du PIB en 2004. Ce n'est qu'à partir de 2006 qu'une amélioration du solde est de nouveau enregistrée (+1,4% en 2006, +3,7% en 2007 et +3,2% en 2008). Suite à la crise financière, le Luxembourg se trouve en situation de déficit public en 2009 (0,7%) et 2010 (0,8%) avant de repasser en très léger excédent les années suivantes : 0,2% en 2011, -0,0% en 2012 et 0,1% en 2013. Sur l'ensemble de la période 1995-2013 le secteur de la sécurité sociale (régimes de soins de santé et de longue durée, régime d'assurance accidents, régime d'assurance prévoyance-vieillesse du secteur privé et régime de prestations familiales) est excédentaire. La position financière actuellement favorable du secteur de la sécurité sociale résulte principalement d'importantes réformes structurelles qui ont impacté sur le niveau des dépenses et d'une croissance continue du marché du travail alimenté par une migration soutenue et par une main-d'œuvre non résidente considérable au cours des décennies passées. Il en résulte que les recettes des différents régimes de protection sociale (via les cotisations sociales et les impôts) suffisent largement pour assumer les charges du système de protection sociale. Mais, cette situation favorable est amenée à évoluer dans le futur car les actifs d'aujourd'hui seront les bénéficiaires de prestations de demain (pensions, soins de santé et de longue durée) et le système social risque de se voir confronté à des problèmes de soutenabilité financière à moyen terme.

2. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

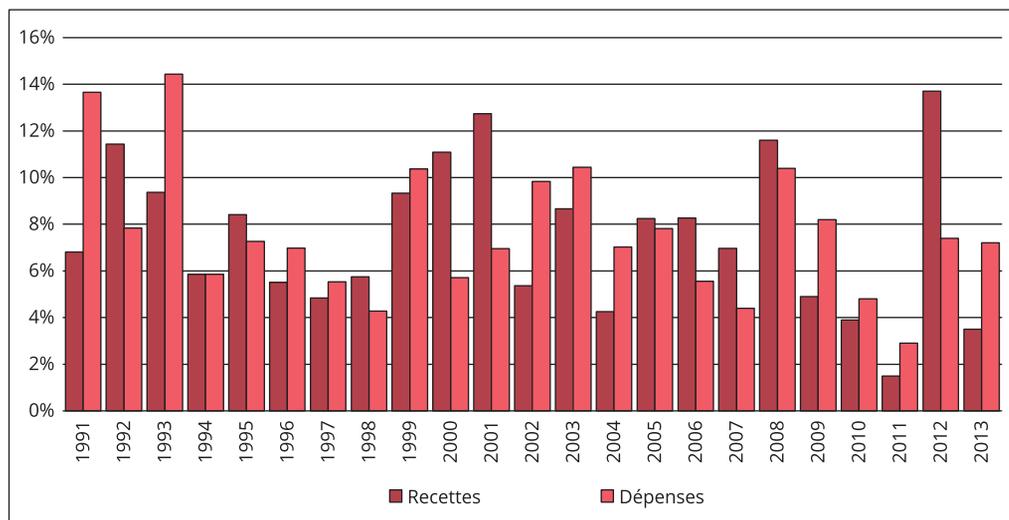
Dans cette section, la méthodologie SESPROS est retenue pour déterminer les recettes et dépenses de la protection sociale au Luxembourg. Les recettes et les dépenses courantes n'incluent toutefois ni les prélèvements ni les dotations aux réserves. Et, les transferts entre régimes ainsi que les cotisations 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.

2.1. SITUATION GLOBALE

En 2013, les recettes courantes s'élèvent à 11 768,2 millions EUR, présentant une progression de 3,5% en comparaison avec l'année 2012 (11 365,8 millions EUR). Les dépenses courantes atteignent 10 749,2 millions EUR soit une augmentation de 7,2% par rapport à l'année 2012 (10 025,1 millions EUR). Le bilan de l'année 2013 présente donc un solde global positif de 1 019,0 millions EUR (1 340,7 millions EUR en 2012).

Graphique 4: Progression des recettes et dépenses courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle)



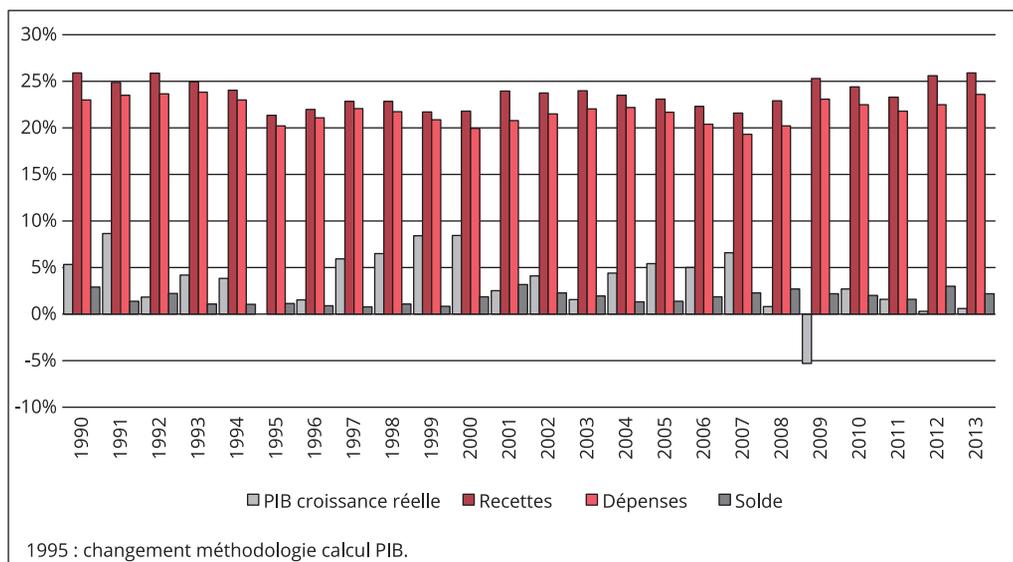
Sur la période 1991-2013, la croissance nominale annuelle des dépenses évolue en dents de scie avec des pics qui reflètent l'introduction et/ou la revalorisation de prestations. En 1991, une augmentation substantielle des prestations de pension génère un taux de croissance de 13,7%. La revalorisation significative du montant des prestations familiales participe largement à la hausse de 1993. La croissance de 10,4% constatée en 1999 est le fruit de l'introduction de l'assurance dépendance, de l'indemnité pour congé parental et d'une nouvelle revalorisation des allocations familiales. 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.

Concernant les recettes, la progression se fait également par à coup. Les taux de croissance élevés en 1992 et 1993 sont générés par des recettes de cotisations supplémentaires. La pointe en 1995 résulte de versements supplémentaires ponctuels de l'Etat en faveur des régimes assurance maladie-maternité et prestations familiales. La croissance des recettes entre 1998 et 2000 découle d'un environnement économique extrêmement favorable. En revanche, les taux de croissance observés entre 2001 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 une croissance des recettes en 2009 et 2010. Après l'essoufflement de la progression des recettes en 2011 dû à la réduction du rendement du Fonds de compensation commun au régime général de pension (le Fonds

dans un contexte de crise financière, 2012 affiche, grâce au résultat exceptionnel du Fonds, un taux de croissance à deux chiffres (13,7%), le plus élevé de ces vingt dernières années. La variation annuelle entre 2012 et 2013 est plus modérée et se situe à 3,5%.

En 2013, les recettes et les dépenses courantes représentent respectivement 25,9% et 23,6% du PIB pour un solde global qui s'établit à 2,2% du PIB.

Graphique 5: Evolution des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale (en % du PIB)



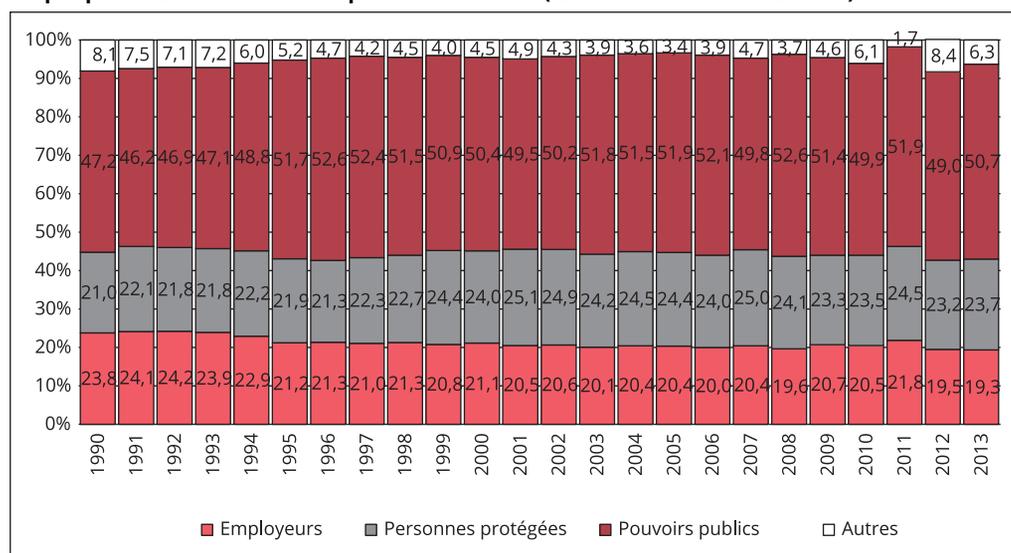
Depuis 1990, recettes et dépenses rapportées au PIB évoluent dans le même sens avec, pour chaque année, un avantage aux recettes. Le solde positif qui se maintient tout au long de la période s'explique par les dispositions de financement qui prévoient une participation directe de l'Etat dans certaines prestations et par l'effet combiné de l'évolution dynamique de l'emploi et des prestations/recettes y relatives.

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.

2.2. LES SOURCES DE FINANCEMENT

Les cotisations des employeurs (hors secteur public) représentent 19,3% des recettes courantes en 2013 tandis que la participation des personnes protégées atteint 23,7%. Les pouvoirs publics interviennent quant à eux à hauteur de 50,7% (les pouvoirs publics regroupent les contributions publiques, y compris les cotisations patronales du secteur public). Les 6,3% restants proviennent des bons résultats du Fonds de compensation commun au régime général de pension.

Graphique 6: Financement de la protection sociale (en % des recettes courantes)



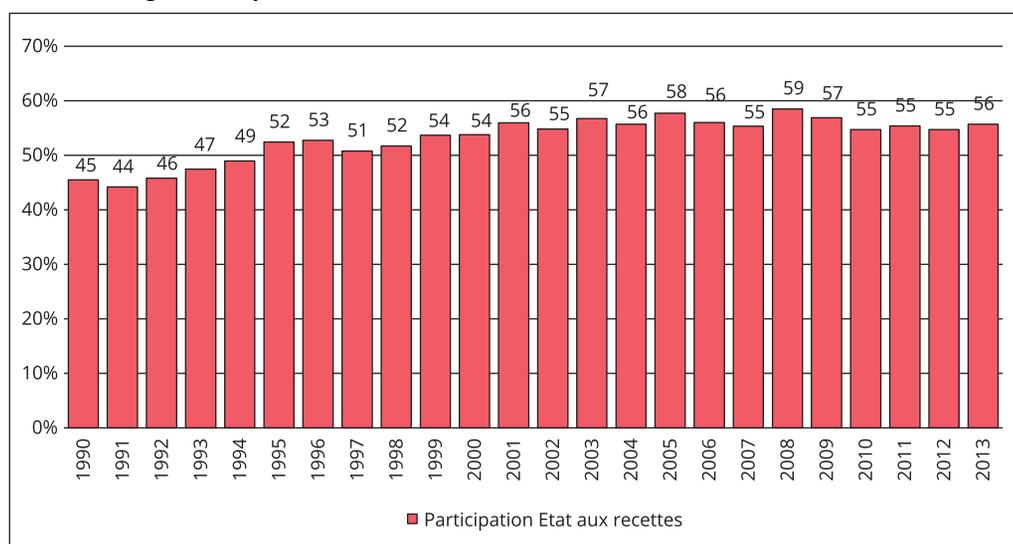
Entre 1990 et 2013, la répartition entre les quatre sources de financement de la protection sociale s'est modifiée. La diminution de la part des charges sociales qui incombent aux employeurs va de pair avec une augmentation de la participation des personnes protégées au financement de la sécurité sociale. Pour les employeurs, cette évolution s'explique par la prise en charge par l'Etat des cotisations aux allocations familiales des employeurs du secteur privé (depuis 1994) et des indépendants (depuis 1999) et par une réduction progressive du taux moyen de cotisation à l'assurance contre les accidents en contrepartie des hausses successives des taux de cotisation de l'assurance maladie. La contribution grandissante des personnes protégées au financement de la protection sociale résulte quant à elle des hausses successives des taux de cotisations de l'assurance maladie, de la retenue de cotisations pour l'assurance pension dans le cadre des régimes spéciaux depuis 1999 et, depuis la même année, de l'introduction de la contribution pour l'assurance dépendance.

La particularité du marché du travail luxembourgeois qui occupe aujourd'hui plus de 40% de non-résidents dans le secteur salarié mérite qu'un rappel soit fait concernant leur participation au système national de protection sociale. Au même titre que les résidents, les non-résidents contribuent au système et, comme cela sera développé au point suivant, ils en sont bénéficiaires. Les travailleurs non-résidents participent à hauteur de 43,2% à la contribution des personnes protégées au régime assurance pension. Pour les régimes assurance maladie-maternité, assurance dépendance et assurance accidents, ces taux sont respectivement de 33,7%, 33,3% et 18,5%.

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 1990 et 2013, cette

part est d'ailleurs passée de 45,5% à 55,7%. Les pointes ponctuelles sur la période 1995-1996 sont à mettre en relation avec la situation conjoncturelle globale. En temps de conjoncture faible, la rigidité des dépenses budgétaires envers la protection sociale implique des taux plus élevés. La participation élevée à partir de 2003 résulte de la contribution de l'Etat au financement de la prestation du forfait d'éducation liquidée par le régime Fonds national de solidarité et au financement des prestations du régime assurance dépendance. 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.

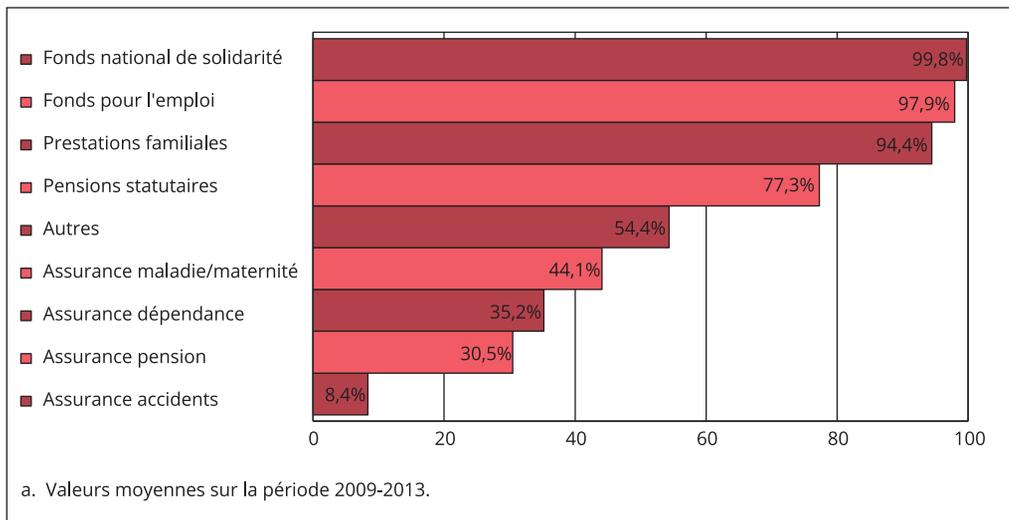
Graphique 7: Evolution de la participation de l'Etat au financement de la protection sociale (en % du budget des dépenses courantes de l'Etat)



La contribution de l'Etat au financement de la protection sociale varie fortement selon les régimes. En 2013, 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 224 millions EUR en 2013 (180 millions en 2012 et 140 millions les années précédentes) ; 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. Aucune cotisation n'est payée pour ces trois régimes³.

3. De jure, une cotisation, à charge des employeurs, est prévue pour financer les prestations familiales. De facto, l'Etat prend en charge ces cotisations.

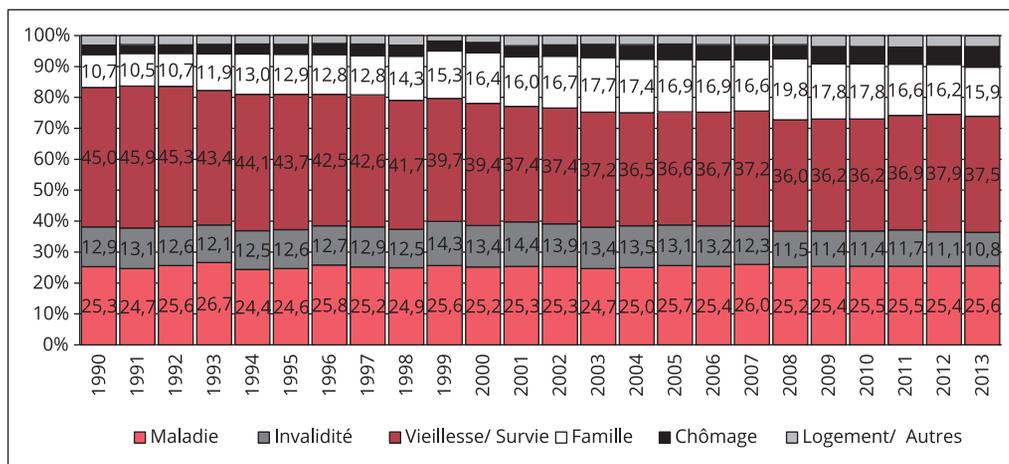
Graphique 8: Participation de l'Etat au financement des régimes de protection sociale ^a
(en % des recettes courantes)



2.3. LES DÉPENSES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2013, les dépenses courantes sont réalisées pour 97,7% sous forme de prestations : 68,9% en espèces et 31,1% en nature. Les prestations de vieillesse et de survie (37,5%) et les prestations de soins de santé (25,6%) forment plus de 60% des dépenses.

Graphique 9: Evolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes)

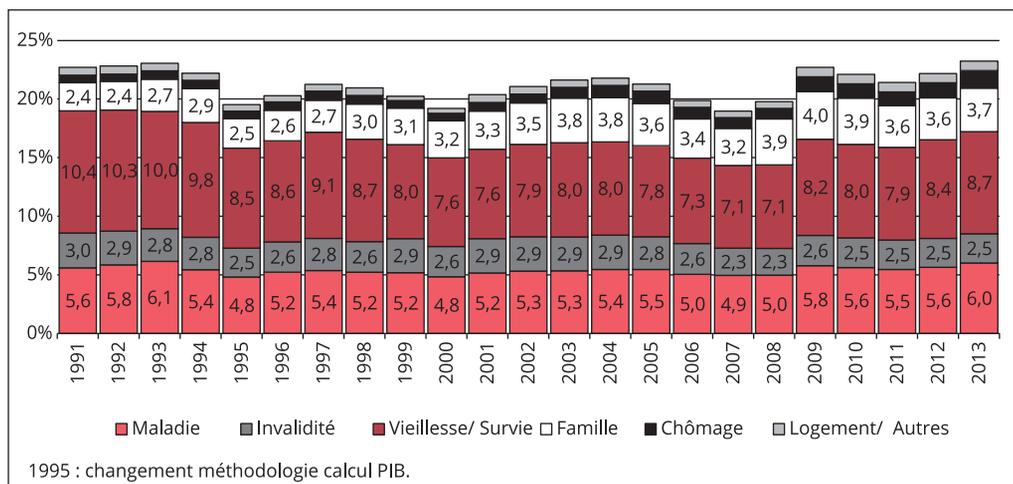


Au fil des ans, entre 1990 et 2013, la structure des dépenses de protection sociale a changé. Ainsi, le poids des prestations de vieillesse a diminué de manière quasi-constante au profit de celui des prestations familiales et de celui des prestations de chômage. Le relèvement du montant des allocations familiales en 1993, 1998, 1999 et 2002, l'introduction d'un congé parental en 1999 puis 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 trente 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 6,6% des dépenses de protection sociale en 2013, leur poids a plus que doublé par rapport au début des années 1990. Les poids des autres fonctions sont par contre restés relativement stables au cours des vingt dernières années.

En 2013, par fonction et rapportées au PIB, 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 8,7% et 6,0% du PIB. Les prestations familiales interviennent pour 3,7% et les prestations d'invalidité comptent pour 2,5%. 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 10: Evolution des prestations de protection sociale par fonction (en % du PIB)



Comme souligné au point précédent, les travailleurs non-résidents contribuent au système national de protection sociale. Par conséquent, ils en bénéficient. Une partie non-négligeable des prestations en espèces est donc exportée à l'étranger. Concernant le régime assurance maladie-maternité, 50,3% des prestations en espèces sont versées aux non-résidents. De même, 39,6% des prestations du régime prestations familiales, 45,4% des prestations du régime assurance accidents et 23,1% du régime assurance pension sont exportées à l'étranger. En ce qui concerne les prestations en nature, 28,8% des prestations en nature de l'assurance accidents, 9,9% des soins de santé de l'assurance maladie-maternité et 1,1% des soins de l'assurance dépendance sont consommés par les non-résidents.

Le faible taux de prestations en espèces de l'assurance pension exportées (23,1%) trouve deux explications majeures : le nombre et le montant des pensions exportées. Au cours des cinquante 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 d'âge 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.

Le tableau suivant présente l'évolution des recettes et dépenses totales de protection sociale pour la période 2005-2013.

Tableau 1: Evolution des recettes et dépenses totales de protection sociale (en millions EUR)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Recettes									
Cotisations employeurs	1 899,2	2 004,6	2 173,3	2 335,3	2 559,4	2 607,4	2 771,7	2 909,2	3 017,2
Cotisations personnes protégées	1 702,0	1 816,2	2 026,6	2 178,9	2 204,3	2 311,7	2 450,1	2 635,0	2 730,1
Cotisations réacheminées	143,9	150,4	159,9	168,0	189,5	201,3	216,8	236,1	255,5
Recettes fiscales	3 152,1	3 448,1	3 511,2	4 184,4	4 276,8	4 325,5	4 599,0	4 869,9	5 271,6
Transferts entre régimes	102,2	77,5	72,5	70,0	75,1	76,2	80,4	87,6	90,0
Autres recettes	235,7	298,4	382,9	333,8	438,5	601,2	173,8	951,7	749,4
Prélèvements	129,7	48,4	37,3	12,0	91,7	340,5	47,3	70,6	140,8
Total	7 364,8	7 843,7	8 363,7	9 282,3	9 835,2	10 463,7	10 339,1	11 760,1	12 254,5
Dépenses									
Prestations en espèces	4 496,0	4 735,8	4 947,3	5 468,0	5 974,3	6 204,7	6 400,8	6 874,1	7 283,7
Prestations en nature	1 945,2	2 050,7	2 160,9	2 373,6	2 518,2	2 694,6	2 769,4	2 981,3	3 281,7
Cotisations réacheminées	143,9	150,4	159,9	168,0	189,5	201,3	216,8	236,1	255,5
Frais de fonctionnement	105,1	106,6	113,1	123,7	127,8	136,2	139,3	144,1	154,5
Transferts entre régimes	102,2	77,5	72,5	70,0	75,1	76,2	80,4	87,6	90,0
Autres dépenses	20,7	37,9	14,9	20,8	24,3	29,1	21,1	25,6	29,4
Dotations	551,7	684,7	895,2	1 058,2	926,0	1 121,5	711,3	1 411,3	1 159,8
Total	7 364,8	7 843,7	8 363,7	9 282,3	9 835,2	10 463,7	10 339,1	11 760,1	12 254,5

INTRODUCTION

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

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

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

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

Sous certaines conditions, une **assurance volontaire** est possible.

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 1: Nombre d'assurés actifs obligatoires à la fois de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance pension pour 2013 (moyenne annuelle)

Catégorie	Nombre	<i>dont régimes pension statutaires</i>
Salariés (Statut unique)	339 286	
Fonctionnaires	28 418	28 418
Indépendants	20 330	
Bénéficiaires d'une indemnité de chômage	9 466	
Bénéficiaires d'un congé parental	2 302	239
Bénéficiaires d'une indemnité de préretraite	1 433	57
Total	401 235	28 714

Le tableau ci-dessus montre les catégories d'assurés actifs pour lesquelles le nombre de personnes protégées est le même en matière d'assurance maladie-maternité qu'en matière d'assurance pension. Ce nombre s'élève à 401 235 personnes en 2013 (moyenne annuelle). La plus grande catégorie est constituée des salariés sous le statut unique, qui représentent 85% du total, suivi par les fonctionnaires (7%) et les indépendants (5%). Les bénéficiaires d'une indemnité de chômage, d'un congé parental ou d'une indemnité de retraite ne font que 3% du total. A noter que les fonctionnaires (dont quelques-uns ont bénéficié d'un congé parental ou d'une indemnité de préretraite) suivent le régime de pension statutaire, et non pas le régime général de pension.

Cependant, selon les différents risques, il existe de légères différences dans l'obligation d'affiliation. Ainsi les personnes ayant dépassé l'âge de 65 ans ne cotisent plus à l'assurance pension. Les personnes exerçant, pendant une durée ne dépassant pas une année, une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime de pension à l'étranger, peuvent être dispensées sur demande des cotisations à l'assurance pension du Luxembourg. L'employeur doit néanmoins verser la part de cotisation lui incombant. Pour les bénéficiaires du revenu minimum garanti affiliés obligatoirement à l'assurance maladie-maternité, l'affiliation à l'assurance pension est liée à une condition de stage de 25 ans de cotisations préalable. L'assurance dépendance paie les cotisations d'assurance pension pour les personnes assurant des aides et soins à des personnes dépendantes tout comme les organismes agréés le font pour les assistant(e)s maternel(le)s. Pour les pensionnés actifs qui exercent une occupation salariée, la cotisation à l'assurance pension est due comme en cas d'assujettissement. La moitié du montant nominal de la cotisation à supporter par l'assuré est remboursée sur demande par année de calendrier.

1. ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Cette section analyse l'évolution du nombre de personnes protégées ayant droit aux prestations en nature en cas de maladie ou de maternité ainsi qu'aux prestations de l'assurance dépendance. Elle analyse également l'évolution du nombre d'assurés du système des indemnités pécuniaires de maladie. L'année correspond à l'année du calendrier.

Par "personnes protégées", on entend toutes les personnes qui reçoivent de la part de l'assurance maladie des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité. Ces personnes sont protégées, soit parce qu'elles cotisent en leur nom propre, soit parce qu'elles profitent de droits dérivés (généralement de la part du conjoint ou des parents).

A noter que les prestations en espèces en cas de maladie ou de maternité sont réservées aux assurés actifs. A partir du 1^{er} janvier 2009, il n'existe qu'une seule gestion pour les prestations en espèces.

1.1. EVOLUTION DU NOMBRE DES PERSONNES BÉNÉFICIAIRE DE SOINS DE SANTÉ

Les tableaux 2 et 3 présentent l'évolution de la population protégée, d'abord résidente, puis résidente et frontalière. Le taux de croissance du nombre de personnes protégées entre 2012 et 2013 est plus faible que celui observé au cours des années précédentes, ce qui reflète le ralentissement de la dynamique du marché de l'emploi en 2013.

Tableau 2: Evolution de la population protégée résidente depuis 2009 (moyenne annuelle)

	2009	2010	2011	2012	2013
Hommes	235 293	239 501	244 773	250 447	255 199
Femmes	235 367	239 218	243 494	248 829	253 513
Total	470 660	478 720	488 268	499 276	508 712
<i>Taux de croissance</i>	1,6%	1,7%	2,0%	2,3%	1,9%

Tableau 3: Evolution de la population protégée résidente et frontalière depuis 2009 (moyenne annuelle)

	2009	2010	2011	2012	2013
Actifs et volontaires	569 929	583 489	600 798	617 317	630 047
Hommes	312 654	319 261	328 097	335 732	341 864
Femmes	257 275	264 229	272 701	281 585	288 183
Pensionnés	112 029	116 049	119 512	122 545	126 138
Hommes	50 054	52 020	53 880	55 657	57 643
Femmes	61 975	64 030	65 632	66 888	68 495
Total	681 958	699 539	720 310	739 862	756 185
<i>Taux de croissance</i>	2,3%	2,6%	3,0%	2,7%	2,2%

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

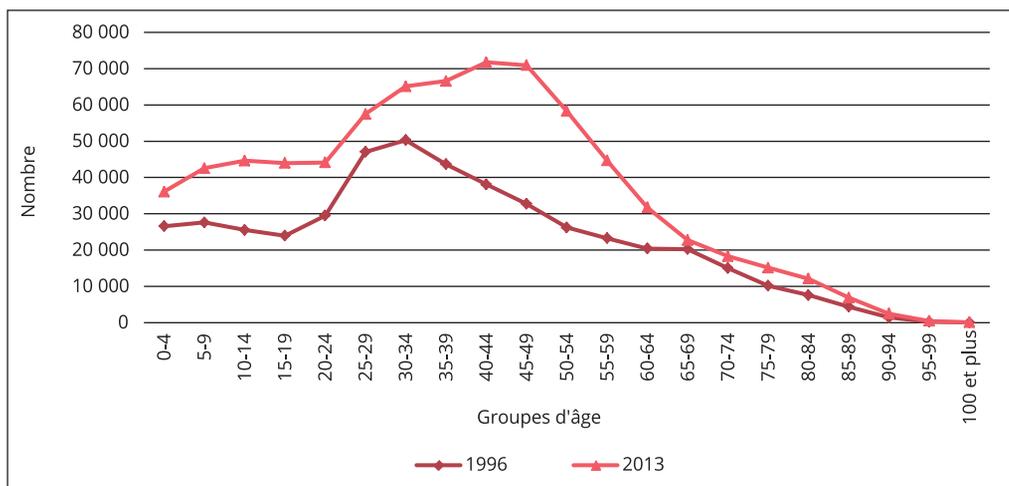
Tableau 4: Répartition des personnes protégées par catégorie socio-professionnelle depuis 2009 (moyenne annuelle)

	2009	2010	2011	2012	2013
Personnes sous le régime Statut unique	600 325	614 886	633 523	651 241	665 533
Hommes	321 159	328 505	338 258	346 700	353 785
Femmes	279 166	286 382	295 265	304 542	311 748
Fonctionnaires et assimilés	76 388	77 987	78 765	79 562	80 646
Hommes	38 722	39 387	39 731	40 136	40 664
Femmes	37 666	38 600	39 035	39 426	39 982
Pensionnés résidant à l'étranger	5 245	6 665	8 021	9 058	10 006
Hommes	2 827	3 388	3 989	4 553	5 059
Femmes	2 418	3 277	4 033	4 505	4 947
Total	681 958	699 539	720 310	739 862	756 185

A noter que l'introduction du statut unique a entraîné le regroupement des affiliés du secteur privé dans une seule caisse de maladie, la Caisse nationale de santé.

La répartition par groupes d'âge met en évidence, entre 1996 et 2013, une augmentation du nombre de personnes protégées pour tous les âges inférieurs à 69 ans. Cette augmentation est plus importante entre 35 ans et 60 ans.

Graphique 1: Ventilation par groupes d'âge du nombre de personnes protégées en 1996 et en 2013 (moyenne annuelle)



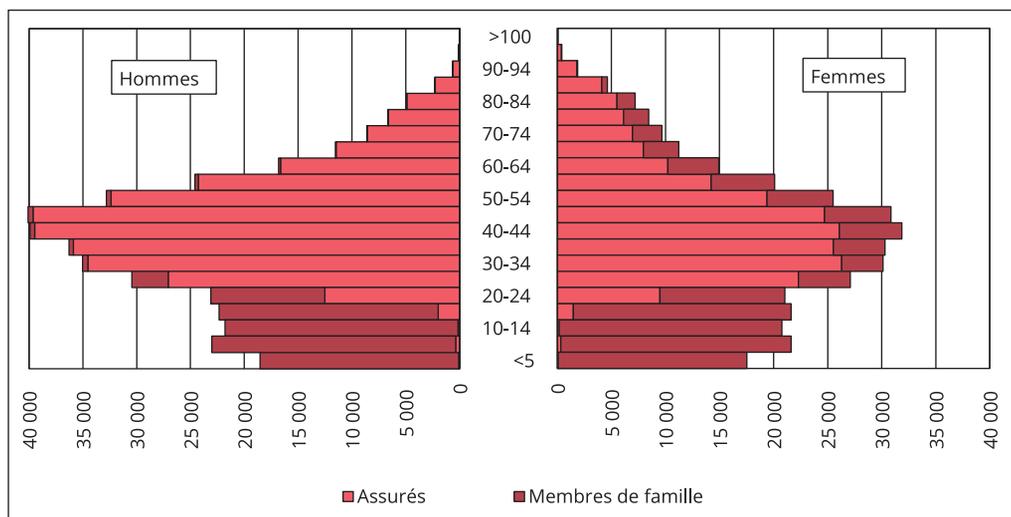
En 2013, on voit que 68% des personnes protégées sont des assurés directs, le restant étant des membres de familles bénéficiant de droits dérivés. L'ensemble des membres de famille se compose, d'une part, des enfants et des adolescents qui ne sont pas encore entrés dans la vie active, et d'autre part, des conjoints (féminins pour la plupart) qui ne sont pas assurés de manière autonome.

Tableau 5: Les assurés directs et leurs membres de famille en 2013 (moyenne annuelle)

	Assurés directs	Membres de famille	Personnes protégées
Actifs et volontaires	413 342	216 705	630 047
Hommes	246 252	95 612	341 864
Femmes	167 089	121 093	288 183
Pensionnés	99 315	26 823	126 138
Hommes	53 277	4 366	57 643
Femmes	46 038	22 456	68 495
Total	512 657	243 528	756 185

Le graphique suivant présente la pyramide des âges des assurés et de leurs membres de famille en 2013.

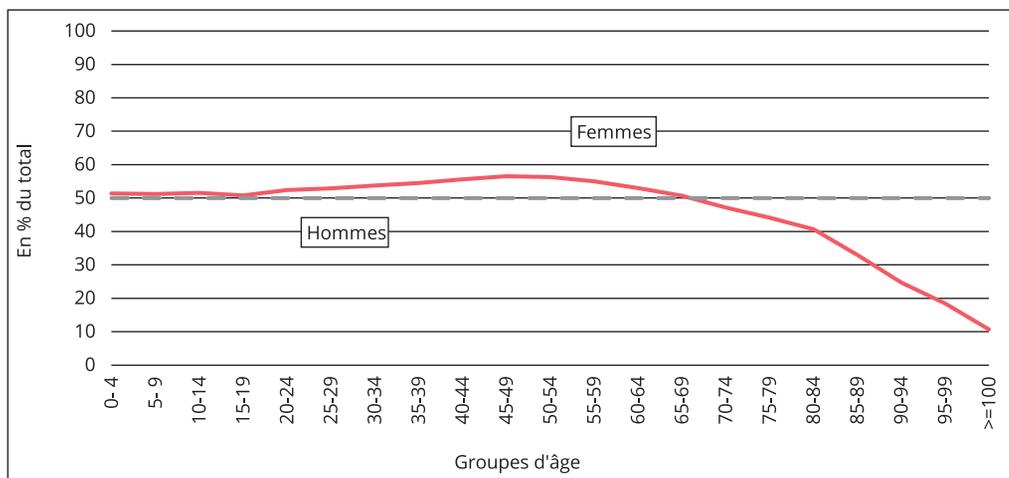
Graphique 2: Population protégée en 2013 (moyenne annuelle)



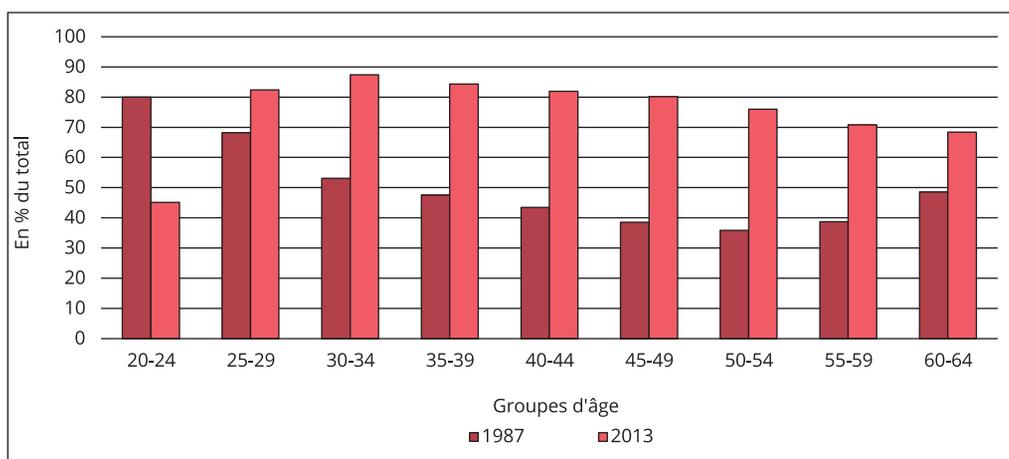
En analysant cette pyramide des âges on constate plusieurs choses:

- Au-delà de 25 ans, il n'y a pratiquement plus de membres de famille co-assurés du côté des hommes, ce qui reflète les taux d'activité très élevés de ces derniers comparativement aux femmes.
- Ce n'est qu'au-delà de 64 ans que le rapport numérique hommes/femmes parmi la population protégée commence à changer. Cette dernière constatation est illustrée par le graphique suivant qui présente la distribution par âge et par sexe.

Graphique 3: Population protégée par sexe en 2013 (moyenne annuelle)



Graphique 4: Pourcentage des femmes "assurées directes" par rapport au nombre total des femmes protégées par l'assurance maladie-maternité en 1987 et en 2013 (moyenne annuelle)



Le fait que la part de femmes assurées en leur nom propre parmi les 20-24 ans soit inférieure en 2013 par rapport à 1987 témoigne du phénomène d'allongement des études. En revanche, le fait qu'elle soit supérieure pour toutes les autres classes d'âge reflète l'augmentation du taux d'activité des femmes au cours des dernières décennies.

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

Le tableau qui suit donne l'évolution à partir de 2011 des différentes catégories d'assurés.

Tableau 6: Evolution des différentes catégories d'assurés cotisant à la gestion "soins de santé" depuis 2011 (moyenne annuelle)

	2011	2012	2013	Variation en %	
				2012/2011	2013/2012
Actifs salariés	352 986	361 373	367 689	2%	2%
Hommes	214 610	217 946	220 616	2%	1%
Femmes	138 376	143 428	147 074	4%	3%
Actifs non-salariés	19 757	20 069	20 330	2%	1%
Hommes	12 694	12 827	12 965	1%	1%
Femmes	7 063	7 242	7 366	3%	2%
Chômeurs indemnisés	7 151	8 196	9 466	15%	15%
Hommes	4 175	4 864	5 529	16%	14%
Femmes	2 975	3 331	3 937	12%	18%
Préretraités	1 361	1 413	1 433	4%	1%
Hommes	1 159	1 174	1 184	1%	1%
Femmes	202	239	249	18%	4%
Congé parental	2 319	2 280	2 302	-2%	1%
Hommes	384	399	371	4%	-7%
Femmes	1 935	1 881	1 931	-3%	3%
Assurés à charge de l'Etat	151	184	198	22%	8%
Hommes	83	102	106	24%	3%
Femmes	68	81	92	20%	14%
Assurance obligatoire étudiants	175	196	177	12%	-10%
Hommes	96	109	88	14%	-19%
Femmes	80	87	89	9%	2%
Au pair			15	-	
Hommes			1	-	
Femmes			15	-	
Assurés volontaires	4 723	4 800	4 656	2%	-3%
Hommes	2 290	2 318	2 256	1%	-3%
Femmes	2 434	2 482	2 400	2%	-3%
Bénéficiaires RMG	6 524	6 908	7 076	6%	2%
Hommes	2 925	3 070	3 139	5%	2%
Femmes	3 599	3 837	3 937	7%	3%
Pensionnés	93 498	96 262	99 315	3%	3%
Hommes	50 167	51 672	53 277	3%	3%
Femmes	43 331	44 590	46 038	3%	3%
Total	488 645	501 681	512 657	3%	2%

1.2. EVOLUTION DU NOMBRE DES ASSURÉS DU RÉGIME DES PRESTATIONS EN ESPÈCES

Les statistiques ci-après concernent les assurés de la gestion des prestations en espèces. Jusqu'à l'introduction du statut unique au 1^{er} janvier 2009, la gestion "ouvriers" (Art. 29.1c CSS), dont faisait partie la majorité des ouvriers, intervenait dès le premier jour de maladie. L'employeur pouvait cependant opter pour une affiliation de ses salariés ouvriers auprès de la gestion employés et indépendants (Art. 29.1b CSS), qui avait un taux de cotisation beaucoup plus avantageux. En cas de maladie d'un ouvrier, l'employeur devait alors continuer à payer le salaire pendant le mois en cours et les trois mois subséquents.

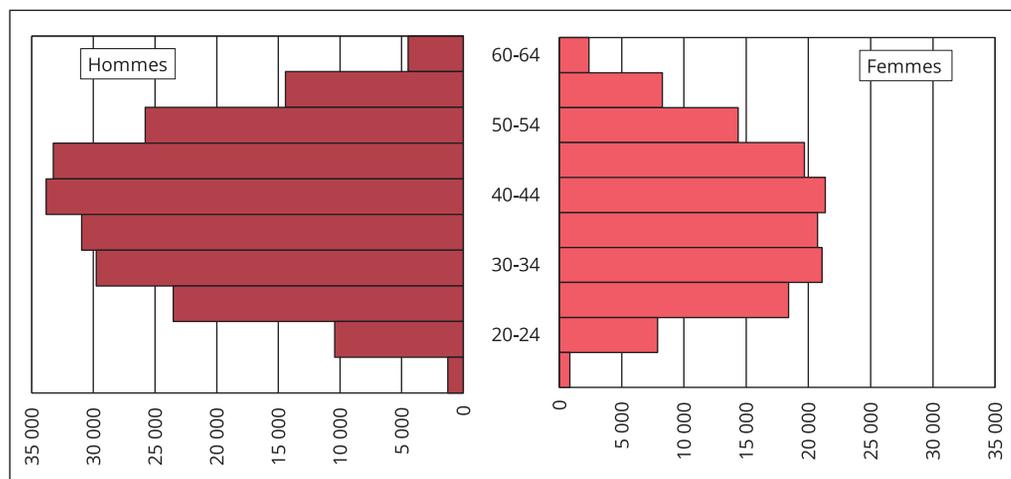
La gestion "employés et indépendants" (Art. 29.1b CSS) concernait, d'une part, les salariés bénéficiant de la conservation de la rémunération pendant le mois en cours et les trois mois subséquents et, d'autre part, les travailleurs indépendants.

Avec l'introduction du statut unique, le salarié a droit au maintien de son salaire de la part de son employeur et ceci pendant les 77 premiers jours de maladie ainsi que pendant le reste du mois dans lequel tombe le 77^e jour. Après ce délai, la charge revient à la Caisse nationale de santé. Notons que la période minimale de 77 jours prise en charge par l'employeur est calculée sur une période de référence de 52 semaines.

L'indemnité pécuniaire accordée aux non-salariés n'est versée qu'à partir de la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77^e jour d'incapacité de travail.

Le graphique 5 représente la répartition des assurés par groupes d'âge en 2013.

Graphique 5: Gestion prestations en espèces: répartition des assurés par groupes d'âge en 2013



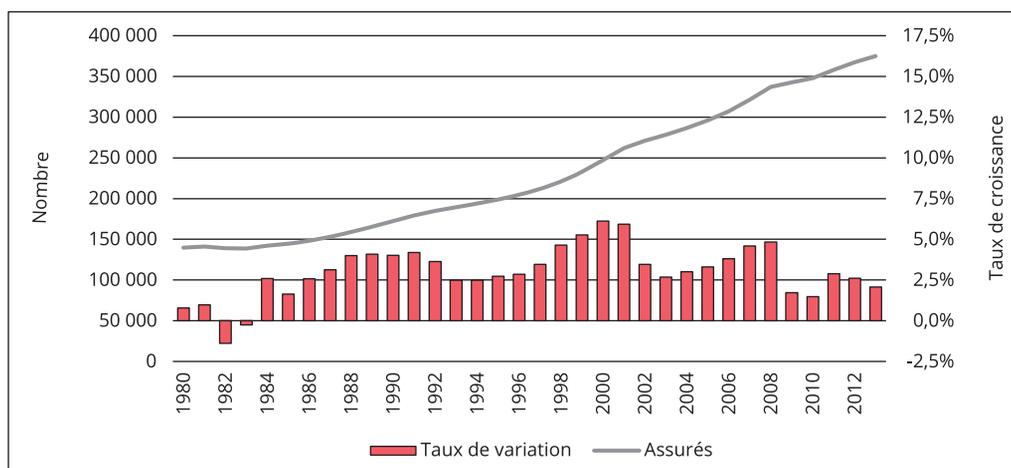
2. ASSURANCE PENSION

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

2.1. LES ASSURÉS

En 2013, le nombre moyen d'assurés atteint 374 925 personnes (contre 367 292 en 2012), avec un taux de croissance de 2,1% de 2012 à 2013 (contre 2,6% entre 2011 et 2012).

Graphique 6: Evolution du nombre moyen des assurés



Le nombre d'assurés obligatoires féminins s'élève, en 2013, à 149 937 femmes (contre 145 873 femmes en 2012), avec un taux de croissance de 2,8%, contre 1,5% pour les hommes.

Tableau 7: Assurés obligatoires par statut et par sexe

Statut	2012			2013			Taux de variation 2013/2012		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Salariés	207 149	138 872	346 022	210 373	142 822	353 195	1,6%	2,8%	2,1%
Non-salariés	12 056	7 001	19 057	12 166	7 115	19 281	0,9%	1,6%	1,2%
Total	219 205	145 873	365 078	222 539	149 937	372 476	1,5%	2,8%	2,0%

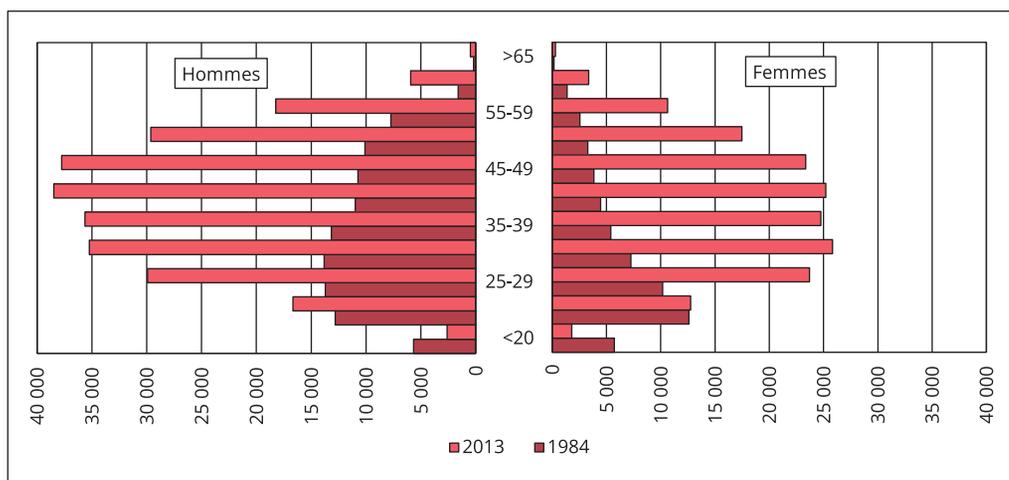
L'introduction du statut unique au 1^{er} janvier 2009 a engendré la fusion des 4 caisses de pension du régime contributif. L'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité responsable du régime des ouvriers (AVI), la caisse de pension des employés privés (CPEP), la caisse de pension des artisans, commerçants et industriels (CPACI) ainsi que la caisse de pension des agriculteurs (CPA) ont fusionné pour constituer la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP).

Avec l'introduction du statut unique, il y a une rupture de série en 2009. En principe, l'évolution du nombre d'assurés par statut est le reflet de l'évolution de l'emploi total par branches d'activité. Une étude plus détaillée de l'emploi et de son évolution suivra dans la section 3 du présent chapitre.

L'analyse de l'évolution de la structure d'âge des assurés entre 2013 et 1984 permet de dégager les éléments suivants :

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

Graphique 7: Répartition par âge des assurés cotisants



En 2013, l'âge moyen des assurés est en légère hausse par rapport à 2012 et s'élève à 40,1 ans pour les hommes (39,8 ans en 2012) et à 39 ans pour les femmes (38,7 ans en 2012).

2.2. LES REVENUS COTISABLES

Suite à l'introduction du statut unique au 1^{er} janvier 2009, le calcul du revenu moyen mensuel cotisable a subi certains changements. Les heures supplémentaires ne sont plus cotisables à l'assurance pension et le nombre de jours travaillés par an n'est plus uniformisé (à 260 jours) comme c'était le cas jusqu'en 2008. Pour 2013, le nombre de jours annuel de travail s'élève, compte tenu des calendriers, à 252 pour un salarié travaillant 8 heures par jour et 5 jours par semaine tandis que pour 2012, il s'élevait à 253 (voir tableau 9). Ainsi, ces changements ont une répercussion sur la variation annuelle du revenu mensuel moyen cotisable qui doit, de ce fait, être interprétée avec prudence et être considérée comme une variation approximative.

Tableau 8: Evolution du revenu moyen mensuel cotisable

Caisse	Sexe	1995	2000 ^a	2005	2011	2012	2013 ^{ab}	Variation 2013/12	Variation moyenne 1995-2013
AVI	Hommes	1 877	2 069	2 395					
	Femmes	1 371	1 543	1 931					
CPEP	Hommes	3 381	3 724	4 384					
	Femmes	2 414	2 826	3 447					
CPACI	Hommes	2 348	2 610	2 884					
	Femmes	1 546	1 829	2 182					
CPA	Hommes	1 199	1 510	1 973					
	Femmes	1 143	1 381	1 790					
Total	Hommes	2 433	2 771	3 273	3 928	4 018	4 133	2,9%	3,0%
	Femmes	1 984	2 360	2 902	3 559	3 655	3 761	2,9%	3,6%
	Hommes + Femmes	2 277	2 628	3 143	3 793	3 883	3 994	2,9%	3,2%

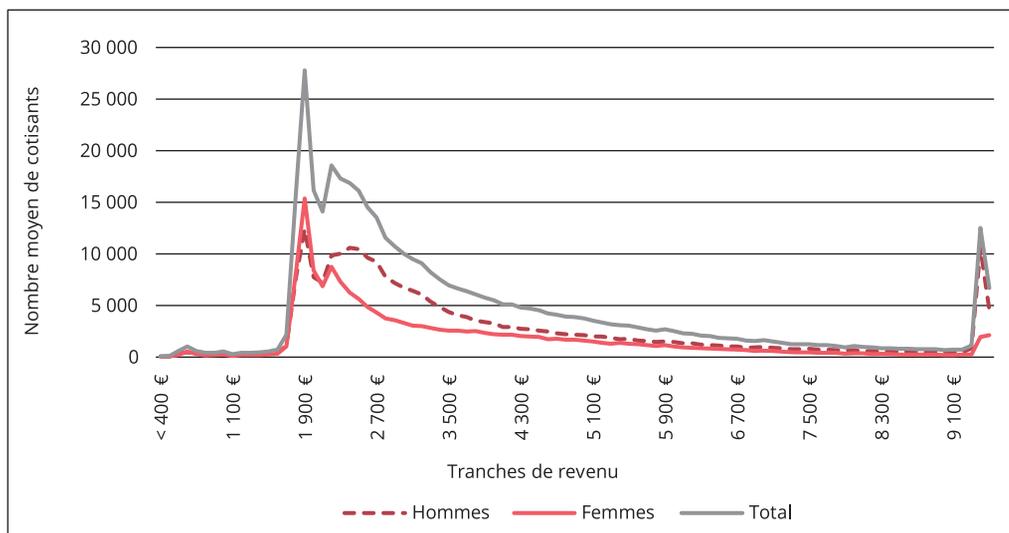
a. A partir de 2000, nouvelle série sans affiliation baby-year.

b. Données provisoires, nouvelle méthodologie à partir de 2011.

Le niveau de ces revenus moyens cotisables est influencé par l'existence d'un maximum et d'un minimum cotisable. Le niveau minimum du salaire cotisable, qui s'élève en 2013 en moyenne à 1 897 EUR par mois, joue avant tout un rôle dans le revenu moyen cotisable des assurés non salariés.

Entre 2012 et 2013, le revenu moyen cotisable a augmenté de 2,9%.

Graphique 8: Répartition des assurés par tranches de revenu mensuel cotisable en 2013



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

3. EMPLOI AU LUXEMBOURG

3.1. EVOLUTION DE LA POPULATION ACTIVE AU LUXEMBOURG

Les données à la base du chapitre "personnes protégées" proviennent des fichiers du Centre commun de la sécurité sociale, qui ont dû être changés suite à l'introduction du statut unique au 1^{er} janvier 2009 pour les ouvriers et les employés.

Le statut unique comporte les éléments suivants :

- l'instauration d'un régime unique pour les ouvriers et les employés du secteur privé, (dans cette section nous retiendrons le terme salariés SU pour salariés statut unique)¹ ;
- la généralisation de la continuation de la rémunération en cas de maladie ;
- la modification de l'assiette cotisable ;
- la fusion des caisses de maladie, à l'exception de celles des fonctionnaires et employés assimilés ainsi que la fusion des caisses de pension du secteur privé ;
- l'instauration d'une Mutualité des employeurs.

1. Le terme de salariés (SU) comporte non seulement les ouvriers et employés du secteur privé, mais aussi les ouvriers et employés du secteur public, même si ces derniers ne sont pas touchés par l'introduction du statut unique.

Dans la déclaration d'entrée de l'affiliation, l'employeur est tenu d'indiquer la date de la fin de la période d'essai au cas où une telle période a été prévue dans le contrat qu'il a conclu avec son salarié ou son apprenti. Cette donnée est nécessaire pour pouvoir déterminer la possibilité d'un remboursement à raison de 100% à l'employeur en cas d'incapacité de travail de son salarié.

En vue de financer les prestations de sécurité sociale, le Centre commun perçoit des cotisations déterminées sur base de la rémunération des salariés. A cet effet, les employeurs sont obligés de déclarer tous les mois les salaires bruts. A partir de l'introduction du statut unique, le salaire mensuel à déclarer doit être ventilé en rémunération de base et en compléments et accessoires payables mensuellement en espèces.

La **rémunération de base** est celle qui est fixe et qui doit, selon le droit du travail, être définie comme telle dans le contrat de travail. Sont inclus dans la rémunération de base :

- les suppléments dont l'attribution même dépend de la réalisation de certains aléas ou de certaines conditions mais dont le montant reste fixe d'un mois à l'autre (p.ex. allocation de famille en cas de mariage, prime de formation payée au profit des salariés ayant suivi certains cours de formation professionnelle, prime de responsabilité, etc.) ;
- les augmentations de droit s'opérant en vertu des dispositions d'ordre public concernant le salaire social minimum et l'adaptation automatique de la rémunération à l'évolution du coût de la vie ainsi que les majorations régulières prévues par le contrat de travail ou des conventions collectives de travail.

Les **compléments et accessoires** sont définis comme étant des éléments de rémunération en espèces qui sont payables mensuellement, mais dont le montant est susceptible de varier d'un mois à l'autre (p.ex. prime de rendement, commissions, prime sur objectifs, etc.). Ils se distinguent ainsi des éléments de salaire occasionnels tels que les gratifications. Il est à noter que la dénomination conférée à ce complément (indemnité, allocation, prime, etc.) n'importe pas.

Bien que la distinction entre rémunération de base et compléments et accessoires ne soit pas nécessaire pour le calcul des cotisations, elle est indispensable pour le calcul de l'indemnité pécuniaire. Afin de garantir au mieux la compensation intégrale par la Caisse nationale de santé de la perte de revenu de l'assuré pendant son incapacité de travail, un mode de calcul différent est prévu pour les éléments réguliers de la rémunération de base et ceux soumis davantage à des fluctuations, tels que les compléments et accessoires.

Ainsi la Caisse nationale de santé retient pour le calcul de l'indemnité pécuniaire:

- la rémunération de base la plus élevée de l'assiette appliquée au cours de l'un des 3 mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par ladite caisse ;
- la moyenne des compléments et accessoires des assiettes des 12 mois de calendrier précédant le mois antérieur à celui de la survenance de l'incapacité de travail.

Outre la rémunération de base et les compléments et accessoires, l'employeur est obligé de communiquer au Centre commun toutes les autres informations relatives aux assiettes cotisables.

Ainsi l'employeur doit déclarer le nombre exact des **heures de travail** qui correspondent effectivement à la rémunération de base (et non d'office la moyenne mensuelle de 173 heures, usuelle jusqu'en 2008). Sont visées les heures de travail effectivement prestées par le salarié, à l'exclusion des heures supplémentaires.

Sont assimilées aux heures de travail, les heures correspondant à une indemnisation à charge de l'employeur pour cause d'incapacité de travail ainsi que celles correspondant à des congés légaux.

Ne doivent toutefois pas être incluses dans la déclaration des heures de travail, les heures d'absence pour incapacité de travail à charge de la Caisse nationale de santé. Il en est de même des jours fériés légaux et ceux d'usage pendant lesquels le salarié n'a pas ou n'aurait pas travaillé.

Le tableau 9 montre la répartition des heures à déclarer pour les différents mois pour un salarié qui travaille de lundi à vendredi à raison de 40 heures par semaine.

Tableau 9: Evolution du calendrier pour un salarié travaillant à plein temps (8 heures par jour, 40 heures par semaine)

Heures	2012	2013	2014
janvier	176	176	176
février	168	160	160
mars	176	168	168
avril	160	168	168
mai	160	160	160
juin	168	160	152
juillet	176	184	184
août	176	168	160
septembre	160	168	176
octobre	184	184	184
novembre	168	160	160
décembre	152	160	168
Total des heures	2 024	2 016	2 016
Total en jours	253	252	252

Exemple de calcul: décembre 2012

31 jours de calendrier - 10 (5 samedis et 5 dimanches) - 2 (25 décembre et 26 décembre) = 19 jours de travail.

D'où sont à déclarer: 19 jours x 8 heures = 152 heures.

L'employeur est obligé de déclarer séparément la rémunération des heures supplémentaires non majorées (100%) et les heures correspondantes. Le montant des heures supplémentaires est exempt du paiement de cotisations sociales sauf pour les risques maladie (soins de santé) et dépendance. Les majorations sur les heures supplémentaires ne sont pas à déclarer. Par ailleurs, les heures supplémentaires non rémunérées, mais compensées par du temps de repos rémunéré, ou comptabilisées sur un compte épargne temps, ne sont pas non plus à déclarer.

L'employeur doit également déclarer les gratifications, les participations, et les avantages en espèces et en nature. Il s'agit de toutes les rémunérations en nature, ainsi que des rémunérations en espèces qui ne sont pas payables mensuellement. Elles sont cotisables pour tous les risques à l'exception du risque maladie-espèces. Les recettes provenant de l'économie et de la bonification d'intérêt accordées aux salariés par l'employeur, ainsi que l'allocation de repas, ne sont pas cotisables et de ce fait ne sont pas à déclarer comme heures supplémentaires.

Le chômage pour intempéries et le chômage conjoncturel, ainsi que les heures afférentes, sont à déclarer également alors que ces éléments sont cotisables pour tous les risques sauf pour l'assurance accidents.

Tableau 10: Les éléments à déclarer par l'employeur et les différentes assiettes cotisables

Éléments à déclarer par l'employeur	Heures à déclarer	Maladie espèces	Maladie soins	Mutualité	Pension	Accident	Dépendance	Santé au travail
Rémunération de base	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Compléments et accessoires payables mensuellement en espèces	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Rémunération heures supplémentaires, à l'exclusion des majorations sur ces heures	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
Majorations sur heures supplémentaires	Non			Ne sont pas à déclarer !				
Gratifications, participations, avantages en espèces et en nature	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Chômage intempéries / conjoncturel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non

Pour cette section, nous avons étudié l'évolution de la population active à partir de 1988.

Au 31 mars 2014, la population active salariée au Luxembourg comptait 373 373 travailleurs, dont 40% de femmes. Depuis 1988, l'emploi féminin accuse une progression annuelle moyenne de 4,1%, tandis que l'emploi masculin n'a évolué en moyenne que de 3,1% par an.

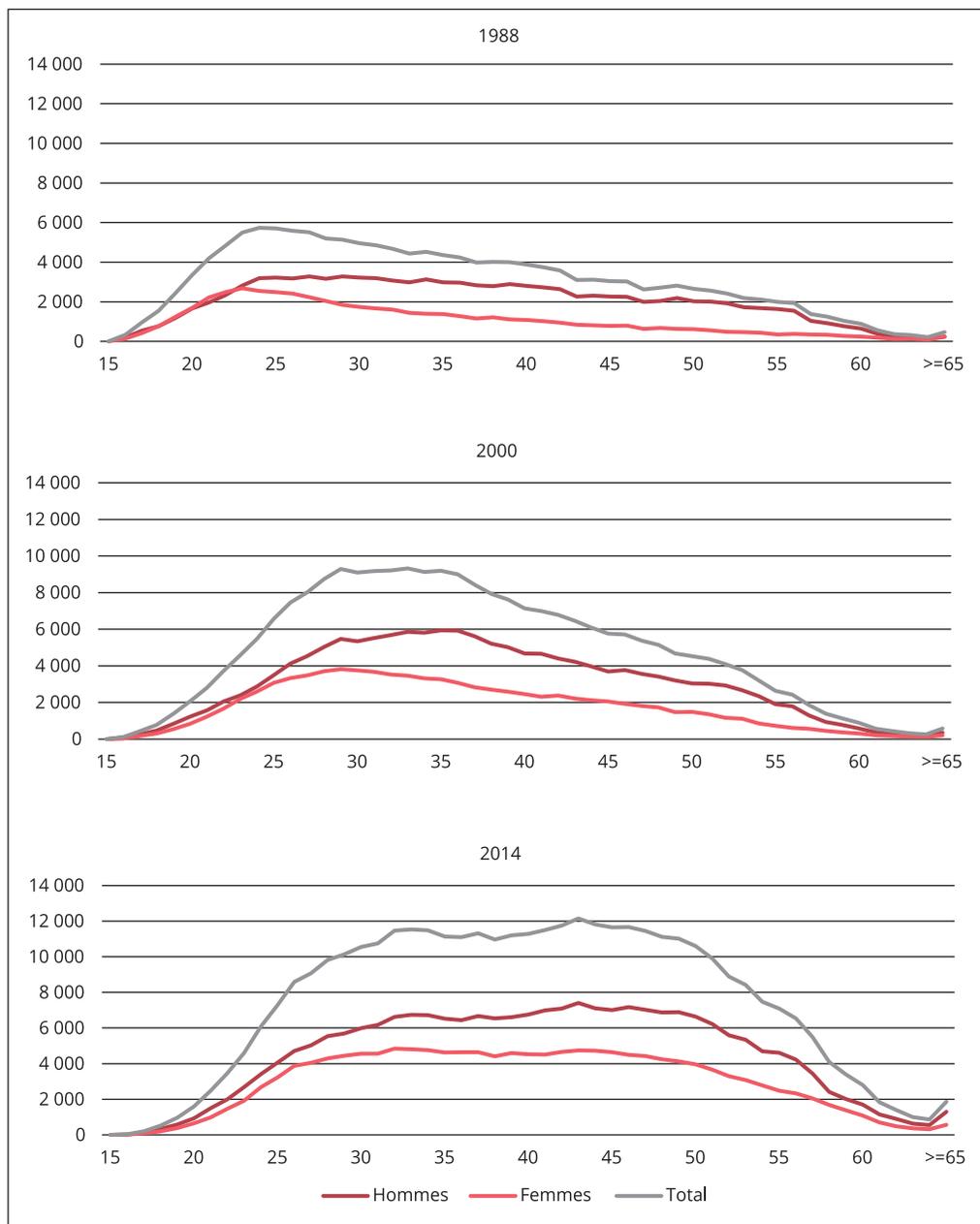
Tableau 11: Evolution de l'emploi salarié par sexe

Année	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	Variation en %	Nombre	Variation en %	Nombre	Variation en %
1988	101 446		52 650		154 096	
1989	105 504	4,0%	55 439	5,3%	160 943	4,4%
1990	109 370	3,7%	58 506	5,5%	167 876	4,3%
1991	114 203	4,4%	61 542	5,2%	175 745	4,7%
1992	117 972	3,3%	64 445	4,7%	182 417	3,8%
1993	120 150	1,8%	66 812	3,7%	186 962	2,5%
1994	121 574	1,2%	68 985	3,3%	190 559	1,9%
1995	124 586	2,5%	71 014	2,9%	195 600	2,6%
1996	127 250	2,1%	73 152	3,0%	200 402	2,5%
1997	130 748	2,7%	76 072	4,0%	206 820	3,2%
1998	137 382	5,1%	79 455	4,4%	216 837	4,8%
1999	144 366	5,1%	84 050	5,8%	228 416	5,3%
2000	152 606	5,7%	89 342	6,3%	241 948	5,9%
2001	161 422	5,8%	95 452	6,8%	256 874	6,2%
2002	167 728	3,9%	99 913	4,7%	267 641	4,2%
2003	170 977	1,9%	102 450	2,5%	273 427	2,2%
2004	174 998	2,4%	105 208	2,7%	280 206	2,5%
2005	179 766	2,7%	108 519	3,1%	288 285	2,9%
2006	186 131	3,5%	113 371	4,5%	299 502	3,9%
2007	193 809	4,1%	117 872	4,0%	311 681	4,1%
2008	203 969	5,2%	124 807	5,9%	328 776	5,5%
2009	206 515	1,2%	129 549	3,8%	336 064	2,2%
2010	207 333	0,4%	132 224	2,1%	339 557	1,0%
2011	212 804	2,6%	136 714	3,4%	349 518	2,9%
2012	216 748	1,9%	142 302	4,1%	359 050	2,7%
2013	218 757	0,9%	145 698	2,4%	364 455	1,5%
2014	223 403	2,1%	149 970	2,9%	373 373	2,4%
Variation moyenne entre 1988 et 2014		3,1%		4,1%		3,5%

L'emploi salarié n'a jamais cessé d'augmenter au cours des dernières années malgré des taux de croissance annuels différents. Entre 1988 et 1991, le taux de variation annuel se situait aux alentours de 4,5%. Au 31 mars 2009, cette augmentation ne se situe plus qu'à 2,2% par rapport à l'année précédente. L'augmentation entre mars 2009 et mars 2010 est la plus faible jamais observée avec 1,0%. A partir de 2010, on observe de nouveau une accélération de l'emploi salarié : 2,9% entre 2010 et 2011, 2,7% entre 2011 et 2012 et 1,5% entre 2012 et 2013. Entre mars 2013 et mars 2014, le taux de croissance s'établit à 2,4%.

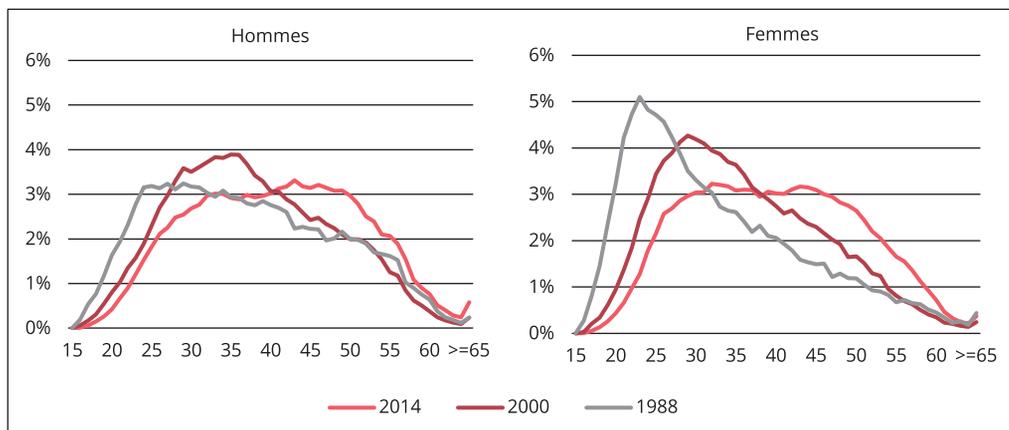
Vu la prolongation des études au-delà de l'âge de 20 ans, on voit que le nombre de travailleurs âgés de moins de 24 ans diminue, alors que celui des travailleurs âgés de 25 à 50 ans a progressé plus rapidement que celui de l'ensemble des travailleurs. L'explication en est que l'économie luxembourgeoise se trouvait jusqu'en 2008 dans un état d'expansion encore assez remarquable et faisait constamment appel à la main-d'œuvre étrangère.

Graphique 9: Nombre de salariés par âge



Cette évolution de l'emploi ne se reflète pas de façon identique dans les différentes classes d'âge.

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



En analysant le graphique 10, on remarque que pour les deux sexes le pic d'âge s'est déplacé vers la droite. Pour les hommes, le pic, se situant entre 30 et 35 ans en 1988 et en 2000, provenait de l'engagement de beaucoup de salariés jeunes provenant de l'immigration. En mars 2013, ce pic est absorbé. Le comportement des femmes sur le marché du travail s'est modifié plus substantiellement, et cela s'explique par le changement de leur rôle dans la société. Tandis qu'en 1988, on remarque une concentration des femmes actives entre 20 et 25 ans, la répartition en 2013 se rapproche de celle des hommes. Cela s'explique par le fait que de nos jours, les femmes restent plus longtemps sur le marché du travail et qu'elles reprennent leur activité professionnelle après une pause familiale.

Tableau 12: Evolution de l'activité indépendante

Année	Travailleurs intellectuels indépendants				Artisans, commerçants et industriels				Agriculteurs				Total	
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Nombre	Var. en %
	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %		
1993	2 206		666		6 341		3 217							
1994	2 343	6,2%	742	11,4%	6 461	1,9%	3 198	-0,6%						
1995	2 449	4,5%	822	10,8%	6 578	1,8%	3 260	1,9%	2 390		1 786		17 285	
1996	2 536	3,6%	922	12,2%	6 575	0,0%	3 294	1,0%	2 507	4,9%	1 808	1,2%	17 642	2,1%
1997	2 630	3,7%	1 031	11,8%	6 595	0,3%	3 369	2,3%	2 490	-0,7%	1 763	-2,5%	17 878	1,3%
1998	2 743	4,3%	1 131	9,7%	6 508	-1,3%	3 464	2,8%	2 404	-3,5%	1 716	-2,7%	17 966	0,5%
1999	2 831	3,2%	1 225	8,3%	6 435	-1,1%	3 512	1,4%	2 369	-1,5%	1 668	-2,8%	18 040	0,4%
2000	2 955	4,4%	1 325	8,2%	6 395	-0,6%	3 533	0,6%	2 334	-1,5%	1 621	-2,8%	18 163	0,7%
2001 ^a	3 395	14,9%	1 801	35,9%	6 287	-1,7%	3 531	-0,1%	2 273	-2,6%	1 569	-3,2%	18 856	3,8%
2002	3 495	2,9%	1 935	7,4%	6 210	-1,2%	3 499	-0,9%	2 198	-3,3%	1 524	-2,9%	18 861	0,0%
2003	3 576	2,3%	2 041	5,5%	6 283	1,2%	3 575	2,2%	2 157	-1,9%	1 483	-2,7%	19 115	1,3%
2004	3 690	3,2%	2 182	6,9%	6 411	2,0%	3 681	3,0%	2 129	-1,3%	1 469	-0,9%	19 562	2,3%
2005	3 901	5,7%	2 320	6,3%	6 714	4,7%	3 788	2,9%	2 108	-1,0%	1 422	-3,2%	20 253	3,5%
2006 ^a	4 010	2,8%	2 453	5,7%	6 818	1,5%	3 374	-10,9%	2 076	-1,5%	1 379	-3,0%	20 110	-0,7%

Tableau 12: Evolution de l'activité indépendante (Suite)

Année	Travailleurs intellectuels indépendants				Artisans, commerçants et industriels				Agriculteurs				Total	
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Nombre	Var. en %
	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %		
2007	4 143	3,3%	2 570	4,8%	6 932	1,7%	3 353	-0,6%	2 011	-3,1%	1 339	-2,9%	20 348	1,2%
2008	4 351	5,0%	2 844	10,7%	7 146	3,1%	3 381	0,8%	1 970	-2,0%	1 297	-3,1%	20 989	3,2%
2009	4 486	3,1%	3 059	7,6%	7 248	1,4%	3 317	-1,9%	1 897	-3,7%	1 192	-8,1%	21 199	1,0%
2010	4 653	3,7%	3 378	10,4%	7 380	1,8%	3 357	1,2%	1 840	-3,0%	1 135	-4,8%	21 743	2,6%
2011	4 773	2,6%	3 674	8,8%	7 534	2,1%	3 408	1,5%	1 819	-1,1%	1 101	-3,0%	22 309	2,6%
2012	4 840	1,4%	3 903	6,2%	7 726	2,5%	3 486	2,3%	1 797	-1,2%	1 045	-5,1%	22 797	2,2%
2013	4 975	2,8%	4 127	5,7%	7 874	1,9%	3 524	1,1%	1 740	-3,2%	976	-6,6%	23 216	1,8%
2014	5 088	2,3%	4 360	5,6%	8 116	3,1%	3 551	0,8%	1 675	-3,7%	909	-6,9%	23 699	2,1%

a. Rupture de série.

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

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

En 2008, les répercussions pratiques du principe de 2001 (affiliation obligatoire de toutes les personnes indépendantes dont la déclaration d'impôt renseigne un revenu supérieur à un tiers du salaire social minimum) provoquent une nouvelle hausse du nombre des affiliés indépendants.

Pour 2009, l'introduction du statut unique entraîne certains changements au niveau des statistiques de l'emploi établies à partir des données de la sécurité sociale.

Pour les personnes ayant une (ou plusieurs) occupation salariale et une occupation non salariale, la méthode de détermination de l'occupation principale a changé :

- Avant l'introduction du statut unique, l'occupation principale était déterminée par un indicateur ayant la valeur "P" pour le régime principal et la valeur "A" pour le régime accessoire.
- A partir de janvier 2009, cette notion disparaît. L'occupation principale est désormais déterminée par l'affiliation renseignant le plus grand nombre d'heures de travail.

Les enregistrements des occupations non salariales ne contenant pas d'heures ouvrées, la règle suivante est appliquée à partir de janvier 2009 :

- En 2009, si le nombre d'heures ouvrées est inférieur à 80 heures par mois, l'occupation non salariale devient l'occupation principale. En appliquant cette règle en décembre 2008, environ 200 personnes comptées parmi les non-salariés auraient été considérées comme des salariés.
- A partir de 2010, si le nombre d'heures ouvrées est inférieur à la moitié des heures de travail d'un salarié travaillant à plein temps (cf. tableau 9), l'occupation non salariale devient l'occupation principale.

3.2. L'ACTIVITÉ SALARIÉE AU LUXEMBOURG

3.2.1. Les statuts

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

Tableau 13: Répartition de l'emploi au Luxembourg par sexe et par statut

	1988		2000		2014	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ouvriers	57 873	22 098	77 926	31 089		
Employés	28 922	27 080	59 184	52 300		
Salariés (SU)	86 795	49 178	137 110	83 389	206 243	138 576
Fonctionnaires	14 645	3 470	15 496	5 953	17 160	11 394
Total	101 440	52 648	152 606	89 342	223 403	149 970

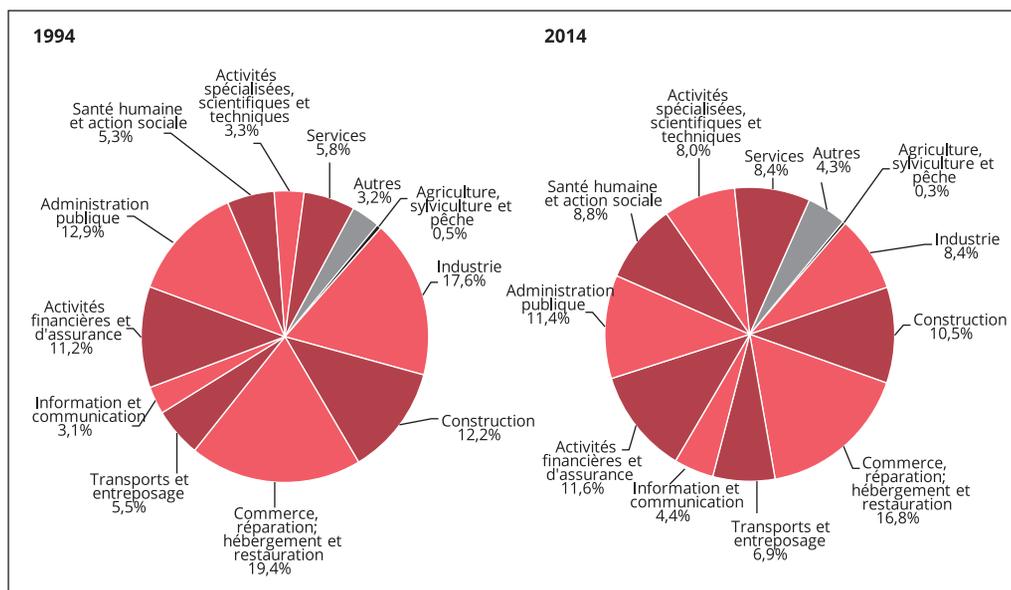
Ces statuts déterminent la caisse compétente en matière d'assurance maladie-maternité et d'assurance pension. Avec l'introduction du statut unique, le nombre de statuts des salariés s'est réduit de 3 à 2. Les salariés du secteur privé, antérieurement subdivisés en ouvrier et employé, sont regroupés en un statut unique. Pour une période transitoire allant de 2009 à 2013, la distinction persiste à l'intérieur du groupe des salariés du statut unique. La notion "ouvrier" est remplacée sur la déclaration d'entrée par "activité manuelle", case à cocher par l'employeur si l'activité de son salarié est de nature principalement manuelle.

Pour le statut des fonctionnaires, il faut remarquer que seuls les salariés n'appartenant pas au régime général d'assurance pension sont classés dans cette rubrique. Ainsi, les salariés travaillant dans les administrations publiques sont loin d'être tous fonctionnarisés et le nombre de ceux qui travaillent sous le régime du statut unique, détenant antérieurement le statut d'"employé privé", est assez élevé.

3.2.2. Les différentes branches d'activité

L'activité économique principale d'une entreprise peut changer, compte tenu de son développement. Ceci implique un changement de sa classification dans un code NACE² dans les fichiers de la sécurité sociale. Contrairement au STATEC qui peut retenir plusieurs codes NACE par entreprise, en raison d'activités variées de cette entreprise, la sécurité sociale ne retient qu'un code NACE par entreprise. Ceci peut causer des différences entre le STATEC et l'IGSS dans les tableaux concernant l'emploi par branche d'activité. A partir de 2009, la version NACE rév.2 remplace la version NACE rév.1.1. dans nos statistiques.

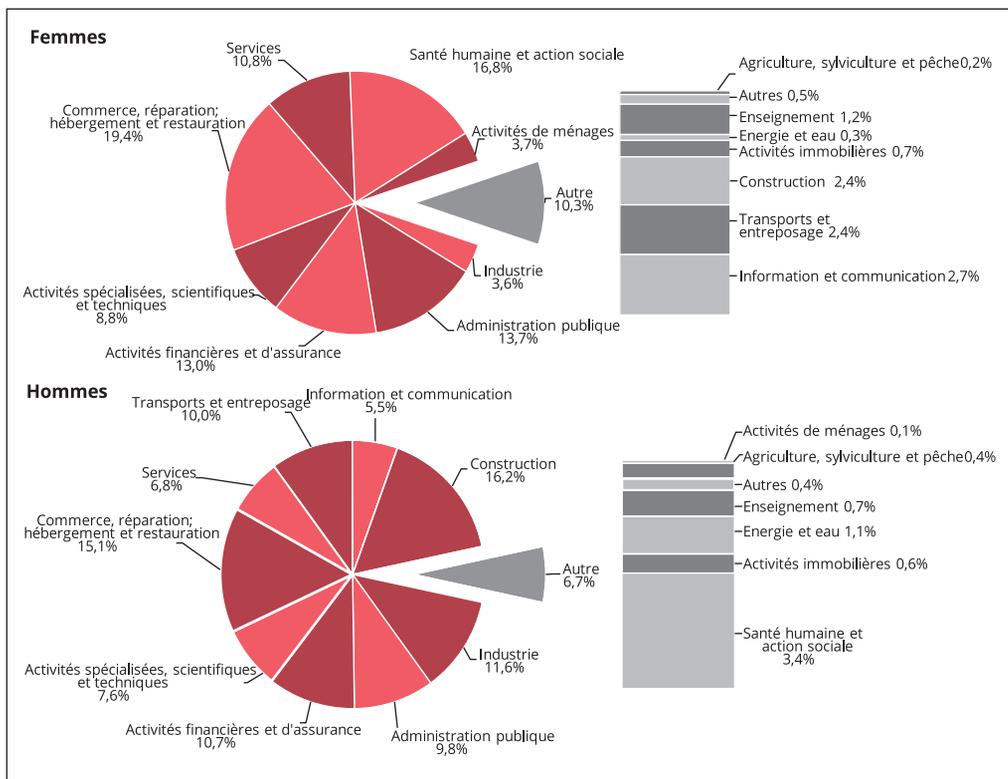
Graphique 11: Répartition de l'emploi par secteur d'activité (NACE rév. 2)



L'économie luxembourgeoise a subi des changements de structure aux cours des dernières décennies. D'une économie à caractère industriel elle a évolué vers une économie où prédomine le secteur tertiaire. En comparant les données de 1994 à celles de 2014, on voit que ce glissement entre secteurs continue : en 1994, le secteur de l'industrie représentait encore presque 20% de l'emploi salarié, alors qu'en 2014 il ne représente plus que 8,4%. De plus, parmi les secteurs regroupés sous "Autres" en 1994, les secteurs "Services" et "Activités spécialisées, scientifiques et techniques" ont connu la plus forte progression. L'emploi salarié dans le secteur "Services" a presque doublé, en passant de 5,4% en 1994 à 8,2% en 2014. L'emploi salarié du secteur "Activités spécialisées, scientifiques et techniques" a plus que doublé, en passant de 3,3% en 1994 à 8,0% en 2014.

2. Le code NACE rend compte du secteur d'activité de l'entreprise. Ce code est établi à partir de la nomenclature internationale NACE_rév.2.

Graphique 12: L'emploi au Luxembourg par secteur d'activité et par sexe au 31 mars 2014



L'emploi féminin se concentre en premier lieu dans les secteurs du "Commerce, réparation; hébergement et restauration" suivis du secteur "Santé humaine et action sociale". Pour les hommes, on note des proportions élevées dans les secteurs de la construction, du commerce et de l'hébergement et restauration.

Tableau 14: Croissance de l'emploi dans les différents secteurs d'activité entre le 31 mars 2013 et le 31 mars 2014

	Nombre			Variation en %		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Agriculture, sylviculture et pêche	62	23	85	6,7%	9,9%	7,3%
Industrie	-334	3	-331	-1,3%	0,1%	-1,0%
Energie et eau	75	19	94	3,2%	4,9%	3,4%
Construction	548	62	610	1,5%	1,9%	1,6%
Commerce, réparation; hébergement et restauration	1 178	584	1 762	3,6%	2,0%	2,9%
Transports et entreposage	-98	110	12	-0,4%	3,3%	0,0%
Information et communication	461	66	527	3,9%	1,6%	3,3%
Activités financières et d'assurance	388	473	861	1,7%	2,5%	2,0%
Activités immobilières	49	43	92	4,1%	4,0%	4,0%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	713	471	1 184	4,4%	3,7%	4,1%
Services	1 083	347	1 430	7,6%	2,2%	4,8%
Administration publique	234	641	875	1,1%	3,2%	2,1%
Enseignement	160	160	320	10,4%	8,3%	9,2%
Santé humaine et action sociale	163	1 068	1 231	2,2%	4,4%	3,9%
Activités de ménages	27	216	243	15,1%	4,0%	4,4%
Autres	-63	-14	-77	-7,5%	-2,0%	-5,0%
Total	4 646	4 272	8 918	2,1%	2,9%	2,4%

Au 31 mars 2014, on constate une croissance de l'emploi de 2,4% (hommes et femmes confondus) par rapport au 31 mars 2013. La croissance est plus prononcée pour les femmes (2,9%) que pour les hommes (2,1%). Dans les secteurs importants, tels que la "Construction" et les "Activités financières et d'assurance", la croissance reste assez ralentie. Le secteur "Autres" regroupe les NACE non encodés.

Tableau 15: Heures ouvrées (en milliers) par les salariés affiliés à la sécurité sociale luxembourgeoise

En mars 2014	Salariés SU	Fonctionnaires	Total
Par le personnel non-intérimaire	54 542,1	4 672,7	59 214,8
Hommes	34 359,0	2 934,3	37 293,3
Femmes	20 183,1	1 738,4	21 921,5
Par le personnel intérimaire	1 112,4		1 112,4
<i>Sur le marché de travail luxembourgeois</i>	1 047,5		1 047,5
Hommes	864,6		864,6
Femmes	183,0		183,0
<i>En dehors du marché de travail luxembourgeois</i>	64,8		64,8
Hommes	2,7		2,7
Femmes	62,1		62,1
Total	55 654,5	4 672,7	60 327,2
En mars 2013	Salariés SU	Fonctionnaires	Total
Par le personnel non-intérimaire	52 730,3	4 621,1	57 351,4
Hommes	33 173,7	2 942,0	36 115,7
Femmes	19 556,6	1 679,1	21 235,7
Par le personnel intérimaire	870,3		870,3
<i>Sur le marché de travail luxembourgeois</i>	809,9		809,9
Hommes	648,9		648,9
Femmes	161,0		161,0
<i>En dehors du marché de travail luxembourgeois</i>	60,3		60,3
Hommes	57,7		57,7
Femmes	2,6		2,6
Total	53 600,6	4 621,1	58 221,7

Les déclarations de salaires, que les employeurs font chaque mois auprès du Centre commun de la sécurité sociale, contiennent, entre autres, les heures travaillées effectivement pour le mois en question (procédure expliquée en détail plus haut). Depuis le 1^{er} janvier 2009, le CCSS a introduit une variable séparée pour la déclaration des heures supplémentaires.

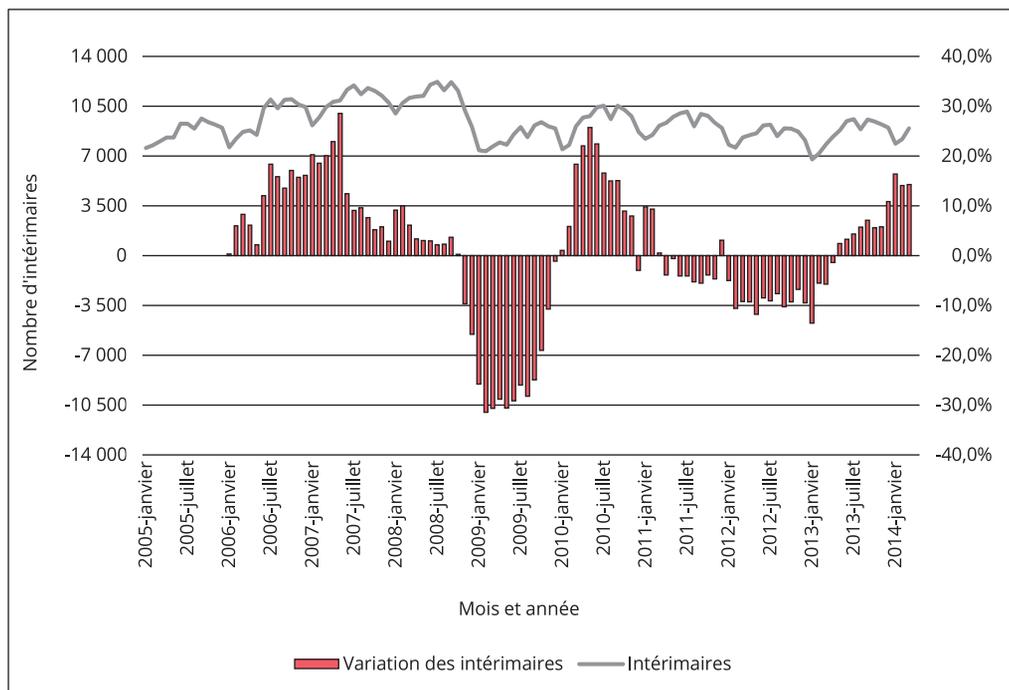
Par conséquent, les heures utilisées dans le tableau 15 nécessitent la neutralisation de la variation du nombre d'heures ouvrées des différents mois étudiés, afin de faire ressortir la véritable évolution du nombre d'heures ouvrées. Les données présentées dans ce rapport sont les données redressées. L'idée du redressement est de remplacer le nombre d'heures ouvrées contenues dans chacun des mois considérés par la valeur de référence correspondant à 173 heures. Une note technique reprenant l'ensemble du raisonnement qui est à l'origine de la méthode de redressement est disponible sur demande auprès de l'IGSS.³

3. Impact de l'introduction du Statut Unique sur les fichiers de l'IGSS - Estimation de la croissance annuelle 2009 du nombre d'heures déclarée.

Entre mars 2013 et mars 2014, le nombre total d'heures travaillées a augmenté de 3,6%, contre une baisse de 0,5% entre mars 2012 et mars 2013. Cette évolution vaut aussi bien pour le total des heures prestées que pour les heures prestées par le personnel non-intérimaire.

La part des heures prestées par le personnel intérimaire, par rapport à l'ensemble des secteurs, est passée de 1,5% à 1,8% entre 2013 et 2014.

Graphique 13: Evolution du nombre d'intérimaires



Le graphique 13 montre l'évolution du nombre d'intérimaires depuis 2005 et la variation annuelle depuis 2006. La variation annuelle compare le nombre de personnes en janvier 2006 au nombre de personnes en janvier 2005, et ainsi de suite, pour contourner le problème de la variation saisonnière. Le graphique montre clairement l'impact de la crise financière qui se traduit par une forte décroissance du nombre d'intérimaires en 2009. En 2010, il y a de nouveau une augmentation du nombre de personnes en travail intérimaire. Cette tendance, rompue à partir de 2011, est repartie en 2013.

3.2.3. Le temps de travail

En gardant en mémoire toutes les remarques formulées ci-avant concernant la déclaration des heures de travail, on peut se faire quand-même une idée de l'emploi à temps partiel au Luxembourg.

On remarque une nette différence entre le comportement des hommes et des femmes: environ un quart des femmes travaillent à temps partiel, tandis que la proportion des hommes travaillant à temps partiel est insignifiante.

Tableau 16: Temps de travail d'après statut et sexe (en pour cent)

Heures de travail	2004			
	Salariés (ouvriers et employés)		Fonctionnaires	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
< 64	2,3	6,2	0,1	0,2
64 - 92	1,6	14,7	0,9	17,2
93 - 120	1,3	6,0	0,1	0,3
> 120	94,8	73,1	99,0	82,3

Heures de travail	2014			
	Salariés (SU)		Fonctionnaires	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
< 64	3,1	6,6	0,1	0,5
64 - 92	2,9	14,1	1,7	18,4
93 - 120	1,1	7,2	0,1	0,7
> 120	93,0	72,1	98,2	80,5

3.2.4. Résidence et nationalité de la population active au Luxembourg

La crise économique de 2008 a ramené la progression de l'emploi total (déjà freiné à 2,2% entre mars 2008 et mars 2009) à 1,0% entre mars 2009 et mars 2010. En 2011 et 2012, il y a une reprise de l'emploi, respectivement de 2,9% et 2,7%, qui baisse à nouveau en 2013 avec un taux de croissance de 1,5% et qui repart à la hausse en 2014 (2,4%). Le ralentissement spectaculaire pour les frontaliers, dont la progression a chuté de 8,3% à 2,6% en une année (entre 2008 et 2009), s'est poursuivi avec un taux de croissance de 0,8% entre mars 2009 et mars 2010. Entre mars 2010 et mars 2011, le taux de croissance a atteint 3,1%, mais chute à nouveau à partir de mars 2011, pour atteindre 2,4% entre 2011 et 2012, 1,2% entre 2012 et 2013. Entre 2013 et 2014, il repart à la hausse et s'établit à 2,3%.

Pour les résidents étrangers (EU15), le ralentissement dû à la crise ne se fait pas sentir comme pour les frontaliers. Entre mars 2011 et mars 2012, leur nombre augmente de 3,4% ; il augmente de 2,2% entre 2012 et 2013 et de 2,8% entre 2013 et 2014.

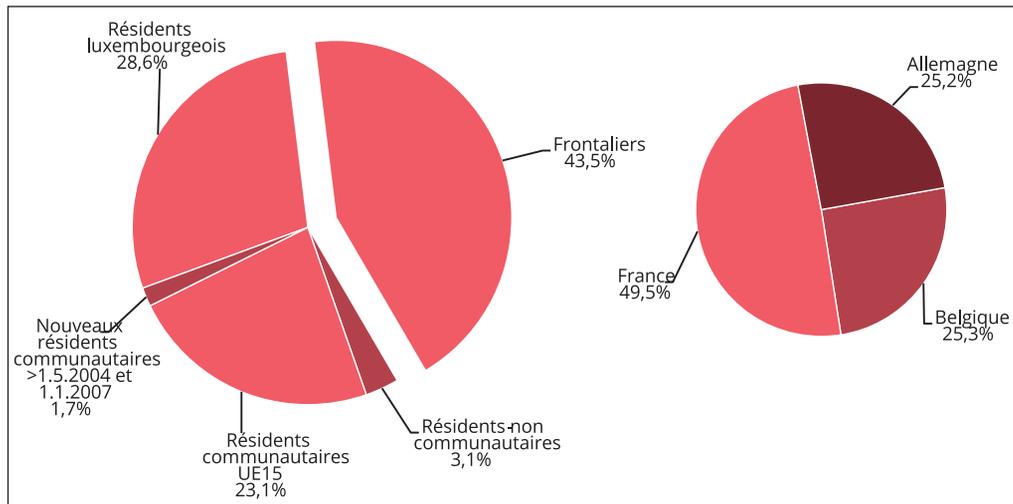
Pour les résidents de nationalité luxembourgeoise, leur taux de croissance est en baisse jusqu'en 2013 : 2,2% entre mars 2010 et mars 2011, 2,0% entre mars 2011 et mars 2012, 0,9% entre mars 2012 et mars 2013. En revanche, entre 2013 et 2014, le nombre d'actifs résidents de nationalité luxembourgeois a augmenté de 1,3%.

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

	1988	2000	2012	2013	2014	Variation moyenne annuelle	Variation en %	
							2012-2013	2013-2014
Résidents au Luxembourg	129 529	157 546	202 240	205 697	211 003	1,9%	1,7%	2,6%
dont								
Luxembourgeois	90 999	90 630	104 376	105 336	106 741	0,6%	0,9%	1,3%
Hommes		55 541	56 982	56 969	57 193		0,0%	0,4%
Femmes		35 089	47 394	48 367	49 548		2,1%	2,4%
Communautaires								
U.E. pays des 15	35 729	59 996	82 194	83 974	86 306	3,5%	2,2%	2,8%
Hommes		35 622	47 391	48 239	49 593		1,8%	2,8%
Femmes		24 374	34 803	35 735	36 713		2,7%	2,7%
Membres à partir du 1.5.2004	(.) ^a		4 183	4 390	4 818	...	4,9%	9,7%
Hommes			2 931	2 990	3 258		2,0%	9,0%
Femmes			1 252	1 400	1 560		11,8%	11,4%
Membres à partir du 1.1.2007	(.) ^a		1 114	1 165	1 433	...	4,6%	23,0%
Hommes			496	510	619		2,8%	21,4%
Femmes			618	655	814		6,0%	24,3%
Membres à partir du 1.7.2013	(.) ^a		195	178	206	...	-8,7%	15,7%
Hommes			140	126	152		-10,0%	20,6%
Femmes			55	52	54		-5,5%	3,8%
Non-communautaires	2 801	6 920	10 178	10 654	11 499	...	4,7%	7,9%
Hommes		4 219	5 570	5 769	6 314		3,6%	9,4%
Femmes		2 701	4 608	4 885	5 185		6,0%	6,1%
Frontaliers	24 567	84 402	156 810	158 758	162 370	7,5%	1,2%	2,3%
résidant en								
Allemagne	4 366	15 839	39 617	40 105	40 916	9,0%	1,2%	2,0%
Hommes		11 307	27 072	27 288	27 664		0,8%	1,4%
Femmes		4 532	12 545	12 817	13 252		2,2%	3,4%
France	10 818	44 959	77 613	78 454	80 433	8,0%	1,1%	2,5%
Hommes		28 792	48 535	48 955	50 251		0,9%	2,6%
Femmes		16 167	29 078	29 499	30 182		1,4%	2,3%
Belgique	9 383	23 604	39 580	40 199	41 021	5,8%	1,6%	2,0%
Hommes		17 125	27 631	27 911	28 359		1,0%	1,6%
Femmes		6 479	11 949	12 288	12 662		2,8%	3,0%
Total	154 096	241 948	359 050	364 455	373 373	3,5%	1,5%	2,4%

a. Inclus dans Non-communautaires.

Graphique 14: Salariés travaillant au Luxembourg par pays de résidence au 31 mars 2014



La population active salariée au Luxembourg est caractérisée par un pourcentage élevé de travailleurs de nationalités non luxembourgeoises. La répartition en 2014 n'a pas changé fondamentalement par rapport à celle de l'année précédente, les luxembourgeois ne représentant que 28,6% de la population active contre 29% l'an dernier. A l'intérieur du groupe des travailleurs frontaliers, les proportions restent stables par rapport à la dernière observation.

La proportion des femmes parmi les travailleurs varie aussi selon le pays de résidence. Parmi les résidents luxembourgeois, 46% sont de sexe féminin tandis que parmi les frontaliers il n'y en a que 34%.

Graphique 15: Salariés résidant au Luxembourg d'après la nationalité au 31 mars 2014

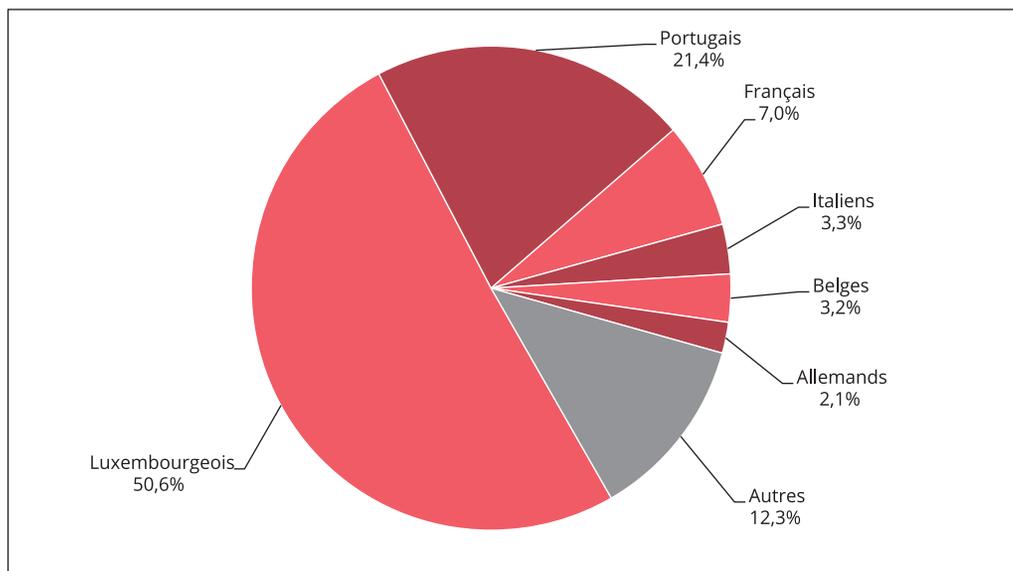


Tableau 18: Répartition de l'emploi salarié par branche et par résidence au 31 mars 2014

	Luxembourgeois	Etrangers	Frontaliers résidant en			Total
	résidant au Luxembourg		Allemagne	Belgique	France	
Agriculture, sylviculture et pêche	304	595	130	148	68	1 245
Hommes	181	515	110	129	55	990
Femmes	123	80	20	19	13	255
Industrie	5 432	6 045	5 165	4 173	10 507	31 322
Hommes	4 379	4 552	4 328	3 742	8 953	25 954
Femmes	1 053	1 493	837	431	1 554	5 368
Energie et eau	1 530	332	285	110	602	2 859
Hommes	1 316	276	250	99	510	2 451
Femmes	214	56	35	11	92	408
Construction	3 761	15 392	7 343	4 678	8 204	39 378
Hommes	2 780	14 658	6 814	4 289	7 542	36 083
Femmes	981	734	529	389	662	3 295
Commerce, réparation; hébergement et restauration	11 604	20 719	5 633	7 632	17 196	62 784
Hommes	5 985	10 878	3 334	4 501	8 997	33 695
Femmes	5 619	9 841	2 299	3 131	8 199	29 089
Transports et entreposage	6 835	6 249	4 257	4 238	4 253	25 832
Hommes	5 628	5 547	3 712	3 866	3 657	22 410
Femmes	1 207	702	545	372	596	3 422
Information et communication	4 118	3 726	1 134	2 671	4 886	16 535
Hommes	2 931	2 586	841	2 259	3 769	12 386
Femmes	1 187	1 140	293	412	1 117	4 149
Activités financières et d'assurance	8 911	12 485	6 030	6 036	9 829	43 291
Hommes	4 713	7 296	3 326	3 593	4 877	23 805
Femmes	4 198	5 189	2 704	2 443	4 952	19 486
Activités immobilières	783	809	226	191	368	2 377
Hommes	410	395	137	123	190	1 255
Femmes	373	414	89	68	178	1 122
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	5 074	9 088	3 406	5 505	6 980	30 053
Hommes	2 776	4 932	2 113	3 438	3 648	16 907
Femmes	2 298	4 156	1 293	2 067	3 332	13 146
Services	4 618	11 488	1 718	2 456	11 205	31 485
Hommes	2 058	4 164	968	1 460	6 611	15 261
Femmes	2 560	7 324	750	996	4 594	16 224
Administration publique	37 081	3 728	843	372	449	42 473
Hommes	19 791	1 343	435	178	206	21 953
Femmes	17 290	2 385	408	194	243	20 520

Tableau 18: Répartition de l'emploi salarié par branche et par résidence au 31 mars 2014 (Suite)

	Luxembourgeois	Etrangers	Frontaliers résidant en			Total
	résidant au Luxembourg		Allemagne	Belgique	France	
Enseignement	1 141	1 547	391	239	471	3 789
Hommes	504	694	206	104	195	1 703
Femmes	637	853	185	135	276	2 086
Santé humaine et action sociale	14 775	6 876	3 981	2 313	4 794	32 739
Hommes	3 562	1 673	992	481	856	7 564
Femmes	11 213	5 203	2 989	1 832	3 938	25 175
Activités de ménages	580	4 511	222	110	339	5 762
Hommes	74	104	7	5	16	206
Femmes	506	4 407	215	105	323	5 556
Autres	194	672	152	149	282	1 449
Hommes	105	323	91	92	169	780
Femmes	89	349	61	57	113	669
Total	106 741	104 262	40 916	41 021	80 433	373 373
Hommes	57 193	59 936	27 664	28 359	50 251	223 403
Femmes	49 548	44 326	13 252	12 662	30 182	149 970

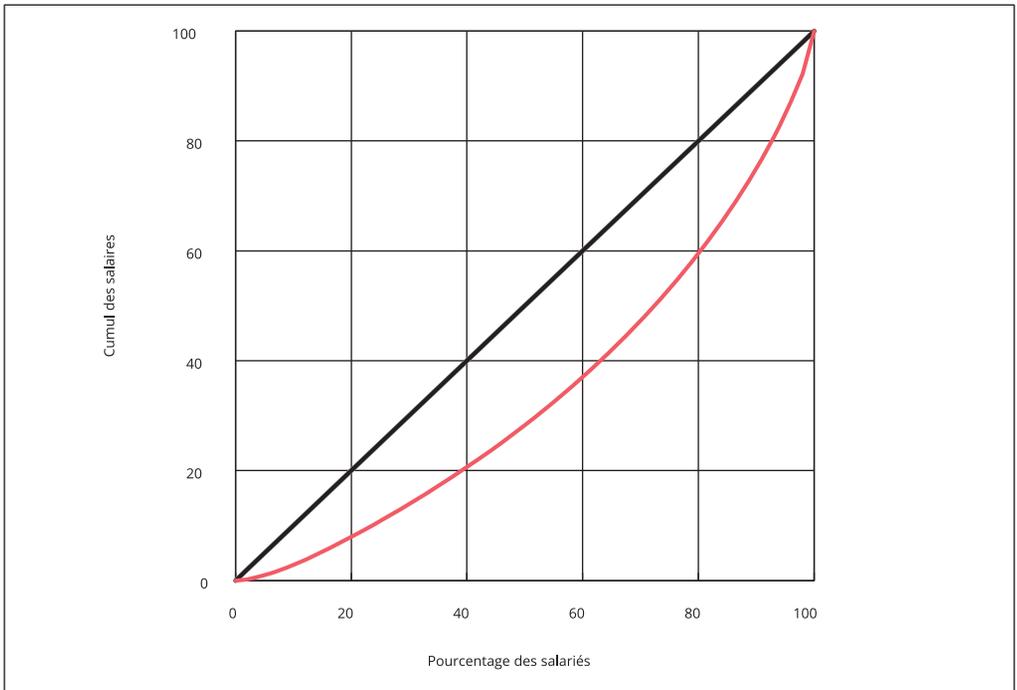
En confrontant résidence et nationalité (tableau 18) avec les secteurs de l'emploi, on constate une certaine préférence sectorielle pour les différentes catégories.

35% des luxembourgeois sont employés dans l'"Administration publique". Le fait que les salariés de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois soient comptés dans le secteur "Transports et entreposage" explique la proportion élevée de luxembourgeois qui y sont employés (26%). Les 25% des résidents de nationalité luxembourgeoise employés dans "Information et communication" sont à attribuer à la Société des postes et télécommunications. 17% des salariés de l'industrie et 21% des salariés des "Activités financières et d'assurance" sont des luxembourgeois. La branche où travaille le plus grand nombre de frontaliers est celle de "Commerce, réparation; hébergement et restauration" suivi de celle des "Activités financières et d'assurance". Les étrangers résidant au Luxembourg sont employés pour 20% dans "Commerce, réparation; hébergement et restauration" et pour 15% dans la "Construction".

3.2.5. La rémunération

Les déclarations de salaire qui parviennent au Centre commun de la sécurité sociale servent de base au calcul des cotisations pour les différentes branches de la sécurité sociale. Ces données sont aussi à la base des statistiques concernant les rémunérations publiées dans ce chapitre. Il faut signaler que les particularités des sources de données de la sécurité sociale entraînent certaines différences avec les chiffres publiés par le STATEC. Le minimum cotisable est égal au salaire social minimum, sauf dérogations spéciales. Au 31 mars 2014, le salaire social minimum s'est élevé à 1 921,03 EUR.

Graphique 16: Courbe de Lorenz de la distribution des salaires (31 mars 2014)



La courbe de Lorenz indique sur l'axe vertical le pourcentage de la masse totale des salaires déclarés par le pourcentage correspondant de salariés (rangés par ordre croissant selon leur salaire) sur l'axe horizontal. Ainsi au Luxembourg, 40% de la population active salariée rangée par salaire croissant, gagnent 20% de la masse salariale totale, alors qu'aux 10% des salariés gagnant les salaires les plus élevés, reviennent 25% de cette même masse salariale. La courbe de Lorenz donne ainsi une indication sur l'inégalité entre salaires existant dans une population:

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

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

Depuis 2009, l'employeur est tenu de déclarer le nombre exact des heures de travail qui correspondent effectivement à la rémunération de base et non plus d'office à la moyenne mensuelle de 173 heures⁴. Ce changement va rendre difficile la comparaison du salaire horaire d'une année à l'autre.

4. Voir www.ccss.lu sous salariés/rémunération.

En effet, considérons, à titre d'exemple, le mois de mars 2009 composé de 176 heures ouvrées et le mois de mars 2010 composé de 184 heures ouvrées. Un salarié travaillant à temps plein et percevant un salaire mensuel de 3 000 EUR, qui restera inchangé entre mars 2009 et mars 2010, verra son salaire horaire passer de 17 EUR (3000/176) à 16,3 EUR (3000/184). Cet exemple illustre bien le caractère artificiel de la variation observée dans les fichiers.

Par conséquent, toute analyse chronologique de l'évolution du salaire horaire nécessitera la neutralisation de la variation du nombre d'heures ouvrées des différents mois étudiés afin de faire ressortir la véritable trajectoire prise par le salaire horaire. Les données présentées dans ce rapport sont les données redressées. L'idée du redressement est de remplacer le nombre d'heures ouvrées contenues dans chacun des mois considérés, par la valeur de référence correspondant à 173. Si on reprend l'exemple précédent, le salaire horaire du travailleur sera constant entre mars 2009 et mars 2010. Il sera égal à 17,3 EUR (3000/173). Une note technique reprenant l'ensemble du raisonnement qui est à l'origine de la méthode de redressement est disponible sur demande auprès de l'IGSS.⁵

Tableau 19: Distribution du salaire horaire par statut

Statut	2013		2014	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
Salariés (SU)	22,07	17,54	22,59	17,93
Fonctionnaires	37,95	36,18	39,08	37,36
Total	23,30	18,48	23,85	18,93

Le tableau 20 nous donne une image plus détaillée de la distribution du salaire horaire moyen par statut, sexe et temps de travail. Les apprentis et stagiaires sont exclus de ce tableau.

Tableau 20: Montant moyen du salaire horaire par statut, sexe et temps de travail

Statut/Sexe	2013				2014			
	Temps partiel		Temps plein		Temps partiel		Temps plein	
	Montant moyen	Age moyen						
Salariés								
Hommes	19,70	41,77	23,52	40,61	22,00	42,20	23,89	40,76
Femmes	19,74	42,48	21,05	38,67	20,25	42,61	21,56	38,91
Total	19,73	42,29	22,67	39,94	20,65	42,51	23,09	40,13
Fonctionnaires								
Hommes	33,45	42,79	37,21	43,41	33,07	43,37	38,27	43,44
Femmes	38,59	44,23	39,45	40,90	39,56	44,37	40,75	41,19
Total	37,97	44,06	37,98	42,55	38,78	44,25	39,15	42,65
Total								
Hommes	20,01	41,79	24,66	40,84	22,30	42,23	25,04	40,97
Femmes	20,81	42,58	22,58	38,85	21,37	42,71	23,16	39,10
Total	20,60	42,37	23,94	40,16	21,58	42,60	24,39	40,33

5. Impact de l'introduction du Statut Unique sur les fichiers de l'IGSS - Estimation de la croissance annuelle 2009 du nombre d'heures déclarées.

Lorsqu'on analyse la situation des femmes fonctionnaires, on remarque que leur salaire horaire moyen est plus élevé que celui des hommes fonctionnaires. Cela s'explique en partie par leur âge plus élevé. Le graphique 16 donne la distribution du salaire horaire de la population active par âge et par statut au 31 mars 2014.

Graphique 17: Distribution du salaire horaire moyen par âge ^a au 31 mars 2014



On s'aperçoit que le salaire horaire est une fonction croissante de l'âge. Pour les salariés du statut unique, cette croissance est continue pour les deux sexes jusqu'à l'âge de 35 ans, puis celle des femmes stagne tandis que la croissance du salaire horaire des hommes se poursuit. Pour les fonctionnaires, on remarque que le salaire horaire moyen des femmes est supérieur à celui des hommes jusqu'à l'âge de 55 ans. La moyenne horaire est influencée par les salaires des fonctionnaires de carrières inférieures qui sont presque exclusivement des hommes.

3.2.6. Le salaire social minimum

Méthodologie

Les modifications apportées aux fichiers de la sécurité sociale, suite à l'introduction du statut unique, ont rendu nécessaire un changement de méthodologie en 2009. La différence fondamentale avec l'ancienne méthodologie réside dans le fait que le salaire à partir duquel on vérifie si le salarié est rémunéré au SSM exclue désormais les rémunérations pour heures supplémentaires ainsi que les éléments de rémunération en espèces qui sont payables mensuellement mais dont le montant est susceptible de variation d'un mois à l'autre (indemnités, allocations, primes...). Ceci est rendu possible, depuis l'introduction du statut unique, par une déclaration séparée de ces éléments de rémunération dans les fichiers de la sécurité sociale. Parmi les autres différences, on peut noter que l'amplitude des intervalles servant à définir le voisinage du SSM n'est plus égale à 3% mais à 2% de ce dernier.

Selon la méthodologie utilisée par l'IGSS, une personne est dite rémunérée au voisinage du SSM au 31 mars d'une année donnée, si :

- son salaire horaire est inférieur ou égal à 102% du SSM mensuel pour travailleurs non qualifiés divisé par 173 (salaire social minimum horaire légal) ;
- ou si son salaire horaire est compris entre 100% et 102% du SSM mensuel pour travailleurs qualifiés divisé par 173.

L'analyse de la distribution des salaires horaires, relative au mois de mars de l'année considérée, révélant systématiquement de fortes concentrations pour les valeurs correspondantes au SSM mensuel pour travailleurs non qualifiés (respectivement qualifiés) divisé par 184, 176 et 168, les salariés concernés par ces valeurs feront partie intégrante du dénombrement. A noter que les valeurs en question correspondent au nombre d'heures ouvrables qui, selon l'année, composent le mois de mars.

Outre le filtre horaire décrit dans les paragraphes précédents, un filtre mensuel sera également appliqué, afin de tenir compte d'une certaine incertitude sur les heures déclarées dans les fichiers administratifs. Ce filtre consistera à ajouter les personnes travaillant à temps plein dont le salaire mensuel est compris entre 100% et 102% du SSM mensuel pour travailleurs non qualifiés (respectivement qualifiés).

.../...

Méthodologie

.../...

Le seuil de 102% a pour but de capter les éventuels individus dont le contrat de travail prévoit une rémunération au SSM mais qui perçoivent des compléments de rémunération qui ne sont pas déclarés séparément du salaire de base. Ces individus ne peuvent, par conséquent, pas être identifiés dans les fichiers. Les compléments en question peuvent être des majorations de salaire (travail du dimanche, jours fériés, nuits...) ou des primes (allocation repas, déplacement, risque...) qui n'entrent pas dans les catégories " gratifications et compléments et accessoires " issues de la déclaration des salaires transmise par l'employeur au Centre commun de la sécurité sociale.

La définition du voisinage du SSM et, par extension, du seuil de 102% est certes relativement subjective. Toutefois, certaines informations issues de l'enquête INSEE (France) sur la structure des salaires nous permettent d'apprécier la pertinence de notre choix.

En effet, sur base de l'enquête en question, il apparaît dans le rapport du CSERC^a (1998) relatif au salaire minimum que plus de 60% des salariés qui le perçoivent touchent des compléments de rémunération. Ce taux de 60% n'est pas directement transposable au Luxembourg mais peut toutefois être considéré comme une borne supérieure raisonnable.

Ainsi, avec un seuil de 102%, le nombre d'individus dénombrés correspond :

- au nombre de salariés rémunérés au SSM et ne percevant pas de complément de rémunération. Ces individus sont clairement identifiables dans les fichiers.
- ainsi qu'au nombre de salariés rémunérés au SSM et percevant des compléments de rémunération. Ces individus ne sont pas identifiables de manière exhaustive dans les fichiers. On accepte l'hypothèse selon laquelle ils représentent moins de 60% de l'ensemble des salariés rémunérés au voisinage du SSM.

a. Conseil supérieur de l'emploi, des revenus et des coûts.

Au 31 mars 2014, le salaire social minimum (SSM) mensuel pour travailleurs non qualifiés était de 1 921,03 € tandis que le SSM mensuel pour travailleurs qualifiés était de 2 305,23 €. Le SSM horaire est obtenu en divisant le montant mensuel par 173⁶, soit 11,10 €/heure pour un travailleur non qualifié et 13,33 €/heure pour un travailleur qualifié.

Tableau 21: Proportion de salariés (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum au 31 mars de l'année considérée

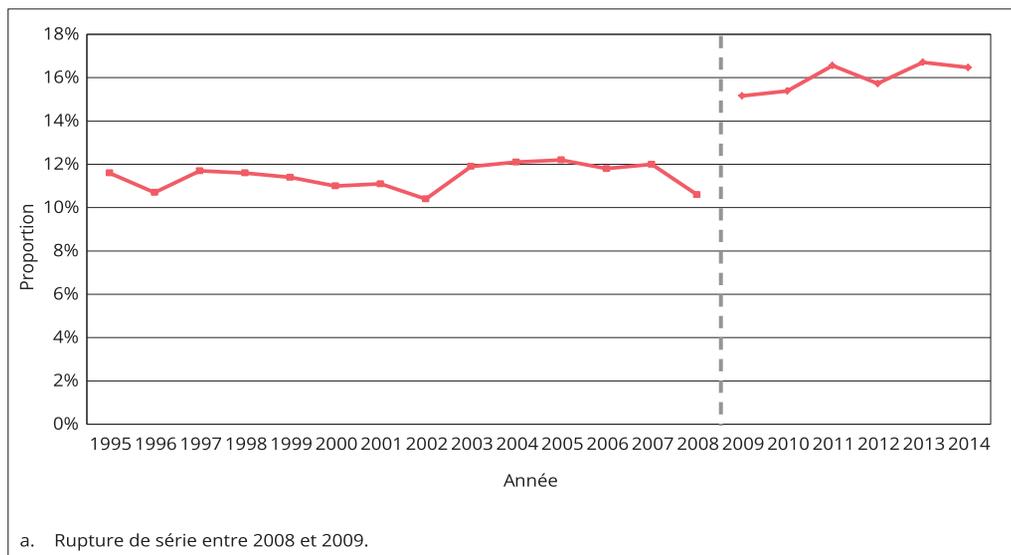
	Proportion de travailleurs (Temps plein et temps partiel)			Proportion de travailleurs à temps plein		
	Ensemble	Au voisinage du SSM pour travailleurs qualifiés	Au voisinage du SSM pour travailleurs non qualifiés	Ensemble	Au voisinage du SSM pour travailleurs qualifiés	Au voisinage du SSM pour travailleurs non qualifiés
1995	11,6%			10,0%		
1996	10,7%			9,2%		
1997	11,7%			10,4%		
1998	11,6%			10,1%		
1999	11,4%			10,1%		
2000	11,0%			9,7%		
2001	11,1%			9,8%		
2002	10,4%			9,2%		
2003	11,9%			10,7%		
2004	12,1%			10,8%		
2005	12,2%			11,0%		
2006	11,8%	5,0%	6,9%	10,9%	5,1%	5,8%
2007	12,0%	5,1%	6,9%	11,0%	5,2%	5,8%
2008	11,2%	5,1%	6,2%	10,4%	5,2%	5,2%
2009 ^a	15,2%	5,5%	9,7%	13,8%	5,3%	8,6%
2010	15,4%	5,5%	9,8%	14,5%	5,9%	8,7%
2011	16,6%	6,3%	10,3%	15,9%	6,7%	9,3%
2012	15,7%	6,2%	9,5%	15,1%	6,5%	8,6%
2013	16,7%	6,4%	10,3%	16,0%	6,7%	9,3%
2014	16,5%	6,8%	9,7%	16,1%	7,1%	9,1%

a. Rupture de série due à un changement méthodologie rendu nécessaire par les modifications apportées aux fichiers de la sécurité sociale suite à l'introduction du statut unique le 1^{er} janvier 2009. Pour plus de détails, se référer à l'encart méthodologique situé en fin de chapitre.

6. 173 = 40 heures/semaine * 52/12.

Au 31 mars 2014, 56 729 salariés, soit 16,5% des salariés (fonctionnaires exclus) présents sur le marché de l'emploi étaient rémunérés au voisinage⁷ du SSM. Les salariés à temps plein rémunérés au voisinage du SSM étaient au nombre de 48 025, ce qui représente 85% de l'ensemble des salariés rémunérés au voisinage du SSM et 16,1% des salariés (fonctionnaires exclus) travaillant à temps plein.

Graphique 18: Evolution de la proportion de salariés (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum depuis 1995^a



Entre mars 2013 et mars 2014, la proportion de salariés rémunérés au voisinage du SSM est passée de 16,7% à 16,5%. Cette légère diminution résulte essentiellement de la baisse du nombre de travailleuses non qualifiées rémunérées au voisinage du SSM au sein du secteur d'activité " Activités de service administratifs et de soutien " puisque leur proportion est passée de 27% à 13%.

Le secteur de l'hébergement et de la restauration concentre la plus grande proportion de salariés rémunérés au voisinage du SSM (51,7%). Le secteur du commerce en regroupe, quant à lui, le plus grand nombre (12 798 salariés soit 23% de l'ensemble de ceux qui sont rémunérés au voisinage du SSM).

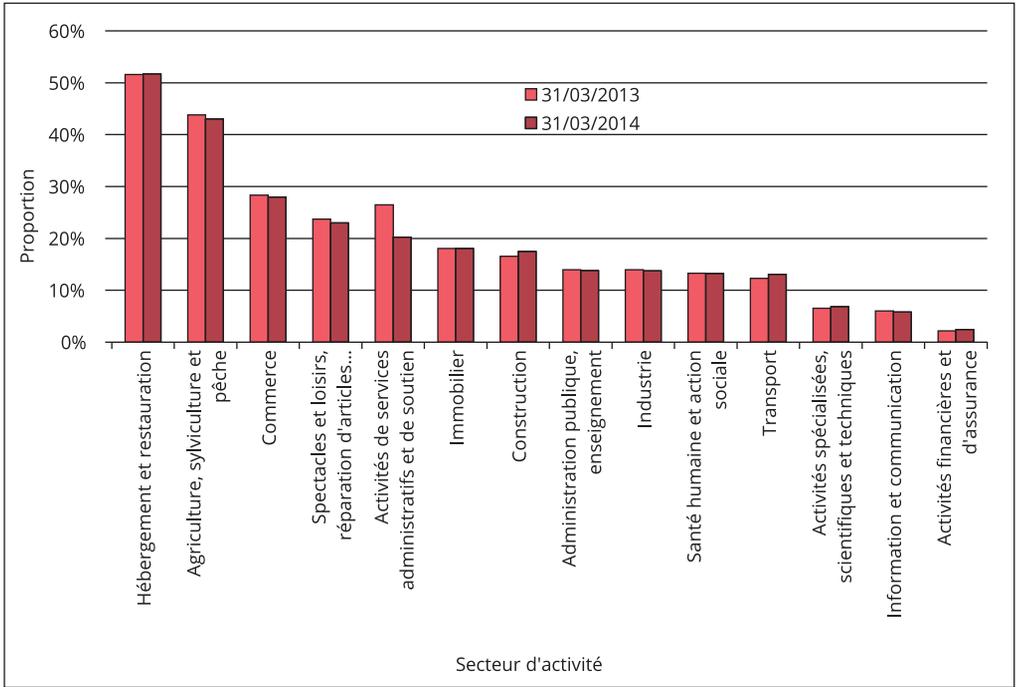
7. Pour la définition du voisinage du SSM, se référer à l'encart méthodologique en fin de chapitre.

Tableau 22: Nombre et proportion de salariés (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum selon le secteur d'activité au 31 mars 2014

Secteur d'activité	Salariés rémunérés au voisinage du SSM	Proportion	Part des Temps pleins
Agriculture, sylviculture et pêche	536	43,1%	89%
Industrie	4 680	13,8%	94%
Construction	6 875	17,5%	94%
Commerce	12 798	28,0%	86%
Transport	2 904	13,1%	88%
Hébergement et restauration	8 788	51,7%	78%
Information et communication	887	5,8%	83%
Activités financières et d'assurance	1 035	2,4%	84%
Immobilier	426	18,1%	80%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	2 059	6,9%	82%
Activités de services administratifs et de soutien	4 834	20,2%	82%
Administration publique, enseignement	3 176	13,8%	75%
Santé humaine et action sociale	4 319	13,2%	89%
Spectacles et loisirs, réparation d'articles domestiques et autres services	3 196	23,0%	71%
Non-déterminés	216	25,9%	65%
Total	56 729	16,5%	85%

La concentration des salariés rémunérés au voisinage du SSM dans les différents secteurs d'activité n'a guère évolué entre 2013 et 2014 hormis pour le secteur des activités de services administratifs et de soutien où la proportion a sensiblement baissé en passant de 26% à 20%.

Graphique 19: Proportion de salariés (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum au 31 mars 2013 et au 31 mars 2014, selon le secteur d'activité



Chez les femmes, c'est également le secteur de l'hébergement et de la restauration qui concentre la plus grande proportion de salariées rémunérées au voisinage du SSM (61,2%) et le secteur du commerce qui en regroupe le plus grand nombre (6 963 salariées soit 27% de l'ensemble de celles qui sont rémunérées au voisinage du SSM).

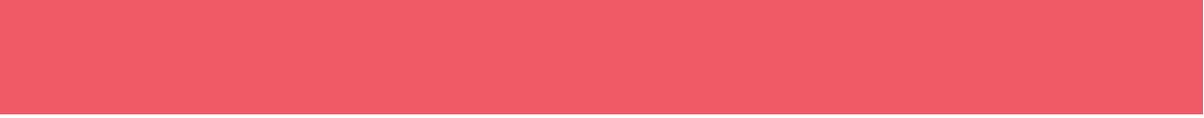
Tableau 23: Nombre et proportion de femmes (hors fonctionnaires) rémunérées au voisinage du salaire social minimum selon le secteur d'activité au 31 mars 2014

Secteur	Salariées rémunérées au voisinage du SSM	Proportion	Part des Temps pleins
Agriculture, sylviculture et pêche	101	39,6%	84%
Industrie	1 614	28,1%	90%
Construction	595	18,1%	74%
Commerce	6 963	34,5%	81%
Transport	408	13,5%	78%
Hébergement et restauration	5 427	61,2%	74%
Information et communication	330	8,4%	78%
Activités financières et d'assurance	452	2,3%	81%
Immobilier	210	18,7%	77%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	1 087	8,3%	81%
Activités de services administratifs et de soutien	2 016	17,9%	78%
Administration publique, enseignement	1 374	11,4%	64%
Santé humaine et action sociale	2 695	10,7%	86%
Spectacles et loisirs, réparation d'articles domestiques et autres services	2 643	24,3%	69%
Non-déterminés	101	36,2%	50%
Total	26 016	18,8%	78%

Du côté des hommes, hormis le secteur de l'agriculture, c'est à nouveau dans le secteur de l'hébergement et de la restauration que l'on trouve proportionnellement le plus de travailleurs rémunérés au voisinage du SSM (41,3%). En termes d'effectif, le secteur qui en regroupe le plus grand nombre est celui de la construction (6 280 salariés soit 20% de l'ensemble de ceux qui sont rémunérés au voisinage du SSM).

Tableau 24: Nombre et proportion d'hommes (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum selon le secteur d'activité au 31 mars 2014

Secteur	Salariés rémunérés au voisinage du SSM	Proportion	Part des Temps pleins
Agriculture, sylviculture et pêche	435	43,9%	90%
Industrie	3 066	10,8%	96%
Construction	6 280	17,4%	96%
Commerce	5 835	22,9%	92%
Transport	2 496	13,0%	90%
Hébergement et restauration	3 361	41,3%	85%
Information et communication	557	4,9%	86%
Activités financières et d'assurance	583	2,5%	87%
Immobilier	216	17,5%	84%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	972	5,8%	84%
Activités de services administratifs et de soutien	2 818	22,3%	85%
Administration publique, enseignement	1 802	16,4%	83%
Santé humaine et action sociale	1 624	21,6%	93%
Spectacles et loisirs, réparation d'articles domestiques et autres services	553	18,2%	82%
Non-déterminés	115	20,8%	77%
Total	30 713	14,9%	90%



INTRODUCTION

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

La prise en charge des soins de santé

Le premier but de l'assurance maladie-maternité c'est d'assurer *l'accès équitable à des soins de santé* de qualité pour toute la population, indépendamment du statut social ou du revenu. " Les soins de santé doivent tendre à préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la personne protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels¹ ". A cette fin, l'organisation de l'assurance maladie-maternité vise un taux de couverture optimal de la population² ainsi qu'une prise en charge complète des soins de santé dans les limites de " l'utile et du nécessaire ". Elle garantit en outre le libre choix du médecin traitant, sauf le cas où des soins sont sollicités dans le cadre des services de garde et d'urgences. La gamme des soins et autres prestations comprend :

- les soins de médecine et de médecine dentaire, les soins dispensés par les professionnels de santé, le traitement hospitalier ambulatoire ou stationnaire, les analyses de laboratoire et l'imagerie médicale, la physiothérapie ;
- les médicaments ;
- les moyens curatifs et produits accessoires tels que lunettes, prothèses dentaires et orthopédiques, appareils etc. ;
- la rééducation, les cures thérapeutiques et de convalescence ;
- les frais de voyage et de transport ;
- les soins palliatifs.

Sur base de conventions conclues avec la Direction de la Santé, l'assurance maladie-maternité prend en charge *des programmes de médecine préventive pour des populations ciblées*. Dans ce contexte on peut citer notamment : le suivi médical pour femmes enceintes et des enfants en bas âge, le dépistage prénatal d'anomalies congénitales, des programmes de vaccinations (grippe, Human papilloma virus) pour des groupes de personnes à risque, un programme de sevrage tabagique, la mise en place d'une école du dos pour les personnes souffrant de pathologies du dos, la mise à disposition de contraceptifs pour les jeunes femmes de moins de 25 ans, etc.

Le dispositif du *médecin référent* (MR) opérationnel à partir du mois d'août 2012, a comme objectif la promotion active des soins primaires. Il valorise le rôle des médecins généralistes et pédiatres en tant que médecin de confiance et de premier contact. Le dispositif MR devra promouvoir également le développement des mesures de médecine préventive et améliorer le suivi du patient, notamment du patient chronique.

Les prestations en espèces

L'assurance maladie-maternité offre également aux assurés sociaux actifs, salariés et non-salariés, un remplacement de salaire en cas de maladie ou lors d'un congé maternité. Les prestations en espèces visent un remplacement intégral du salaire et sont servies jusqu'à concurrence du plafond cotisable mensuel qui correspond à 5 fois le salaire social minimum³.

1. Droit de la sécurité sociale, Luxembourg, 2014 (chapitre 5, page 129).
http://www.mss.public.lu/publications/droit_securite_sociale/droit2014/droit_2014.pdf

2. Pour 2012, le taux de couverture pour soins de santé a été estimé à 97,0%.

3. Le SSM mensuel a été fixé à 1 921,03 EUR (indice courant) au 1^{er} janvier 2014.

A noter qu'en 2009, les conditions d'attribution et le niveau de remboursement des prestations en espèces ont été harmonisés pour tous les salariés du secteur privé.

ORGANISATION, GESTION ET FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

La Caisse nationale de santé (CNS), qui est l'organisme de gestion, 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*, d'une 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 du congé.

On peut rappeler que l'organisation, la gestion et aussi le financement de l'assurance maladie-maternité ont été modifiés en profondeur par deux réformes successives intervenues en 2009 et 2011.

1. La **loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé**⁴ à partir du 1^{er} janvier 2009, a non seulement uniformisé le système des prestations en espèces, mais elle a entraîné également une fusion des trois caisses des salariés du secteur privé et des deux caisses des non-salariés, et donné naissance à la Caisse nationale de santé (CNS). Les trois caisses de maladie du secteur public (Etat, Communes, Chemins de Fer) subsistent avec une autonomie réduite. Leurs tâches peuvent être assimilées à celles d'une agence pour un secteur spécifique.
2. Enfin, la **loi du 17 décembre 2010, portant réforme du système des soins de santé**⁵, a amené (parmi d'autres mesures structurelles importantes, présentées un peu plus loin), une deuxième réorganisation de l'assurance maladie en fusionnant dans une gestion unique, les trois anciennes gestions : "Soins de santé", "Prestations en espèces" et "Prestations de maternité" à partir de 2011. Dorénavant, un taux de cotisation unique couvre toutes les charges de l'assurance maladie-maternité. A partir de 2011, les prestations de maternité ne sont donc plus financées directement par l'Etat qui, en compensation, a augmenté sa contribution aux recettes de l'assurance maladie-maternité⁶. En effet, il supporte désormais 40% des cotisations de l'assurance maladie-maternité, ainsi qu'une dotation annuelle de 20 millions. Cette disposition est prolongée par loi relative au budget des recettes et des dépenses de l'Etat jusqu'en 2015.

4. Loi du 13 mai 2008 Mém. A N°60 du 15 mai 2008, p. 790.

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2008/0060/a060.pdf#page=2>

5. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2010/0242/a242.pdf#page=24>

6. Art. 31.1 du CSS.

VIABILITÉ FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

L'assurance maladie 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.

LA RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ

La **réforme du secteur de la santé** a été votée le 17 décembre 2010. Les années 2011 à 2014 ont été caractérisées par l'implémentation de cette réforme qui comporte deux volets. Le premier visait le court terme et devait pallier les effets immédiats et financiers de la crise économique. Le deuxième volet servait de base pour une réforme structurelle à moyen et à long terme.

Visée à court terme :

- assurer l'équilibre financier à court terme en attendant l'amélioration de l'efficience par des réformes structurelles ;
- recadrer les automatismes de croissance des dépenses ;
- légitimation des dépenses.

Visée à moyen et long terme :

- financement durable par une meilleure pilotabilité du système ;
- optimiser la qualité et l'efficience du système de soins ;
- relever les défis du futur : se préparer aux changements démographiques et à plus de compétitivité dans un contexte interrégional.

Les nouveaux dispositifs mis en place :

Le concept du **médecin référent (MR)** se situe dans le cadre de la promotion active des soins primaires, à laquelle on doit aussi associer le développement des maisons médicales ou la clarification des missions et du fonctionnement des policliniques. Le dispositif MR, opérationnel à partir du mois d'août 2012, a été concrétisé par le "Règlement grand-ducal déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent", l'adaptation de la convention CNS/AMMD (annexe V), ainsi que l'introduction d'actes nouveaux y relatifs dans la nomenclature médicale, chapitre 9.

Dans le **secteur hospitalier**, la réforme a instauré de nouveaux mécanismes, tels que l'établissement des budgets sur deux ans et l'introduction d'une **enveloppe budgétaire**

globale. Sur base d'un rapport de l'IGSS, le Conseil de Gouvernement a fixé en septembre 2014, une croissance nominale maximale de l'enveloppe budgétaire pour 2015 et 2016 respectivement de 4% et 3%.

Les travaux menés en 2012 dans le domaine de la **comptabilité analytique hospitalière** pour une mise à plat de l'utilisation des règles actuelles, ont mené à partir de 2013 à une application standardisée de ces règles. Le but final est d'aboutir à moyen terme à un " full cost model " avec une identification du coût global référencé par rapport au patient individuel. Une condition essentielle en est l'existence d'une documentation hospitalière exhaustive et fiable. Il faut préciser toutefois que le coût des soins médicaux n'est pas inclus. En effet à ce stade, l'acte médical ne peut pas être lié avec certitude à un épisode hospitalier donné.

Dossier de soins partagé (DSP). Pour garantir le suivi optimal du patient, un meilleur échange des informations est primordial. Si, dans une première phase, le dispositif du médecin référent se base encore prioritairement sur les mécanismes traditionnels de transmission d'informations fournies par les prestataires de soins et complété par certaines informations de source administrative CNS, cette procédure sera remplacée à moyen terme par le DSP (article 60quater du CSS), géré par l'**Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé.**

L'Agence a commencé son travail début 2012 avec une priorité visant la mise en place du DSP à l'intention du médecin référent. Elle a pour mission de rendre possible l'interconnexion de données par des procédés automatisés. Pour la CNS, la dématérialisation des informations constitue un important projet pour l'avenir. En effet, la transmission électronique des données par les prestataires quasiment en temps réel, évitera la saisie manuelle des données au niveau de la CNS. Les procédures actuelles de transmission d'informations sur support papier, outre le fait qu'elles nécessitent beaucoup de ressources comportent un potentiel non négligeable d'erreurs ou d'imprécisions.

L'amélioration de la **documentation hospitalière** représente un point essentiel de la réforme. Ce projet, en cours de réalisation, introduit l'extension généralisée du codage sur au moins 4 positions des diagnostics principaux et supplémentaires de la classification ICD10⁷. En ce qui concerne la classification des actes médicaux, c'est la CCAM⁸, d'origine française mais adaptée au contexte luxembourgeois, qui est adoptée.

Parallèlement, l'engagement de médecins DIM⁹ dans les hôpitaux ainsi que des procédures prévues de validation des données en interne et en externe vont permettre de promouvoir la qualité de la documentation médicale de manière importante.

Dans le domaine pharmaceutique, les travaux de préparation de l'**ouverture cadrée à la pratique de la substitution** sont achevés. En application de l'article 22bis du CSS et du règlement grand-ducal du 25 juin 2012¹⁰, la Direction de la santé a établi, sur base de la classification ATC¹¹, une liste des groupes de médicaments génériques substituables et les services compétents de la CNS ont procédé au calcul de la base de remboursement. La convention CNS/Syndicat des pharmaciens a été adaptée pour tenir compte des procédures de substitution et la mise en route du dispositif a eu lieu le 1^{er} octobre 2014.

7. Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes (OMS).

8. <http://www.ccam.sante.fr>

9. Département d'Information Médical.

10. Règlement grand-ducal du 25 juin 2012, déterminant les modalités de calcul de la base de remboursement des médicaments substituables (Mém. A 128 page 1625).

11. ATC: Anatomical Therapeutic Chemical classification system.

Les dossiers en cours de finalisation :

Médecin coordinateur : le Conseil d'Etat a avisé le règlement grand-ducal en date du 14 mars 2014.

Plan hospitalier : un avant-projet de règlement grand-ducal établissant un nouveau plan a été approuvé par le Conseil de Gouvernement en date du 15 octobre 2014.

Les dossiers en attente :

Des projets de développement de démarches communes gérés par la FHL, concernant notamment les activités des laboratoires d'analyses médicales ou la gestion informatique, ne semblent pas progresser.

Le **dossier patient hospitalier** standardisé, en exécution de l'article 36 de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, devrait être mis en route rapidement.

L'adaptation du règlement grand-ducal prévu à l'article 13, alinéa 2 de la loi hospitalière concernant les modalités d'instruction des demandes d'investissements par la CPH permettrait aux membres de cette commission de donner une meilleure assise à leur avis.

Ces problématiques ne peuvent être dissociées de la **révision des nomenclatures** et tout particulièrement de la nomenclature médicale. A noter qu'une révision de la nomenclature des **laboratoires en milieu extrahospitalier** est en cours.

Les autres points d'intérêt :

La mise en œuvre du **tiers payant social** a été concrétisée par une convention entre l'Etat et la CNS.

L'intégration des **prestations de maternité** dans le régime général de la CNS a simplifié la gestion administrative.

La **directive relative aux droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers** a été transposée en droit national par la loi du 1^{er} juillet 2014 et par la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.

L'objet principal de la directive est de codifier une jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne selon laquelle les assurés d'un Etat membre de l'Union européenne ont un droit au remboursement de soins de santé transfrontaliers reçus dans un autre Etat membre. Néanmoins, en plus du volet sécurité sociale, la transposition de la directive implique également une adaptation des textes relevant de la compétence du ministère de la santé.

LE PROGRAMME GOUVERNEMENTAL DE 2013

Les projets et réformes annoncés dans les chapitres sur la santé et la sécurité sociale du programme gouvernemental sont ambitieux, et impliqueront de grands changements pour tous les acteurs jusqu'à la fin de la période législative. De plus, le Gouvernement affiche sa volonté de respecter une trajectoire des dépenses de l'assurance maladie-maternité, en ligne avec la croissance économique du pays dans le contexte macro-économique actuel.

Un chantier important est la révision à fond des nomenclatures des professionnels de santé tout en maintenant le mécanisme de la fixation par lettre-clé, mais en abolissant le principe du vase communicant (adaptations de la nomenclature sans effets sur la valeur de la lettre-clé).

Le Gouvernement s'est accordé sur le maintien de l'enveloppe globale hospitalière jusqu'à la mise en place d'un financement à l'activité (système DRG) avant la fin de la période législative. Ceci nécessite la mise en place préalable d'une documentation relative à l'activité médicale, d'une facturation globale comprenant les honoraires médicaux et d'une amélioration de la transparence de la gestion hospitalière.

Le Gouvernement souhaite, notamment à l'aide du plan hospitalier, renforcer la pilotabilité du système et utiliser d'une façon plus efficiente les ressources disponibles. L'idée du " pas tout partout " consiste dans une concentration des services médicaux hospitaliers, avec comme corollaire une amélioration de la qualité des soins et l'émergence de centres de compétence. Le but recherché est une médecine de haut niveau basée sur des recommandations de bonnes pratiques médicales qui permettra d'éviter des dépenses non justifiées.

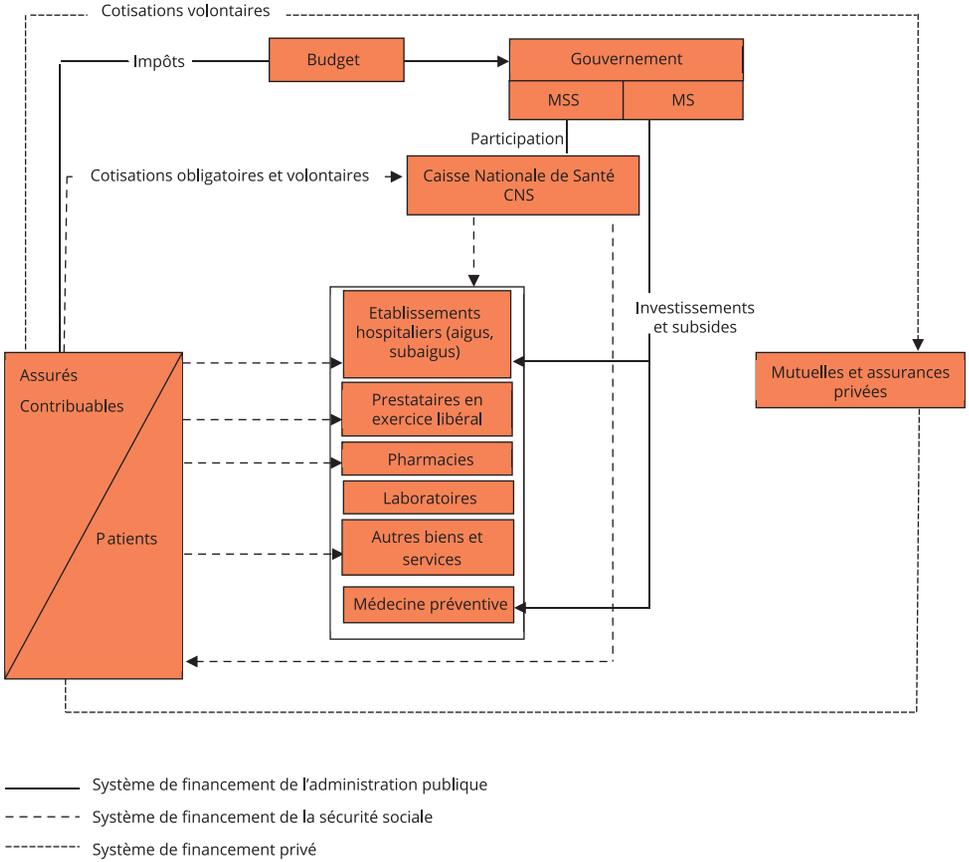
Le développement de la chirurgie ambulatoire, qui restera de la compétence des établissements hospitaliers, ainsi qu'une évaluation critique de la méthodologie PRN¹² font partie des projets du Gouvernement.

Des économies pouvant être réalisées notamment en évitant des examens redondants, en mutualisant et centralisant des services hospitaliers, en abrégant la durée de séjour en milieu hospitalier aigu grâce à une amélioration de la prise en charge des patients par les services de réhabilitation, de convalescence et les maisons de soins et en diminuant le nombre de patients adressés aux services d'urgence grâce à un meilleur système de guidage et une prise en charge plus adaptée.

12. Le but du PRN (Projet de Recherche en Nursing) est de déterminer l'effectif en personnel nécessaire par unité de soins pour chacune des trois périodes de travail du lendemain.

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 2014



1. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

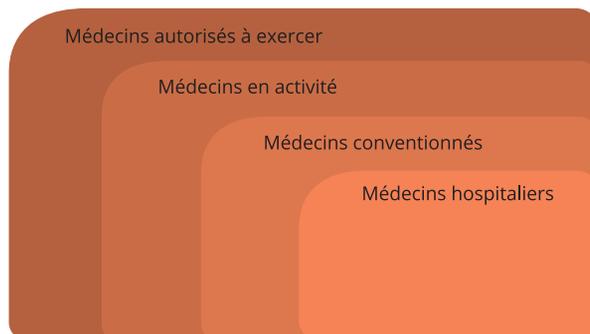
La section " ressources humaines " comporte 3 volets :

1. **Les médecins** : Cette sous-section traite de l'évolution du nombre des médecins en général, leur répartition par groupe d'âge, leurs honoraires et leurs revenus.
2. **Les autres professions de santé** : Cette partie concerne toutes les autres professions de santé en-dehors des médecins.
3. **Les hôpitaux** : On y trouve des informations concernant l'évolution du paysage hospitalier, les salariés de ce secteur et les médecins hospitaliers.

1.1. L'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE DES MEDECINS

Au Luxembourg, les médecins peuvent être subdivisés en quatre catégories selon leur mode d'activité, à savoir: les médecins autorisés à exercer, les médecins en activité, les médecins conventionnés et les médecins hospitaliers (cf. graphique suivant pour illustration).

Graphique 2: Les différents modes d'activité des médecins au Luxembourg



Sources et méthodes :

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.

Sont inclus

- Les personnes titulaires d'une autorisation d'exercer.

Sont exclus

- Les personnes n'ayant pas obtenu une autorisation d'exercer.

Les statistiques concernant les médecins autorisés à exercer proviennent de la base de données "médecins autorisés à exercer", géré par le Ministère de la santé qui accorde les autorisations d'exercer en application des règlements du Code de la Santé relatifs à l'exercice de la médecine au Luxembourg. Cette base de données, qui repose sur des données administratives, contient outre la spécialité médicale, l'âge et le sexe, des informations supplémentaires concernant le statut (actif, non-actif) et le mode d'activité (domaine des soins, fonction administrative, etc.) du médecin. .../...

Sources et méthodes :

.../...

B Les médecins en activité

Les médecins actifs regroupent les médecins praticiens et les autres médecins pour lesquels la formation en médecine est indispensable à l'exercice de leurs fonctions.

Sont inclus

Les personnes titulaires d'une autorisation d'exercer, présentant une activité professionnelle pour l'année considérée.

Sont exclus

- Les médecins exerçant une activité qui n'est pas en relation avec leur formation.
- Les médecins titulaires d'une autorisation d'exercer, ne présentant pas d'activité pour l'année considérée.

Les statistiques concernant les médecins en activité proviennent de la même base de données que pour les médecins autorisés à exercer sauf que le statut actif est pris en compte.

C Les médecins conventionnés

Les médecins conventionnés prodiguent des soins directement aux patients.

Sont inclus

- Les personnes titulaires d'une autorisation d'exercer, présentant une activité professionnelle pour l'année considérée, exerçant une activité médicale opposable à la sécurité sociale.

Sont exclus

- Les médecins autorisés à exercer, non-conventionnés.

Les données utilisées proviennent de la base de données "prestataires" de la sécurité sociale, gérée par la Caisse nationale de santé (CNS). Cette base de données repose sur des données administratives. Elle considère tous les médecins conventionnés, salariés et non-salariés, résidents, pour lesquels le code fournisseur a été employé au cours de l'année de référence.

D Les médecins hospitaliers

Il s'agit des médecins qui sont conventionnés et agréés auprès des établissements hospitaliers.

Sont inclus

- Les médecins conventionnés et agréés dans un ou plusieurs hôpitaux.

Sont exclus

- Tous les médecins non-agrégés auprès d'un hôpital.

Le fichier des médecins hospitaliers est géré par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS). Contrairement à la base de données précédente, il ne repose pas sur des données administratives mais sur un recensement annuel du nombre des médecins agréés au 1er janvier (libéraux et salariés) auprès des établissements hospitaliers aigus.

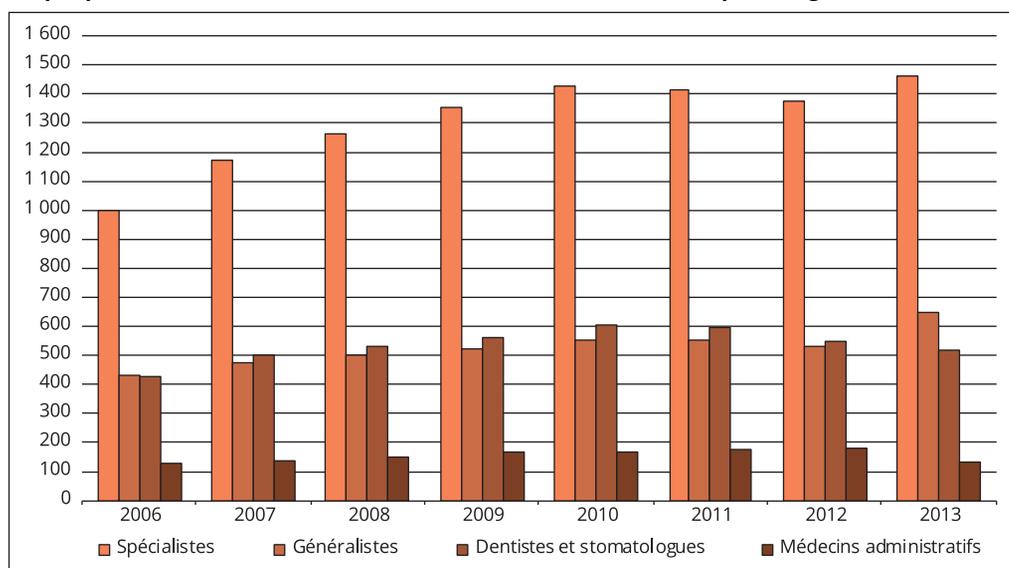
1.1.1. Les médecins autorisés à exercer

Pour des fins statistiques, on distingue 4 groupes de médecins autorisés à exercer :

- les médecins généralistes ;
- les médecins spécialistes ;
- les médecins dentistes et les stomatologues ;
- les " autres médecins " qui englobent les médecins administratifs, les médecins occupés dans des laboratoires, les chercheurs médicaux, les médecins du contrôle médical de la sécurité sociale et les médecins du travail. Les médecins de ce dernier groupe ont des spécialités différentes.

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

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



Depuis 2010, le nombre de médecins autorisés à exercer s'est stabilisé après plusieurs années successives d'augmentation. Ce nombre a même baissé en 2012 avant de repartir à la hausse dès 2013. Pour l'instant, aucune explication à cette régression du nombre de médecins n'a pu être trouvée.

L'année 2013 se caractérise par le fait que le nombre de médecins généralistes est, pour la première fois depuis 2006, supérieur au nombre de médecins dentistes et stomatologues. L'écart entre ces deux nombres est, par ailleurs sans commune mesure par rapport à ce qui a été observé au cours de ces 8 dernières années. Il provient d'une forte augmentation du nombre de médecins généralistes (+22,1%) conjuguée à une diminution du nombre de médecins dentistes et stomatologues (-5,8%).

De manière plus générale, entre 2006 à 2013, le nombre de spécialistes a augmenté de 46,3%, celui des généralistes de 49,8% et celui des dentistes de 21,0%. La catégorie des médecins administratifs est la moins importante en nombre. Néanmoins, sa croissance de 2006 à 2013 suit celles des autres catégories.

1.1.2. Les médecins en activité

Les médecins en activité correspondent aux médecins autorisés à exercer plus les médecins en voie de spécialisation (mevs) et présentent une activité professionnelle au cours de l'année.

Le tableau ci-après donne un aperçu global des médecins en activité en 2013 par fonction et catégorie. Les médecins dits " actifs " peuvent être des médecins prodiguant des soins aux patients ainsi que d'autres médecins n'ayant pas de relation directe avec des patients mais présentant néanmoins une activité professionnelle directement en relation avec le domaine de la médecine.

Tableau 1: Répartition des médecins en activité par fonction, catégorie et sexe en 2013

Fonction / catégorie	Hommes	En % du total	Femmes	En % du total	Hommes et Femmes	En % du total
Médecins actifs dans le domaine de la médecine ^a	1 460	92,2%	762	85,2%	2 222	91,7%
<i>Médecins généralistes</i>	296	18,7%	197	22,0%	493	19,9%
<i>Médecins spécialistes</i>	818	51,6%	351	39,3%	1 169	47,2%
<i>Dentistes et stomatologues</i>	303	19,1%	162	18,1%	465	18,8%
<i>Médecins en voie de spécialisation</i>	43	2,7%	52	5,8%	95	3,8%
Autres médecins en activité ^b	124	7,8%	132	14,8%	256	10,3%
TOTAL GENERAL	1 584	100,0%	894	100,0%	2 478	100,0%

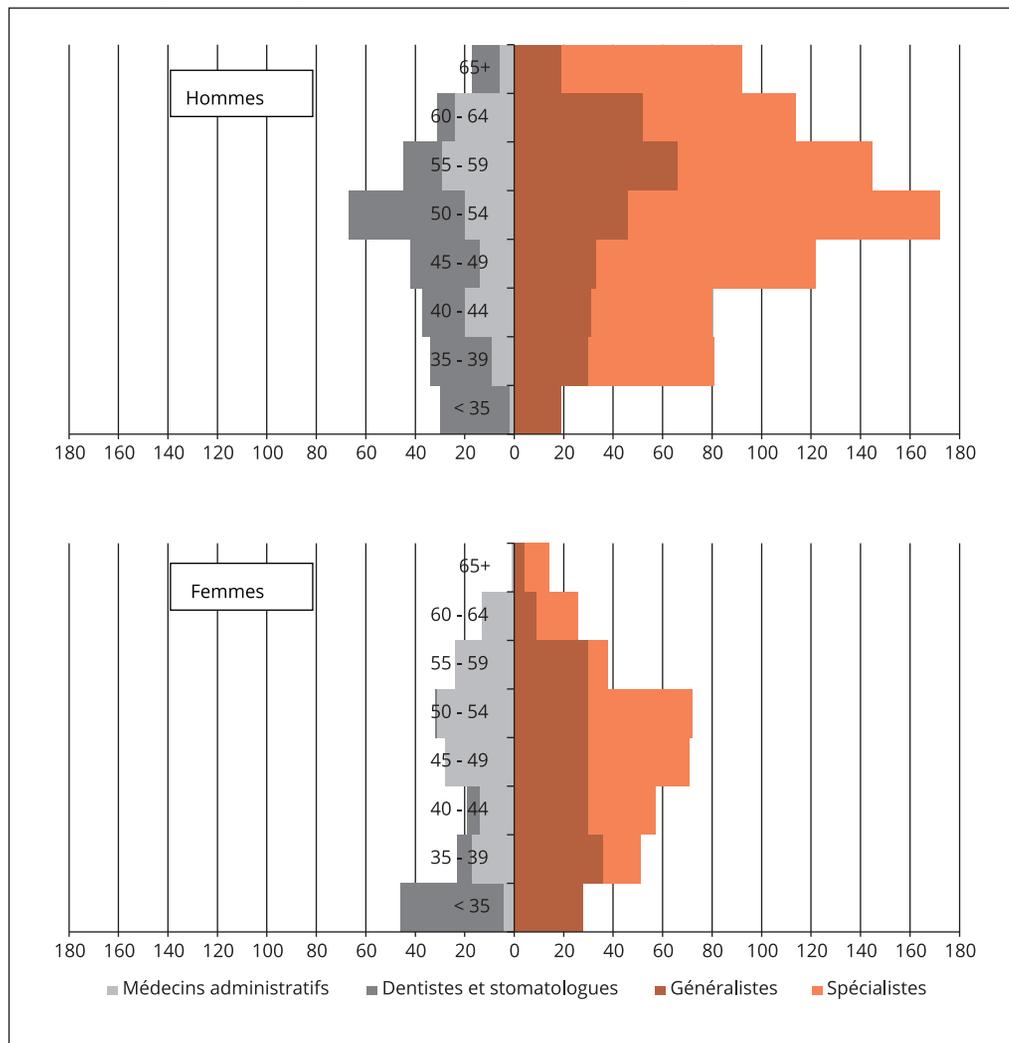
a. Médecins prodiguant des soins ou services aux patients (fonction de soins de santé individuels) ou présentant une activité professionnelle directement en relation avec le domaine de la médecine.

b. Médecins occupés dans les laboratoires, médecins administratifs, médecins du travail.

Sources: base de données "prestataires" de la sécurité sociale, base de données Ministère de la Santé.

Les deux prochains graphiques font apparaître la distribution des médecins en activité par sexe et par groupe d'âge en 2013.

Graphique 4: Pyramides d'âge des médecins en activité par catégorie et sexe en 2013



On observe d'une part que le nombre des médecins féminins est largement inférieur à celui des hommes et d'autre part que le phénomène du vieillissement du corps médical dans les quatre catégories et pour les deux sexes est bien réel. En effet, la majorité des médecins (54,0%) est âgée de 50 ans et plus. 61,3% des hommes se trouvent dans les groupes d'âge 50-54 ans et 65 ans et plus. Se pose donc la question d'une éventuelle pénurie de médecins dans certains domaines, voire dans des spécialités médicales spécifiques dans le futur proche.

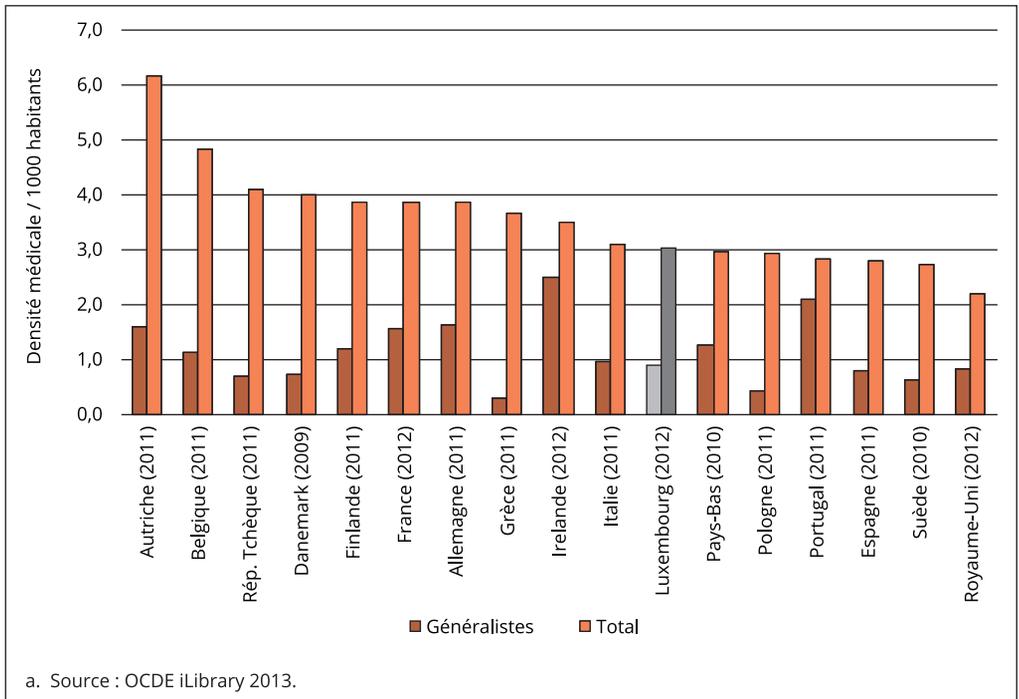
La démographie médicale des médecins en activité en comparaison internationale

Les données publiées ci-après reposent entièrement sur des statistiques tirées de la base de données iLibrary de l'OCDE en octobre 2013. Le choix des pays a été fait en fonction des données disponibles pour l'année 2011 et 2012 ou à défaut en fonction de la dernière année disponible.

Comme c'est le cas pour toute comparaison internationale, il faut interpréter les chiffres avec prudence car la méthodologie concernant la collecte des données peut varier d'un pays à un autre. Il faut préciser également que le seul indicateur de la couverture médicale ne permet pas de préjuger de la performance d'un système de santé où il faut considérer également l'organisation générale qui donne accès aux soins primaires et secondaires, ainsi que l'implication des autres professionnels de santé dans la filière des soins.

Les chiffres recensés par l'OCDE concernant les médecins au Luxembourg, proviennent de la base de données du Ministère de la santé. Ils concernent tous les médecins en activité au Luxembourg, donc y compris les médecins fonctionnaires ou médecins occupés dans d'autres secteurs (médecine du travail, laboratoires etc.). Pour le Luxembourg, les données relatives aux différentes spécialités (y compris les médecins généralistes) n'incluent pas les médecins en voie de spécialisation. En absence de faculté de médecine et en raison de sa petite taille, le Luxembourg ne dispose pas d'un secteur de recherche médical très développé. Cela pourrait expliquer une densité médicale un peu plus faible pour le Luxembourg sans que cela affecte la couverture médicale au niveau national.

Graphique 5: Comparaison de la densité médicale dans différents pays européens en 2011 et 2012: médecins généralistes et total des médecins ^a



1.1.3. Les médecins conventionnés

Cette sous-section présente des statistiques plus détaillées sur la démographie et l'activité médicale des médecins exerçant dans le cadre d'une prise en charge de l'assurance maladie-maternité. Les données concernant les actes et services médicaux ne reflètent pas la totalité de l'activité médicale ou des honoraires perçus au niveau national car :

- Elles ne concernent que la population protégée affiliée à la CNS.
- Elles n'englobent que les actes et services opposables à l'assurance maladie-maternité. Par contre, toutes les prestations basées sur un financement privé (prestations de confort, suppléments tarifaires, etc.) ne sont pas comprises dans ces statistiques.

Pour les médecins conventionnés, on retrouve les trois catégories utilisées déjà auparavant, les généralistes, les spécialistes et les dentistes et stomatologues.

Médecins conventionnés / médecins en activité

Le tableau ci-après présente la proportion des médecins conventionnés actifs par rapport au total des médecins en activité.

Tableau 2: Comparaison du nombre de médecins en activité et des médecins conventionnés par catégorie et sexe en 2013

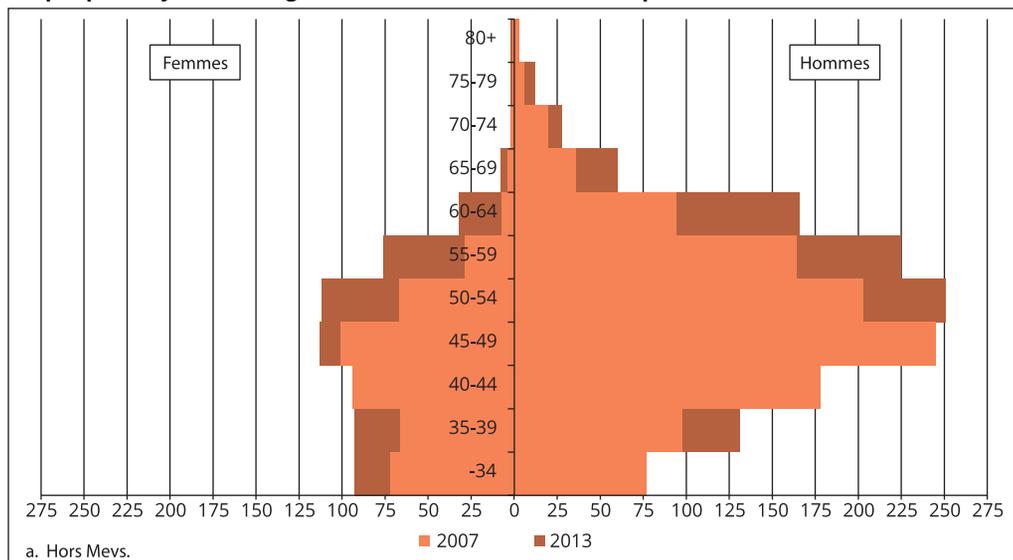
Catégorie	Médecins en activité ^a			Médecins conventionnés			Rapport médecins conventionnés/médecins en activité		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Spécialistes	351	818	1 169	295	710	1 005	84,0%	86,8%	86,0%
Généralistes	197	296	493	171	277	448	86,8%	93,6%	90,9%
Dentistes	162	303	465	153	258	411	94,4%	85,1%	88,4%
TOTAL	710	1 417	2 127	619	1 245	1 864	87,2%	87,9%	87,6%

a. Pour comparer les médecins en activité aux médecins conventionnés on ne considère ni les MEVS ni les "autres médecins en activité".

On remarque que 12,8% des femmes et 12,1% des hommes professionnellement actifs, ne sont pas conventionnés.

Comme pour l'ensemble des médecins en activité, la distribution de l'âge des médecins conventionnés peut être visualisée par une pyramide d'âge.

Graphique 6: Pyramide d'âge des médecins conventionnés ^a par sexe



Le graphique met en évidence qu'il existe un certain phénomène de vieillissement, ce qu'on a déjà pu constater à l'aide des pyramides d'âge des médecins en activité. On voit que dans quasi tous les groupes d'âge, le nombre de médecins a augmenté mais l'augmentation la plus importante se manifeste, aussi bien pour les femmes que pour les hommes, dans les groupes d'âge à partir de 50 ans. Si on compare la moyenne d'âge générale de 2007 à celle de 2013, on constate qu'elle est passée de 46,7 ans en 2007 à 49,3 ans en 2013. L'âge moyen des femmes augmente de 2,3 ans, celui des hommes de 2,4 ans.

1.1.4. Les médecins hospitaliers

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

Le tableau suivant montre l'évolution, de 2010 à 2014, du nombre de médecins hospitaliers, ainsi que la proportion de médecins hospitaliers par rapport à l'ensemble des médecins conventionnés.

Tableau 3: Evolution démographique des médecins hospitaliers de 2010 à 2014 ^a et rapport médecins hospitaliers / médecins conventionnés

	2010	2011	2012	2013	2014	Variation annuelle moyenne 2010/2014
Médecins hospitaliers (A)	916	949	973	1042	1072	2,7%
Médecins agréés ^b	868	899	920	980	1014	2,6%
Internes ^c	48	50	53	62	58	3,2%
Médecins conventionnés (B)	1 708	1 744	1 798	1 864	n.d.	n.d.
Rapport (A) / (B)	53,6%	54,4%	54,1%	55,9%	n.d.	n.d.

a. Au 1^{er} janvier de l'année.

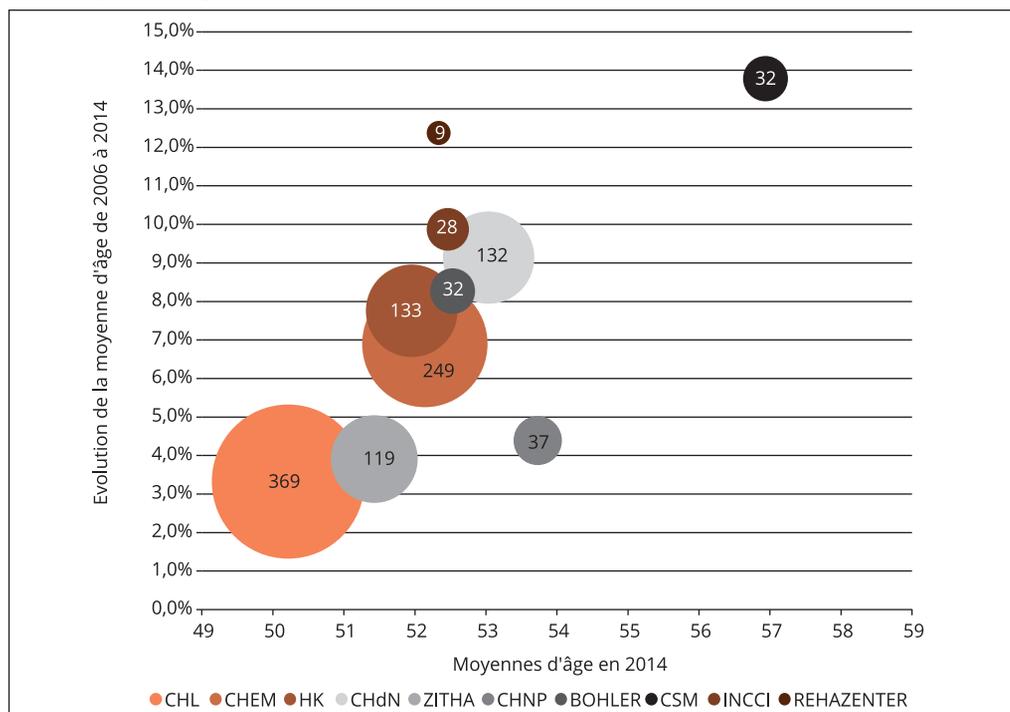
b. Elimination de doubles comptages pour médecins exerçant sur plusieurs sites.

c. Médecins en voie de spécialisation y compris médecins généralistes stagiaires.

En ce qui concerne l'évolution par âge des médecins hospitaliers, un phénomène similaire à celui observé chez les médecins conventionnés peut être constaté. La moyenne d'âge de l'ensemble de la population médicale observée a évolué de 48,8 ans en 2006 à 51,7 ans en 2014. A noter que la variation de l'âge moyen des médecins n'est pas homogène pour tous les établissements hospitaliers.

Le graphique ci-dessous présente le nombre de médecins par hôpital, les moyennes d'âge des médecins par hôpital pour 2014, ainsi que l'évolution de ces moyennes d'âge de 2006 à 2014.

Graphique 7: Nombre de médecins hospitaliers, moyennes d'âge par hôpital en 2014 et évolution de la moyenne d'âge de 2006 à 2014



Remarque méthodologique

Pour interpréter ce graphique, il faut noter qu'en abscisse sont représentées les moyennes d'âge en 2014 et en ordonnée l'évolution de la moyenne d'âge de 2006 à 2014. Les bulles représentent les différents hôpitaux avec leurs effectifs de médecins.

On voit que la moyenne d'âge n'a pas baissé pour un des hôpitaux sous revue pour la période observée. L'hôpital présentant la plus petite croissance de la moyenne d'âge de 2006 à 2014 est le CHL (3,3%), qui présente en même temps, avec 50,2 ans, la moyenne d'âge la plus basse en 2014.

Le CHL et le CHEM sont les hôpitaux regroupant la majorité des médecins hospitaliers, soit 618 médecins au 1^{er} janvier 2014. La croissance de la moyenne d'âge pour le CHEM est de 6,9%, affichant en conséquence une moyenne de 52,1 ans en 2014.

Les médecins agréés auprès de la Clinique Sainte Marie présentent le vieillissement le plus prononcé avec un taux de croissance de 13,8% entre 2006 et 2014 et une moyenne d'âge actuelle de 56,9 ans.

De manière générale, on remarque sur le graphique que les populations de médecins des différents hôpitaux sous revue semblent se diriger quasi symétriquement vers la droite et vers le haut, indiquant donc une tendance de vieillissement des médecins hospitaliers.

1.2. LES HONORAIRES ¹³ DES MÉDECINS CONVENTIONNÉS

L'évolution de la distribution de la masse des honoraires sur les trois grandes catégories de médecins est présentée dans le tableau suivant. Dans la suite l'évolution et la répartition des honoraires médicaux moyens est analysée.

Tableau 4: Evolution de la masse des honoraires des médecins en 2005, 2012 et 2013 (en millions EUR)

	2005	2012	2013	Variation en % 2012/13	Taux moyen de variation 2005/2013
Médecins généralistes	42,4	61,5	66,8	8,5%	5,8%
Médecins spécialistes	168,7	235,0	244,6	4,1%	4,8%
Dentistes et stomatologues	81,8	125,0	121,5	-2,8%	5,1%
Total des médecins	292,9	421,5	432,9	2,7%	5,0%

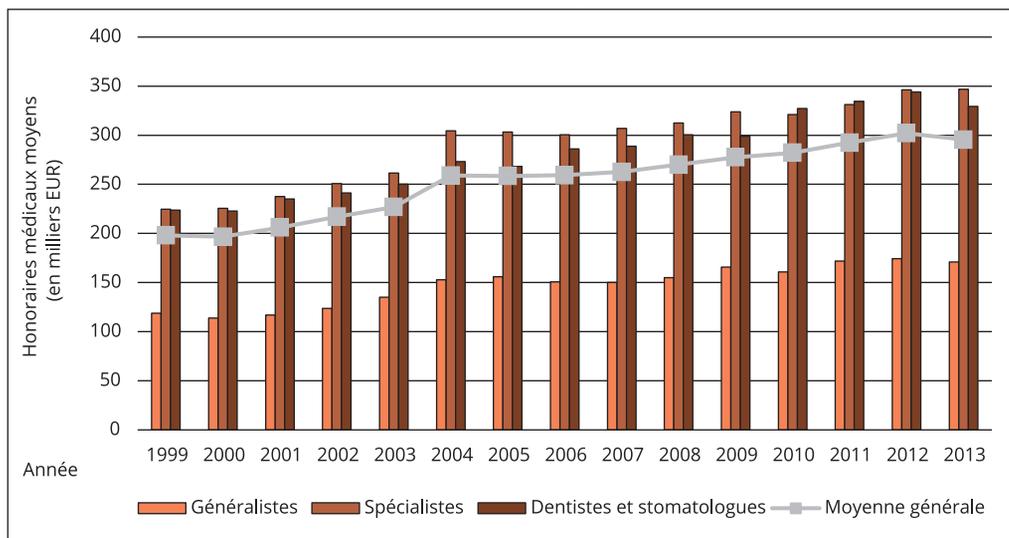
Source: bases de données de la sécurité sociale.

13. Honoraires nets remboursés.

Les tableaux et graphiques suivants présentent l'évolution de la moyenne des honoraires médicaux, déclinée par catégorie, groupes d'âge et sexe.

La croissance pour 2013 des honoraires médicaux a été de 2,7% en moyenne générale. Les honoraires des spécialistes ont évolué de 4,1%, ceux des généralistes de 8,5%. Les honoraires des dentistes ont connu une diminution de 2,8%.

Graphique 8: Honoraires médicaux: moyenne par catégorie (en milliers EUR)



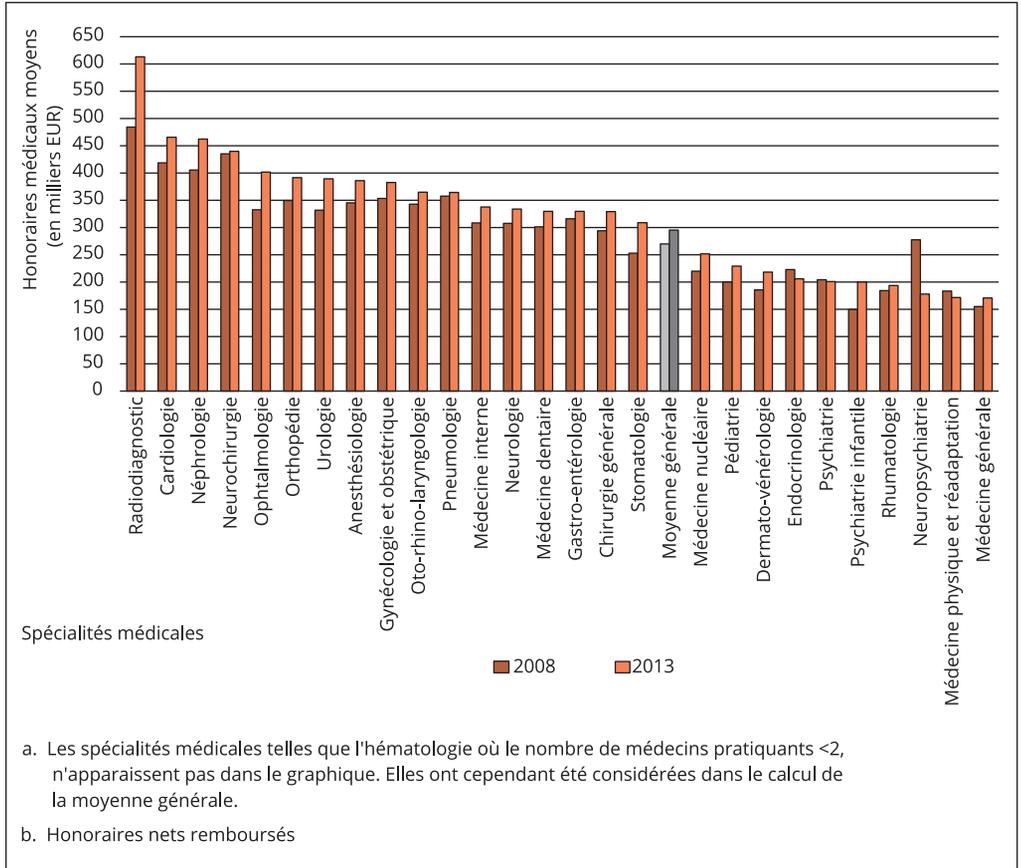
Le graphique ci-après, qui reproduit le montant moyen des honoraires ventilé par âge et sexe, montre qu'il y a également des différences notables entre les honoraires moyens perçus par les hommes et les femmes. Ceci est lié à la fois au choix de la spécialité et à la durée de travail.

Graphique 9: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupes d'âge et sexe en 2013 (en milliers EUR)



Les écarts des honoraires moyens peuvent aussi être très importants parmi les médecins spécialistes eux-mêmes. En règle générale les moyennes d'honoraires les plus faibles se rencontrent auprès des spécialités médicales conservatrices (dont les pédiatres, les dermatologues et les psychiatres). Les moyennes les plus élevées sont associées en général aux spécialités médicales interventionnelles (à l'exception notable de la néphrologie) comme le montre le graphique ci-après.

Graphique 10: Evolution entre 2008 et 2013 des moyennes d'honoraires par spécialité médicale^{ab}



1.3. LES REVENUS MOYENS DES MÉDECINS CONVENTIONNÉS

Remarque méthodologique

Les données sur les revenus proviennent essentiellement de l'administration des contributions directes. Les données disponibles accusent cependant un retard important dû principalement à des retards des déclarations des revenus et du traitement des données déclarées. Ainsi, les dernières données disponibles se réfèrent à l'année 2007. Cependant, ces données sont encore considérées comme provisoires et sont probablement sous-estimées.

D'un côté, les montants des revenus varient en fonction du nombre d'actes médicaux et de l'évolution des tarifs de ces actes relevant de la nomenclature des actes médicaux (dont les tarifs pour la location d'appareils). Les tarifs de leur côté évoluent en fonction de la lettre-clé, négociée régulièrement, et en fonction du coefficient scientifique déterminé pour chaque acte. Par ailleurs, des revenus provenant d'activités médicales non opposables peuvent s'ajouter, ce qui constitue une majoration par rapport au montant des honoraires.

D'un autre côté les montants des revenus peuvent être diminués par les frais d'investissements et de fonctionnement d'un cabinet privé, par l'achat d'équipement médical spécialisé ou par d'autres frais liés à leur activité, comme par exemple des frais pour primes d'assurances. Les honoraires médicaux ne tiennent pas compte de ces dépenses, ce qui explique le grand écart entre le montant des honoraires et des revenus.

Le tableau suivant montre le top 10 des revenus moyens bruts des médecins libéraux par montants de revenus en ordre décroissant.

Tableau 5: Le Top 10 des revenus moyens bruts des médecins libéraux en 2007

Rang	Spécialité	Revenu annuel moyen par spécialité	Rapport RMS/RMG ^a
1	Radiodiagnostic	411 431	205,7
2	Anesthésiologie	398 780	199,4
3	Neurochirurgie	355 870	177,9
4	Néphrologie	342 080	171,0
5	Orthopédie	324 229	162,1
6	Cardiologie	303 524	151,8
7	Pneumologie	266 514	133,3
8	Chirurgie générale	262 666	131,3
9	Médecine nucléaire	256 119	128,1
10	Gastro-entérologie	254 149	127,1
	<i>Revenu moyen global</i>	<i>199 991</i>	<i>100,0</i>

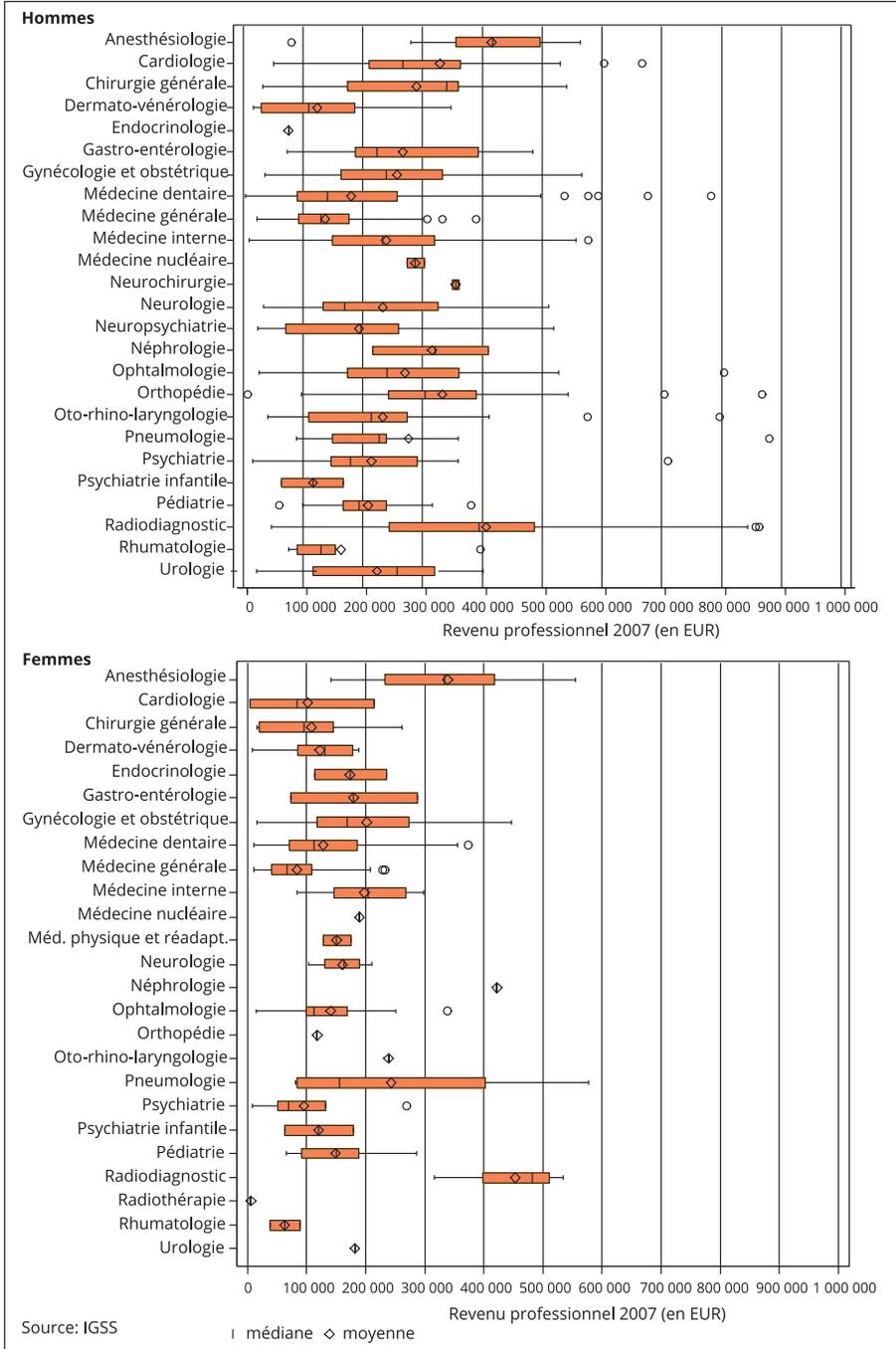
a. Calcul du rapport du Revenu Moyen par Spécialité/ Revenu Moyen Global.

Le top 10 des revenus moyens bruts ne reproduit pas tout à fait le classement observé pour les honoraires moyens des médecins par spécialité. Cette comparaison est biaisée également en raison des années d'observation différentes.

Les radiologues occupent la première place avec un revenu annuel moyen qui constitue plus que le double du revenu moyen global de tous les médecins.

Les deux graphiques ci-après présentent une distribution des revenus médicaux en 2007 selon la spécialité médicale et le sexe.

Graphique 11: Répartition des revenus annuels bruts des médecins libéraux en 2007 par spécialité et sexe (en EUR)

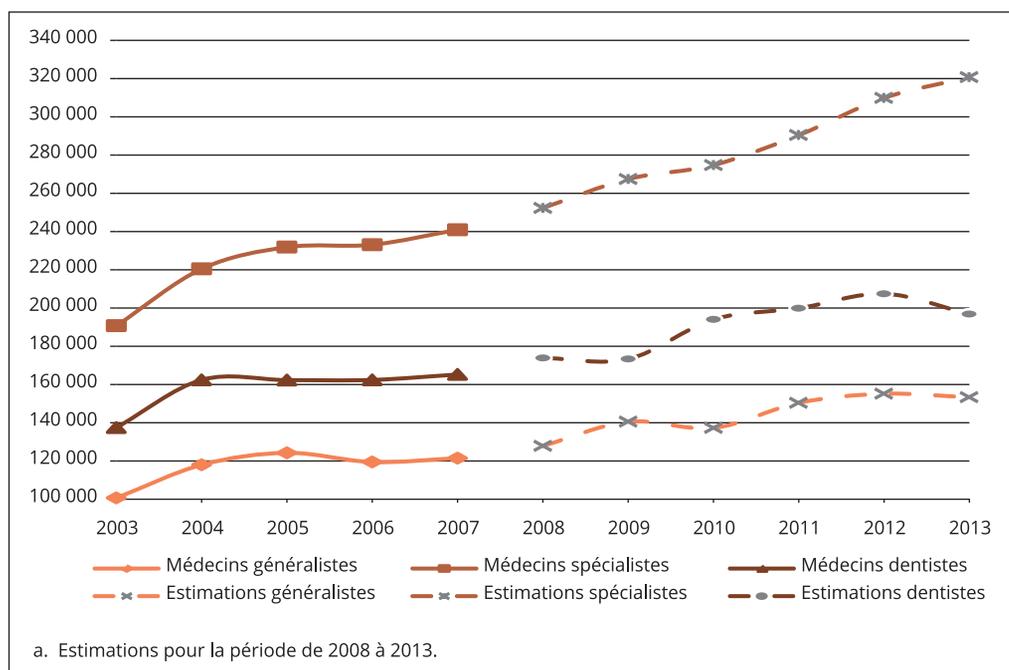


Considérant que les revenus des médecins ont évolué d'après les mêmes tendances que les honoraires sur la période de 2003 à 2007, et que le rapport " revenus / honoraires " reste constant sur la même période (en moyenne 78,3% pour les généralistes, 75,6% pour les spécialistes et 57,8% pour les dentistes), on constate que les revenus et les honoraires sont fortement corrélés. Par ailleurs, l'évolution des honoraires tient compte des adaptations de la lettre-clé et de l'échelle mobile. L'évolution des honoraires peut donc être utilisée pour l'estimation des revenus actuels.

Ainsi, des croissances estimées ont été calculées à l'aide de l'équation d'une droite de régression, en laissant évoluer les croissances des revenus en fonction des croissances des honoraires. Ces croissances calculées, appliquées aux données disponibles, produisent les montants des revenus estimés.

Le graphique ci-après présente le résultat de ce calcul.

Graphique 12: Evolution des revenus annuels moyen bruts des médecins par catégorie de 2003 à 2013^a



On constate que, si les revenus suivent l'évolution estimée, un montant annuel moyen brut de 320 736 EUR serait enregistré pour les spécialistes en 2013. Pour les généralistes, ce montant serait de 153 342 EUR et de 196 807 EUR pour les dentistes.

1.4. LES AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

1.4.1. Evolution du nombre des professionnels de santé (ETP)

Le tableau suivant indique l'évolution démographique des professions de santé, exprimée en " Equivalents Temps Plein ", dans les établissements hospitaliers aigus et subaigus entre 2008 et 2013.

Tableau 6: Professions de santé dans les établissements hospitaliers (exprimées en ETP)

Spécification	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Variation moyenne annuelle 2008/2013
Aide-soignant(e)s	433,4	441,2	415,6	402,7	372,7	369,0	-2,3%
Infirmières(iers)	1 949,1	2 009,3	2 018,2	2 028,6	2 124,9	2 143,4	1,4%
Assistante(s) techniques méd. de radiologie	215,3	222,6	226,5	230,2	241,4	238,2	1,5%
Assistante(s) techniques méd. de laboratoire	101,8	100,2	96,3	91,2	86,6	72,4	-4,8%
Infirmières(iers) en psychiatrie	140,0	144,9	148,0	154,9	148,1	154,1	1,4%
Infirmières(iers) en pédiatrie	121,6	121,0	125,2	132,2	144,2	134,4	1,4%
Assistante(s) techniques méd. de chirurgie	165,9	174,2	176,3	171,2	172,1	179,7	1,1%
Infirmières (iers) en anesthésie et réanimation	331,8	331,4	334,9	342,7	348,5	344,4	0,5%
Masseurs	1,0	1,0	0,0	1,2	0,0	0,0	-100,0%
Sages-femmes	120,3	123,9	121,5	128,8	132,9	134,8	1,6%
Infirmières(iers) gradué(e)s	73,8	75,0	72,9	75,1	79,5	83,0	1,7%
Laborantin(e)s	111,7	112,0	111,6	110,3	106,5	99,3	-1,7%
Diététicien(ne)s	17,2	16,7	17,1	18,6	21,3	21,6	3,3%
Ergothérapeutes	71,5	71,9	73,8	77,9	81,4	82,3	2,0%
Psychomotriciens	5,4	5,8	5,9	5,7	7,3	9,8	9,0%
Assistante(s) d'hygiène sociales(aux)	4,0	2,4	2,5	2,4	1,3	5,7	5,2%
Assistante(s) sociales(aux)	37,8	41,4	36,2	39,4	40,1	39,2	0,5%
Orthophonistes	6,3	7,5	7,7	8,0	7,7	6,0	-0,7%
Kinésithérapeutes	112,8	118,4	126,5	129,7	131,7	142,0	3,3%
Autres ^a	69,0	77,8	75,9	79,8	70,8	70,2	0,2%
TOTAL	4 089,8	4 198,6	4 192,5	4 230,5	4 318,8	4 329,1	0,8%

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

Source : CNS.

1.4.2. Les revenus moyens des infirmières hospitalières

Tableau 7: Evolution des revenus moyens annuels des infirmières hospitalières ^a de 2004 à 2013 (en EUR)

Année	Revenus moyens bruts ^b	Variation en %
2004	60 107	
2005	62 710	4,3%
2006	66 013	5,3%
2007	68 025	3,0%
2008	70 050	3,0%
2009	71 933	2,7%
2010	73 862	2,7%
2011	76 011	2,9%
2012	78 463	3,2%
2013	80 821	3,0%

a. Sont considérées les professions suivantes: infirmier, infirmier en anesthésie et réanimation, infirmier en pédiatrie, infirmier psychiatrique, ATM de chirurgie travaillant dans les établissements aigus. Les cadres, étudiants et stagiaires sont exclus.

Les chiffres se réfèrent à un ETP (équivalent temps plein).

b. Salaire annuel brut avant impôts.

Source : données FHL.

1.4.3. Evolution du nombre de pharmaciens et d'officines de pharmacie

Le tableau ci-après montre l'évolution du nombre de pharmaciens et d'officines de pharmacie à partir de 2003.

Tableau 8: Evolution du nombre de concessions de pharmacie et du nombre des pharmaciens ^a

Spécification	2003	2013	Variation moyenne annuelle 2003/2013
Concessions de pharmacies	92	100	0,8%
ouvertes au public	83	94	1,3%
hospitalières ^b	9	6	-4,0%
Pharmaciens en activité selon secteurs	371	464	2,3%
Pharmacies ouvertes au public	321	384	1,8%
Pharmacies d'hôpitaux	20	39	6,9%
Laboratoires d'analyses médicales	7	9	2,5%
Distribution en gros	15	15	0,0%
Fonction publique	5	9	6,1%
Autres secteurs	3	3	0,0%

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 Emile Mayrisch et l'Hôpital Princesse Marie-Astrid, ainsi que le Centre Hospitalier Luxembourg et la Fondation Norbert Metz et en dernier la Clinique St Joseph de Wiltz et celle de la clinique St. Louis à Ettelbruck se sont regroupés.

Source: Direction de la Santé.

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

L'évolution du montant net des honoraires ou prestations des professions de santé non-médecins pris en charge par la sécurité sociale, est retracée ci-après. Les chiffres correspondent à l'année de prestation et non pas à l'année de la comptabilisation des frais. Pour mesurer l'évolution des soins de santé, tant au niveau des frais qu'au niveau volume, les statistiques basées sur la date prestation fournissent des résultats plus concluants que celles basées sur la date de la liquidation.

Tableau 9: Evolution des honoraires et prestations des autres professions de santé ^a
(en milliers EUR)

	2010	2011	2012	2013	Variation en % 2011/12	Variation en % 2012/13
Frais pharmaceutiques (secteur extrahospitalier)	157 626	158 454	164 346	163 784	3,7%	-0,3%
Analyses de laboratoires	39 463	54 501	64 219	69 224	17,8%	7,8%
Massages, kinésithérapie	41 234	40 769	46 310	51 084	13,6%	10,3%
Soins infirmiers	35 759	34 605	36 490	38 678	5,4%	6,0%
Opticiens	10 207	9 352	9 398	9 726	0,5%	3,5%
Psychomotriciens	1 243	1 006	1 118	1 123	11,2%	0,5%
Orthophonie	1 286	1 318	1 366	1 505	3,6%	10,2%

a. Adaptations des honoraires à l'indice du coût de la vie au 1.7.2010 (+2,5%), 1.10.2011 (+2,5%), 1.10.2012 (+2,5%) et au 1.10.2013 (+2,5%).

1.5. LES HÔPITAUX

Les soins hospitaliers (sans les frais médicaux) représentent près de la moitié des dépenses pour soins de santé au Luxembourg. Les hôpitaux occupent donc le premier rang en tant que prestataire. Leurs besoins à long terme en ressources humaines et en investissements lourds ainsi que leur organisation complexe requièrent au niveau national un effort de planification et de concentration des moyens. Ces efforts se concrétisent entre autres par l'élaboration, sous la responsabilité du Ministère de la Santé, d'une carte sanitaire qui devrait être annuelle, 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 nouveau plan hospitalier sera applicable à partir de 2015. L'ensemble des mesures prises par les ministres de la santé et de la sécurité sociale poursuivent un objectif de pérennisation du système de santé, sans pourtant augmenter ni les cotisations, ni les participations personnelles des affiliés et tout en assurant la qualité des services et prestations.

Le plan hospitalier actuel distingue, dans le domaine des soins aigus et subaigus, trois régions hospitalières et, outre les établissements spécialisés, trois types d'établissements hospitaliers : le centre hospitalier régional, l'hôpital général, et l'hôpital de proximité.

1.5.1. Les établissements du secteur aigu et subaigu

Tableau 10: Les établissements hospitaliers

Nombre	Nom de l'établissement	Site(s)	Catégorie	Région hospitalière
Etablissements aigus				
1	CHL (Centre hospitalier de Luxembourg)	Luxembourg Eich	Centre hospitalier régional	Centre
2	Hôpitaux Robert Schuman ^a	Luxembourg Kirchberg	Centre hospitalier régional	Centre
		Esch/Alzette	Etablissement spécialisé en gériatrie (CSM)	Sud
3	CHEM (Centre hospitalier Emile Mayrisch)	Esch/Alzette Dudelange Nieder Korn	Centre hospitalier régional	Sud
4	CENTRE HOSPITALIER DU NORD	Ettelbruck Wiltz	Centre hospitalier régional	Nord
5	INTITUT BACLESSE (Centre national de radiothérapie)	Esch/Alzette	Service à vocation nationale	b
6	INCCI (Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle)	Luxembourg		b
Etablissements moyen séjour				
7	REHAZENTER (Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation)	Luxembourg- Kirchberg	Service à vocation nationale	b
8	CENTRE HOSPITALIER NEUROPSYCHIATRIQUE (+ annexes) ^c	Ettelbruck		b
9	HOPITAL COMMUNAL STEINFORT	Steinfort	Centre de rééducation gériatrique	
10	Centre thermal et de santé de Mondorf	Mondorf	Etablissements de cures thermales et de convalescence	
11	Centre de convalescence Emile Mayrisch	Colpach		
12	Haus OMEGA	Luxembourg- Hamm	Etablissement d'accueil pour personnes en fin de vie	

- a. Fusion en 2014 de l'Hôpital Kirchberg, de la ZithaKlinik, de la Maternité Dr Bohler et de la Clinique Sainte Marie. Toutefois, les quatre entités continuent à être budgétisées à titre individuel.
- b. En raison de leur vocation nationale et nonobstant du site d'implantation, ces établissements ne peuvent pas être attribués à une région hospitalière déterminée.
- c. Centres thérapeutiques de Manternach (toxicomanie) et Useldange (alcoolisme).

Tous les établissements mentionnés ci-avant sont financés sur une base budgétaire, à l'exception du Centre Thermal de Mondorf et du Centre de Convalescence E. Mayrisch qui sont indemnisés sur une base tarifaire par la CNS.

1.5.2. Les ressources humaines dans le secteur hospitalier

Remarque concernant le calcul de l'emploi dans le secteur hospitalier

Les statistiques sont établies à partir de fichiers recensant l'emploi salarié selon la classification NACE. Elles concernent donc des personnes physiques, tous types d'emplois confondus et comprennent donc également les médecins salariés et les internes.

Par contre elles ne donnent qu'une vue tronquée des ressources humaines du secteur hospitalier pour deux raisons :

1. La plupart des médecins 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 repérable.

Il faut mentionner également que les données ne sont pas directement comparables avec les statistiques reproduites un peu plus haut sous 2.4, qui eux 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).

Le secteur hospitalier est une source importante d'emploi, avec 8 338 salariés auprès des hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés au 31 mars 2014. Ce nombre a augmenté de 1,5% par rapport à la même date de l'année précédente.

Voici un aperçu sur la situation de l'emploi salarié dans les hôpitaux au 31 mars 2013 et 2014 d'après le pays de résidence des salariés.

Tableau 11: Salariés du secteur hospitalier: répartition par sexe et pays de résidence

	Luxembourg	France	Belgique	Allemagne	Total
Situation au 31.03.2013					
Hommes	1 142	358	209	275	1 984
Femmes	3 844	1 308	659	419	6 230
TOTAL	4 986	1 666	868	694	8 214
Situation au 31.03.2014					
Hommes	1 158	357	205	286	2 006
Femmes	3 899	1 320	672	441	6 332
TOTAL	5 057	1 677	877	727	8 338

1.5.3. Evolution du nombre des médecins agréés dans les hôpitaux

Tableau 12: Evolution démographique des médecins hospitaliers ^a de 2010 à 2014 - Classement par spécialité et sexe

Spécialité	2010			2014			Variation moyenne annuelle 2010/2014		
	Femmes	Hommes	H + F	Femmes	Hommes	H + F	Femmes	Hommes	H + F
Anesthésiologie	24	50	74	24	67	91	0,0%	5,0%	3,5%
Biologie clinique	3	2	5	4	3	7	4,9%	7,0%	5,8%
Cardiologie	5	38	43	7	41	48	5,8%	1,3%	1,9%
Chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale	1		1	2		2	12,2%		12,2%
Chirurgie des vaisseaux		9	9		7	7		-4,1%	-4,1%
Chirurgie générale	5	44	49	8	41	49	8,1%	-1,2%	0,0%
Chirurgie maxillo-faciale				1		1			
Chirurgie pédiatrique	1	2	3	2	2	4	12,2%	0,0%	4,9%
Chirurgie plastique	3	9	12	3	9	12	0,0%	0,0%	0,0%
Chirurgie thoracique		1	1		1	1		0,0%	0,0%
Dermato-vénérologie	10	8	18	13	8	21	4,5%	0,0%	2,6%
Endocrinologie	2	2	4	4	3	7	12,2%	7,0%	9,8%
Gastro-entérologie	3	14	17	4	16	20	4,9%	2,3%	2,7%
Gériatrie	1	2	3	5	3	8	30,8%	7,0%	17,8%
Gynécologie et obstétrique	15	44	59	22	46	68	6,6%	0,7%	2,4%
Maladies contagieuses		1	1						
Médecine dentaire	5	19	24	5	21	26	0,0%	1,7%	1,3%
Médecine générale	26	52	78	50	76	126	11,5%	6,5%	8,3%
Médecine interne	15	61	76	19	56	75	4,0%	-1,4%	-0,2%
Médecine nucléaire	2	13	15	3	11	14	7,0%	-2,7%	-1,1%
Médecine physique et réadaptation	4	11	15	7	12	19	9,8%	1,5%	4,0%
Microbiologie-bactériologie	1		1	1		1	0,0%		0,0%
Néphrologie	2	6	8	3	7	10	7,0%	2,6%	3,8%
Neurochirurgie	1	7	8	1	11	12	0,0%	7,8%	7,0%
Neurologie	3	25	28	5	27	32	8,9%	1,3%	2,3%
Neuropsychiatre		8	8		8	8		0,0%	0,0%

Tableau 12: Evolution démographique des médecins hospitaliers ^a de 2010 à 2014 - Classement par spécialité et sexe (Suite)

Spécialité	2010			2014			Variation moyenne annuelle 2010/2014		
	Femmes	Hommes	H + F	Femmes	Hommes	H + F	Femmes	Hommes	H + F
Oncologie médicale				1		1			
Ophtalmologie	10	27	37	13	28	41	4,5%	0,6%	1,7%
Orthopédie	2	35	37	3	40	43	7,0%	2,3%	2,5%
Oto-rhino-laryngologie	4	30	34	3	29	32	-4,7%	-0,6%	-1,0%
Pédiatrie	27	32	59	28	35	63	0,6%	1,5%	1,1%
Pneumologie	6	12	18	6	15	21	0,0%	3,8%	2,6%
Psychiatrie	9	29	38	16	28	44	10,1%	-0,6%	2,5%
Psychiatrie infantile	3	3	6	3	5	8	0,0%	8,9%	4,9%
Radiodiagnostic	7	37	44	11	39	50	7,8%	0,9%	2,2%
Radiothérapie	1	2	3	4	3	7	26,0%	7,0%	15,2%
Rhumatologie	4	6	10	6	6	12	7,0%	0,0%	3,1%
Santé publique et médecine sociale	1		1						
Stomatologie		2	2	1	2	3		0,0%	7,0%
Urologie	1	18	19	2	18	20	12,2%	0,0%	0,9%
Total médecins agréés ^b	207	661	868	290	724	1 014	5,8%	1,5%	2,6%
Internes ^c	23	25	48	33	25	58	6,2%	0,0%	3,2%
TOTAL médecins agréés + internes	230	686	916	323	749	1 072	5,8%	1,5%	2,7%

a. Médecins libéraux et salariés.

b. Elimination de doubles comptages concernant médecins exerçant sur plusieurs sites.

c. Médecins en voie de spécialisation, y compris médecins généralistes stagiaires.

2. LES SOINS DE SANTÉ

L'évolution des prestations pour soins de santé de l'assurance maladie-maternité sera analysée sous deux points de vue différents :

Le premier est axé sur les résultats comptables et permet de retracer la liquidation pour soins de santé au cours d'une année donnée. Ces données comptables présentent l'inconvénient de fluctuer considérablement d'un exercice à un autre et se prêtent donc mal à une analyse statistique des prestations sous revue.

Le deuxième point de vue suit l'évolution du coût des soins de santé en se basant sur la date de la prestation d'un acte sans tenir compte du moment de sa liquidation. Cette approche fournit des séries statistiques plus régulières et permet de mieux comprendre l'évolution de ces prestations. Toutefois un certain recul dans le temps s'avère nécessaire pour aboutir à des résultats pertinents.

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

Les données sont issues des décomptes comptables et ont été ajustées, pour les besoins statistiques, sur deux points :

- **Écritures de provisions** : Suivant les principes comptables, une prestation n'est encodée qu'au moment de sa facturation par le prestataire, et non pas à la date effective de prestation. Ainsi des soins prestés durant un exercice donné, mais non encore facturés au 31.12. sont considérés par le biais des provisions. De même le décompte de l'année contient des prestations qui, bien que facturées durant l'année en question, ont été prestées auparavant. Afin de pouvoir présenter des statistiques plus réalistes sur l'évolution effective des prestations, l'ajustement des données comptables consiste à prendre en compte les soins de santé provisionnés parmi les prestations de l'année et d'éliminer des prestations des années antérieures en retranchant leur contrepartie comptable, les prélèvements aux provisions.
- **Reclassement soins de maternité** : Depuis 2011 les prestations de maternité ont été intégrées dans le régime général des soins de santé. Pendant une période transitoire, ces prestations sont encore présentées séparément dans les décomptes de la CNS. Pour des raisons de cohérence les frais de maternité ont été reclassés dans les différents postes de frais de soins de santé, à savoir : frais hospitaliers, honoraires médicaux, produits pharmaceutiques et honoraires des autres professions de santé. Dès 2013 on ne distingue plus les frais de maternité des frais de soins de santé.

Tableau 13: Evolution des prestations de soins de santé (en millions EUR)

Type de prestation	Décomptes ^a			Estimations actualisées ^b	
	2011	2012	2013	2014	2015
Frais hospitaliers	723,3	747,4	749,5	785,6	817,3
Honoraires médicaux	287,1	303,4	318,8	338,5	355,8
Honoraires médico-dentaires	64,4	65,9	68,1	72,5	75,4
Produits pharmaceutiques	173,5	187,7	187,2	197,4	215,3
Biens médicaux (en dehors des hôpitaux)	36,0	36,8	39,8	42,9	45,1
Analyses de laboratoire (en ambulatoire)	58,5	70,0	83,1	78,8	69,4
Honoraires des autres professions de santé	81,3	88,7	98,1	107,9	117,2
Autres prestations	31,2	30,0	33,5	34,4	36,5
Total des prestations au Luxembourg ^c	1 455,3	1 529,9	1 578,2	1 658,1	1 732,0
Total des prestations à l'étranger ^c	320,6	362,2	413,6	369,6	393,6
Total soins de santé	1 775,9	1 892,1	1 991,8	2 027,7	2 125,6
<i>Variation annuelle</i>	<i>2,7%</i>	<i>6,5%</i>	<i>5,3%</i>	<i>1,8%</i>	<i>4,8%</i>

a. Elimination du biais des écritures de provisions pour prestations.

b. Source: estimations CNS octobre 2014.

c. A partir de 2011, les prestations de maternité ont été intégrées dans le régime général et les frais afférents sont compris dans les postes de frais généraux: hôpitaux, frais médicaux etc.

En 2012, on observe une croissance de 6,5% des dépenses pour prestations de soins de santé. Ce taux élevé résulte d'une croissance des prestations au Luxembourg de 5,1% et des prestations à l'étranger de 12,9%.

Le ralentissement observé en 2013 s'explique entre autres par le fait que les soins hospitaliers, les frais pharmaceutiques et les prestations à l'étranger, représentant 67% des dépenses totales, n'ont guère évolué. Ensuite, il faut préciser que les négociations des lettres-clés des différentes professions de santé visées au premier alinéa de l'article 67 du Code de la sécurité sociale pour la période 2013-2014, qui se sont déroulées depuis automne 2012, ont abouti en majeure partie à un échec et au déclenchement de la procédure de médiation. Enfin, ces négociations ont abouti début 2014 de sorte à ne pas avoir eu un effet sur le décompte 2013.

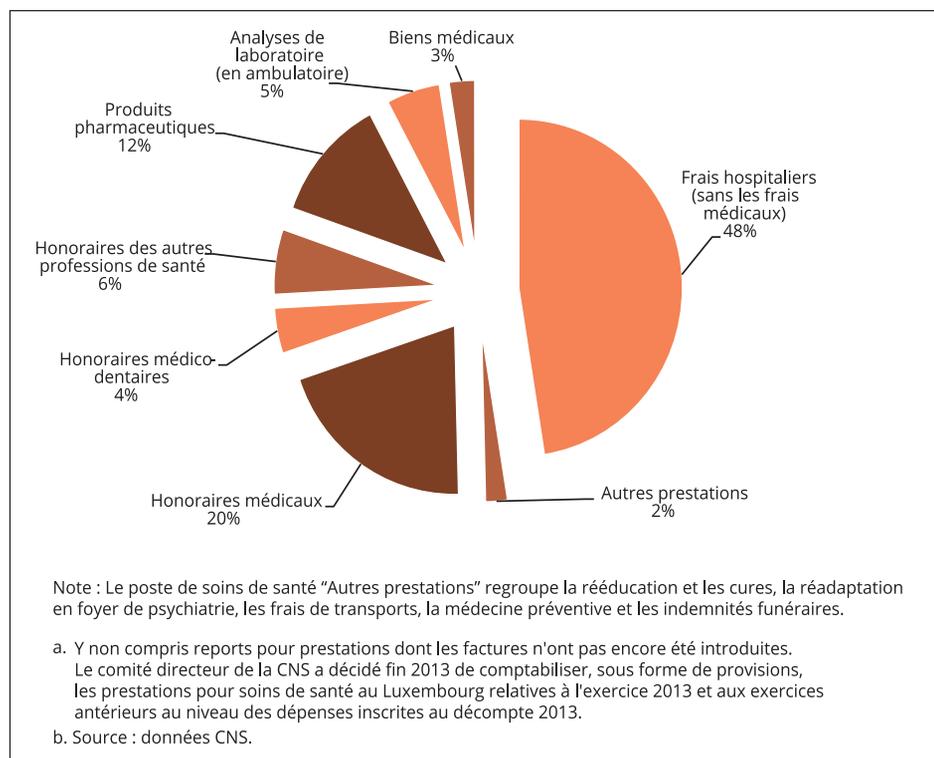
L'évolution de 2013 des frais pour analyses de laboratoire est en majeure partie imputable à la comptabilisation de 9,1 millions EUR supplémentaires pour litiges. En faisant abstraction de ces opérations sur provisions, l'évolution des frais de laboratoires s'élèverait à 5,7% en 2013, et non pas à 18,6%.

Les frais pour les honoraires des autres professions de santé poursuivent leur rythme de croissance soutenue et présentent pour 2013 une augmentation de 10,6%. Exceptionnellement le poste des autres prestations affiche pour 2013 une croissance de 11,8%.

2.1.1. Les prestations de soins de santé au Luxembourg

En 2013, l'assurance maladie-maternité a liquidé 1 991,8 millions EUR pour soins de santé, dont 79,2% soit 1 578,2 millions EUR pour la population protégée résidente. La répartition entre les différents types de prestations est illustrée dans le graphique suivant.

Graphique 13: Ventilation des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2013 ^{a b}



Les frais hospitaliers représentent près de la moitié des dépenses (48%) pour soins de santé au Luxembourg. Les honoraires médicaux (20%) et les produits pharmaceutiques (12%) complètent le podium des premières dépenses. Ces trois postes représentent à eux seuls 80% de l'ensemble des dépenses en soins de santé au Luxembourg et 79% des dépenses en soins de santé totales.

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

Avec 413,6 millions EUR, les prestations à l'étranger représentent 20,2% du total des frais pour soins de santé liquidés en 2013. 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 une augmentation importante de 14,6% en 2013, contre 9,7% en 2012. Cette évolution s'explique par le fait que la période d'introduction des décomptes a été prolongée jusqu'au mois de février 2014 permettant ainsi la régularisation supplémentaire d'un montant de 49,1 millions EUR. Sans cette comptabilisation, la croissance aurait été de 0,6%.

Tableau 14: Evolution des prestations de soins de santé à l'étranger (en millions EUR)

	Décomptes			Estimations actualisées ^a	
	2011	2012	2013	2014	2015
Prestations de soins de santé, dont:	328,8	360,8	413,5	369,6	393,6
- Conventions internationales (tiers payant)	320,3	352,2	404,1	359,7	383,1
- Autres prestations à l'étranger (remboursement de prestations) ^b	8,5	8,6	9,4	9,9	10,5
Prestations de maternité ^c	-	-	-	-	-
Indemnités funéraires	0,1	0,1	0,1	n.d.	n.d.
TOTAL DES PRESTATIONS	328,9	360,9	413,6	369,6	393,6

a. Source: estimations CNS (octobre 2014).

b. Montants ajustés en fonction des dotations aux provisions.

c. Les prestations de maternité ont été intégrées dans le régime général à partir de 2011.

Le tableau ci-après indique le nombre de cas de transferts autorisés par le Contrôle médical de la sécurité sociale dans le cadre du règlement CEE 883/2004¹⁴. La très grande majorité de ces transferts est destinée aux trois pays limitrophes (Allemagne, Belgique, France). Plus que la moitié des cas sont traités en l'Allemagne et un quart en Belgique.

14. A noter qu'à partir du 1er mai 2010, le règlement (CE) 883/2004 a remplacé l'ancien règlement (CE) 1408/71 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Tableau 15: Nombre de cas de transferts ^a autorisés en 2013 par groupes de pathologie

Code diagnostic	TOTAL		Pays de destination				
	Nombre	En % du total	Allemagne	Belgique	France	Autres	Total
Ophthalmologie	3 105	17,7%	75,5%	16,0%	6,9%	1,7%	100,0%
Tumeurs malignes	2 841	16,2%	44,1%	34,0%	19,6%	2,3%	100,0%
Rhumatologie	2 445	13,9%	58,1%	12,5%	18,3%	11,1%	100,0%
Cardiologie	1 880	10,7%	73,3%	16,5%	9,1%	1,1%	100,0%
Psychiatrie	1 214	6,9%	92,9%	4,1%	0,9%	2,1%	100,0%
Neurologie	867	4,9%	58,8%	22,8%	14,4%	3,9%	100,0%
Gynécologie	817	4,7%	33,3%	58,9%	5,6%	2,2%	100,0%
Gastro-enterologie	607	3,5%	26,0%	51,7%	18,6%	3,6%	100,0%
Malformations congénitales	581	3,3%	30,3%	38,7%	27,2%	3,8%	100,0%
Orl	553	3,2%	51,5%	34,9%	13,0%	0,5%	100,0%
Néphrologie	475	2,7%	29,7%	50,9%	19,2%	0,2%	100,0%
Fractures et lésions	424	2,4%	61,3%	17,7%	17,9%	3,1%	100,0%
Dermatologie	343	2,0%	56,6%	14,6%	25,4%	3,5%	100,0%
Endocrinologie	220	1,3%	53,2%	24,5%	19,5%	2,7%	100,0%
Tumeurs bénignes	215	1,2%	43,3%	30,2%	24,7%	1,9%	100,0%
Pneumologie	183	1,0%	27,9%	21,9%	45,4%	4,9%	100,0%
Obstétrique périnatale	167	1,0%	44,9%	32,9%	16,8%	5,4%	100,0%
Medecine dentaire	151	0,9%	51,7%	22,5%	18,5%	7,3%	100,0%
Hématologie	117	0,7%	49,6%	32,5%	16,2%	1,7%	100,0%
Inconnus	116	0,7%	56,0%	23,3%	19,8%	0,9%	100,0%
Symptômes ^b	88	0,5%	51,1%	30,7%	17,0%	1,1%	100,0%
Urologie	68	0,4%	42,6%	47,1%	8,8%	1,5%	100,0%
Maladies infectieuses	63	0,4%	42,9%	36,5%	20,6%	0,0%	100,0%
Cures thermales	5	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Total	17 545	100,0%	57,9%	24,5%	14,2%	3,5%	100,0%

a. Il s'agit du nombre de dossiers examinés et autorisés par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

b. Il s'agit notamment des signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire non classés ailleurs.

Source: CNS.

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

Remarque méthodologique

Les données statistiques ci-après 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 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 continuelles. Etant donné que 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.

2.2.1. Les consommateurs des soins de santé

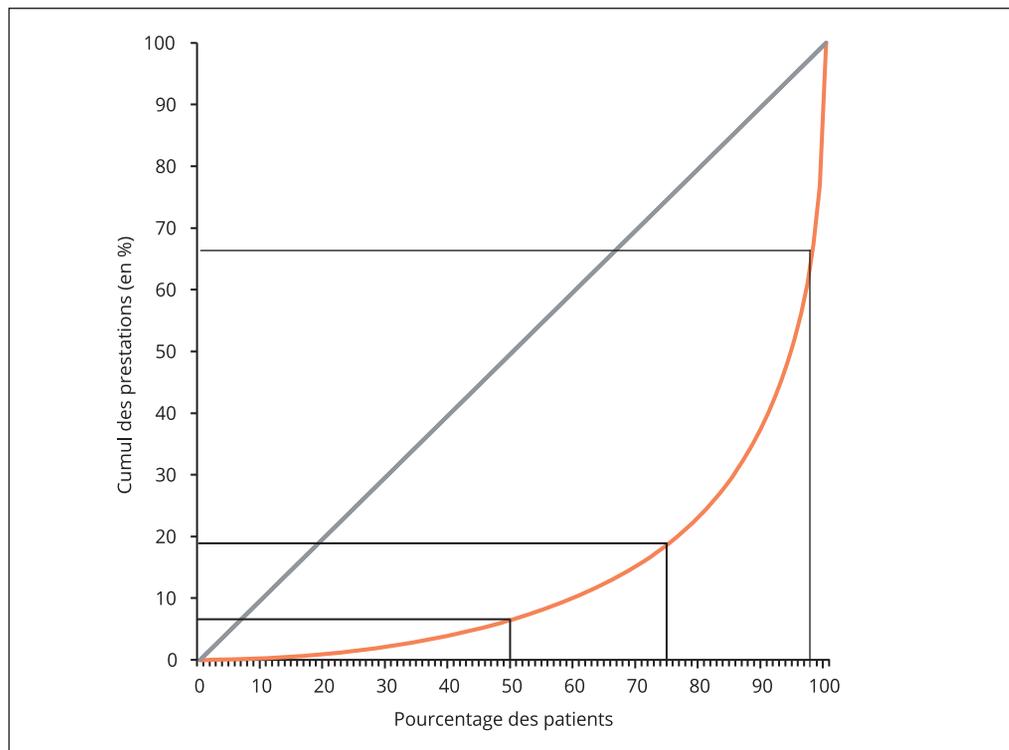
En 2013, la CNS a remboursé en moyenne 3 026,7 EUR pour soins de santé à 489 749 bénéficiaires résidents différents. Il convient de préciser qu'il s'agit de la moyenne remboursée pour l'ensemble des prestations en 2013 par personne bénéficiaire, et non pas d'une moyenne par acte ou par prestation.

La répartition des remboursements par personne est pourtant assez inégale :

- La moitié des bénéficiaires a touché un remboursement inférieur à 926,3 EUR (remboursement médian) ;
- Environ quatre cinquièmes des bénéficiaires (79%) ont touché un montant inférieur au remboursement moyen (3 026,7 EUR) ;
- 2% des patients (9 795 personnes) ont eu droit à un remboursement supérieur à 22 551,6 EUR ;
- Le remboursement le plus élevé pour une seule personne en 2012 était de 478 353,8 EUR.

La courbe de Lorentz (graphique suivant), qui pour un pourcentage de patients (en abscisse) donne leur part dans la consommation totale de soins de santé (en ordonnée), permet de visualiser la répartition des montants remboursés sur l'ensemble des bénéficiaires. Elle illustre ainsi bien les constats énoncés ci-avant.

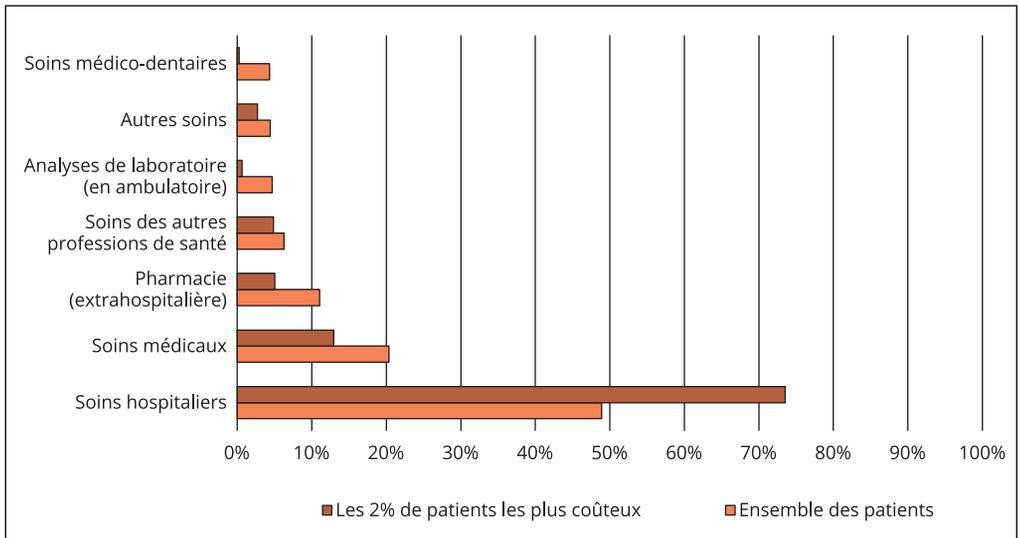
Graphique 14: Prestations de soins de santé en 2013



En effet, plus la surface comprise entre la diagonale (correspondant à une répartition parfaitement égale) et la courbe de Lorenz est grande, plus la répartition est inégale. Ainsi, la première moitié des bénéficiaires n'a touché que 6,6% de l'ensemble des soins remboursés. La part remboursée au premiers trois quarts s'élève à 19%, tandis que celle destinée à 98% des patients est de 67,3%. En d'autres mots, les 2% des patients les plus coûteux ont totalisé un tiers (32,7%) des remboursements de soins de santé. A noter que cette distribution est stable au fil des années étudiées.

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

Graphique 15: Répartition des soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de malades ayant eu la consommation la plus élevée en 2013 (en % du total)



On peut constater que les frais d'hospitalisation représentent environ trois quarts du coût dans le cas des 2% de patients ayant eu la consommation la plus élevée, tandis que ces frais constituent environ la moitié des frais sur l'ensemble des patients. La consommation des autres soins ou prestations est proportionnellement faible.

Le remboursement en frais d'hospitalisation de ces 2% de patients est en moyenne 14,9 fois plus élevé que pour le patient moyen. Pour les honoraires médicaux et les produits pharmaceutiques, les rapports sont de respectivement 9,3 et 6,8 fois le remboursement moyen.

Il est également intéressant d'analyser l'impact de l'âge et du sexe des bénéficiaires sur le niveau des soins de santé consommés et de faire la distinction entre soins de santé à l'hôpital (y inclus hospitalisations de jour, places de surveillance) et soins ambulatoires.

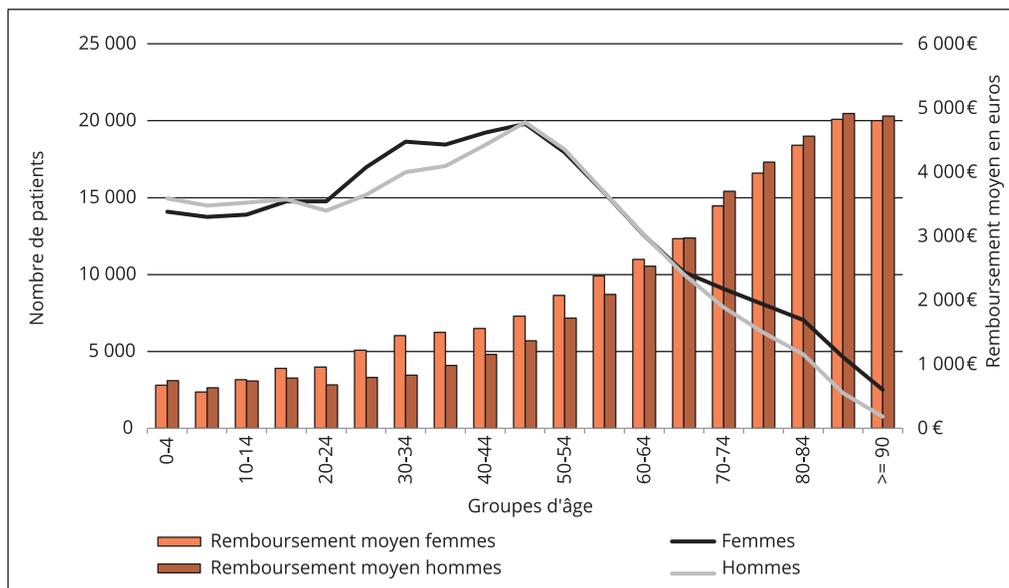
A noter que des traitements en polyclinique par exemple font partie des soins ambulatoires, même si physiquement prestés dans un hôpital.

En 2013, un total de 489 749 bénéficiaires de prestations, 82 290¹⁵ personnes ont subi au moins un traitement à l'hôpital. Le nombre de patients bénéficiaires de traitements hospitaliers sans prestation ambulatoire est très minime.

Le graphique suivant illustre par sexe et par groupes d'âge, le nombre de bénéficiaires et le montant moyen remboursé pour les soins ambulatoires en 2013. Ainsi on peut observer qu'entre 20 et 45 ans, les femmes dominent en nombre et en montant remboursé clairement les patients masculins. On peut s'imaginer que des prestations ambulatoires liées à la maternité expliquent en partie ce phénomène. Pour les patients âgés (65 et plus), les patients féminins sont plus nombreux mais le remboursement moyen des soins ambulatoires est plus élevé chez les malades masculins.

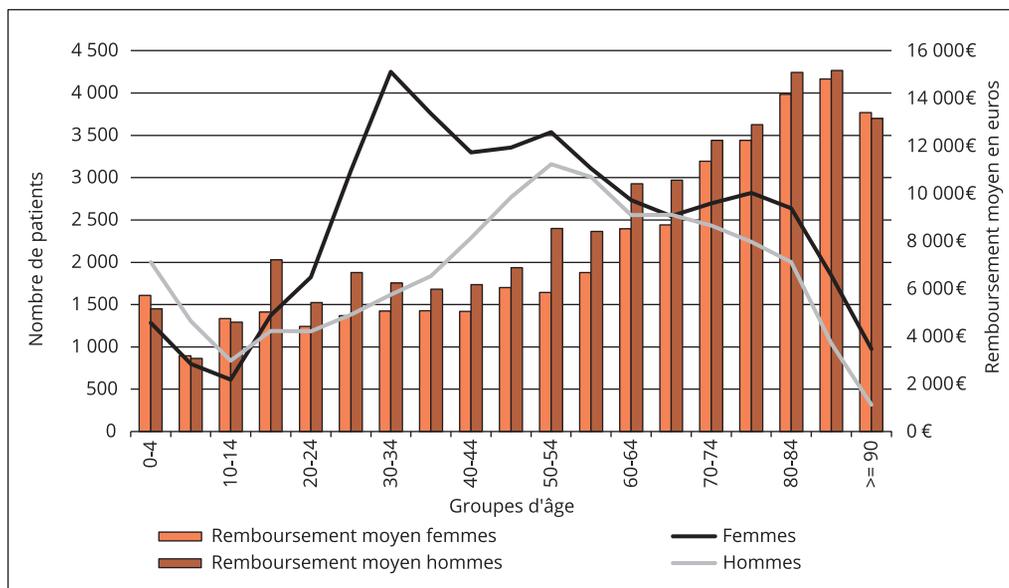
15. Données provisoires.

Graphique 16: Les soins ambulatoires : nombre de patients et remboursement moyen en 2013



Pour les soins de santé à l'hôpital (graphique suivant), le groupe des femmes dépasse en nombre de cas celui des hommes, ceci de façon significative pour le groupe d'âge situé entre 20 à 45 ans (effet maternité). Par contre, la moyenne remboursée est plus élevée chez les hommes dans quasiment toutes les catégories d'âge.

Graphique 17: Les soins hospitaliers : nombre de patients et remboursement moyen en 2013



2.2.2. Les services de soins de santé

Le système de 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).

Ces services font l'objet d'une analyse détaillée dont les résultats sont présentés dans cette section.

2.2.2.1. La consommation de médicaments

En 2013 les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier s'élèvent à 187,2 millions EUR et ont progressé modérément de 0,2% par rapport à l'année précédente. L'abaissement des prix de référence belges a eu des conséquences sur les prix de vente des médicaments au Luxembourg.

Pour 2014 et 2015 les taux de progression sont estimés respectivement à 5,4% et 9,1%.

La liste ci-après énumère les types de médicaments les plus souvent prescrits en milieu ambulatoire. Les quatre groupes ATC suivants présentent 65% du montant net total des médicaments remboursés en 2013 ¹⁶.

Code ATC 1 ^{er} niveau	Montant net total (%)	Variation 2012/2013 de la consommation DDD ^a
Système cardio-vasculaire	21%	1%
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	16%	12%
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	15%	1%
Système nerveux central	14%	2%

- a. DDD-Daily Defined Dose. 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 médicaments.

2.2.2.2. L'activité médicale au Luxembourg

Remarques méthodologiques

L'activité médicale est définie selon la façon du médecin de traiter son patient. On distingue ainsi :

Le médecin " exécutant ", qui preste directement un acte médical tel que défini dans la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes.

Le médecin " prescripteur " qui prescrit des actes, des biens médicaux, des analyses de laboratoires, des produits pharmaceutiques, des actes d'imagerie médicale.

A noter qu'un médecin peut être prescripteur et exécutant à la fois.

Les statistiques de ce paragraphe présentent la vue du médecin " exécutant ".

L'activité médicale au Luxembourg est mesurée par le nombre de contacts qu'un médecin a eu avec ses patients pendant une année donnée. Un " contact patient " d'un médecin correspond à la somme de tous les consultations, visites ou traitements obtenus par le patient le même jour chez le même médecin.

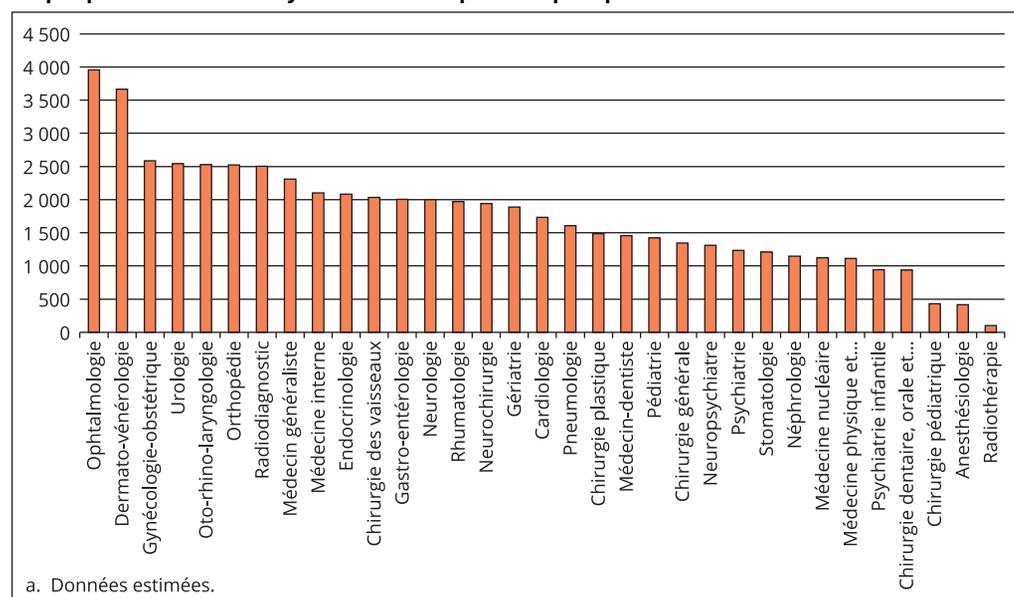
16. Source : Rapport annuel CNS.

Tableau 16: Evolution du nombre de contacts patient par catégorie

Catégorie	2011	2012	Variation en %
Médecins généralistes	2 008,1	1 938,9	-3,4%
Médecins spécialistes	2 356,7	2 309,7	-2,0%
Dentistes et stomatologues	1 491,0	1 453,5	-2,5%
Moyenne générale	1 994,2	1 937,2	-2,9%

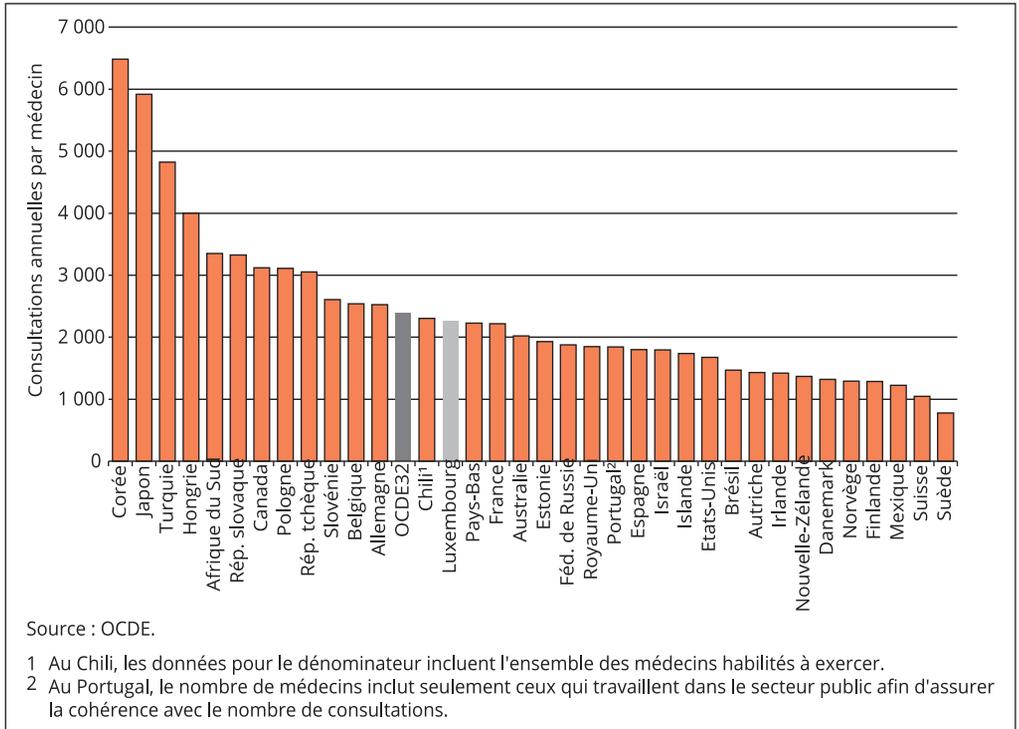
On constate que les médecins spécialistes devanent, avec environ 2 300 contacts patients par an, les médecins généralistes qui affichent pour 2011 et 2012 quelque 2 000 contacts patients.

Une ventilation par spécialité médicale, telle qu'illustrée dans le graphique suivant, met en évidence que les ophtalmologues et les dermatologues présentent de loin les nombres de contacts patient les plus élevés. Les gynécologues qui se trouvent en troisième position dans ce hitparade, affichent en moyenne 2 584 contacts patient pour 2012, soit 1 100 à 1 500 contacts patients de moins que les ophtalmologues et les dermatologues.

Graphique 18: Nombre moyen de contacts patients par spécialité médicale en 2012 ^a

En considérant, de manière plus ciblée, le nombre de consultations des médecins par personne et par an, on est en mesure de comparer les chiffres du Luxembourg avec ceux des autres pays de l'OCDE.

Graphique 19: Nombre de consultations de médecins par habitant en 2011 - comparaison internationale¹⁷



2.2.2.3. Les soins hospitaliers

Les soins hospitaliers regroupent l'ensemble des services (soins et hébergement) de court et moyen séjours fournis par les hôpitaux. Les soins hospitaliers incluent les honoraires des praticiens perçus à l'occasion d'une hospitalisation complète ou de jour; les consultations externes des hôpitaux sont en revanche exclues.

3.2.2.3.1 Les journées d'hospitalisation

Pour 2013, on observe 745 387 journées prestées en milieu hospitalier au Luxembourg. Il s'agit de journées de prise en charge d'un patient, avec ou sans nuitée.

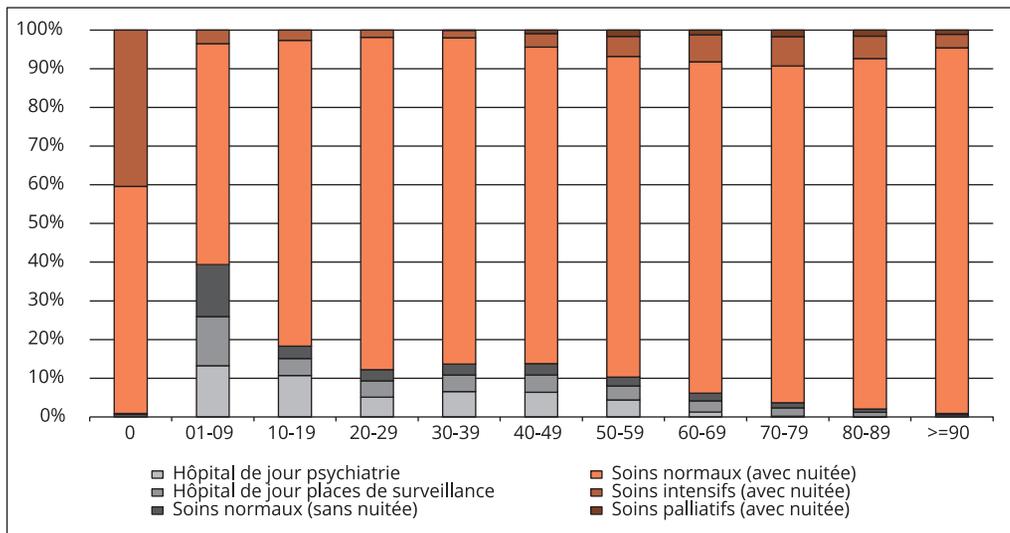
Les prestations en polyclinique ou similaires (p.ex. sessions de chimiothérapie ou de dialyse) ne sont pas considérées comme une journée prestée en hôpital. Précisons encore que pour les hospitalisations complètes (avec nuitée) le jour de sortie n'est pas encodé comme une journée prestée. Ainsi une opération avec sortie le lendemain ne constitue qu'une seule journée.

17. Les consultations de médecins incluent le nombre de contacts pour consultations et visites avec des médecins généralistes et spécialistes. Elles sont calculées par rapport à la population protégée résidente et des médecins exerçant au Luxembourg.

Pour les hospitalisations sans nuitée, un quart concerne des soins dits normaux, le reste étant réparti à parts égales entre les places de surveillance et les traitements de psychiatrie. 85,2% des journées avec nuitée (hospitalisation complète) sont relatives à des soins normaux, 5,6% se rapportent aux soins intensifs et 1,1% aux soins palliatifs.

Le graphique suivant illustre, par groupes d'âge du patient, la part des différents types de journées prestées. On peut constater que pour les enfants de moins d'un an et les personnes âgées (80+) les hospitalisations sans nuitée sont quasiment négligeables. Il convient de préciser dans ce contexte que pour les nouveaux-nés en bonne santé le séjour normal en maternité après la naissance n'est pas considéré comme une hospitalisation.

Graphique 20: Répartition des types de journées prestées par groupes d'âge en 2013 (en %)



Par contre la part des soins sans nuitée pour les enfants (-10 ans) et adolescents (-20 ans) est de respectivement 39,4% et 18,3%, pour ensuite diminuer graduellement avec l'âge des patients.

Les journées pour soins normaux (avec ou sans nuitée) représentent 87,3% de toutes les journées facturées. Avec respectivement 59%, 70,5% et 94,5%, on n'observe des écarts substantiels à cette moyenne que pour les groupes des bébés, des enfants de moins de 10 ans et des patients de plus de 90 ans.

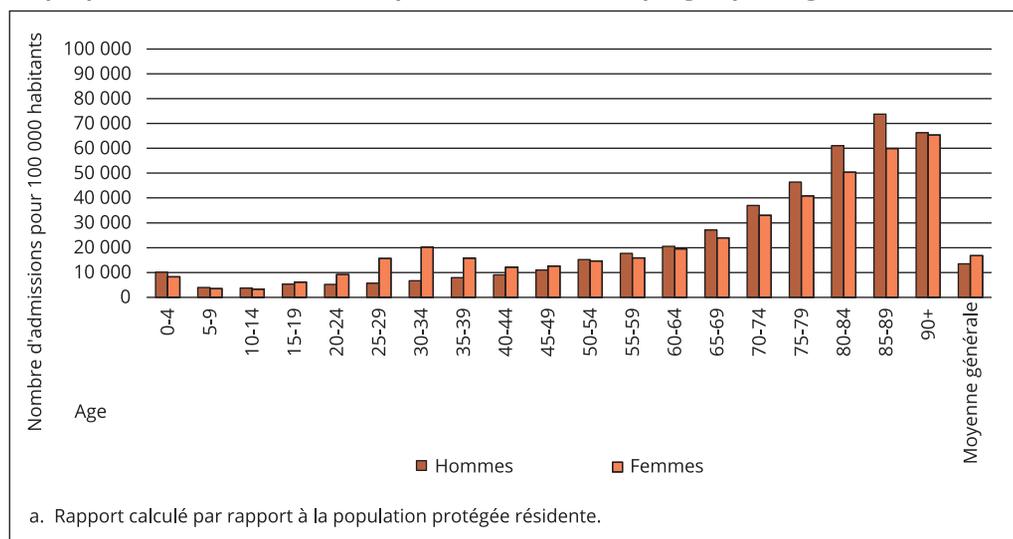
Il convient de préciser que ces statistiques ont été établies du point de vue du patient. Ainsi par exemple, un seul "épisode" hospitalier est mis en compte pour un patient lors d'une hospitalisation complète, ininterrompue, même si cette hospitalisation comporte des transferts vers d'autres établissements spécialisés ou de moyen séjour (p.ex. INCCI, Rehazenter, etc.).

3.2.2.3.2. Les admissions à l'hôpital

En moyenne 15 145 habitants sur 100 000 ont connu une admission en hôpital, c.-à-d. une hospitalisation complète avec au moins une nuitée. Ce rapport a été calculé par référence à la population protégée résidente.

Il faut noter qu'il s'agit de la situation 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".

Graphique 21: Nombre d'admissions pour 100 000 habitants par groupes d'âge et sexe en 2013 ^a



Le nombre élevé des admissions auprès des femmes âgées entre 20 et 45 ans est dû en grande partie aux accouchements qui sont la première cause d'hospitalisation auprès des femmes.

3.2.2.3.3 Les diagnostics de sortie

Le tableau suivant indique le classement en ordre décroissant des 10 premières causes d'hospitalisation pour hommes et femmes. Ces 10 causes couvrent en 2013 environ 41% de toutes les admissions en hospitalisation complète (au moins un jour et une nuit), respectivement 46,4% des hospitalisations à diagnostic de sortie connu/disponible.

En effet, il faut noter qu'au moment de l'établissement de ces statistiques, pour 6,7% des cas, le diagnostic de sortie était encore inconnu, respectivement les données non encore disponibles. Ce taux illustre encore une fois l'importance du projet en cours qui vise l'amélioration de la documentation médicale hospitalière.

Tableau 17: Les 10 premières causes d'hospitalisation en 2013 dans les hôpitaux aigus^{ab}

	Hommes	En % du total	Femmes	En % du total	TOTAL	En % du total
1	Tumeurs malignes C00-C97	8,9%	Accouchement O80-O84	12,1%	Tumeurs malignes C00-C97	7,8%
2	Arthropathies M00-M25	5,4%	Tumeurs malignes C00-C97	7,0%	Accouchement O80-O84	6,7%
3	Cardiopathies ischémiques I20-I25	4,7%	Arthropathies M00-M25	6,5%	Arthropathies M00-M25	6,0%
4	Autres formes de cardiopathies I30-I52	4,7%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3,6%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	4,1%
5	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	4,2%	Dorsopathies M40-M54	3,2%	Dorsopathies M40-M54	3,3%
6	Dorsopathies M40-M54	3,5%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	2,6%	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	3,2%
7	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	3,3%	Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme N80-N98	2,4%	Cardiopathies ischémiques I20-I25	3,0%
8	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	3,2%	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	2,3%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	2,9%
9	Hernies K40-K46	3,0%	Affections du cristallin H25-H28	2,2%	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	2,2%
10	Maladies des artères, artérioles et capillaires I70-I79	2,8%	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	2,0%	Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas K80-K87	1,9%
	% par rapport au total des admissions	43,8%		44,0%		41,1%

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.

Mise à part la problématique des diagnostics de sortie non connus/non disponibles, le classement des premières causes d'hospitalisation par chapitre, n'a que peu changé aux cours des dernières années.

Les tumeurs malignes restent la première cause d'hospitalisation des hommes et des femmes (si on fait abstraction de l'accouchement). Dans l'ensemble et sans les accouchements, les trois premières causes sont : les tumeurs malignes, les arthropathies et les cardiopathies. Ces causes d'hospitalisation représentent 16,7% du total des admissions, respectivement 17,9% des admissions à diagnostic de sortie connu/disponible. En ce qui concerne les autres pathologies, leur incidence varie sensiblement entre les hommes et les femmes.

3.2.2.3.4 La durée de séjour dans les hôpitaux aigus

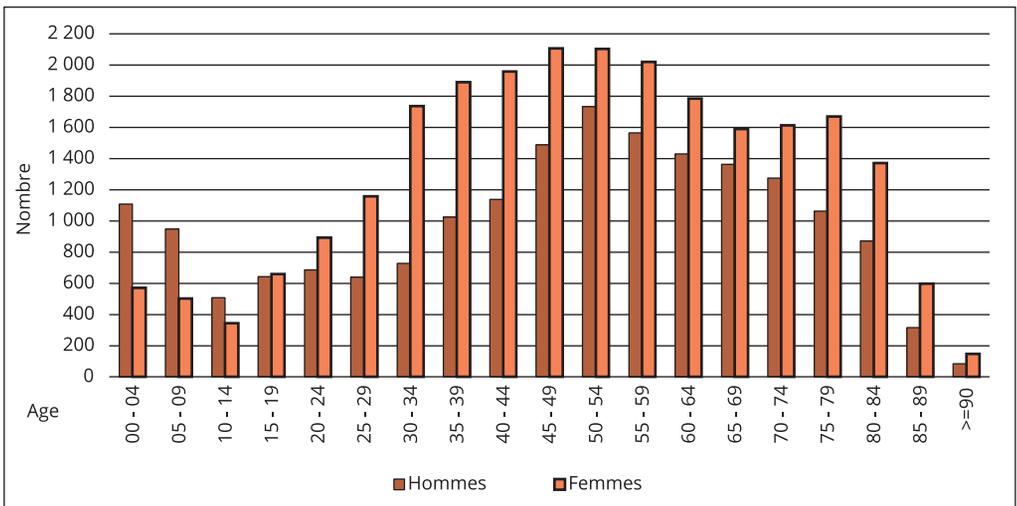
Remarque méthodologique

Pour évaluer la durée moyenne de séjour (DMS) il faut distinguer entre une hospitalisation normale, qui comprend un jour et une nuit, et une hospitalisation de jour dont la durée se limite à une journée. A noter que, pour l'analyse de ce paragraphe, l'hospitalisation de jour ainsi que les hospitalisations pour traitements subaigus (rééducation, convalescence, etc.) ne sont pas pris en compte pour le calcul de la DMS.

Les hospitalisations de jour regroupent les hospitalisations de jour proprement dites et les places de surveillance.

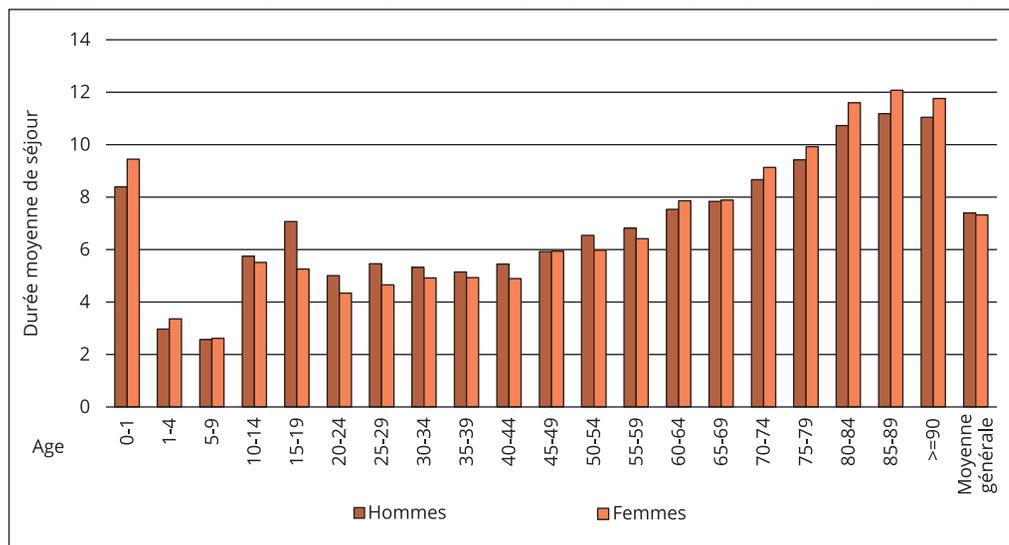
L'analyse par sexe et par âge des 43 314 hospitalisations de jour (y compris places de surveillance) montre que les femmes dominent dans quasiment tous les groupes d'âge. Le graphique suivant visualise ainsi bien deux causes qui permettent d'expliquer ce phénomène : les accouchements et l'espérance de vie.

Graphique 22: Nombre de cas d'hospitalisations de jour en 2013 par groupes d'âge (hôpitaux aigus)



En ce qui concerne la durée moyenne d'hospitalisation stationnaire, la différence entre les deux sexes est pourtant beaucoup moins prononcée, avec même un léger avantage pour les hommes jusqu'à 60 ans. Dans le graphique suivant, la durée moyenne de séjour des enfants de moins d'un an est montrée séparément. Dans ce contexte, il faut rappeler que pour un nouveau-né en bonne santé, le séjour normal en maternité/hôpital après la naissance n'est actuellement pas considéré comme une hospitalisation pour le bébé.

Graphique 23: Durée moyenne de séjour en 2013 par groupes d'âge et par sexe (hôpitaux aigus)



Le tableau synoptique suivant présente les principaux indicateurs en matière de durée de séjour dans les hôpitaux aigus.

Tableau 18: Evolution de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus^a

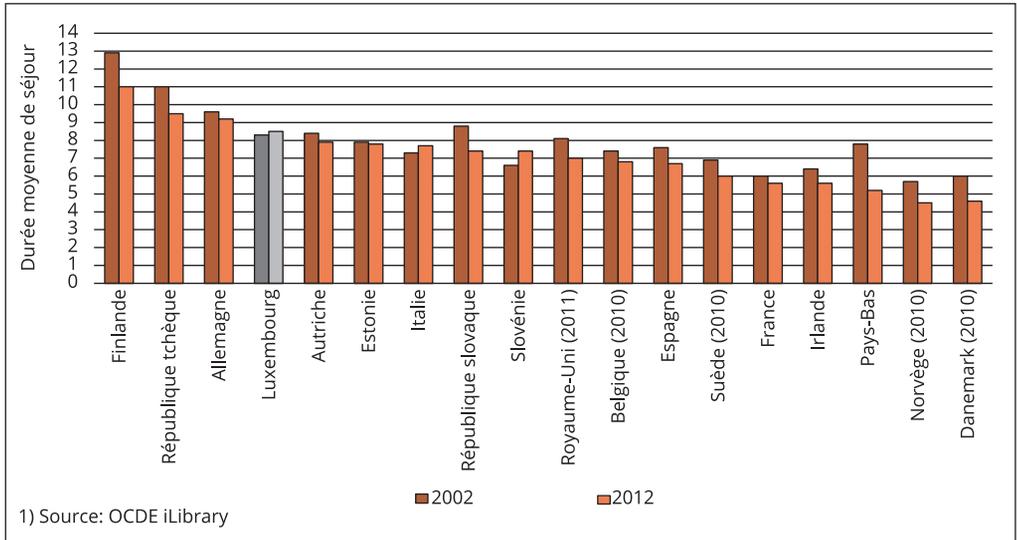
	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de cas d'hospitalisations complètes	76 808	74 716	77 074	76 403	75 051
Durée moyenne de séjour ^b	7,5	7,6	7,3	7,4	7,4
Nombre de cas d'hospitalisation de jour (HDJ)	33 735	33 230	37 437	40 663	43 314
dont, nombre d'admissions en place de surveillance	20 003	20 061	22 286	25 488	27 170
Taux d'hospitalisation avec une durée <= 4 jours	69,6%	69,6%	71,1%	71,7%	72,4%
Taux d'hospitalisation avec une durée <= 7 jours	81,3%	81,5%	82,6%	83,0%	83,2%
Rapport nombre HDJ / Nombre total d'hospitalisations	30,5%	30,8%	32,7%	34,7%	36,6%

a. A l'exclusion des établissements de rééducation psychiatrique et gériatrique et du Rehazenter (Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation).

b. Concerne uniquement les hospitalisations comportant au moins une nuit à l'hôpital.

Le graphique suivant fait une comparaison de la durée moyenne de séjour dans différents pays européens.

Graphique 24: La durée moyenne de séjour dans l'UE de 2002 à 2012^a (hôpitaux aigus)



On constate que depuis 2002 la durée moyenne de séjour a diminué de façon plus ou moins prononcée dans tous les pays en question. Les baisses les plus marquantes peuvent être observées aux Pays-Bas, en Finlande, et en République tchèque. Ceci est notamment dû à une optimisation des procédures chirurgicales et des structures de soins, permettant aux patients une sortie plus rapide de l'hôpital. Au Luxembourg, la moyenne semble plafonner à un niveau élevé avec très peu d'évolution. Une des causes en est sans doute le sous-développement de la chirurgie ambulatoire.

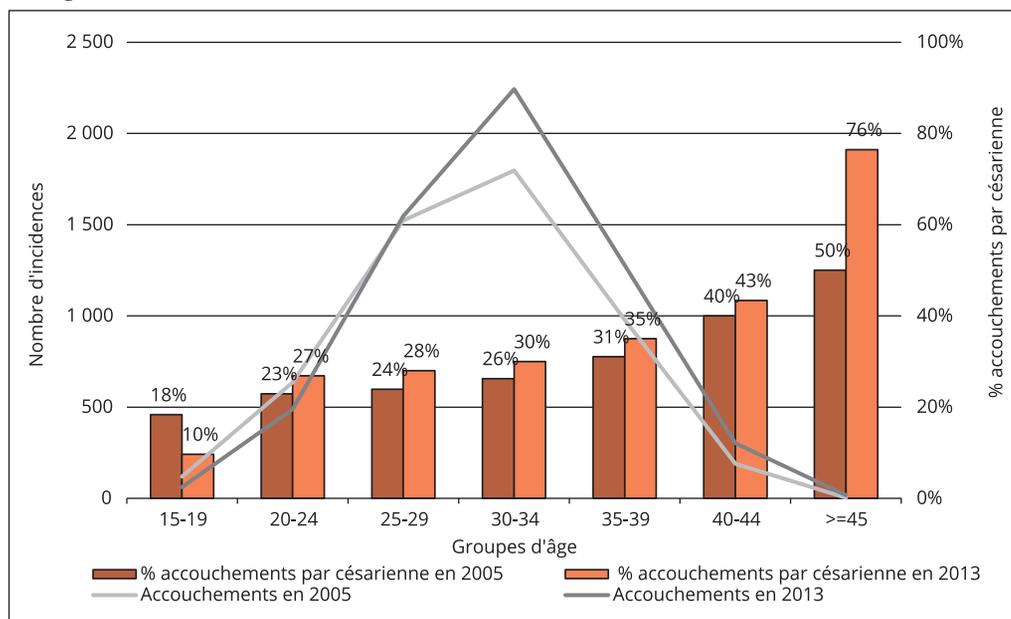
Pour illustrer ce propos on peut citer l'opération de la cataracte, qui, d'après des chiffres récents de l'OCDE est réalisée à presque 100% en ambulatoire dans un grand nombre de pays (Estonie, Canada, Pays-Bas, le Royaume-Uni, les pays nordiques). Beaucoup d'autres pays réalisent un score de 90% et plus pour le traitement ambulatoire de la cataracte. Il faut constater que le Luxembourg avec un taux de 53,6% se situe en 2011 parmi les pays les moins performants, largement au-dessous de la moyenne OCDE.

3.2.2.3.5 Les soins de 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 1er janvier 2011, le financement des soins en cas de maternité a été intégré dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

Le graphique suivant indique, en fonction de l'âge de la femme, le nombre d'accouchements de femmes résidentes pris en charge par l'assurance maladie-maternité pour les années 2005 et 2013. De plus il montre le pourcentage des accouchements par césarienne sur tous les accouchements. Il convient de préciser que les taux renseignés ne sont pas identiques aux "taux de césariennes" généralement utilisés dans les statistiques au niveau international, qui eux sont calculés par rapport aux naissances, et qui diffèrent légèrement.

Graphique 25: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2004 et 2012



En 2013, le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité était de 5 936. Comparé à 2005, ceci représente une augmentation de 13,1%. Deux chiffres sont mis en évidence :

- Diminution importante des accouchements chez les adolescentes ;
- Augmentation considérable des accouchements par césarienne chez les femmes âgées de plus de 45 ans ;
- Transfert des accouchements vers les groupes d'âge 35 ans et plus.

Le taux de césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 30,8% en 2013 contre 26,4% en 2005. Ce taux a diminué de façon considérable (-8 points) chez les adolescentes. La hausse significative du taux des césariennes observées dans la classe d'âge des 45+ ans semble étonnante, mais est à relativiser du fait du faible nombre de cas observés. A noter que dans la classe d'âge 40+ ans le taux augmente de 40% en 2005 à 45% en 2013.

3. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

Remarque introductive :

La réforme du Code du travail et accessoirement du Code de la sécurité sociale par la loi du 13 mai 2008¹⁸, a introduit le statut unique pour tous les travailleurs salariés du secteur privé à partir du 1^{er} janvier 2009. Cette profonde modification du système des prestations en espèces en cas de maladie, en généralisant le principe de la continuation de la rémunération par l'employeur, a eu comme corollaire la création de la Mutualité des employeurs, afin de répartir sur une base plus large, les charges financières liées aux congés de maladie à supporter par l'employeur.

La loi du 17 décembre 2010, portant réforme du système des soins de santé, a modifié, à partir de 2011, le financement de l'assurance maladie et elle a institué un taux de cotisation unique pour couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité. Pour les assurés ayant droit à des prestations en espèces, ce taux est majoré de 0,5%. L'Etat n'intervient donc plus directement au niveau du financement des prestations de maternité, qui sont désormais intégrées dans le régime général. En contrepartie, il a renforcé son intervention au niveau des cotisations. Par ailleurs l'article 14 de la loi précitée prévoit également, à titre transitoire jusqu'en 2013, le paiement d'une dotation annuelle de l'Etat de 20 millions EUR pour compenser les charges supplémentaires incombant à la CNS, du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général. A noter que cette disposition est prorogée, par loi budgétaire, jusqu'en 2015.

Les prestations en espèces servies en cas de maladie concernent les arrêts de travail qui dépassent la période de conservation légale de la rémunération¹⁹. Elles visent également les remplacements de salaire relatifs à un congé d'accompagnement²⁰ ou encore les congés de maladie survenus dans le cadre des périodes d'essais.

Les prestations en espèces servies en cas de maladie, par la Mutualité des employeurs, concernent, quant à elles, les arrêts de travail qui interviennent au cours de la période de conservation légale de la rémunération. L'évolution financière de la Mutualité des employeurs est décrite ci-après à la section 4 " Données financières ".

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.

18. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2008/0060/index.html>.

19. En cas de maladie d'un salarié, l'employeur est tenu de continuer le paiement de la rémunération pendant une période d'environ 13 semaines.

20. Le congé d'accompagnement a été introduit en 2009 par la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

3.1. ÉVOLUTION DES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE PRISES EN CHARGE PAR LA CNS

Tableau 19: Evolution à partir de 2011 des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)

	Décomptes			Estimations actualisées ^a	
	2011	2012	2013	2014	2015
Types de prestations					
Indemnités pécuniaires proprement dites	97,2	112,7	117,9	-	-
<i>(dont anciens cas <2009)</i>	<i>0,0</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
Indemnités pendant périodes d'essais	8,2	8,5	8,1	-	-
Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,1	0,1	0,2	-	-
Total	105,5	121,3	126,2	129,0	129,0
<i>Taux de cotisation</i>	<i>0,50%</i>	<i>0,50%</i>	<i>0,50%</i>	<i>0,50%</i>	<i>0,50%</i>

a. Source : Estimations CNS (octobre 2014).

3.2. ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MALADIE

Méthodologie

1. Champ étudié

Sont retenues toutes les occupations de tous les salariés du secteur privé (anciens ouvriers et anciens employés), ayant eu au moins une occupation au cours de l'année. Seul l'absentéisme pour cause de maladie est traité. Les absences relatives à la maternité et aux accidents sont écartées.

2. Source

Les chiffres sur l'absentéisme s'appuient sur les absences renseignées au Centre commun de la sécurité sociale.

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.

.../...

Méthodologie

.../...

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.

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. Elle 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.

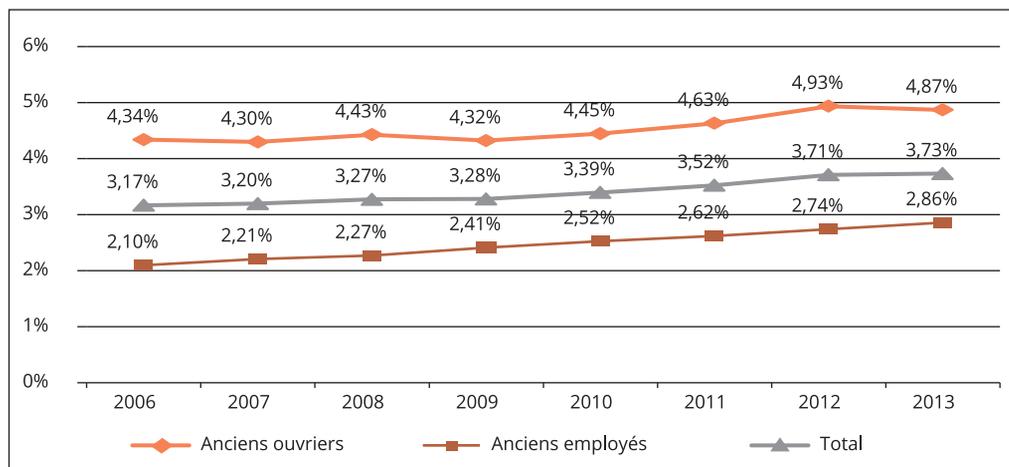
Approche " durée "

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 du secteur privé sur deux (46%) n'a pas été malade au cours de l'année 2013. Ceux qui ont été malades ont connu en moyenne 2,5 épisodes de 8,8 jours chacun. Le taux d'absentéisme des salariés du privé est de 3,7%. Ce dernier n'a quasiment pas augmenté par rapport à l'année passée, ce qui constitue une première depuis 2009, année de la généralisation de la continuation de la rémunération²¹. Ce bon résultat provient d'une légère diminution du taux d'absentéisme des travailleurs ayant une occupation à dominante manuelle (anciens ouvriers). Le taux d'absentéisme des anciens employés est resté, quant à lui, ancré dans une tendance linéaire croissante.

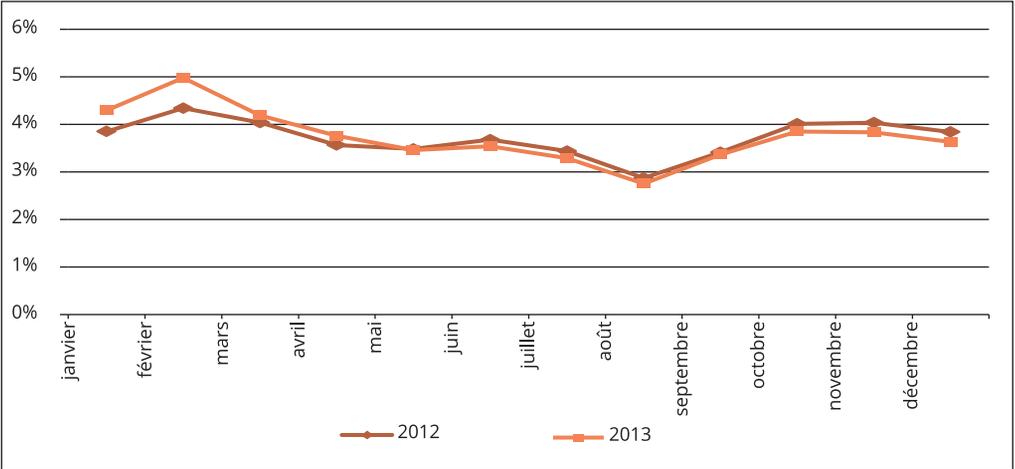
Graphique 26: Evolution du taux d'absentéisme depuis 2006



La stabilisation du taux d'absentéisme, après trois années de hausse successives, s'est produite en dépit d'un début d'année marqué par une épidémie de grippe particulièrement longue. Cet événement se reflète dans l'écart observé entre les taux d'absentéisme de janvier et de février 2012 par rapport à ceux de janvier et de février 2013.

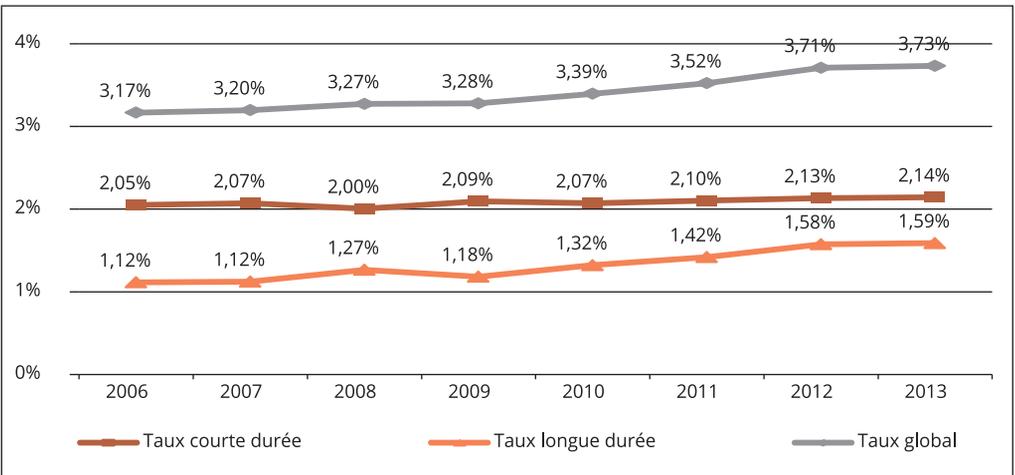
21. Avant 2009, l'intégralité des indemnités pécuniaires de maladie des ouvriers était à charge de la caisse de maladie tandis que pour les employés, l'employeur avait à sa charge les 15 premières semaines de maladie. A partir de 2009, il n'existe plus de distinction entre ouvriers et employés et la charge des 13 premières semaines revient à l'employeur.

Graphique 27: Evolution mensuelle du taux d'absentéisme



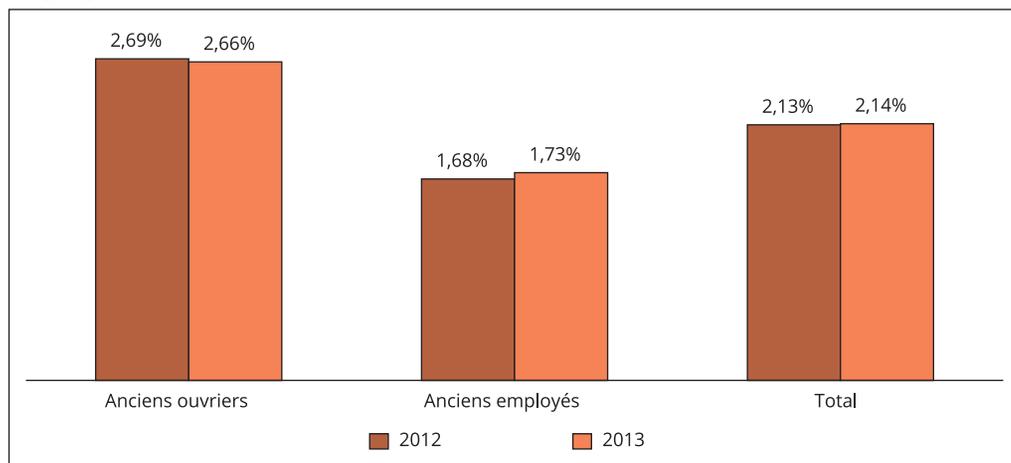
La stabilisation du taux d'absentéisme global observée en 2013 apparait aussi bien dans l'évolution du taux de courte durée (moins de 21 jours) que dans celle du taux de longue durée (plus de 21 jours).

Graphique 28: Evolution des taux d'absentéisme de courte et de longue durée



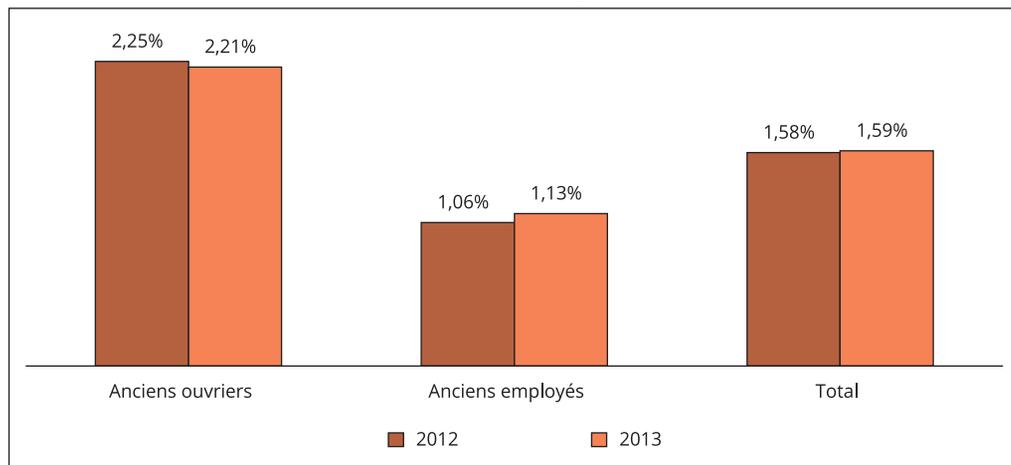
Entre 2012 et 2013, le taux d'absentéisme de courte durée des anciens ouvriers a légèrement diminué alors que celui des anciens employés a légèrement augmenté.

Graphique 29: Evolution du taux d'absentéisme de courte durée selon le statut



Le constat est le même pour le taux d'absentéisme de longue durée.

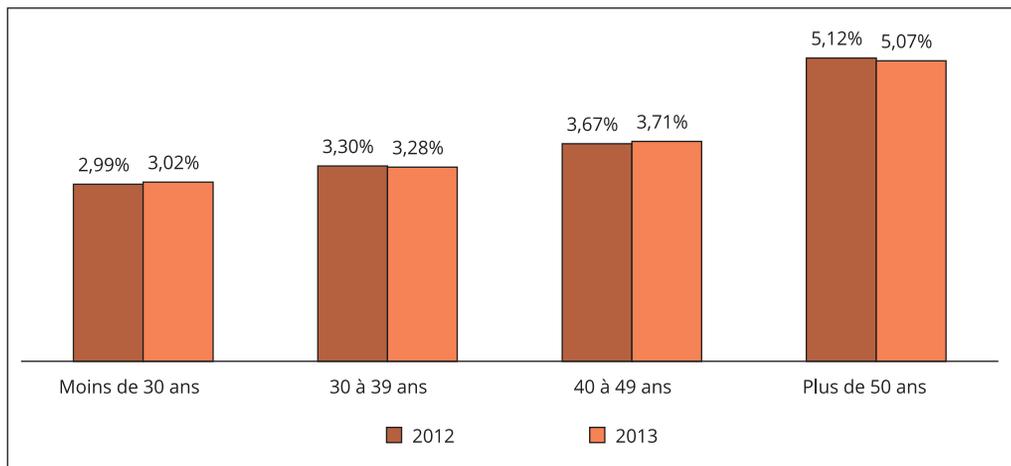
Graphique 30: Evolution du taux d'absentéisme de longue durée selon le statut



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 1,7 fois plus élevé que celui des moins de trente ans. Entre 2012 et 2013, le taux d'absentéisme est resté relativement stable dans chacune des tranches d'âge de la population.

Graphique 31: Taux d'absentéisme selon le groupe d'âge



A côté de l'âge, d'autres caractéristiques individuelles comme le sexe, la résidence ou encore le statut socioprofessionnel font partie des déterminants de l'absentéisme maladie.

Tableau 20: Taux d'absentéisme 2013 selon la résidence, le sexe et le statut

	Frontaliers			Résidents			Femmes	Hommes	TOTAL
	Femmes	Hommes	TOTAL	Femmes	Hommes	TOTAL			
Anciens ouvriers	6,7%	5,0%	5,4%	4,6%	4,4%	4,5%	5,1%	4,7%	4,9%
Anciens employés	3,9%	2,4%	3,1%	3,2%	2,1%	2,7%	3,6%	2,2%	2,9%
TOTAL	4,6%	3,6%	4,0%	3,8%	3,2%	3,5%	4,1%	3,5%	3,7%

Le taux d'absentéisme des femmes (4,1%) est supérieur à celui des hommes (3,5%). 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.

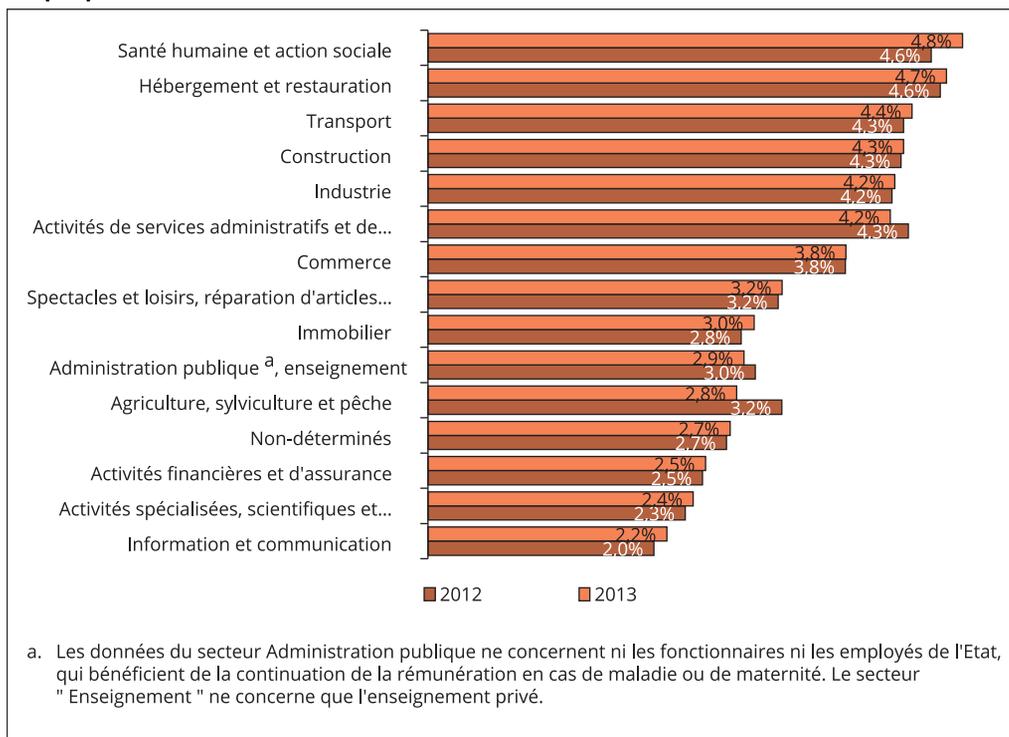
Le taux d'absentéisme des frontaliers (4,0%) est supérieur à celui des résidents (3,5%). Le fait de résider au-delà des frontières est porteur d'un certain nombre de particularités qui peuvent expliquer cet écart. Parmi celles-ci, on peut mentionner les durées de trajet domicile-travail qui sont majorées 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).

Le taux d'absentéisme des travailleurs ayant une occupation à dominante manuelle (anciens ouvriers) (4,9%) est supérieur à celui des travailleurs ayant une occupation à dominante intellectuelle (anciens employés) (2,9%). Cet écart s'explique par la pénibilité du travail manuel par rapport au travail intellectuel.

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 une exposition au risque de tomber malade plus ou moins prononcée (les ouvriers qui travaillent en extérieur ont un risque majoré de tomber malade par rapport aux employés de bureau), 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 32 présente les taux d'absentéisme par secteur pour les années 2012 et 2013.

Graphique 32: Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité



Avec un taux d'absentéisme de 4,8%, le secteur de la santé humaine et de l'action sociale présente cette année encore le taux le plus élevé. Il fait d'ailleurs partie des secteurs qui ont présenté les plus fortes augmentations entre 2012 et 2013.

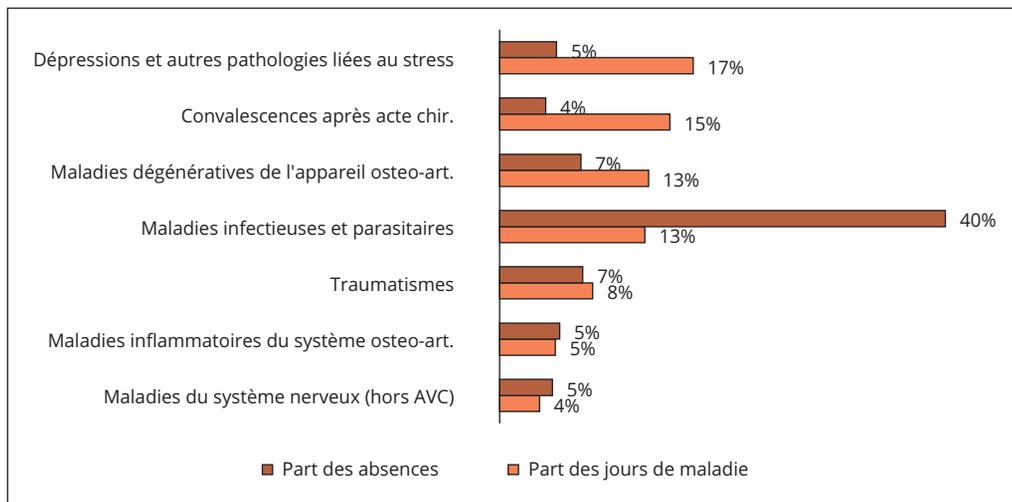
3.2.4. Raisons médicales des absences des résidents²²

En 2013, les absences liées aux dépressions et autres pathologies liées au stress ont représenté 17% des jours de maladie mais seulement 5% des épisodes d'absence ce qui signifie qu'en moyenne, cette pathologie est associée à des durées d'absence relativement longues.

22. 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.

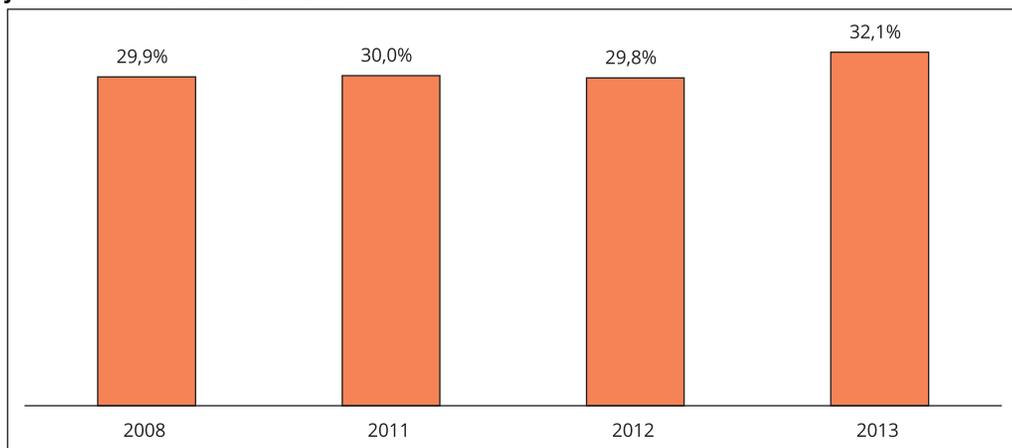
A l'opposé, les absences liées à une maladie infectieuse ou parasitaire (grippe, gastro-entérites, sinusites, otites...) ont représenté 40% des absences mais seulement 13% des jours de maladie.

Graphique 33: Poids des principales raisons médicales dans la fréquence et dans le nombre de jours d'absences



Concernant les absences de courte durée (moins de 21 jours), les principales causes d'absence sont les maladies infectieuses ou parasitaires. Ces dernières ont représenté en 2013 près d'1/3 des jours de maladie de courte durée.

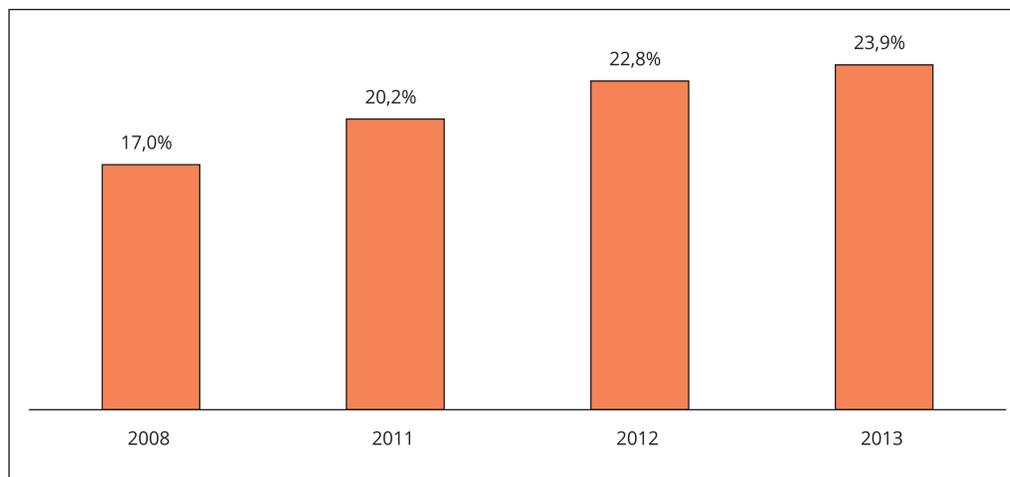
Graphique 34: Evolution du poids des maladies infectieuses ou parasitaires dans le nombre de jours d'absence de courte durée



L'augmentation observée en 2013 du poids des maladies infectieuses ou parasitaires dans le nombre de jours de maladie de courte durée s'explique par un début d'année marqué par une épidémie de grippe particulièrement longue.

En ce qui concerne les absences de longue durée (22 jours et plus), ce sont les dépressions et autres pathologies liées au stress qui en sont les principales causes. Ces dernières ont concentré en 2013 près d'1/4 des jours de maladie de longue durée.

Graphique 35: Evolution du poids des dépressions et autres pathologies liées aux stress dans le nombre de jours d'absence de longue durée



Le poids des dépressions et autres pathologies liées au stress a, une fois de plus, augmenté en 2013. Cette augmentation (+4,5%) est toutefois bien moins prononcée que celle observée en 2012 (+13,1%) et qui avait alors contribué à raison de 50% à l'augmentation du taux d'absentéisme de longue durée.

3.3. ANALYSE DE L'ABSENTEISME POUR CAUSE DE MATERNITE

3.3.1. Les bénéficiaires d'un congé de maternité

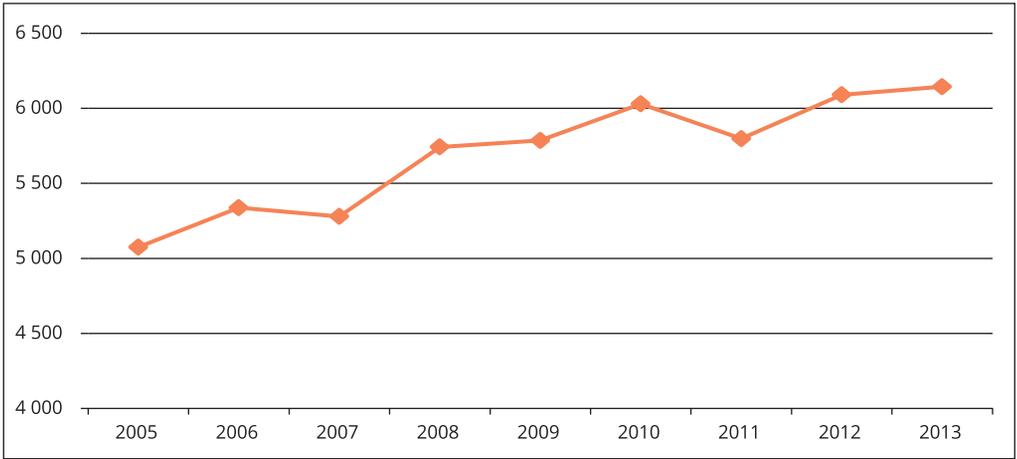
6 144 femmes, soit 3,9% de l'ensemble des femmes actives, ont bénéficié d'un congé de maternité en 2013 (ne sont pris en compte que les congés ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Par rapport à l'année passée, ce nombre a augmenté de 0,9%.

Tableau 21: Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge en 2013

	Nombre	En % du total
<20 ans	6	0,1%
20-24	291	4,7%
25-29	1 652	26,9%
30-34	2 464	40,1%
35-39	1 410	22,9%
>= 40 ans	321	5,2%
TOTAL	6 144	100,0%
<i>Variation annuelle</i>	<i>0,9%</i>	

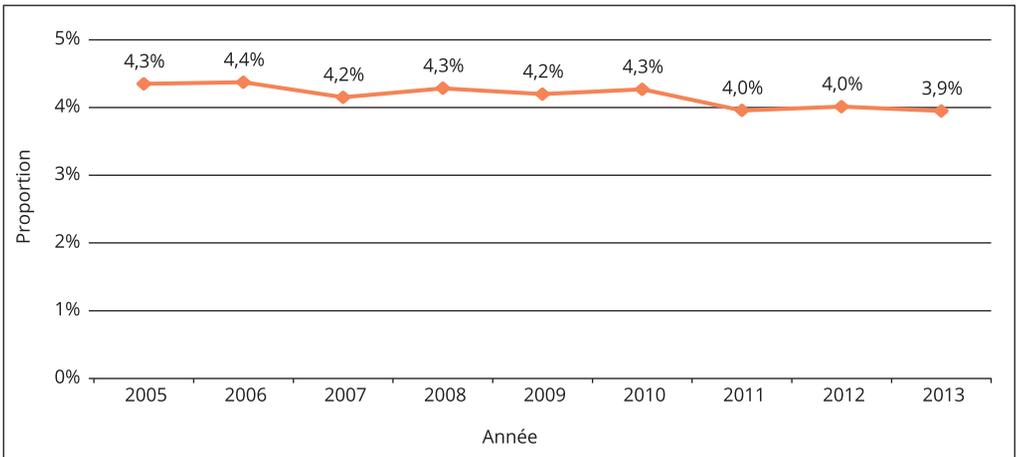
Entre 2005 et 2013, le nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité est passé de 5 075 à 6 144 ce qui constitue une augmentation moyenne de 2,4% par année.

Graphique 36: Evolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité



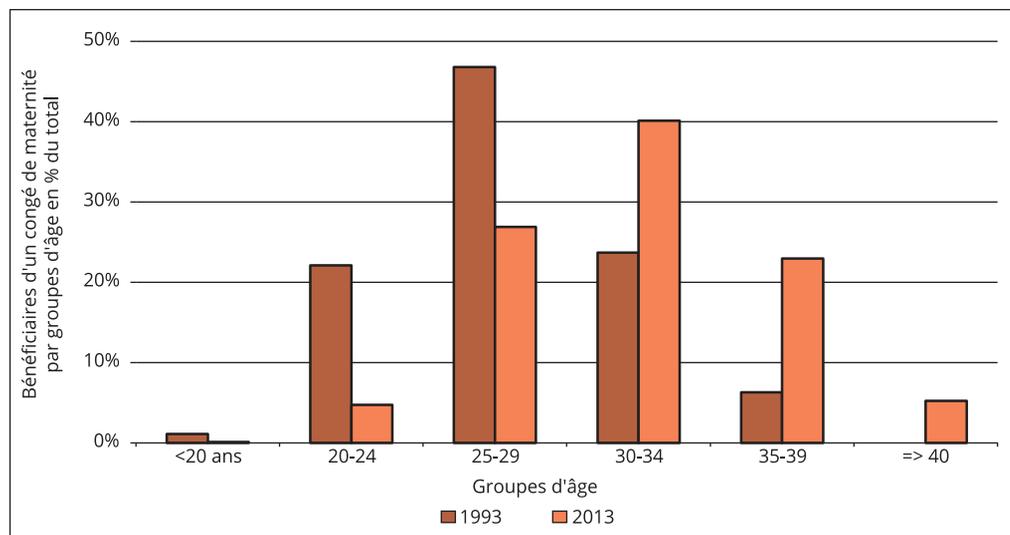
La diminution du nombre de bénéficiaires du congé de maternité que l'on a pu observer en 2011 provient d'une baisse des naissances qui a concerné aussi bien les résidentes que les frontalières. En 2012 et 2013, le nombre de bénéficiaires a recommencé à progresser. Etant donné que cette progression s'explique essentiellement par l'augmentation du nombre de femmes en emploi, elle ne se traduit pas par une augmentation de la proportion de femmes actives ayant bénéficié d'un congé de maternité. En effet, sur la période 2011-2013, la proportion en question est restée stable à 4% alors qu'elle était de 4,3% en moyenne sur la période 2005-2010.

Graphique 37: Evolution de la proportion des femmes actives 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 1993 et 2013. Si en 1993, la très large majorité (70%) des bénéficiaires avait moins de 30 ans, on constate dorénavant que 68% des bénéficiaires sont âgées de 30 ans et plus.

Graphique 38: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 1993 et 2013



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.

7,7% des accouchements, liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2013, ont été prématurés et 1,8% ont été multiples. Chez les femmes de plus de 40 ans, ces proportions sont près de deux fois supérieures à la moyenne.

Tableau 22: Accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2013, selon le type et le groupe d'âge

Groupes d'âge	Multiple	Prématuré	Normal	TOTAL
<20 ans			6	6
20-24	2	14	275	291
25-29	20	120	1 512	1 652
30-34	42	186	2 236	2 464
35-39	34	112	1 264	1 410
>= 40 ans	11	40	270	321
TOTAL	109	472	5 563	6 144

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 2013, cette prolongation a été accordée dans 81% 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 23: 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 2013

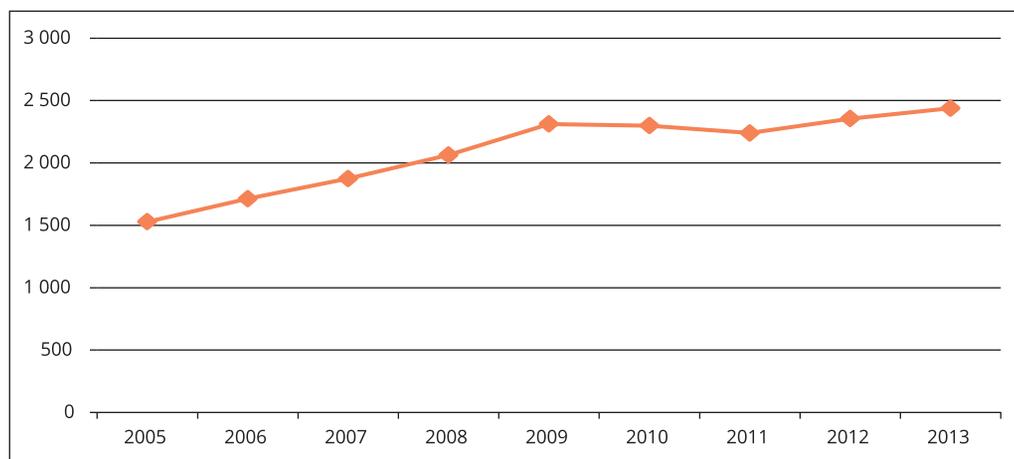
Groupes d'âge	Proportion
<20 ans	67%
20-24	78%
25-29	80%
30-34	83%
35-39	82%
>= 40 ans	74%
TOTAL	81%

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 2013, on voit que 2 438 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 progression de 3,5% par rapport à l'année passée.

Graphique 39: Evolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail



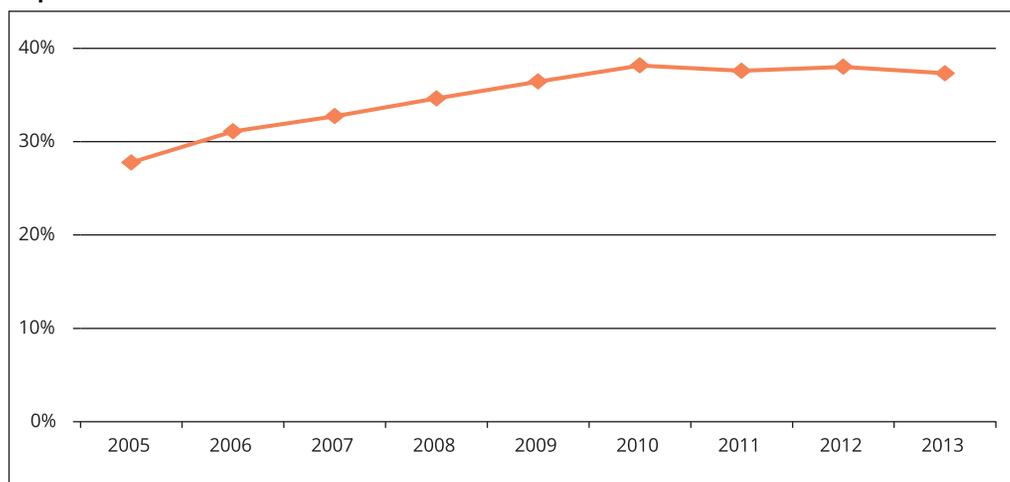
Entre 2005 et 2009, le nombre de dispenses a augmenté chaque année de 10,9% en moyenne. L'année 2010 a été marquée par un véritable freinage qui s'est confirmé en 2011. Depuis 2012, le nombre de dispenses accordées chaque année repart à la hausse.

Outre l'évolution du nombre de congé 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. Le décalage, observé sur la période 2005-2009, entre l'évolution du nombre de congés de maternité (+3,3% en moyenne) et celle du nombre de dispenses (+10,9% en moyenne) est révélateur de l'influence des mécanismes en question.

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 avoir augmenté tout au long de la période 2005-2010, la proportion de congés de maternité précédés d'une dispense s'est stabilisée autour de 38% à partir de 2011, traduisant par là un certain parallélisme entre l'évolution du nombre de congés de maternité et celle du nombre de dispenses.

Graphique 40: Evolution de la proportion de congés de maternité qui ont été précédés d'une dispense



En 2013, quatre secteurs ont concentré à eux seuls près de 80% des dispenses : le secteur de la santé humaine et de l'action sociale (35%), le secteur de l'hébergement et de la restauration (13%), le secteur des activités de services administratifs et de soutien (12%) et le secteur du commerce (20%).

Tableau 24: Répartition sectorielle des dispenses ayant pris fin au cours de l'année 2013

SECTEUR REV2	Nombre	En % du total
Santé humaine et action sociale	858	35,2%
Hébergement et restauration	310	12,7%
Activités de services administratifs et de soutien	282	11,6%
Commerce	480	19,7%
Spectacles et loisirs, réparation d'articles domestiques et autres services	174	7,1%
Industrie	84	3,4%
Transport	37	1,5%
Administration publique ^a , enseignement	47	1,9%
Agriculture, sylviculture et pêche	2	0,1%
Construction	14	0,6%
Non-déterminés	10	0,4%
Activités financières et d'assurance	83	3,4%
Immobilier	3	0,1%
Information et communication	11	0,5%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	43	1,8%
TOTAL	2 438	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 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 2013 ont été précédés d'une dispense. Ces secteurs ont la particularité de regrouper un grand nombre de métiers nécessitant une station debout prolongée.

Tableau 25: Proportion de congés de maternité, ayant pris fin au cours de l'année 2013, qui ont été précédés d'une dispense, selon le secteur d'activité

SECTEUR REV2	Proportion
Hébergement et restauration	73%
Santé humaine et action sociale	72%
Activités de services administratifs et de soutien	61%
Commerce	53%
Autres secteurs	14%
TOTAL	37%

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, chaque parent peut prendre un congé pour raisons familiales jusqu'à concurrence de 2 jours par an et par enfant.

21 666 travailleurs, soit 5,5% des actifs, ont bénéficié d'un congé pour raisons familiales (ne sont pris en compte que les congés ayant pris fin au cours de l'année étudiée). Cette proportion est en hausse par rapport à 2012 (5,1%). En absolu comme en relatif, ce sont les femmes qui y recourent le plus fréquemment.

Tableau 26: Proportion de travailleurs ayant bénéficié d'un congé pour raison familiale qui a pris fin au cours de l'année considérée

Année	Femmes	Hommes	Total
2012	8,2%	3,1%	5,1%
2013	8,7%	3,5%	5,5%

4. DONNÉES FINANCIÈRES

Remarque introductive :

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**. En effet la loi du 13 mai 2008 a introduit le statut unique et la continuation de la rémunération en cas de maladie pour tous les travailleurs salariés du secteur privé à partir du 1^{er} janvier 2009. Il n'y a plus de distinction entre ouvriers et employés et les 13 premières semaines de maladie sont à charge de l'employeur. Ce surcoût à charge des employeurs a été compensé par une baisse du taux de cotisation à l'assurance maladie-maternité, prestations en espèces, ainsi que par un surplus de cotisation payé par les salariés occupés à des tâches manuelles pendant une période transitoire²³. Depuis la fin de cette dernière, l'Etat participe au financement de la Mutualité des employeurs.
- Le **système des soins de santé et l'organisation de l'assurance maladie-maternité** par la loi du 17 décembre 2010, portant réforme du système des soins de santé. Cette loi a modifié, à partir de 2011, le financement de l'assurance maladie-maternité en abolissant les différentes gestions et en instituant un taux de cotisation unique pour couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité. Par cette même réforme, le taux de cotisation pour les soins de santé est passé de 5,4% (part assuré + part patron) à 5,6% et les prestations de maternité ont été intégrées dans le régime général.

Remarque : Il faut tenir compte de ces modifications si on analyse les résultats financiers avant et après la date d'introduction de ces réformes successives. Ainsi, suite à la réforme dite du " statut unique ", le volume du budget de l'assurance maladie-maternité a diminué en 2009 en raison de l'indemnisation des cas de maladie inférieure à 3 mois par la Mutualité des employeurs. L'intégration des prestations de maternité dans le régime général à partir de 2011, a influencé le niveau des cotisations étant donné que l'Etat participe dorénavant uniquement aux cotisations et n'intervient plus du côté des prestations.

INTRODUCTION

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

Par dérogation à cette disposition, la loi budgétaire avait abaissé pour 2010 le seuil inférieur de la réserve à 5,5% du montant annuel des dépenses courantes. La loi du 17 décembre 2010 a prorogé cette mesure pour 2011. Le niveau du seuil inférieur de la réserve a été relevé à 6,5% pour 2012, à 7,5% pour 2013 et à 8,5% pour 2014. A partir de 2015 la réserve regagne le seuil de 10%.

23. L'ancien taux était de 2,35% et le nouveau taux est de 0,25%. Pendant une période transitoire, se terminant en 2013, les salariés occupés principalement à des tâches manuelles ont contribué au financement de la Mutualité des employeurs 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. Ils ont payé ces cotisations au Centre commun et celui-ci les a reversées à la Mutualité des employeurs. En 2013, l'Etat a compensé la totalité du surcoût pour les employeurs par le biais d'une intervention dans le financement de la Mutualité des employeurs.

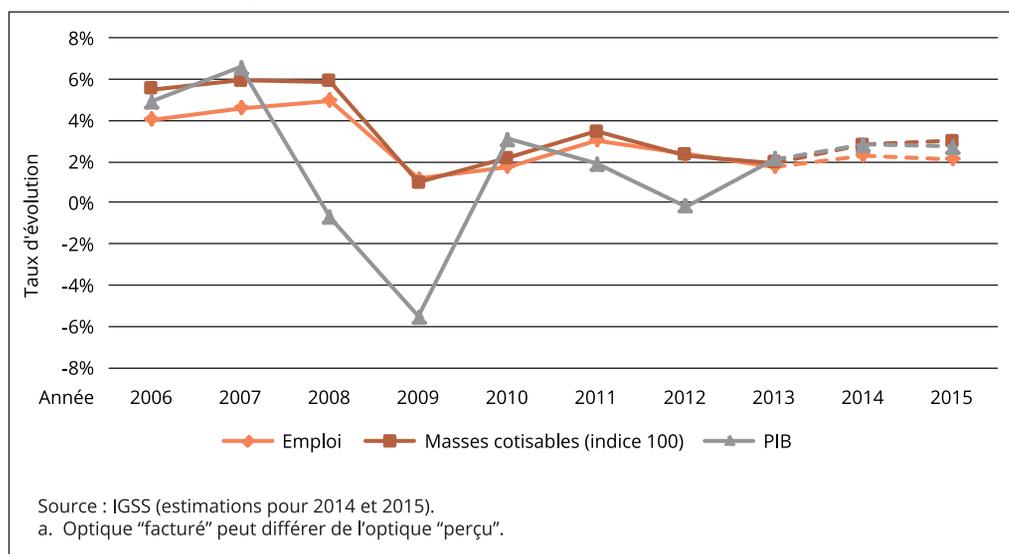
Le financement de la Mutualité est renseigné plus explicitement sous 5.3. vers la fin de ce chapitre.

En dehors des revenus de placements et d'autres ressources, les ressources nécessaires sont basées sur des cotisations. La *source de financement* la plus importante provient des cotisations des assurés (actifs et pensionnés) ainsi que des employeurs. Le taux de participation de l'Etat au niveau des cotisations, fixé par la loi, s'élève à 40%.

4.1. CONTEXTE ÉCONOMIQUE

Si on fait le bilan de l'évolution économique du Luxembourg de 2006 à 2015, présentée dans le graphique suivant, on constate qu'après chaque crise, la situation économique et l'emploi se sont certes redressés et consolidés, mais sur un palier chaque fois plus bas.

Graphique 41: Evolution de l'emploi, des masses des salaires cotisables ^a ainsi que du PIB de l'économie luxembourgeoise (évolution en %)



La crise financière internationale qui a débuté en 2008 a confronté le Luxembourg à un ralentissement important de la croissance du PIB, une baisse de l'emploi allant de pair avec la diminution de la masse cotisable. En effet, l'évolution du PIB passe de +6,6% en 2006 à -5,9% en 2009. En 2010 le PIB accélère à nouveau. Cette embellie ne sera que de courte durée car à partir de 2011 le PIB se tasse, tendance qui se renforce même pour 2012 (-0,2%), où on frise la récession. Malgré l'évolution négative du PIB en 2012, l'emploi résiste encore relativement bien. L'économie a repris en 2013 et selon les dernières estimations du STATEC, le PIB accélérera de nouveau en 2014. Pour l'année 2015 une évolution en ligne avec celle de 2014 est prévue pour le PIB et l'emploi.

4.2. ÉQUILIBRE FINANCIER

Le tableau suivant retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité à partir de 2011 et présente des estimations actualisées pour l'année en cours ainsi que pour l'exercice budgétaire 2015.

Tableau 27: Evolution financière globale de l'assurance maladie-maternité ^a (en millions EUR)

Exercice	Décomptes			Estimations actualisées ^b	
	2011	2012	2013 ^c	2014	2015
<i>N.i. du coût de la vie (moyenne annuelle)</i>	724,34	742,44	761,00	775,17	789,70
Recettes					
Cotisations	1 262,8	1 332,6	1 396,7	1 465,6	1 538,1
Cotisations forfaitaires Etat	841,3	888,2	931,0	977,1	1 025,4
Autres contributions de l'Etat ^d	20,1	20,1	20,2	20,1	20,1
Autres recettes	35,9	31,6	32,6	33,9	33,5
TOTAL DES RECETTES COURANTES	2 160,1	2 272,5	2 380,5	2 496,7	2 617,1
<i>Variation annuelle en %</i>	6,7%	5,2%	4,8%	4,9%	4,8%
Dépenses					
Frais d'administration	67,4	70,9	76,2	80,3	83,5
Prestations en espèces ^e	232,5	258,9	271,4	282,4	299,5
Prestations en nature	1 775,9	1 892,2	1 991,8	2 027,7	2 125,6
Autres dépenses	5,9	6,5	63,6	125,7	65,8
TOTAL DES DEPENSES COURANTES ^f	2 081,8	2 228,4	2 403,0	2 516,0	2 574,4
<i>Variation annuelle en %</i>	2,6%	7,0%	7,8%	4,7%	2,3%
Solde des opérations courantes ^f	78,3	44,1	-22,5	-19,4	42,7
Participation de l'Etat (en % des recettes courantes)	39,9%	40,0%	40,0%	39,9%	39,9%
Réserve globale	272,8	317,0	294,5	275,1	317,8
Réserve minimale ^g	114,5	144,8	180,2	213,9	257,4
Taux réserve globale / dépenses courantes	13,1%	14,2%	12,3%	10,9%	12,3%
Taux réserve minimum / dépenses courantes	5,5%	6,5%	7,5%	8,5%	10,0%
Excédent/découvert cumulé (après opérations sur réserve)	158,3	172,1	114,2	61,2	60,4
Taux de cotisation unique pour PN	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%	5,60%
Taux d'équilibre de l'exercice	5,39%	5,56%	5,75%	5,73%	5,60%

- Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions pour prestations.
- Source: Prévisions budgétaires CNS (octobre 2014).
- En 2013, modifications de la méthode comptable :
 - désormais, les reports de prestations des prestataires nationaux sont comptabilisés comme provisions ;
 - la période de prise en compte des décomptes étrangers a été prolongée de six semaines.
 Ces changements de la méthode comptable ont contribué considérablement à l'augmentation des dépenses 2013.
- L'article 14 de la loi du 27 décembre 2010 a prévu, à titre transitoire jusqu'en 2013, le paiement par l'Etat d'une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les charges supplémentaires incombant à la CNS, du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général. Cette disposition a été prorogée par la loi relative au budget des recettes et des dépenses de l'Etat jusqu'en 2015.
- Y compris la part patronale dans les prestations.
- La dette prévisible restante envers les institutions de la sécurité sociale étrangères sera comptabilisée entre 2014 à 2016 sous forme de provisions (60% en 2014, 30% en 2015 et 10% en 2016).
- 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%.

En 2013 on observe une hausse des recettes effectives de 4,8% contre une croissance des dépenses effectives de 7,8%. Pour les années 2014 et 2015 la croissance des recettes s'aligne à celle de 2013 tandis que l'évolution des dépenses est revue à la baisse pour 2014 (4,7%) et 2015 (2,3%). Les recettes augmentent en 2015 de 4,8% et évoluent de cette manière plus rapidement que les dépenses (+2,3%, variation corrigée : +4,9%) de manière à générer un écart entre recettes et dépenses de 43 millions EUR.

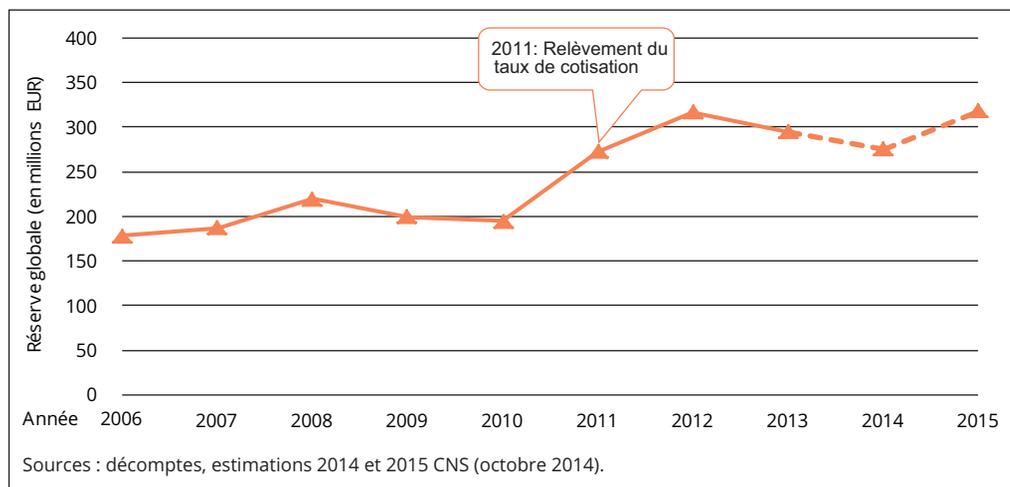
Il y a lieu de noter qu'une vue plus réelle de l'évolution des dépenses est donnée en faisant abstraction de l'adaptation de la méthode comptable en matière de provisionnement de frais de sorte que les dépenses auraient évolué de 3,1% en 2013, de 4,4% en 2014 et de 4,9% en 2015. Et ceci donc contre des recettes qui évoluent à un niveau de 4,8% à 4,9% sur la période 2013 à 2015.

L'année 2013 a clôturé avec un solde des opérations courantes négatif et un excédent cumulé de 114,2 millions EUR. Les prévisions pour 2014 annoncent un déficit annuel de 19,4 millions EUR et une baisse sensible du niveau de l'excédent cumulé.

Pour 2015, les dépenses augmenteront moins rapidement que les recettes et le solde des opérations redeviendra positif.

En 2015 la réserve minimale atteindra de nouveau 10% et l'excédent cumulé comprendra environ 60,4 millions EUR, comparable aux 61,2 millions EUR prévus pour l'excédent cumulé de 2014 (cf. graphique suivant).

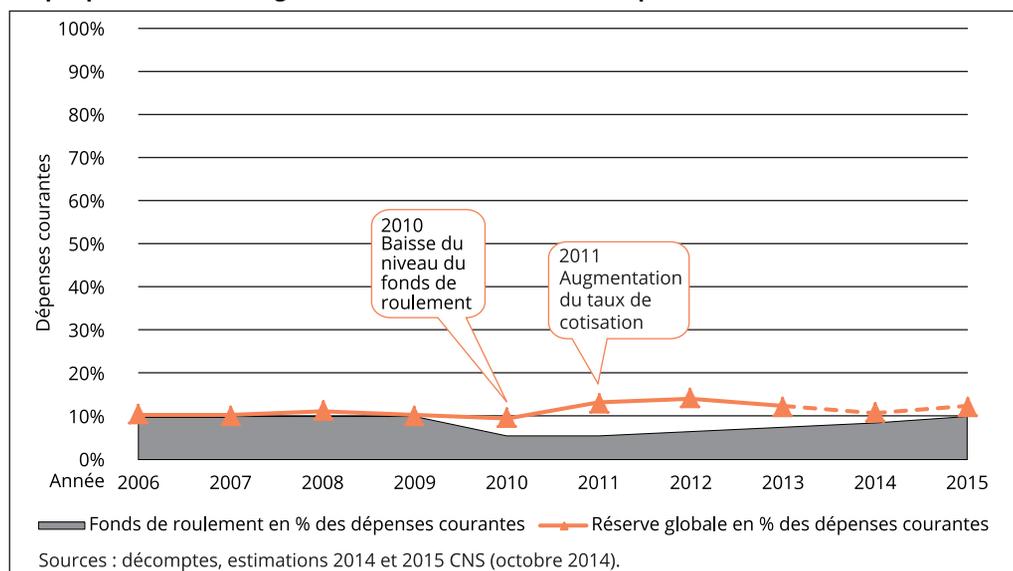
Graphique 42: La réserve globale en fin d'année en valeur absolue



En 2009, la crise économique et la situation tendue sur le marché de l'emploi ont provoqué un ralentissement spectaculaire des rentrées en cotisations (voir graphique ci-après) et ont menacé sérieusement l'équilibre financier de la CNS.

Afin de faire face aux problèmes structurels auprès de l'assurance maladie-maternité et d'assainir durablement son assise financière, le Gouvernement a décidé d'engager une réforme en profondeur, votée en décembre 2010. Tout en attendant que les changements structurels prévus par la loi montrent leurs effets, des mesures d'économie quick-win (baisse du fonds de roulement, augmentation du taux de cotisation, stand-still, etc.) ont réussi à redresser la situation financière de l'assurance maladie à court terme.

Graphique 43: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes



Le graphique précédent visualise l'évolution de la réserve par rapport aux dépenses courantes. Ce rapport illustre qu'un excédent de financement apparemment important en valeur absolue, ne représente qu'un petit pourcentage de la masse des dépenses. Il faut noter également que l'excédent pour les années 2010 à 2014 est surévalué en raison de la diminution du taux de la réserve légale à respectivement 5,5% pour 2010 et 2011, 6,5% pour 2012, 7,5% pour 2013 et 8,5% pour 2014.

4.3. ÉVOLUTION DES RECETTES ET DES DÉPENSES

Le tableau ci-après retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité à partir de 2011 et présente des estimations actualisées pour l'année en cours ainsi que pour l'exercice budgétaire 2015.

Tableau 28: Equilibre financier de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

Exercice	Décomptes			Estimations actualisées ^a	
	2011	2012	2013	2014	2015
RECETTES COURANTES^b	2 160,1	2 272,5	2 380,5	2 496,7	2 617,1
DEPENSES COURANTES^b	2 081,8	2 228,4	2 403,0	2 516,0	2 574,4
Solde des opérations courantes	78,3	44,1	-22,5	-19,4	42,7
Réserve globale	272,8	317,0	294,5	275,1	317,8
Fonds de roulement minimum ^c	114,5	144,8	180,2	213,9	257,4
Taux réserve minimum / dépenses courantes	5,5%	6,5%	7,5%	8,5%	10,0%
Excédent/découvert cumulé (après opérations sur réserve)	158,3	172,1	114,2	61,2	60,4

a. Source: Prévisions budgétaires CNS (octobre 2014).

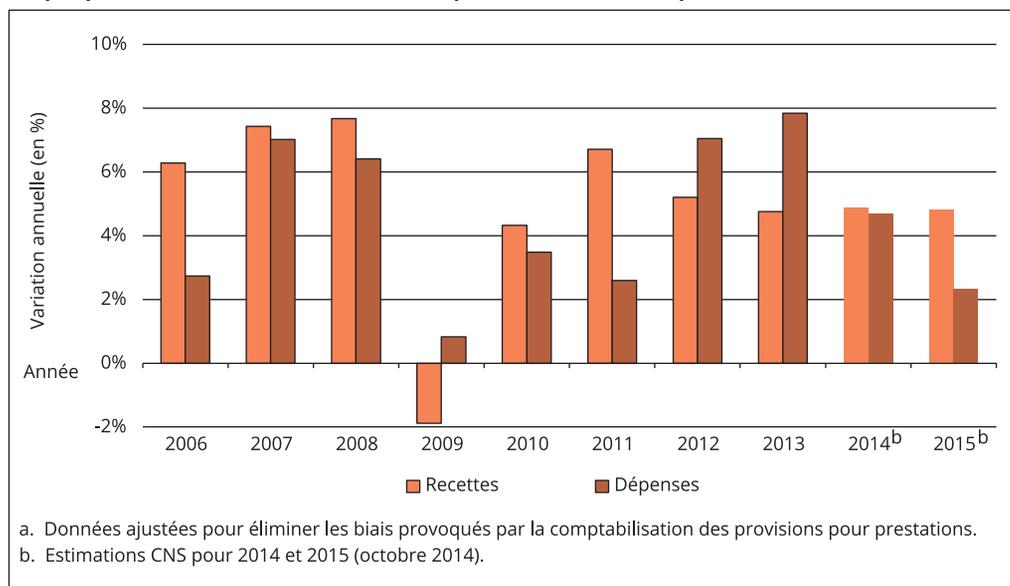
b. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions.

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%.

L'année 2013 a été clôturée avec un excédent cumulé de 114,2 millions EUR. Pour les exercices 2014 et 2015 cette baisse sensible continuera et cet excédent se situera autour de 60 millions EUR.

Il faut cependant noter que cette décroissance, surtout pour 2013, est due en partie à l'augmentation des dépenses courantes résultant des provisions supplémentaires créées par les adaptations de la méthode comptable (+58,7 millions EUR en 2013) et de la prolongation de 6 semaines du délai d'introduction des décomptes des institutions de sécurité sociale étrangères (+49,1 millions EUR régularisés). S'y ajoute la comptabilisation de la dette prévisible restante envers les institutions de la sécurité sociale étrangères dans les dépenses de 2014 à 2016 (60%, soit 120 millions EUR en 2014, 30% soit 60 millions EUR en 2015 et 10%, soit 20 millions EUR en 2016).

Graphique 44: Evolution des recettes et dépenses courantes ^a à partir de 2006

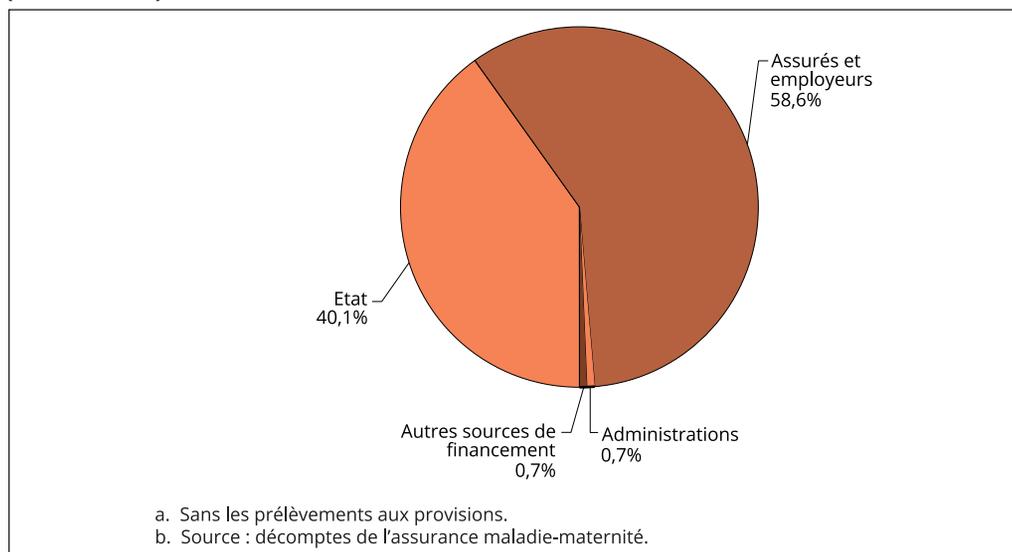


Comme souligné déjà sous le premier tableau (évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité) au début de ce chapitre, l'évolution réelle des dépenses (c.à.d. après abstraction des adaptations de la méthode comptable mentionnées ci-avant), montre un écart entre les recettes et les dépenses pour 2013 en faveur des dépenses. En 2014 le niveau recettes/dépenses est à peu près en équilibre et en 2015 l'écart entre l'évolution des recettes et dépenses se creuse.

En résumé, les estimations actuelles jusqu'en 2015 prévoient donc une situation financière stable avec un résultat cumulé positif.

Comme l'illustrent le graphique et le tableau suivants, l'évolution des recettes est influencée par la participation de l'Etat et les cotisations payées par les assurés et employeurs.

Graphique 45: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2013 (en % du total) ^{ab}



Si on considère le poids des différents intervenants dans le financement, on constate que les rapports demeurent assez stables au fil des années. La participation de l'Etat se limite aux cotisations, avec un taux fixe porté à 40%, pour englober le financement des prestations de maternité. A côté de cette participation, l'Etat verse depuis 2011 jusqu'en 2015 une dotation annuelle de 20 millions EUR pour compenser les frais supplémentaires causés à la CNS du fait de l'intégration des frais de maternité dans le régime général.

Tableau 29: Les cotisations de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

Exercice	Décomptes			Estimations actualisées ^a	
	2011	2012	2013	2014	2015
Etat	864,0	911,0	953,9	999,9	1 048,2
Assurés et employeurs	1 260,1	1 330,0	1 394,0	1 462,9	1 535,4
Administrations	14,2	14,8	16,7	17,6	18,2
Autres sources de financement	21,7	16,7	15,9	16,3	15,3
TOTAL RECETTES COURANTES ^b	2 160,1	2 272,5	2 380,5	2 496,7	2 617,1
En % du total					
Etat	40,0%	40,1%	40,1%	40,0%	40,1%
Assurés et employeurs	58,3%	58,5%	58,6%	58,6%	58,7%
Administrations	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%
Autres sources de financement	1,0%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

a. Source : Estimations CNS (octobre 2014).

b. Sans les prélèvements aux provisions.

L'augmentation du niveau des cotisations en 2011 s'explique essentiellement par deux facteurs que sont l'augmentation du taux de cotisation ainsi qu'une reprise économique. Pour les années 2012-2015 l'évolution des cotisations est stable et se situe aux alentours de 5%.

4.4. LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS

La Mutualité des employeurs est une institution de la sécurité sociale créée par la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du privé.

L'objet de cette institution est de mutualiser le coût financier correspondant à la période de continuation de la rémunération. Cette dernière ayant été généralisée à l'ensemble des salariés suite à la loi du 13 mai 2008.

4.4.1. Le système de financement

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 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. Dans la pratique, cette surprime a été collectée par le Centre commun de la sécurité sociale puis reversée à la Mutualité des employeurs. En 2013, ce montant qui représente environ 0,6% masse cotisable des assurés obligatoires au sens de l'article 53, alinéa 1^{er} a été intégralement pris en charge par l'Etat. En 2014, l'Etat intervient à raison de 0,3% de la masse cotisable en question.

4.4.2. Evolution de la situation financière depuis 2009

Tableau 30: Evolution des recettes et dépenses globales de la Mutualité des employeurs entre 2009 et 2013 (en millions EUR)

EXERCICE	2009	2010	2011	2012	2013
RECETTES					
Cotisations	265	261	301	286	247
<i>dont Surprime</i>	71	73	76	37	4
Participation de tiers (Etat) ^{a b}	27	0	25	25	95
Autres recettes	1	1	2	2	1
TOTAL DES RECETTES COURANTES	293	262	328	313	342
<i>Variation annuelle en %</i>		-10,7%	25,2%	-4,4%	9,2%
DEPENSES					
Frais d'administration	1	1	1	1	1
Prestations en espèces	236	260	275	299	324
Autres dépenses ^{c d}	0	0	25	25	25
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	237	261	301	325	350
<i>Variation annuelle en %</i>		10,1%	15,2%	8,2%	7,7%
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	56	1	27	-12	-8
Réserve globale	56	57	84	72	64
<i>dont fond de roulement à rembourser à l'Etat</i>	27	27	27	10	0
Réserve minimale	24	26	30	33	35
Taux réserve globale / dépenses courantes	23,7%	21,9%	28,0%	22,1%	18,2%
Taux réserve minimum / prestations	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%
Excédent/découvert cumulé (après op.sur réserve)	6	4	27	29	29
Taux de cotisation moyen	1,76%	1,63%	1,79%	1,92%	1,81%

- Versement de l'Etat de 27 millions EUR en 2009 en tant que dotation initiale au fond de roulement. Cette dotation, qui ne devait initialement n'être qu'une avance, a été laissée à la disposition de la Mutualité afin de compenser le coût supplémentaire généré par la généralisation de la continuation de la rémunération.
- Entre 2011 et 2015 l'Etat verse annuellement à la Mutualité des employeurs 25 millions EUR en guise de compensation de l'augmentation du SSM intervenue au 1^{er} janvier 2011.
- Transfert de la Mutualité des employeurs au bénéfice des patrons des 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.
- 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 EUR définis en 2) 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 EUR ont toutefois déjà été comptabilisées en 2009 dans le volet recettes. Ils ne sont donc pas repris dans ce tableau. Idem pour les 10 millions EUR restant du fond de roulement, utilisés en 2013.

Source(s) : Décompte de la Mutualité des employeurs - Rectifications IGSS.

En 2012, la surprime supportée depuis 2009 par les " anciens ouvriers " est passée de 2,1% à 1% de la masse cotisable²⁴ 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 remboursée à l'Etat.

La compensation, par l'Etat, de la perte subie par la Mutualité n'a été que partielle étant donné que la surprime dont elle a bénéficié intégralement jusqu'en 2011 a plus que compensé le surcoût supporté par les patrons suite à la généralisation de la continuation de la rémunération²⁵. Aussi, même si l'intervention de l'Etat de 17,1 millions EUR a permis de neutraliser intégralement le surcoût cumulé depuis 2009 du fait de la généralisation de la continuation de rémunération, elle n'a pas empêché la Mutualité des employeurs de présenter un solde des opérations courantes déficitaire de 12 millions EUR²⁶.

En 2013, la participation de l'Etat dans le financement de la Mutualité des employeurs s'est faite selon les modalités suivantes :

- 9,9 millions EUR restant 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 remboursée à l'Etat ;
- 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 reste tout de même, avec 29 millions EUR, relativement confortable.

24. Masse cotisable assurance maladie - prestations en espèces.

25. Le taux d'équilibre permettant le financement de la gestion prestations en espèces de l'assurance maladie (0,5% de la masse cotisable des salariés) a été calculé de façon à ce que le surcoût à charge des employeurs (qui tient compte de la baisse du taux de cotisation pour les employeurs des anciens ouvriers et de la réduction de la période de maladie prise en charge par les employeurs des anciens employés) corresponde exactement au gain des salariés. Le gain en question ne se résume toutefois pas à la surprime. Il est égal à la surprime de laquelle on retranche l'effet de la hausse du taux de cotisation supportée par les anciens employés.

26. Le décompte de la Mutualité des employeurs fait ressortir un déficit de 20 millions EUR. La différence de 8 millions EUR s'explique de la façon suivante : d'une part, 17 millions EUR correspondant à une partie du fond de roulement mis à disposition par l'Etat en 2009 et qui ont déjà été comptabilisées à l'époque dans participation de tiers sont à nouveau repris dans le volet recettes du décompte 2012. D'autre part, toujours dans le décompte 2012 de la Mutualité des employeurs, le transfert de 25 millions EUR au profit des patrons, destiné à compenser l'augmentation du SSM intervenue au 1^{er} janvier 2011, apparaît deux fois étant donné qu'il n'a pas pu, pour des raisons techniques être effectué en 2011.

INTRODUCTION

LES 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:

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

L'assistance d'une tierce personne consiste à effectuer, en tout ou en partie, à sa place les actes essentiels de la vie ou à surveiller ou à soutenir la personne dépendante en vue de permettre l'exécution autonome de ces actes (article 348 du Code de la sécurité sociale - 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 six mois ou être irréversible (article 349 du CSS).

L'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 Caisse nationale de santé assure la gestion de l'assurance dépendance. Elle prend les décisions individuelles sur base des avis émis par la Cellule d'évaluation et d'orientation. 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 (article 386 al.1 du CSS), la Cellule d'évaluation et d'orientation 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.

LE CHAPITRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE DANS LE RAPPORT GÉNÉRAL 2013

La possibilité de disposer de statistiques sur l'assurance dépendance à partir du site " ISOG " de l'Inspection générale de la sécurité sociale nous a amené à concentrer le contenu de ce chapitre. Le lecteur intéressé par d'autres aspects pourra alors se reporter sur le site de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Toutes les données ayant servi à la rédaction de ce rapport ont été extraites des fichiers administratifs de la Caisse nationale de santé tels qu'ils se présentaient à la date du 31 juillet 2014. Cette remarque est essentielle car ces fichiers évoluent en continu. Dès lors, il ne devient possible de tirer des conclusions fiables qu'avec un certain recul.

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

Pour pouvoir opérer dans le cadre de l'assurance dépendance, les prestataires doivent exercer leur activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministère de tutelle, soit en vertu d'une autre disposition légale. Ils doivent également adhérer à la convention-cadre négociée entre la Caisse nationale de santé 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 Cellule d'évaluation et d'orientation 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 2013, dix-neuf prestataires ont conclu un contrat en tant que réseau d'aides et de soins. On y compte huit réseaux se destinant à l'ensemble de la population dépendante dans tout le pays et un réseau spécialisé dans la prise en charge de personnes atteintes de troubles psycho-gériatriques. Dix 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.

1. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2007/0018/a018.pdf#page=2>.

2. Source: CNS.

En décembre 2013, on comptait 51 centres semi-stationnaires, sous l'égide de 20 prestataires différents. 39 exercent leur activité sur base d'un agrément de centre psychogériatrique et douze sont des centres de jour pour personnes handicapées³.

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

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

Ainsi au 31 décembre 2013 on compte 51 établissements de ce type, dont 20 maisons de soins et 31 centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS¹.

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

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

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

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

Au 31 décembre 2013, on compte 39 structures disposant d'un contrat d'aide et de soins du type de l'établissement à séjour intermittent¹.

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 2013, l'assurance dépendance s'adresse à près de 210 fournisseurs spécialisés.

3. Source: CNS.

4. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2003/0144/a144.pdf#page=2>.

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. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE

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. Ce sont des données communiquées à la CNS pour la négociation des valeurs monétaires.

Le personnel employé par le secteur des soins de longue durée (tableau 1) représente un total de 8 479 équivalents temps plein. 59,6% de ce total 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 5,2% entre 2011 et 2012 pour l'ensemble des prestataires. La hausse la plus importante en termes d'ETP est constatée en 2012 auprès des réseaux d'aides et de soins (+8,6%).

Tableau 1: Prestataires d'aides et de soins: évolution des effectifs du personnel entre 2010 et 2012 ^{a b c}

	2010	En % du total	2011	En % du total	2012	En % du total
Réseaux d'aides et de soins	1 857,1	24,9%	1 940,6	24,1%	2 107,3	24,9%
Centres semi-stationnaires	349,0	4,7%	377,9	4,7%	399,6	4,7%
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	4 426,0	59,4%	4 876,4	60,5%	5 053,9	59,6%
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	821,9	11,0%	864,2	10,7%	917,7	10,8%
TOTAL	7 454,0	100,0%	8 059,0	100,0%	8 478,5	100,0%

- a. Le personnel est exprimé en équivalents temps plein (ETP).
- b. Moyenne annuelle.
- c. Source: données CNS.

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

Tableau 2: Prestataires d'aides et de soins: évolution du personnel par qualification de 2010 et 2012 ^{a b c}

Type de prestataire	2010	2011	2012
Réseaux d'aides et de soins	1 857,1	1 940,6	2 107,3
Personnel d'assistance et de soins	1 681,5	1 755,3	1 914,7
Personnel socio-éducatif	33,3	37,2	33,1
Personnel administratif	127,6	127,9	133,9
Personnel technique et logistique	14,7	20,2	25,7
Centres semi-stationnaires	349,0	377,9	399,6
Personnel d'assistance et de soins	195,8	210,2	226,0
Personnel socio-éducatif	72,2	84,2	87,2
Personnel administratif	22,8	22,7	23,4
Personnel technique et logistique	58,2	60,8	63,0
Établissements d'aides et de soins à séjour continu	4 426,0	4 876,4	5 053,9
Personnel d'assistance et de soins	2 918,0	3 432,5	3 569,8
Personnel socio-éducatif	104,0	113,3	128,2
Personnel administratif	227,0	235,3	258,3
Personnel technique et logistique	1 177,0	1 095,2	1 097,7
Établissements d'aides et de soins à séjour intermittent	821,9	864,2	917,7
Personnel d'assistance et de soins	311,2	328,3	350,8
Personnel socio-éducatif	362,3	385,5	414,0
Personnel administratif	43,0	46,5	48,0
Personnel technique et logistique	105,4	103,9	104,9
TOTAL	7 454,0	8 059,0	8 478,5
<i>Variation en %</i>	<i>4,6%</i>	<i>8,1%</i>	<i>5,2%</i>
Nombre d'ETP prestant des soins	5 106,5	5 726,3	6 061,3
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	68,5%	71,1%	71,5%

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

b. Moyenne annuelle.

c. Source: données CNS.

Le tableau 2 montre un ralentissement de l'augmentation du personnel employé dans le secteur des soins de longue durée en 2010 et 2012. Une reprise des recrutements s'observe en 2011 avec une croissance de 8,1%.

En 2012, la plus forte croissance au niveau des ETP (+8,6%) est constatée pour les réseaux d'aides et de soins, suivis des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (+6,2%) et des centres semi-stationnaires (+5,8%). La croissance la plus faible est observée pour établissements d'aides et de soins à séjours continu (+3,6%). 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 90,5% de l'ensemble du personnel employé en 2012.

On remarque également que pour 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, le pourcentage du personnel socio-éducatif dépasse celui des professionnels chargés spécifiquement des soins.

En cela, ils se distinguent fortement des trois autres types de prestataires. Enfin, au niveau de l'ensemble des prestataires, on relèvera que la part du personnel prestant directement auprès de la personne est en augmentation régulière.

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

Tableau 3: Evolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire^a (en millions EUR)

	2010	2011	2012
Etablissement à séjour continu	212,6	230,7	251,1
Etablissement à séjour intermittent	26,6	30,0	34,2
Réseau d'aides et de soins	86,3	97,4	109,2
Centre semi-stationnaire	17,3	18,4	20,8
Fournisseur d'aides techniques y compris SMA	10,0	11,4	11,1
Fournisseur dans le cadre des adaptations du logement	1,5	2,8	3,2
International ^b	0,6	1,0	0,8
Pas de prestataire ^c	60,2	63,5	66,5
TOTAL	415,2	455,3	496,9
<i>Variation en %</i>	<i>8,4%</i>	<i>9,7%</i>	<i>9,1%</i>

a. Statistiques établies selon la date prestation.

b. Caisses de maladie étrangères.

c. 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 2012, le coût total des prestations s'élève à 496,9 millions EUR, ce qui représente une augmentation de 9,1% par rapport à 2011. 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 2010, 2011 ou 2012, plus que la moitié de l'ensemble des dépenses engagées par l'assurance dépendance pour les prestataires d'aides et de soins.

2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Remarque méthodologique

Il est important de préciser que ces chiffres rendent compte d'une situation instantanée et non d'une situation dynamique. Ils concernent les personnes qui, à la date du 31 décembre de l'année concernée (sauf indication contraire), détiennent une décision positive de la Caisse nationale de santé. 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. On ne peut pas les comparer avec les moyennes calculées annuellement pour les besoins de la comptabilité de la Caisse nationale de Santé.

Par ailleurs, il y a lieu de signaler que les chiffres à la date du 31 décembre sont provisoires dans la mesure où des décisions rétroactives peuvent encore intervenir pour des demandes reçues avant le 31 décembre. Un certain recul est nécessaire pour parler de données définitives. Ceci sera possible lorsque toutes les décisions se rapportant aux demandes formulées dans le courant de l'année auront été signifiées.

La population des personnes dépendantes au 31 décembre 2013 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 ;
- deux bénéficiaires sur trois sont des femmes ;
- quatre hommes dépendants sur cinq résident à domicile ;
- trois bénéficiaires sur quatre en établissement sont des femmes ;
- l'âge moyen des bénéficiaires est beaucoup plus élevé en établissement qu'à domicile.

2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Tableau 4: Evolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance depuis 2000 ^a

Année	Nombre	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2000	5 810		5 735	98,7%
2001	6 632	14,1%	6 533	98,5%
2002	7 422	11,9%	7 292	98,2%
2003	8 250	11,2%	8 078	97,9%
2004	8 966	8,7%	8 776	97,9%
2005	9 528	6,3%	9 303	97,6%
2006	9 857	3,5%	9 612	97,5%
2007	10 249	4,0%	9 984	97,4%
2008	10 621	3,6%	10 327	97,2%
2009	11 159	5,1%	10 859	97,3%
2010	11 847	6,2%	11 512	97,2%
2011	12 388	4,6%	12 033	97,1%
2012	13 006	5,0%	12 625	97,1%
2013 ^b	13 362	2,7%	12 962	97,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

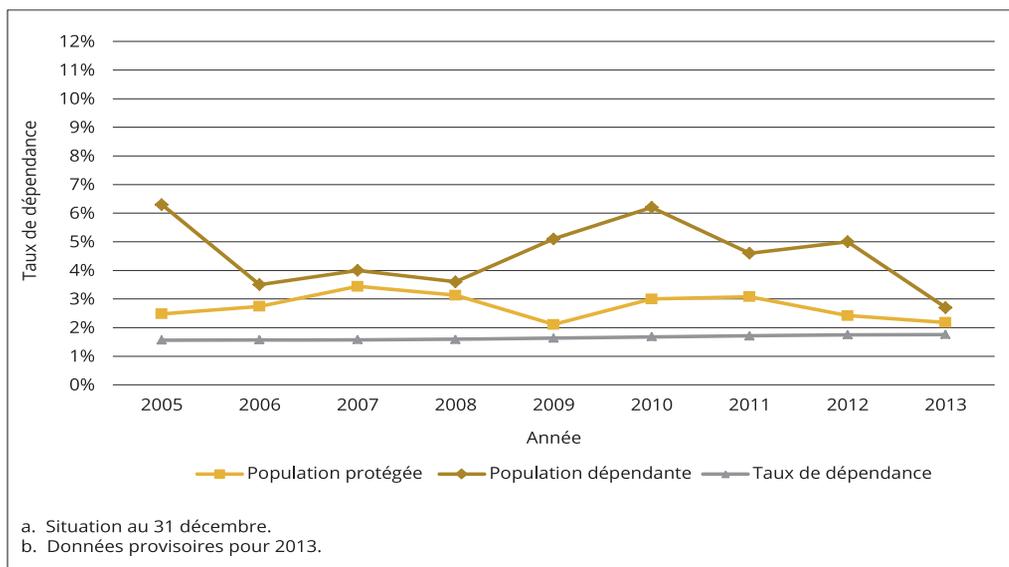
Depuis son instauration, le nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance est en augmentation constante. Jusqu'en 2004 la vitesse de croissance était considérable, avec des taux avoisinant ou dépassant 10%. Après 3 ans de croissance inférieure à 4%, l'augmentation annuelle observée entre 2009 et 2012 semble se stabiliser autour de 5%. Un ralentissement de la croissance peut être observé en 2013, le nombre de bénéficiaire augmente seulement de 2,7% (calcul provisoire) par rapport à 2012. Avec une croissance totale de 130%, le nombre de bénéficiaires a plus que doublé en 13 ans. Le tableau 4 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 ...).

Le graphique 1 met en parallèle le taux de croissance de la population protégée et celui de la population dépendante, dont les taux exceptionnellement élevés jusqu'en 2005 s'expliquent en premier lieu par le fait qu'après son instauration en 1998, l'assurance dépendance a mis plusieurs années avant d'atteindre sa vitesse de croisière. Entre 2006 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 jusqu'en 2012, on peut observer que l'écart se creuse de nouveau, 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 se situe cependant que légèrement au-dessus de celui de la population protégée.

Le taux de dépendance quant à lui n'évolue que très lentement (+0,01% en 2013) pour atteindre 1,76% de la population protégée en 2013. Ce taux présente certes beaucoup d'intérêt si l'on envisage l'avenir financier de l'assurance dépendance. Toutefois, 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. Dans une perspective de politique sociale, il semble que le rapport de la population dépendante résidente à la population protégée résidente pourrait également présenter un certain intérêt. Ce rapport est beaucoup plus élevé que le taux de dépendance global (résidents et non-résidents). Au 31 décembre 2013, 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 en 2013 à 13,9% (même niveau qu'en 2012).

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



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 2000 la part des bénéficiaires à domicile était de 59%. Depuis environ 5 années ce taux se stabilise autour de 68%, ce qui veut dire que plus de deux bénéficiaires sur trois reçoivent des prestations à domicile.

Le taux de croissance des bénéficiaires à domicile se situe pour 2013 à peu près au même niveau que celui des bénéficiaires en établissement, à savoir 2,8% respectivement 2,5%.

Tableau 5: 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 %
2011	8 456	68,3%	+6,2%	3 932	31,7%	+1,3%	12 388	+4,6%
2012	8 857	68,1%	+4,7%	4 149	31,9%	+5,5%	13 006	+5,0%
2013 ^b	9 109	68,2%	+2,8%	4 253	31,8%	+2,5%	13 362	+2,7%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Tableau 6: Evolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour ^a

Année	Domicile		Etablissement		Total		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
2011	3 408	5 048	912	3 020	4 320	8 068	12 388
2012	3 630	5 227	986	3 163	4 616	8 390	13 006
2013 ^b	3 753	5 356	1 059	3 194	4 812	8 550	13 362

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

En 2013, sur les 13 362 bénéficiaires, on recense 8 550 femmes, soit 64,0% de la population dépendante, et 4 812 hommes. Avec 78,0%, la grande majorité des hommes réside à domicile, tandis que chez les femmes ce même taux n'est que de 62,6%. Ainsi, les hommes représentent 41,2% des bénéficiaires à domicile, alors qu'ils ne représentent que 36,0% 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.

Entre 2011 et 2013, on constate peu de variation au niveau des groupes d'âge et du lieu de séjour. Depuis le début de l'assurance dépendance, l'âge moyen à domicile a cependant baissé de 1,5 ans et se situe à 65,7 ans en 2013. Par contre, une augmentation de l'âge moyen peut être observée dans les établissements, où l'âge moyen a augmenté de 2,8 ans depuis 2000 pour atteindre 84,4 ans en 2013. La différence d'âge moyen entre bénéficiaires à domicile et dans un établissement s'élève à 18,7 ans en 2013.

En-dessous de l'âge de 60 ans, on ne compte d'ailleurs qu'une minorité de personnes 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 intermittent⁵). 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.

5. 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 1er 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.

Tableau 7: Evolution du nombre de bénéficiaires par âge et lieu de séjour ^a

Groupe d'âge	2011			2012			2013 ^b		
	Domicile	Etablissement	Total	Domicile	Etablissement	Total	Domicile	Etablissement	Total
0-19	797	0	797	857	0	857	894	0	894
20-39	525	0	525	565	0	565	579	0	579
40-59	1 136	38	1 174	1 204	39	1 243	1 224	46	1 270
60-69	927	162	1 089	994	160	1 154	1 012	169	1 181
70-79	1 787	640	2 427	1 830	690	2 520	1 831	680	2 511
80-89	2 700	2 137	4 837	2 790	2 234	5 024	2 880	2 296	5 176
>=90	584	955	1 539	617	1 026	1 643	689	1 062	1 751
TOTAL	8 456	3 932	12 388	8 857	4 149	13 006	9 109	4 253	13 362

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Tableau 8: Evolution de l'âge moyen et de l'âge médian de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance de 2011 à 2013 ^a

	2011			2012			2013 ^b		
	Domicile	Etablissement	Total	Domicile	Etablissement	Total	Domicile	Etablissement	Total
Age moyen ^c	65,9	84,4	71,8	65,6	84,4	71,6	65,7	84,4	71,7
Age médian ^d	75	85	80	75	85	80	75	85	80

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

c. L'âge moyen correspond au rapport somme des âges des personnes dépendantes/nombre de personnes dépendantes.

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".

2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES

Parmi l'ensemble des bénéficiaires qui viennent d'être évoqués, il y a lieu de distinguer un groupe particulier qui 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.

En 2013, on recense 444 personnes bénéficiant de prestations forfaitaires. Ce groupe représente 4,9% de l'ensemble des bénéficiaires se trouvant à domicile. Une sur deux des personnes concernées est atteinte de cécité, le groupe des sourds représente environ 40%.

Depuis 2011, le groupe des bénéficiaires de prestations forfaitaires est resté relativement stable, tant au niveau des chiffres absolues, qu'au niveau de la composition du groupe.

Une analyse par sexe met en évidence que les hommes sont plus nombreux à présenter un déficit auditif, alors que les femmes sont plus nombreuses parmi les bénéficiaires de prestations en raison de cécité.

En ce qui concerne l'âge, il y a lieu de relever que 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 de cécité présentent l'âge moyen le plus élevé.

Tableau 9: Répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et type de forfait ^{a b c d}

Type	2011			2012			2013 ^d		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Cécité	93	78	171	86	76	162	90	80	170
Surdité / troubles de la communication	92	137	229	92	141	233	98	135	233
Spina bifida	18	14	32	21	15	36	22	19	41
TOTAL	203	229	432	199	232	431	210	234	444

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.

Tableau 10: Age moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type de prestation ^{a b c}

Année	Cécité	Surdité / troubles de la communication	Spina bifida	Ensemble des bénéficiaires
	Age moyen	Age moyen	Age moyen	Age moyen
2011	50,7	62,8	27,5	55,4
2012	51,0	63,1	28,7	55,7
2013 ^d	51,8	62,4	28,3	55,2

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.

2.3. LES BÉNÉFICIAIRES QUI NE RÉSIDENT PAS AU LUXEMBOURG

Tableau 11: Les bénéficiaires non-résidents ^a

Année	Nombre de bénéficiaires non-résidents	En pourcentage du total des bénéficiaires
2011	353	2,8%
2012	380	2,9%
2013 ^b	398	3,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Tableau 12: Répartition des bénéficiaires non-résidents par pays de résidence en 2013 ^{a b}

Pays de résidence	Nombre	En pourcentage du total
Belgique	73	18,3%
Allemagne	198	49,7%
France	113	28,4%
Autres	14	3,3%
TOTAL	398	100,0%

a. Situation au 31 décembre 2013.

b. Données provisoires.

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 cinq 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 cinq autres diagnostics qui n'ont pas nécessairement un lien direct avec la dépendance. L'état de santé du demandeur peut ainsi être décrit par dix diagnostics.

Remarque 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'avoir 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 Cellule d'évaluation et d'orientation (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 2013 (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

Tableau 13: Répartition des bénéficiaires de l'assurance dépendance par cause de dépendance principale et sexe en 2013^{a b} (en % du total)

Chapitre de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (ICD10)	Hommes	Femmes	Total
Chapitre I.			
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0,9%	1,0%	0,9%
Chapitre II.			
Tumeurs	3,2%	2,7%	2,9%
Chapitre III.			
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0,2%	0,2%	0,2%
Chapitre IV			
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,4%	2,0%	1,8%
Chapitre V.			
Troubles mentaux et du comportement	21,3%	20,3%	20,7%
Chapitre VI.			
Maladies du système nerveux	23,8%	15,1%	18,2%
Chapitre VII.			
Maladies de l'œil et de ses annexes	2,7%	2,8%	2,8%
Chapitre VIII.			
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1,2%	1,0%	1,0%

Tableau 13: Répartition des bénéficiaires de l'assurance dépendance par cause de dépendance principale et sexe en 2013 ^{a b} (en % du total) (Suite)

Chapitre de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (ICD10)	Hommes	Femmes	Total
Chapitre IX.			
Maladies de l'appareil circulatoire	7,8%	7,2%	7,4%
Chapitre X.			
Maladies de l'appareil respiratoire	2,1%	1,5%	1,7%
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	0,2%	0,1%	0,1%
Chapitre XIII.			
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	8,1%	20,2%	15,8%
Chapitre XIV.			
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,6%	0,2%	0,4%
Chapitre XV.			
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0,0%	0,0%	0,0%
Chapitre XVI .			
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,3%	0,1%	0,2%
Chapitre XVII.			
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	5,0%	2,2%	3,2%
Chapitre XVIII.			
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	9,0%	11,2%	10,4%
Chapitre XIX.			
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	3,9%	5,5%	4,9%
Chapitre XX.			
Causes externes de morbidité et de mortalité	0,2%	0,3%	0,3%
Chapitre XXI.			
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	2,3%	1,7%	1,9%
Cause non codée	5,6%	4,3%	4,7%
TOTAL	100%	100%	100%

a. Situation au 31 décembre 2013.

b. Données provisoires.

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

Tableau 14: La 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.

En se référant à cette classification (tableaux 15 et 16), on distingue trois grandes tendances dans les causes de dépendance:

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

Le cumul des effectifs de ces trois groupes représente 60,3% de la population dépendante au 31 décembre 2013, soit près de deux tiers du total des bénéficiaires.

Les maladies du système ostéo-articulaire sont la première cause de dépendance. Elles concernent près de 26% 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 20 ans. Les maladies du système nerveux deviennent ensuite la cause principale jusqu'à l'âge de 70 ans. Les maladies du système ostéo-articulaires, deuxième cause chez les quinquagénaires et les sexagénaires, prennent la première place au-delà des 70 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 et âge en 2013^{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	0,1%	0,5%	1,3%	6,5%	15,7%	24,9%	25,8%	16,7%
Groupe 2.								
Troubles psychiatriques	23,6%	7,8%	9,1%	13,0%	8,1%	4,0%	3,4%	7,4%
Groupe 3.								
Maladies du système cardio-vasculaire	0,1%	0,3%	2,6%	6,3%	8,2%	9,7%	8,5%	7,2%
Groupe 4.								
Maladies du système nerveux	21,7%	31,8%	32,3%	29,0%	20,7%	11,8%	6,6%	17,8%
Groupe 5								
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	41,8%	31,4%	13,6%	5,4%	1,8%	0,3%	0,1%	6,4%
Groupe 6.								
Maladies du système ostéo-articulaire	2,1%	4,1%	14,0%	16,9%	25,2%	32,7%	40,3%	25,8%
Groupe 7.								
Troubles sensoriels	2,2%	11,4%	7,5%	4,0%	2,6%	3,2%	3,5%	3,9%
Groupe 8.								
Tumeurs malignes	1,1%	1,0%	3,6%	4,5%	4,1%	2,4%	1,6%	2,8%
Groupe 9.								
Autres	3,1%	2,6%	7,5%	8,7%	9,7%	7,1%	6,3%	7,2%
Cause non codée	4,0%	9,0%	8,4%	5,7%	3,9%	3,9%	3,9%	4,7%
Nombre de bénéficiaires	894	579	1 270	1 181	2 511	5 176	1 751	13 362

a. Situation au 31 décembre 2013.

b. Données provisoires.

Tableau 16: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2013 ^{a b} (en % du total)

Classification CEO	Femmes			Hommes		
	Etablissement	Domicile	Total	Etablissement	Domicile	Total
Groupe 1.						
Démences et troubles des fonctions cognitives	33,4%	10,1%	18,8%	30,4%	8,0%	13,0%
Groupe 2.						
Troubles psychiatriques	6,5%	5,9%	6,1%	10,3%	9,6%	9,7%
Groupe 3.						
Maladies du système cardio-vasculaire	5,2%	8,4%	7,2%	7,0%	7,5%	7,4%
Groupe 4.						
Maladies du système nerveux	10,8%	15,6%	13,8%	19,3%	26,5%	24,9%
Groupe 5.						
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	0,3%	7,0%	4,5%	1,3%	12,1%	9,7%
Groupe 6.						
Maladies du système ostéo-articulaire	29,5%	32,4%	31,3%	18,4%	15,4%	16,1%
Groupe 7.						
Troubles sensoriels	2,3%	4,7%	3,8%	1,2%	4,8%	4,1%
Groupe 8.						
Tumeurs malignes	1,4%	3,2%	2,6%	1,4%	3,6%	3,1%
Groupe 9.						
Autres	6,4%	8,3%	7,6%	5,4%	6,8%	6,5%
Cause non codée	4,2%	4,3%	4,3%	5,3%	5,6%	5,6%
Nombre de bénéficiaires	3 194	5 356	8 550	1 059	3 753	4 812

a. Situation au 31 décembre 2013.

b. Données provisoires.

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.

Dans le présent chapitre, ces prestations seront présentées sous deux angles.

La première partie du chapitre portera 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 du chapitre sera consacrée aux prestations facturées, c'est-à-dire aux dépenses de l'assurance dépendance pour la couverture de ces prestations.

3.1. LE PLAN DE PRISE EN CHARGE: LES PRESTATIONS REQUISES

Les chiffres de cette première partie du chapitre présentent les prestations requises, c'est-à-dire les prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation. Il s'agit des prestations nécessaires aux personnes dépendantes, telles qu'elles sont déterminées par la Cellule d'évaluation et d'orientation 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.

Les différents plafonds fixés dans la loi tiennent compte de pondérations. Dans ce rapport, nous présentons le temps non pondéré. De la sorte, il est possible 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 1er 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 huit 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.

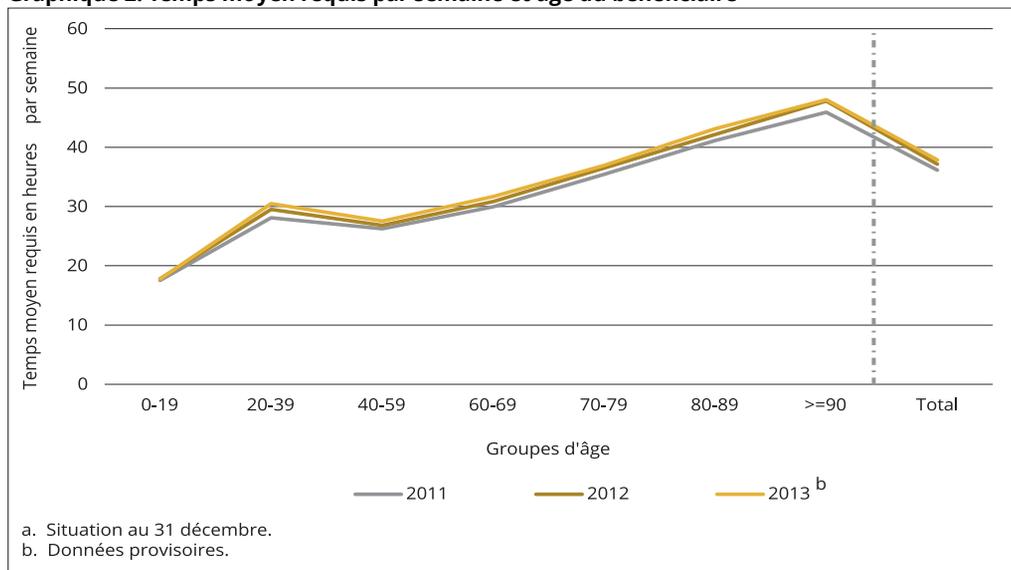
De ce temps requis, les activités de conseil sont exclues car elles constituent une prestation qui ne se répète pas. Elle est retenue sous forme de capital à consommer sur une période déterminée.

3.1.1. Temps total non pondéré requis: augmentation depuis 2011

Le temps moyen non pondéré requis par semaine continue à croître pour atteindre 37,9 heures en 2013. C'est la part des personnes bénéficiant d'une aide dont le temps hebdomadaire total non pondéré dépasse 64 heures qui connaît depuis des années les progressions les plus importantes. Si en 2008, tel était le cas pour uniquement 11,6% des bénéficiaires, alors en 2013 24,6% des bénéficiaires ont droit à des prestations dont le temps total dépasse 64 heures.

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 37,0 heures. Les nonagénaires bénéficient d'un temps moyen requis équivalant à 48,0 heures par semaine, soit 10 heures de plus que la moyenne générale.

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



Le temps moyen requis pour les femmes est également supérieur à la moyenne générale. Il est de 39,6 heures par semaine contre 34,9 heures par semaine pour les hommes.

Le temps moyen requis pour les bénéficiaires accueillis en établissement d'aides et de soins correspond à 59,1 heures par semaine alors qu'il représente 28,0 heures pour les bénéficiaires séjournant à domicile.

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

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

Classes de temps	2011	En %du total	2012	En %du total	2013 ^b	En %du total
De 3,5 à 13,99 h	3 913	31,6%	4 133	31,8%	4 224	31,6%
De 14 à 23,99 h	1 915	15,5%	1 930	14,8%	1 936	14,5%
De 24 à 33,99 h	788	6,4%	774	6,0%	736	5,5%
De 34 à 43,99 h	1 067	8,6%	1 059	8,1%	1 103	8,3%
De 44 à 63,99 h	2 039	16,5%	2 066	15,9%	2 078	15,6%
>= 64h	2 666	21,5%	3 044	23,4%	3 285	24,6%
TOTAL	12 388	100,0%	13 006	100,0%	13 362	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Tableau 18: Temps total moyen requis par semaine ^a

Année	En minutes	En heures	Variation en %	Nombre de bénéficiaires
2011	2 169	36,1	4,1%	12 388
2012	2 230	37,2	2,8%	13 006
2013 ^b	2 272	37,9	1,9%	13 362

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

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 1er 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 ajout 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

heures. 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...).

Dans l'ensemble, on peut conclure à une certaine stabilité dans l'évolution du temps requis pour les actes essentiels de la vie. La répartition des bénéficiaires selon les différentes classes de temps n'affiche guère de variations sur les trois dernières années, à l'exception des deux classes extrêmes (3,5 - 6,99h) et (24,5 à 38,5h). Ainsi sur 24 mois, ces deux classes ont " repris " chacune environ 1,2% des personnes dépendantes aux autres classes.

L'examen de la moyenne du temps requis pour les plans disponibles à la fin de l'année ne montre que peu de variation par rapport aux années précédentes pour s'élever à 746 minutes en 2013. Un écart entre le temps moyen requis pour les femmes et les hommes est presque inexistant en 2013, alors qu'il s'élevait en 2011 encore à 16 minutes en faveur des femmes.

Le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie des bénéficiaires en établissement affiche une légère augmentation par rapport à 2012 de 0,4 heures pour atteindre 17,3 heures en 2013. Le temps moyen requis pour les bénéficiaires à domicile par contre est resté constant et s'élève à 10,2 heures.

Tableau 19: Répartition des bénéficiaires par classes de temps requis pour les actes essentiels de la vie ^a

Classes de temps	2011	En % du total	2012	En % du total	2013 ^b	En % du total
De 3,5 à 6,99 h	4 078	32,9%	4 355	33,5%	4 564	34,2%
De 7 à 10,49 h	2 084	16,8%	2 175	16,7%	2 216	16,6%
De 10,5 à 13,99 h	1 467	11,8%	1 467	11,3%	1 459	10,9%
De 14 à 17,49 h	1 172	9,5%	1 186	9,1%	1 171	8,8%
De 17,5 à 20,99 h	1 087	8,8%	1 122	8,6%	1 133	8,5%
De 21 à 24,49 h	838	6,8%	871	6,7%	893	6,7%
De 24,5 à 38,5 h	1 263	10,2%	1 424	10,9%	1 518	11,4%
Prestation forfaitaire	399	3,2%	406	3,1%	408	3,1%
TOTAL	12 388	100,0%	13 006	100,0%	13 362	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

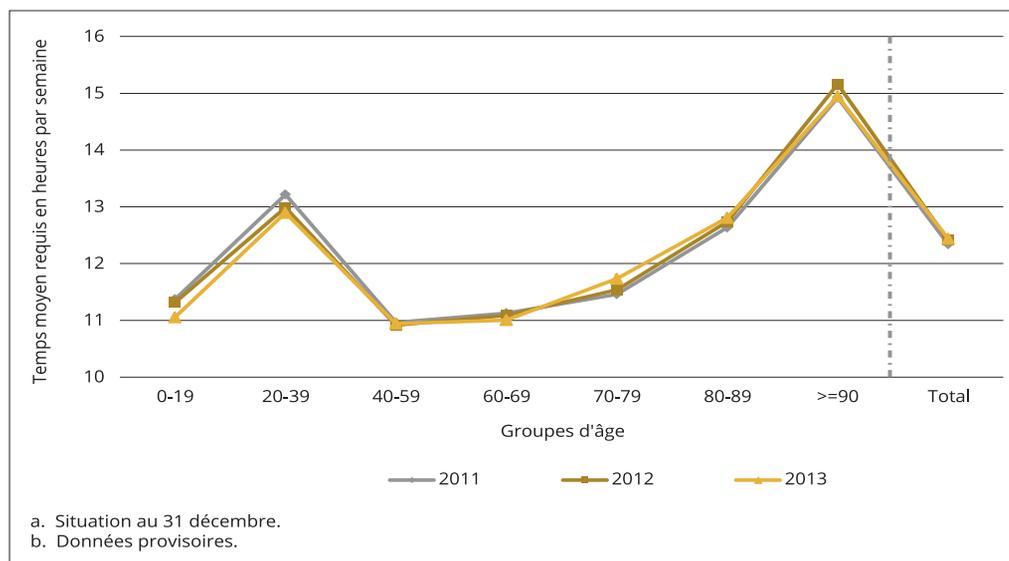
Tableau 20: Temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie ^a

Année	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
2011	741	12,3	12 388
2012	745	12,4	13 006
2013 ^b	746	12,4	13 362

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Graphique 3: Temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupes d'âge ^{a b}



3.1.2.2. Les tâches domestiques

On rappellera que 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, en hauteur de 1,5 heures supplémentaires 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. On peut cependant dire que le forfait normal est une prestation accordée à presque tous les bénéficiaires, à l'exception des bénéficiaires de dispositions particulières. On remarque ainsi que ce forfait est accordé à 96,4% des bénéficiaires d'aides et soins en 2013. Parmi ceux-ci, on retrouve également 1,9% de bénéficiaires qui reçoivent le forfait pour tâches domestiques exceptionnelles.

Les modifications légales de 2005 avaient supprimé, à partir du 1er janvier 2007, la prestation forfaitaire de 2,5 heures pour les tâches domestiques dans les établissements d'aides et de soins. Cette prestation faisait double emploi avec le prix de base mensuel payé par la personne hébergée. Une partie de ce prix était destinée à couvrir les tâches domestiques. Toutefois, le forfait de 1,5 heures par semaine avait été maintenu (Art. 357, paragraphe 2).

Par dérogation à cet article, l'assurance dépendance prend, de manière transitoire, en charge les tâches domestiques à raison de deux heures et demie par semaine au profit des personnes dépendantes séjournant dans un établissement d'aides et de soins au sens des articles 390 et 391 du Code de la sécurité sociale.

Ainsi, pour les années 2010 - 2013, la loi relative au budget des recettes et des dépenses de l'Etat prévoit ainsi la prise en charge des tâches domestiques en établissement par un forfait s'élevant à 154,2 minutes par semaine (71,4 minutes pour les charges imputables indirectement et 82,8 minutes pour les charges imputables directement aux personnes dépendantes).

3.1.2.3. Les activités de soutien

Tableau 21: 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 huit personnes guidées par un soignant)

Les activités de soutien constituent une forme originale de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance du Grand-Duché de Luxembourg.

Elles ont été redéfinies en 2006. Leur contenu a été centré sur les actes essentiels de la vie et la qualité des soins plutôt que sur la qualité de vie.

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.

Actuellement, on distingue plusieurs formes de prestations. 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.

Avec une augmentation de 3,6% en 2013, le nombre de bénéficiaires concernés par les activités de soutien continue à croître plus vite que le nombre total des bénéficiaires (2,7%). Ainsi 81,5% des bénéficiaires reçoivent des activités de soutien.

Une modification des standards de détermination, qui se reflète dans les chiffres, a eu lieu en juillet 2010. Lorsqu'on regarde la répartition en pourcentage des bénéficiaires d'activités de soutien par classe de temps requis, on constate qu'en 2013 la classe de plus de 48 heures gagne davantage en importance, ceci principalement au détriment de la classe des 39 à 48 heures, même si la progression n'est plus si importante que pendant les années ayant suivi la modification. Notons que ce phénomène est surtout observé chez les bénéficiaires en établissement, où la part des 48 heures et plus a connu une augmentation de 17% de 2012 à 2013, tandis que celle des 39 à 48 heures a "perdu" 40%. Pour les bénéficiaires à domicile ces mêmes taux sont de respectivement +8% et -19%.

Le temps moyen requis pour les activités de soutien a augmenté de 0,6 heures en 2013 par rapport à 2012 et de 0,8 heures en 2012 par rapport à 2011. Bien qu'élevée, cette augmentation se situe largement en dessous du niveau des années 2006-2011, où le temps moyen requis a augmenté en moyenne par année de 1,7 heures.

Quoi que les temps requis les plus élevés relèvent des classes d'âge élevé, la croissance la plus importante est observée dans la classe d'âge des 20 - 39 ans.

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.

La comparaison selon le lieu de séjour est quant à elle avantageuse aux établissements et ceci de manière tout à fait significative. L'écart entre les deux formes de séjour continue à se creuser davantage. Si en 2008, il ne s'élevait qu'à 10,5 heures, il atteint 21,4 heures en 2013.

Tableau 22: Les bénéficiaires d'activités de soutien ^a

	2011	2012	2013 ^b
Nombre de bénéficiaires	9 887	10 514	10 894
En % du total des bénéficiaires	80%	81%	82%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

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

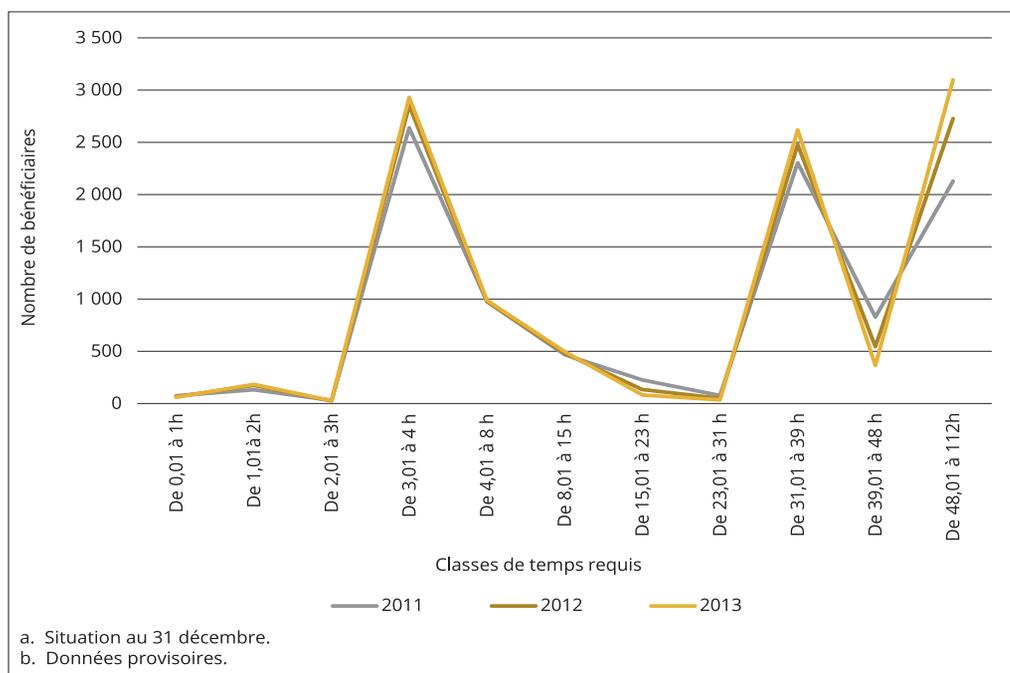


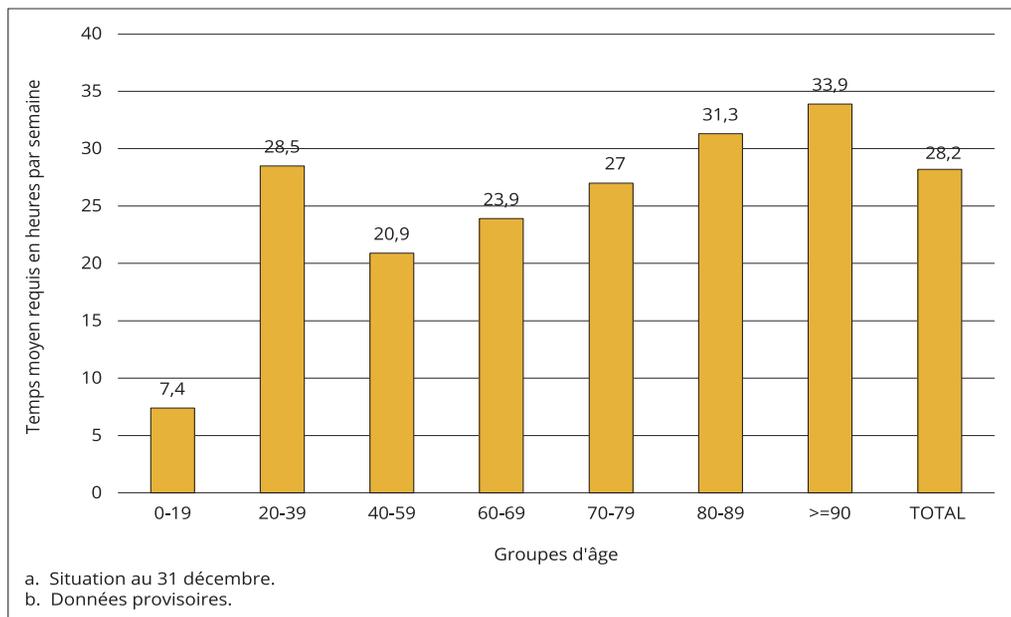
Tableau 23: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien ^a

Année	Temps moyen requis en heures par semaine	Nombre de bénéficiaires d'activités de soutien
2011	26,8	9 887
2012	27,6	10 514
2013 ^b	28,2	10 894

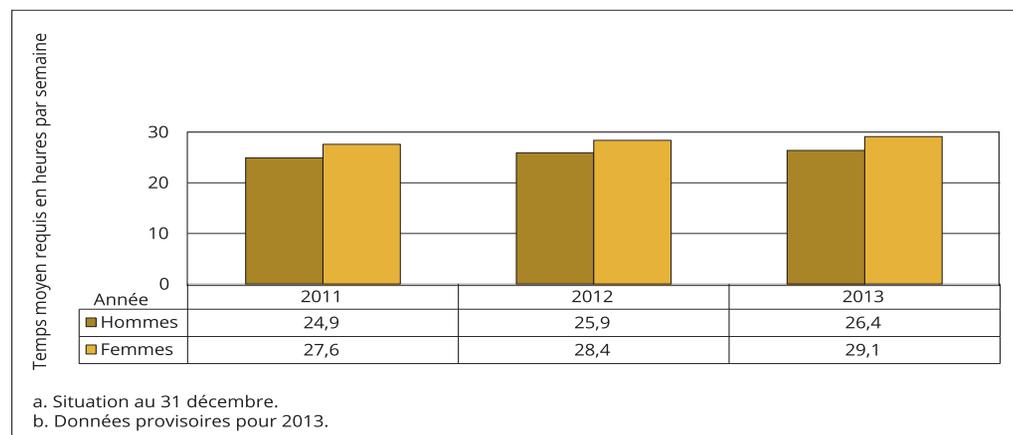
a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

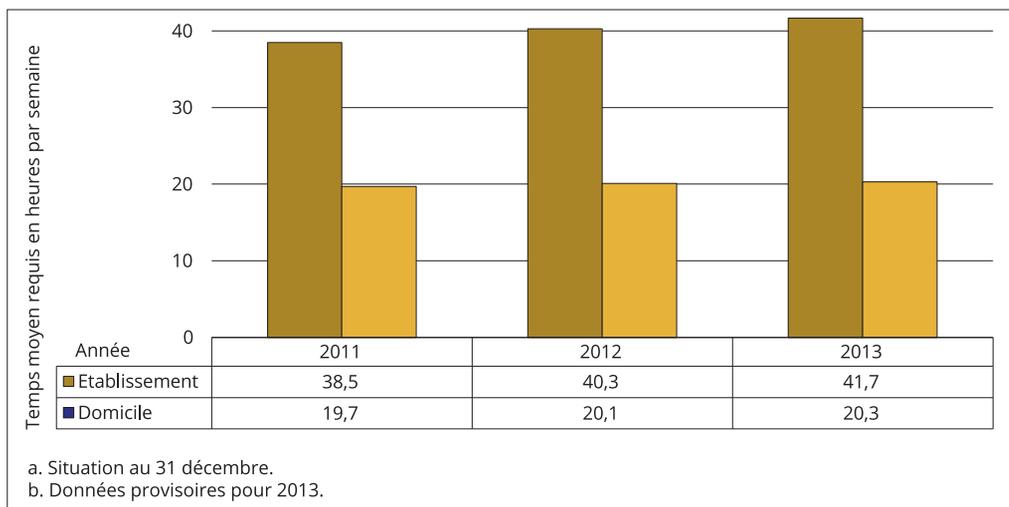
Graphique 5: Temps moyen requis par groupes d'âge en 2013 ^{a b}



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



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



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.

315 personnes sont titulaires d'une décision comportant des activités de conseil au 31 décembre 2013.

Tableau 24: Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de conseil ^a

Classes de temps	2011	En % du total	2012	En % du total	2013 ^b	En % du total
1 h	3	0,0%	5	0,1%	6	0,1%
2 h	23	0,3%	25	0,3%	22	0,2%
3 h	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
4 h	17	0,2%	15	0,2%	11	0,1%
Plus de 4 h	292	3,5%	282	3,2%	276	3,0%
Sous-total	335		327		315	
Aucune prestation de conseil	8 121	96,0%	8 530	96,3%	8 794	96,5%
TOTAL	8 456	100,0%	8 857	100,0%	9 109	100,0%

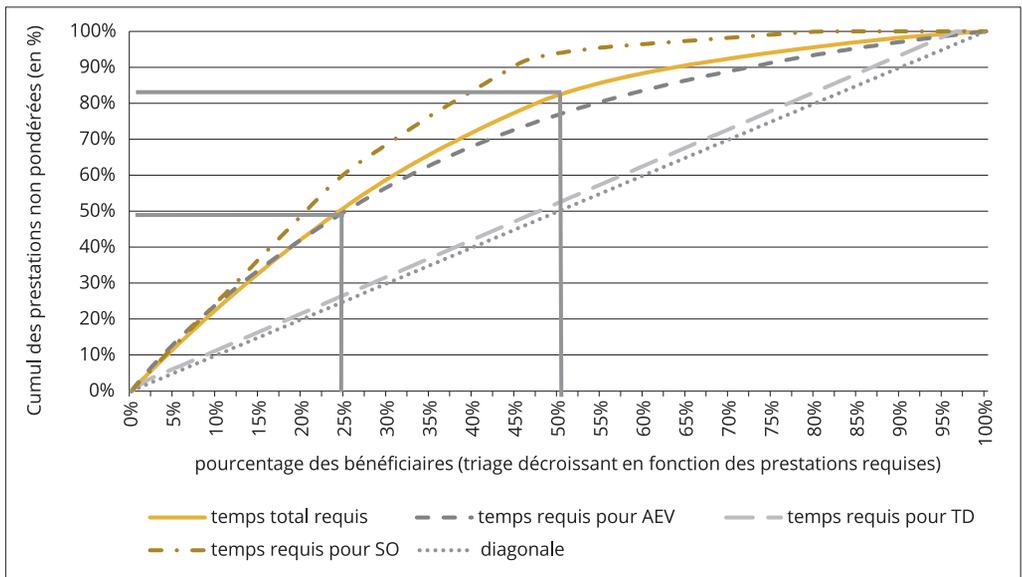
a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

3.1.2.5. Consommation des prestations par les bénéficiaires

La courbe de Lorentz, représentée dans la figure qui suit, permet de visualiser la répartition inégale des prestations requises non pondérées entre les bénéficiaires. Le pourcentage des bénéficiaires est indiqué en abscisse et le pourcentage du temps total des prestations requises non pondérées qui leur correspond est repris en ordonnée. Si tous les bénéficiaires avaient les mêmes prestations, la courbe obtenue serait la diagonale. En 2013 on observe que 50,0% du temps total pour prestations requises non pondérées (pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et les activités de soutien) sont consommées par 24,3% des bénéficiaires, à savoir ceux qui sont le plus dépendants. 50% des bénéficiaires, à savoir ceux qui sont le moins dépendants, sont à l'origine de 17,7% des prestations requises non pondérées. La répartition des activités de soutien est encore plus inégale que celle des prestations totales et que celle des actes essentiels de la vie. La courbe correspondant aux prestations relatives aux tâches domestiques est très proche de la diagonale, presque tous les bénéficiaires ont droit à la même quantité de tâches domestiques.

Graphique 8: Courbe de Lorentz



3.1.2.6. Temps moyen requis et causes de la dépendance

Le chapitre précédent 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 25 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 25: Temps moyen requis (en heures) pour les différents types de prestations de l'assurance et cause principale de dépendance en 2013 ^{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	16,1	2,5	46,3	63,4
Groupe 2.				
Troubles psychiatriques	11,8	2,6	30,3	40,4
Groupe 3.				
Maladies du système cardio-vasculaire	9,4	2,5	20,8	29,1
Groupe 4.				
Maladies du système nerveux	15,1	2,5	23,9	36,7
Groupe 5.				
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	11,5	2,6	24,1	29,7
Groupe 6.				
Maladies du système ostéo-articulaire	10,9	2,5	22,1	31,8
Groupe 7.				
Troubles sensoriels	8,7	2,5	25,0	20,0
Groupe 8.				
Tumeurs malignes	9,7	2,5	16,9	25,1
Groupe 9.				
Autres	11,1	2,5	23,8	32,6

a. Situation au 31 décembre 2013.

b. Données provisoires.

3.1.2.7. 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.

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

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 2012 par voie d'acquisition sera comptée sur plusieurs années tandis qu'une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2012 par voie

de location ne peut pas se trouver chez une personne au 31.12.2012 (p.ex. en réparation chez SMA) mais le sera de nouveau au 31.12.2013.

Le tableau 26 reprend toutes les 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.

Au 31 décembre 2013, on voit que 68 682 aides techniques étaient mises à disposition par l'assurance dépendance, 60,1% sous forme d'acquisition et 39,9% sous forme de location. Le nombre total d'aides techniques mises à disposition a donc augmenté de 12,2% par rapport à 2012.

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. Enfin, on note les aménagements et adaptations des maisons et immeubles où l'on remarque la part importante de dispositifs de soutien. Parmi les aides pour le traitement et l'entraînement, le matériel destiné à prévenir les escarres représente le plus gros poste de dépense. On rappellera que les troubles du système ostéo-articulaire représentent la première cause de dépendance.

Tableau 26: Répartition des aides techniques selon la norme internationale ISO^{a b}

Code ISO	Libellé_ISO	2012			2013		
		Acquisition	Location	TOTAL	Acquisition	Location	TOTAL
0300	Aides pour les traitements et l'entraînement						
0318	Aides pour doser les médicaments	9	0	9	9	0	9
0333	Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels antiescarres)	672	3 731	4 403	790	3 972	4 762
0348	Equipements pour l'apprentissage du mouvement, de la force et de l'équilibre	183	94	277	199	96	295
SOUS-TOTAL		864	3 825	4 689	998	4 068	5 066
0900	Aides pour les soins personnels et la protection						
0903	Vêtements et chaussures	216	0	216	247	0	247
0906	Aides de protection portées sur le corps	1 334	0	1 334	1 803	0	1 803
0909	Aides pour s'habiller et se déshabiller	300	0	300	322	0	322
0912	Aides pour l'hygiène	9 596	0	9 596	11 337	0	11 337
0927	Collecteurs d'urine	184	0	184	210	0	210
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher	4 612	2 336	6 948	5 344	2 430	7 774
0936	Aides pour manucure et pédicure	33	0	33	34	0	34
0939	Aides pour les soins des cheveux	30	30	60	35	23	58
0942	Aides pour les soins des dents	8	0	8	8	0	8
0945	Aides pour se raser et miroirs	238	0	238	307	0	307
SOUS-TOTAL		16 551	2 366	18 917	19 647	2 453	22 100

Tableau 26: Répartition des aides techniques selon la norme internationale ISO^{a b} (Suite)

Code ISO	Libellé ISO	2012			2013		
		Acquisition	Location	TOTAL	Acquisition	Location	TOTAL
1200	Aides pour la mobilité personnelle						
1203	Aides de marche manipulées par un bras	579	201	780	648	207	855
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)	0	6 439	6 439	0	7 128	7 128
1212	Adaptations pour voitures automobiles	1 401	0	1 401	1 533	0	1 533
1215	Cyclomoteurs	0	0	0	0	0	0
1218	Cycles	0	168	168	0	173	173
1221	Fauteuils roulants	0	6 633	6 633	0	6 957	6 957
1224	Accessoires de fauteuils roulants	530	488	1 018	574	550	1 124
1227	Véhicules	0	63	63	0	81	81
1230	Aides pour le transfert	582	1 253	1 835	662	1 355	2 017
1233	Aides pour tourner	16	0	16	22	0	22
1236	Aides pour lever	5	278	283	5	280	285
1239	Aides pour s'orienter	97	0	97	103	0	103
SOUS-TOTAL		3 210	15 523	18 733	3 547	16 731	20 278
1500	Aides pour les activités domestiques						
1503	Aides pour préparer la nourriture et les boissons	213	0	213	231	0	231
1509	Aides pour manger et boire	937	0	937	1 173	0	1 173
1512	Aides pour nettoyer la maison	5	0	5	5	0	5
1515	Aides pour la confection et l'entretien du linge	14	0	14	14	0	14
SOUS-TOTAL		1 169	0	1 169	1 423	0	1 423
1800	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles						
1803	Tables	0	365	365	0	396	396
1806	Equipements d'éclairage	213	0	213	243	0	243
1809	Mobilier d'assise	215	76	291	234	81	315
1812	Lits	24	2 847	2 871	26	2 985	3 011
1815	Aides pour régler la hauteur du mobilier	107	0	107	114	0	114
1818	Dispositifs de soutien	5 045	0	5 045	5 924	1	5 925
1821	Dispositifs d'ouverture et de fermeture de portes, de fenêtres et de rideaux	182	0	182	194	0	194
1827	Echelles et escabeaux	140	0	140	185	0	185
1830	Dispositifs de changement de niveau	2 837	615	3 452	3 225	636	3 861
1833	Barrières de sécurité	7	0	7	8	0	8
SOUS-TOTAL		8 770	3 903	12 673	10 153	4 099	14 252

Tableau 26: Répartition des aides techniques selon la norme internationale ISO^{a b} (Suite)

Code ISO	Libellé_ISO	2012			2013		
		Acquisition	Location	TOTAL	Acquisition	Location	TOTAL
2100	Aides pour la communication, l'information et la signalisation						
2103	Aides optiques	1 276	0	1 276	1 432	0	1 432
2106	Aides électro-optiques	769	0	769	844	0	844
2109	Dispositifs d'entrée et de sortie et accessoires pour ordinateurs, machines à écrire et calculatrices	376	0	376	405	0	405
2112	Ordinateurs	23	0	23	23	0	23
2115	Machines à écrire et de traitements de textes	17	0	17	18	0	18
2124	Aides pour dessiner et écrire	16	0	16	16	0	16
2127	Aides de lecture non optiques	0	21	21	0	20	20
2130	Magnétophones et récepteurs radio	5	0	5	5	0	5
2136	Téléphones et aides pour téléphoner	208	0	208	210	0	210
2139	Systèmes de transmission de son	49	0	49	52	0	52
2142	Aides pour la communication face-à-face	165	0	165	177	0	177
2145	Aides auditives	81	0	81	93	0	93
2148	Aides de signalisation et d'indication	399	0	399	434	0	434
2151	Systèmes d'alarmes	4	0	4	4	0	4
SOUS-TOTAL		3 388	21	3 409	3 713	20	3 733
2400	Aides pour manipuler les produits et les biens						
2404	Matériels et outils de marquage	23	0	23	25	0	25
2406	Aides pour manipuler les récipients	147	0	147	161	0	161
2409	Manettes et dispositifs de commande	31	0	31	33	0	33
2412	Systèmes de contrôle de l'environnement	208	0	208	249	0	249
2418	Aides pour compenser et/ou pour remplacer la fonction du bras, de la main et/ou des doigts	96	0	96	107	0	107
2421	Aides pour saisir à distance	933	0	933	1 063	0	1 063
2427	Aides pour fixer	172	0	172	189	0	189
2436	Aides pour porter et transporter (à roulettes)	0	3	3	0	3	3
SOUS-TOTAL		1 610	3	1 613	1 827	3	1 830
TOTAL		35 562	25 641	61 203	41 308	27 374	68 682
Variation en %	19,4%	9,0%	14,8%	16,2%	6,8%	12,2%	

a. Situation au 31 décembre.

b. Calcul IGSS.

3.1.2.8. Les adaptations du logement

Tableau 27: Evolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement ^{a b}

Année	Nombre	Variation en %
2011	165	10,7%
2012	194	17,6%
2013 ^c	180	-7,2%

a. Données établies selon la date de prestation.

b. Source: décompte CNS.

c. Données provisoires.

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

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

Le tableau 27 présente l'évolution du nombre de titulaires d'une ou plusieurs décisions positives depuis 2011 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.

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

Conformément à l'article 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 domicile ⁶.

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 ".

On rappelle que les prestations de l'assurance dépendance sont un droit de la personne dépendante et que les prestations en espèces sont versées à la personne dépendante afin de lui permettre de se procurer les aides et soins auprès 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 sept heures par semaine. Si le droit aux prestations est supérieur à sept heures par semaine, le remplacement peut porter, en outre, sur la moitié des prestations en nature se situant entre sept et quatorze heures par semaine.

Dans la pratique, cette possibilité de remplacement entraîne que l'on se trouve devant trois formes d'octroi des prestations ou trois possibilités de partage:

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

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 28: 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
2011	1 357	17,5%	1 142	14,7%	5 246	67,7%	7 745	100,0%
2012	1 458	18,0%	1 097	13,5%	5 558	68,5%	8 113	100,0%
2013 ^b	1 559	18,7%	1 079	12,9%	5 707	68,4%	8 345	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Tableau 29: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par groupe d'âge en 2013 ^{a b}

Groupes 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	46	3,0%	122	11,3%	488	8,6%	656	7,9%
20-39	133	8,5%	103	9,5%	220	3,9%	456	5,5%
40-59	394	25,3%	180	16,7%	471	8,3%	1 045	12,5%
60-69	210	13,5%	169	15,7%	566	9,9%	945	11,3%
70-79	269	17,3%	214	19,8%	1 278	22,4%	1 761	21,1%
80-89	389	25,0%	238	22,1%	2 180	38,2%	2 807	33,6%
>=90	118	7,6%	53	4,9%	504	8,8%	675	8,1%
TOTAL	1 559	100,0%	1 079	100,0%	5 707	100,0%	8 345	100,0%

a. Situation au 31 décembre 2013.

b. Données provisoires.

Tableau 30: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par sexe en 2013 ^{a b}

Genre	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	637	40,9%	519	48,1%	2 198	38,5%	3 354	40,2%
Femmes	922	59,1%	560	51,9%	3 509	61,5%	4 991	59,8%
TOTAL	1 559	100,0%	1 079	100,0%	5 707	100,0%	8 345	100,0%

a. Situation au 31 décembre 2013.

b. Données provisoires.

3.1.2.10. 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).

La loi prévoit que la cotisation à l'assurance pension de cette personne puisse être prise en charge par l'assurance dépendance. Le tableau 31 donne 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.

Tableau 31: Prise en charge de la cotisation assurance pension entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2013 - répartition des aidants informels par groupe d'âge et sexe

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	En % du total
< 15 ans		1	1	0%
15-19	2	7	9	0,3%
20-24	5	39	44	1,6%
25-29	9	135	144	5,4%
30-34	19	252	271	10,1%
35-39	32	352	384	14,4%
40-44	36	373	409	15,3%
45-49	47	404	451	16,9%
50-54	56	449	505	18,9%
55-59	32	314	346	12,9%
60-64	7	86	93	3,5%
65-69		9	9	0,3%
70-74		3	3	0,1%
75-79		3	3	0,1%
TOTAL	245	2 427	2 672	100%

3.2. LES PRESTATIONS FACTURÉES

Remarque 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. 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 expérimentales⁷. Elles peuvent être accordées en nature et, dans certains cas, être converties en espèces.

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

7. Art. 361 du CSS.

3.2.1. 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 focalisera exclusivement sur les bénéficiaires de prestations résidant au Luxembourg.

Tableau 32: Les dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance - évolution depuis 2000 (en millions EUR)

Année	Montant	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2000	123,4		122,5	99,2%
2001	150,7	22,1%	149,4	99,1%
2002	177,5	17,8%	175,7	99,0%
2003	211,1	18,9%	208,9	99,0%
2004	260,0	23,2%	256,9	98,8%
2005	291,1	11,9%	287,4	98,7%
2006	312,5	7,4%	308,4	98,7%
2007	321,9	3,0%	317,7	98,7%
2008	351,8	9,3%	347,4	98,7%
2009	383,2	8,9%	378,5	98,8%
2010	415,2	8,4%	410,1	98,8%
2011	455,3	9,7%	449,8	98,8%
2012	496,9	9,1%	491,2	98,8%

Les dépenses pour prestations augmentent de manière spectaculaire de 2000 à 2005.

A partir de 2006, on constate un ralentissement de la croissance des dépenses. En 2007, année de l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance les dépenses n'augmentent que de 3%.

La variation dans les dépenses est due à plusieurs facteurs qui se cumulent:

- l'augmentation du nombre de bénéficiaires;
- l'augmentation du nombre d'heures prestées;
- l'augmentation de la valeur monétaire.

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 (380 au 31 décembre 2012). Pour ces raisons, les données qui suivent porteront exclusivement sur le coût engendré par la prise en charge des personnes dépendantes résidant au Luxembourg.

L'étude sur le coût des prestations de l'assurance dépendance prestée au Luxembourg met en évidence une croissance soutenue des dépenses en maintien à domicile mais également en milieu stationnaire. En effet on observe, sur la période de 2010 à 2012, une croissance annuelle moyenne de 8,9% pour la prise en charge à domicile et de 9,2% en établissement.

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 2012 ils représentent 79,0% de l'ensemble des dépenses, 84,2% des dépenses pour les bénéficiaires en établissement et 71,6% pour le domicile.

Pour ce qui est de l'âge et du sexe (graphique 9), on remarque que le coût des prestations pour les femmes dépendantes est en moyenne 2,2 fois plus élevé que celui des hommes. Il est même en moyenne 2,9 fois plus élevé pour les femmes âgées de 80 à 89 ans que pour les hommes de la même tranche d'âge. Cette forte différence s'explique, entre autre, par une moyenne d'âge plus élevée chez la population féminine dépendante et par un degré de dépendance plus important, augmentant en fonction de l'âge.

En procédant à une analyse du coût par lieu de séjour et par sexe on constate qu'en 2012 (graphique 10):

- 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.

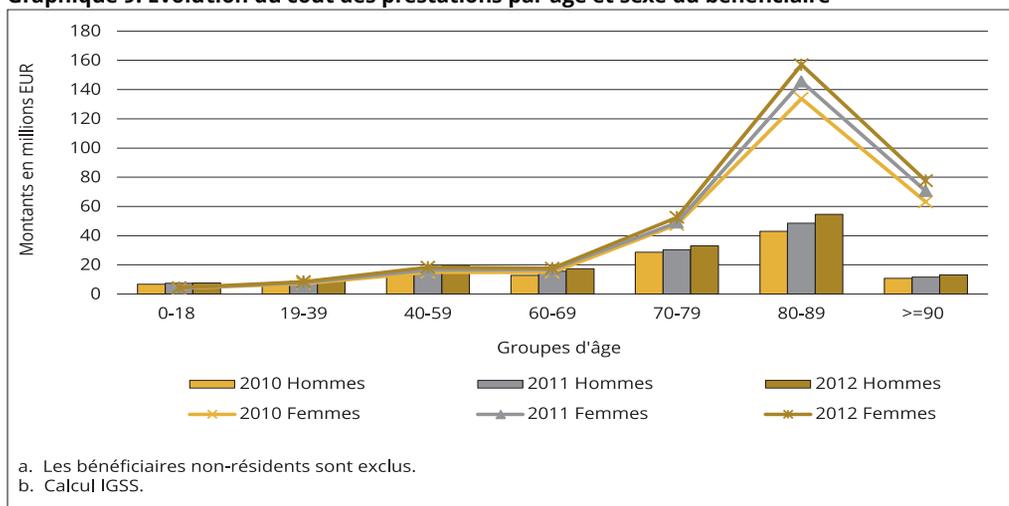
Tableau 33: Evolution des prestations par âge et lieu de séjour du bénéficiaire ^{a b}
(en millions EUR)

Groupes d'âge	2010		2011		2012	
	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement
0-20	9,2	1,4	9,7	1,8	10,0	2,0
20-39	7,9	6,9	9,2	7,4	10,3	8,3
40-59	13,9	16,5	16,0	17,7	17,6	20,0
60-69	15,8	11,9	18,2	14,4	20,0	15,1
70-79	38,6	37,6	41,2	38,2	45,8	39,7
80-89	65,9	110,8	73,2	120,8	79,0	132,6
>=90	18,0	55,9	19,6	62,6	21,5	69,2
TOTAL	169,2	241,0	187,0	262,8	204,3	286,9
Variation en %	7,1%	9,3%	10,6%	9,1%	9,2%	9,2%

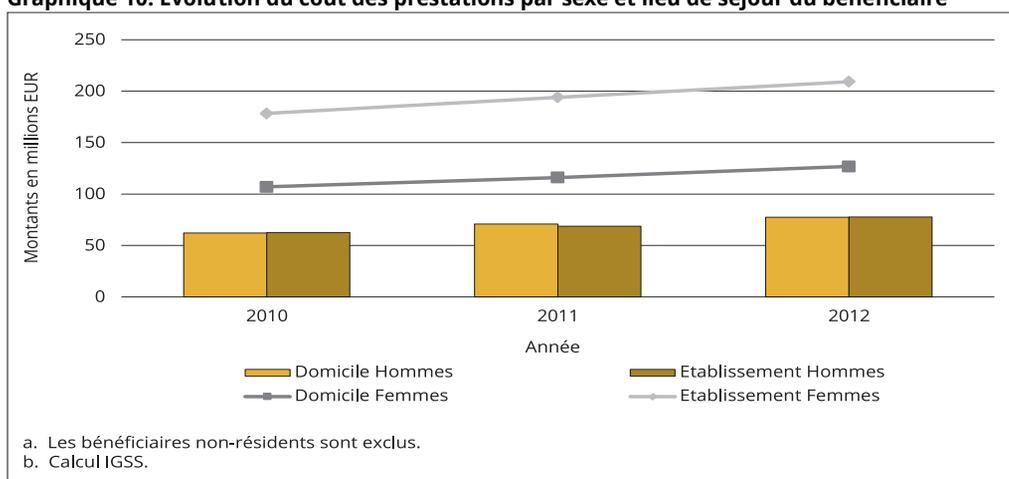
a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Calcul IGSS.

Graphique 9: Evolution du coût des prestations par âge et sexe du bénéficiaire ^{a b}



Graphique 10: Evolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire ^{a b}



Le tableau 34 présente l'évolution des dépenses de l'assurance dépendance pour les différents types de prestation. Il met en évidence la croissance des dépenses en 2012 (+9,2 % par rapport à 2011). Le nombre de bénéficiaires entre 2011 et 2012 augmente quant à lui de 5,0% seulement. L'augmentation du nombre de bénéficiaires n'explique donc pas, à elle seule, l'augmentation des dépenses. On peut avancer certaines autres hypothèses telles que l'aggravation de l'état de dépendance ou l'évolution de la valeur monétaire.

Tableau 34: Le coût des prestations en nature par type de prestation au Luxembourg^{a b}
(en millions EUR)

Type de prestation	2010	2011	2012	Variation en %	
				2010/2011	2011/2012
MAINTIEN A DOMICILE	169,2	187,0	204,3	10,6%	9,2%
Prestation en nature	101,3	113,5	127,6	12,0%	12,4%
Période transitoire	4,9	4,9	5,4	0,2%	10,8%
Prestations en espèces	48,1	50,9	53,4	6,0%	4,8%
Produits nécessaires aux aides et soins	3,4	3,5	3,6	4,5%	3,2%
Aides techniques	9,9	11,3	11,0	14,1%	-2,8%
Adaptations de logement	1,5	2,8	3,2	82,4%	13,2%
ETABLISSEMENT	241,0	262,8	286,9	9,1%	9,2%
Prestation en nature	241,0	262,8	286,9	9,1%	9,2%
Projet d'actions expérimentales ^c	0,0	0,0	0,0		
TOTAL	410,1	449,8	491,2	9,7%	9,2%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Calcul IGSS.

c. < 50 000 EUR.

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.

La période transitoire est la période qui s'écoule entre la date de la demande et la date de la décision. Durant cette période, les prestations en nature apportées par un prestataire contractant de l'assurance dépendance sont prises en charge intégralement jusqu'à hauteur du plafond de 24,5 heures par semaine, quel que soit le temps requis qui sera retenu au plan de prise en charge du demandeur. Si, lors de la décision, le temps requis au plan de prise en charge se révèle supérieur à ce qui a été facturé par le prestataire, le bénéficiaire reçoit la différence sous forme de prestations en espèces, et ceci selon les règles appliquées pour la fixation de la prestation en espèces. 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.

3.2.2. Les dépenses pour les différents types de prestations

Cette section a pour but de donner un aperçu du détail de l'évolution, à partir de 2010, des dépenses pour les différents types de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance.

3.2.2.1. 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.

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 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 croissance entre 2011 à 2012 des actes essentiels de la vie et des tâches domestiques s'élève à 9,2% respectivement 9,5%. Les dépenses pour les activités de soutien affichent une croissance de 12,8% en 2012. La croissance totale des prestations en nature se situe au même niveau que les années précédentes (à savoir $\pm 10\%$).

En 2012, les dépenses pour les actes essentiels de la vie représentent 250,9 millions d'EUR, soit 60,6% de l'ensemble des dépenses pour les prestations en nature. Elles sont suivies par les activités de soutien, qui représentent 133,2 millions d'EUR, soit 32,2% de l'ensemble des dépenses. Depuis le début 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 30,2 millions et représentent ainsi 7,3% de l'ensemble. Le coût des activités de conseil est négligeable dans l'ensemble (inférieur à 50 000 EUR).

La part la plus importante des dépenses concerne, bien entendu, les personnes des groupes d'âge à partir de 70 ans (tableau 36). Ce sont à la fois les groupes aux effectifs les plus élevés et, comme nous l'avons remarqué précédemment, les groupes présentant les besoins en aides et soins les plus importants.

En 2012, les dépenses pour ces groupes d'âge représentent 83,0% du total des dépenses pour les actes essentiels de la vie, 81,1% des dépenses totales pour les tâches domestiques et 81,8% des dépenses pour les activités de soutien.

Tableau 35: Evolution des dépenses pour les différents types de prestations en nature (en millions EUR) ^{a b}

Type de prestation	2010	2011	2012	Variation en %	
				2010/2011	2011/2012
Actes essentiels de la vie	213,7	229,8	250,9	7,5%	9,2%
Tâches domestiques	25,4	27,6	30,2	8,5%	9,5%
Activités de soutien	102,6	118,1	133,2	15,1%	12,8%
Activités de conseil ^c	0,0	0,0	0,0	-0,8%	-24,7%
TOTAL	341,7	375,5	414,4	9,9%	10,3%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Calcul IGSS.

c. <50 000 EUR.

Tableau 36: Les dépenses pour les prestations en nature en 2010 par l'âge du bénéficiaire (en millions EUR) ^{a b}

Groupes d'âge	Actes essentiels de la vie	En % du total	Tâches domestiques	En % du total	Activités de soutien	En % du total
0-19	1,8	0,7%	0,3	0,9%	2,6	1,9%
20-39	7,7	3,1%	0,8	2,8%	4,4	3,3%
40-59	17,1	6,8%	2,4	7,9%	8,6	6,5%
60-69	16,0	6,4%	2,2	7,3%	8,6	6,5%
70-79	41,3	16,4%	5,3	17,5%	22,9	17,2%
80-89	113,4	45,2%	13,5	44,6%	60,6	45,5%
>= 90	53,7	21,4%	5,8	19,1%	25,6	19,2%
TOTAL	250,9	100,0%	30,2	100,0%	133,2	100,0%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Calcul IGSS.

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 mais aussi parce qu'elles englobent un ensemble d'actes.

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

Le tableau 37 montre l'évolution des dépenses par domaine des actes essentiels de la vie. On remarque que le domaine de la mobilité arrive en tête des dépenses suivi d'assez près par 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 2012 que 17,2% de l'ensemble. Il est vrai que le besoin d'aide pour la nutrition révèle très souvent un état de perte d'autonomie très grave.

Pour l'évolution des dépenses pour les activités de soutien (tableau 38), on relèvera l'importance des dépenses consenties pour les activités de soutien en groupe. En 2012, ces dépenses représentent plus de 70,8% de l'ensemble des dépenses.

Pour les activités de soutien individuel, on relève une augmentation des dépenses pour les activités non spécialisées (gardes et courses / démarches avec la personne) alors que les dépenses pour activités spécialisées restent au niveau de 2011.

Tableau 37: Evolution des dépenses pour les actes essentiels de la vie par domaine ^{a b} (en millions d'EUR)

Type d'AEV	2010	2011	2012	Variation en %	
				2010/2011	2011/2012
Nutrition	36,8	39,3	43,2	6,8%	10,0%
Mobilité	93,0	100,2	109,5	7,8%	9,2%
Hygiène corporelle	84,0	90,3	98,2	7,6%	8,8%
TOTAL	213,7	229,8	250,9	7,5%	9,2%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Calcul IGSS.

Tableau 38: Evolution des dépenses pour les activités de soutien par type de prestation ^{a b}
(en millions d'EUR)

Type de soutien	2010	2011	2012	Variation en %	
				2010/2011	2011/2012
En groupe	72,2	84,1	94,3	16,5%	12,2%
Activité en groupe non spécialisée	16,9	21,4	26,2	26,6%	22,5%
Activité en groupe spécialisée	55,3	62,7	68,1	13,4%	8,7%
Individuel	30,4	34,1	38,9	11,9%	14,2%
Activité individuelle non spécialisée	24,3	28,0	32,6	14,8%	16,7%
Activité individuelle spécialisée	6,1	6,1	6,3	0,3%	2,9%
TOTAL	102,6	118,1	133,2	15,1%	12,8%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Calcul IGSS.

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

Tableau 39: Répartition des prestations à domicile par type de partage ^{a b c} (en millions EUR)

Type de prestation	2010	2011	2012	Variation en %	
				2010/2011	2011/2012
Prestations en nature uniquement	21,0	24,7	29,2	17,7%	18,2%
Prestations en espèces uniquement	23,9	25,1	26,0	5,2%	3,5%
Prestations combinées dont	104,5	114,6	125,8	9,7%	9,8%
Prestations en nature	80,3	88,8	98,4	10,6%	10,8%
Prestations en espèces	24,2	25,8	27,4	6,8%	6,2%
TOTAL dont	149,4	164,5	181,0	10,1%	10,1%
Prestations en nature	101,3	113,5	127,6	12,0%	12,4%
Prestations en espèces	48,1	50,9	53,4	6,0%	4,8%

a. Sont considérées les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques.

b. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

c. Calcul IGSS.

Conformément à l'article 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 3.1.2.9.

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.

Comme l'analyse du coût des prestations d'aides et de soins l'a montré, les dépenses relatives au milieu stationnaire (9,2%) augmentent fortement en 2012, tout comme celles du maintien à domicile (9,2%). Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en nature augmente de 18,2% en 2012. Le coût des plans de partage comportant des prestations combinées augmente quant à lui de 9,8%. Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en espèces augmente de 3,5%.

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

Dans ce paragraphe, nous aborderons les dépenses pour les prestations forfaitaires en raison de certaines maladies, les dépenses pour les aides techniques et les adaptations du logement.

Tableau 40: Les dépenses pour les bénéficiaires de prestations forfaitaires^{a b} (en milliers EUR)

Type	2010	2011	2012
Surdité / troubles de la communication	1 149,6	1 096,3	1 085,5
Cécité	1 520,2	1 585,4	1 649,5
Spina bifida	232,3	232,3	246,6
TOTAL	2 902,1	2 914,0	2 981,6

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Calcul IGSS.

Tableau 41: Evolution des dépenses pour les aides techniques entre 2008 et 2010^{a b} (en millions EUR)

Mise à disposition	2010	2011	2012	Variation en %	
				2010/2011	2011/2012
Location	4,8	5,2	5,2	8,6%	-0,6%
Acquisition	5,2	6,2	5,9	19,2%	-4,6%
TOTAL	9,9	11,3	11,0	14,1%	-2,8%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Calcul IGSS.

Tableau 42: Les 10 postes de dépenses les plus importants pour les aides techniques en 2012^{a b} (en EUR)

Libellé_ISO	Montant	Rang 2012	Rang 2011	Rang 2010
Dispositifs de changement de niveau	3 782 810	1	1	1
Fauteuils roulants	2 547 665	2	2	2
Accessoires de fauteuils roulants	1 102 535	3	3	3
Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériel anti-escarres)	593 687	4	4	4
Lits	441 251	5	5	5
Adaptations pour voitures automobiles	409 599	6	6	6
Aides pour le transfert	370 142	7	7	7
Aides électro-optiques	254 424	9	9	9
Aides pour se laver, se baigner, se doucher	247 911	8	8	8
Aides pour l'hygiène	161 702	10	10	11

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Calcul IGSS.

Tableau 43: Evolution du nombre d'adaptations du logement par montant d'intervention ^{a b c}

Montant d'intervention (EUR)	2010	2011	2012
<5 000	39	34	50
<10 000	36	48	50
<12 000	16	16	14
<20 000	46	52	57
>=20 000	10	15	29
TOTAL	147	165	200
TOTAL dépenses	1 514 732	1 795 639	2 197 401
Montant moyen	10 304	10 883	10 987

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Calcul IGSS.

c. Les frais d'experts et les subventions de loyer ne sont pas compris (1 million en 2012).

4. LES DONNÉES FINANCIÈRES

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 3 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**.

Remarques méthodologiques préliminaires

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 réintégréées 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.

Suite à un dépassement de délai, l'écriture de provisions pour prestations faisait défaut dans le décompte de l'assurance dépendance 2008. Pour les tableaux et graphiques respectives de cette partie, les données ont été ajustées et tiennent compte de la provision théorique de 2008.

4.1. LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le tableau 44 retrace l'évolution financière de l'assurance dépendance entre 2009 et 2013.

L'exercice 2013 de l'assurance dépendance se caractérise par une hausse annuelle de 5,9% des recettes courantes et une augmentation de 8,0% des dépenses courantes.

Avec un excédent de 2,6 millions EUR, le solde des opérations courantes affiche un équilibre fragile. En effet 1,5 millions EUR des réserves cumulées ont dû être utilisées pour alimenter le fonds de roulement (réserve minimale) au seuil légal.

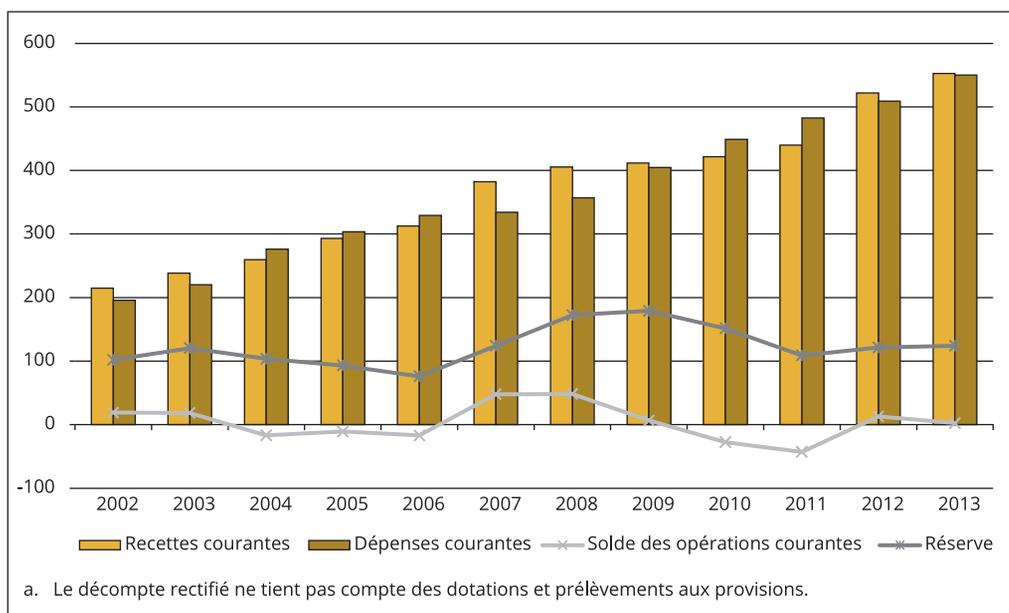
La situation quasiment équilibrée pour 2013 et l'excédent de l'exercice 2012 sont en larges parties dues aux augmentations successives de la contribution étatique. La dégradation continue de la situation financière de l'assurance dépendance observée depuis 2008 a ainsi pu être freinée mais non pas arrêtée.

Tableau 44: Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié ^a (en millions EUR)

EXERCICE	2009	2010	2011	2012	2013
RECETTES COURANTES					
Contribution dépendance	266,9	278,2	294,5	339,8	327,1
Contribution forfaitaire Etat	140,0	140,0	140,0	179,2	221,7
Redevance AD du secteur de l'énergie	2,0	1,8	1,9	1,7	2,1
Autres recettes	2,6	1,5	3,5	1,3	1,8
TOTAL DES RECETTES COURANTES	411,5	421,5	439,9	522,0	552,7
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>1,5%</i>	<i>2,4%</i>	<i>4,4%</i>	<i>18,7%</i>	<i>5,9%</i>
DEPENSES COURANTES					
Frais d'administration	11,1	11,5	12,8	13,5	15,1
Prestations en espèces	6,3	6,6	6,8	6,0	5,8
Prestations en nature	382,8	425,9	457,5	483,5	522,6
dont:					
Prestations à domicile	147,0	161,0	186,3	193,4	208,5
Prestations en milieu stationnaire	224,1	252,8	263,2	280,8	299,6
Prestations à l'étranger	11,3	11,8	8,1	9,3	14,5
Actions expérimentales	0,0	0,3	-0,1	0,0	0,0
Transferts de cotisations	4,1	4,5	4,8	5,7	5,9
Autres dépenses	0,5	0,5	0,8	0,5	0,5
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	404,8	449,0	482,7	509,2	550,1
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>13,3%</i>	<i>10,9%</i>	<i>7,5%</i>	<i>5,5%</i>	<i>8,0%</i>
SOLDE OPERATIONS COURANTES	6,7	-27,5	-42,8	12,8	2,6
Dotation / prélèvement fonds de roulement	4,8	-4,4	3,4	2,7	4,1
Excédent / découvert de l'exercice	1,9	-23,1	-46,2	10,2	-1,5
RESERVE	179,1	151,6	108,8	121,6	124,3
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,9%</i>	<i>-15,4%</i>	<i>-28,2%</i>	<i>11,8%</i>	<i>2,1%</i>

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

Graphique 11: Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié ^a (en millions EUR)



4.2. LES RECETTES COURANTES

Le financement repose essentiellement sur 3 sources : la contribution dépendance, la contribution forfaitaire de l'Etat et la redevance du secteur de l'énergie.

4.2.1. La contribution dépendance

La contribution dépendance est prélevée sur les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine des personnes assurées. Depuis 2007, le taux de contribution est fixé à 1,4% (auparavant 1,0%).

La contribution dépendance a rapporté 327,1 millions EUR en 2013 dont 80% des assurés actifs et autres, 14% des assurés pensionnés et 6% de contribution sur le patrimoine. La baisse en recette totale par rapport à l'année précédente, s'explique par la recette exceptionnelle " litige relibi " de 2012 qui a été comptabilisée sous le poste contribution sur le patrimoine.

A rappeler que suite au " litige relibi ", 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.

Depuis 2013, un montant égal à 14% de l'impôt relibi collecté (soit 1,4% des revenus d'intérêts imposés) est versé par l'Administration des contributions directes à l'assurance dépendance. Pour 2013, le montant s'élève à 2,7 millions EUR.

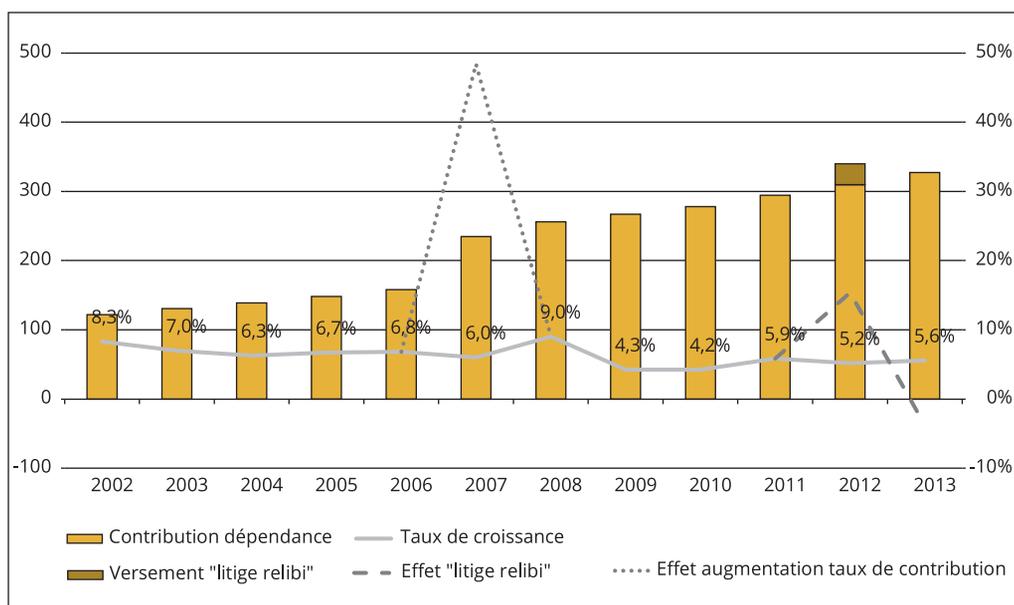
Tableau 45: Evolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance (en millions EUR)

Exercice	Assurés actifs et autres	Assurés pensionnés	Contribution sur le patrimoine	Total	Total au n.i. 100	Indice de variation 1999=100	Taux de contribution
2009	218,5	36,4	11,9	266,9	38,2	235	1,40%
2010	228,3	38,1	11,8	278,2	39,1	241	1,40%
2011	239,6	41,0	13,9	294,5	40,7	251	1,40%
2012	253,8	42,5	43,5	339,8	45,8	283	1,40%
2013	264,1	45,5	14,5	327,1	43,0	265	1,40%

Depuis l'année 2000, l'évolution de la contribution dépendance a connu deux évènements exceptionnels, l'augmentation du taux de cotisation en 2007 et le versement " litige relibi " en 2012.

En neutralisant ces effets, la croissance nette en 2013 s'élève à 5,6%, et reste similaire aux taux des deux exercices précédents. Elle dépasse ainsi celle observée durant les années de crise, mais reste toutefois inférieure aux taux de croissance d'avant 2008.

Graphique 12: Evolution et taux de croissance de la contribution dépendance (en millions EUR)



4.2.2. La contribution forfaitaire de l'Etat

Par la loi du 16 décembre 2011 (budget 2012), la contribution forfaitaire de l'Etat est fixée pour l'exercice 2013 à 40% des dépenses totales de l'assurance dépendance, y compris la dotation au fonds de roulement (réserve légale). Pour l'année 2014 le taux de participation est maintenu à 40% des dépenses totales.

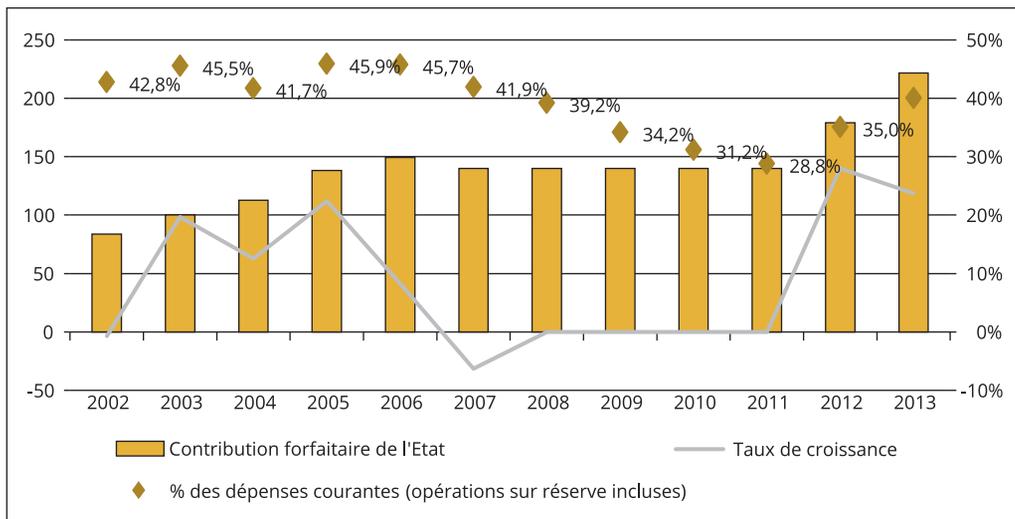
Tableau 46: Contribution de l'Etat aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR)

Exercice	En valeur nominale	Variation annuelle en %	En valeur n.i. 100	Variation annuelle en %
2009	140,0	0,0%	20,0	-2,4%
2010	140,0	0,0%	19,7	-1,6%
2011	140,0	0,0%	19,3	-1,8%
2012	179,2	28,0%	24,1	24,9%
2013	221,7	23,7%	29,1	20,7%

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%.

Ainsi en deux ans, le montant pris en charge par l'Etat a connu une croissance de 58% (de 140 millions EUR à 222 millions EUR).

Graphique 13: Evolution et taux de croissance de la contribution forfaitaire de l'Etat (en millions EUR)



4.2.3. La 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.

Le produit de la contribution spéciale s'élève pour 2013 à 2,1 millions 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 augmentent de 8,0% en 2013. Cette croissance est essentiellement due à l'évolution des prestations en nature.

4.3.1. Les frais d'administration

Les frais d'administration propres à la Caisse nationale de santé, gestionnaire de l'assurance dépendance, sont réparties entre l'assurance dépendance et l'assurance maladie-maternité au prorata de leurs prestations respectives. Pour l'assurance dépendance, ils connaissent une progression de 12,1% pour atteindre 15,1 millions EUR en 2013.

4.3.2. Les prestations en espèces

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 soient pas accordées.

Le volume des prestations en espèces continue à baisser, et s'élève à 5,8 millions EUR en 2013.

4.3.3. Les prestations en nature

Le montant rectifié des prestations en nature⁸ dépasse les 500 millions EUR en 2013. Avec 57% des prestations en nature, soit 299,6 millions EUR, les dépenses en milieu stationnaire occupent la première place devant les prestations à domicile avec 208,5 millions EUR.

4.3.4. Les provisions (sur prestations en nature)

Le montant rectifié des prestations en nature 2013 contient 55,0 millions EUR de prestations provisionnées, c.-à-d. de prestations 2013 non encore déboursées au 31.12.2013. Similaire aux deux exercices précédents, le rapport du montant des provisions sur le total des prestations en nature tourne autour de 10%, et la problématique des provisions extrêmement élevées, due surtout aux retards dans la facturation connue dans les années 2007 - 2009, semble définitivement résolue.

Tableau 47: Evolution des provisions pour prestations en nature et réconciliation des prestations en nature selon décompte de la CNS (en millions EUR)

EXERCICE	2009	2010	2011	2012	2013
(1) Prestations en nature selon décompte rectifié	382,8	425,9	457,5	483,5	522,6
(2) dont dotations aux provisions	280,1	99,3	44,0	45,1	55,0
<i>% provisions / prestations en nature</i>	<i>73,2%</i>	<i>23,3%</i>	<i>9,6%</i>	<i>9,3%</i>	<i>10,5%</i>
(3) Prestations en nature N-1 (reprise provisions)	290,5	280,1	99,3	44,0	45,1
(1)-(2)+(3) = Prestations en nature selon décompte de la CNS	393,2	606,7	512,8	482,4	512,7

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.

En retranchant du montant rectifié les dotations en provisions de l'année et en réintégrant les prestations N-1 (reprise de provisions), on retrouve le montant des prestations selon décompte CNS.

4.4. LA RESERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

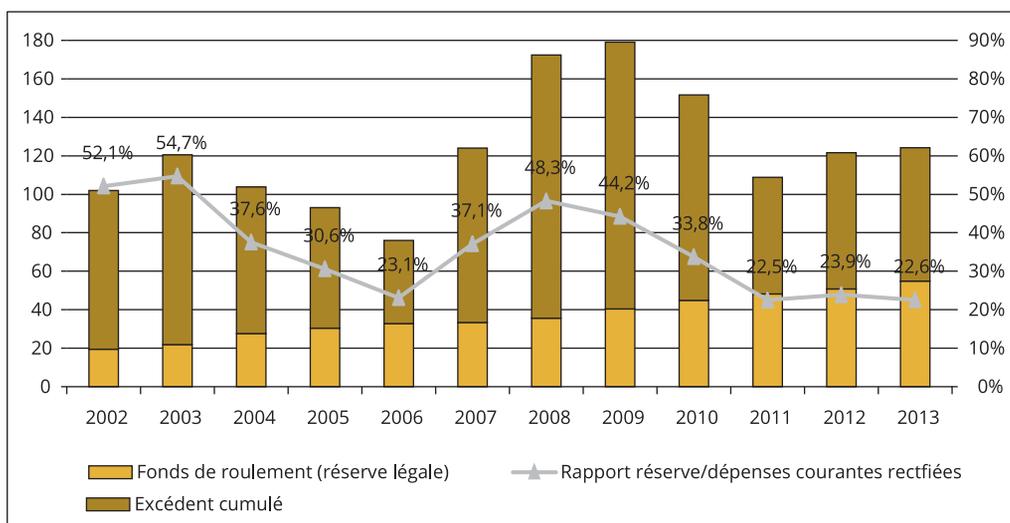
La loi prévoit que la réserve de l'assurance dépendance ne doit pas être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses courantes (y compris opérations sur réserve). Les décomptes distinguent ainsi entre le fonds de roulement/réserve légale et l'excédent cumulé/résultats reportés.

Le solde des opérations courantes de 2013 de 2,6 millions EUR fait croître la réserve de l'assurance dépendance de 2,1%. Toutefois il n'a pas permis d'alimenter le fonds de roulement à son niveau requis et une partie des excédents cumulés a dû être consommée.

Au 31.12.2013 la réserve s'élève à 124,3 millions EUR dont 55,0 millions, soit 44%, de réserve légale. La réserve totale représente 22,6% des dépenses courantes rectifiées.

En 5 ans, le volume de la réserve a diminué de plus de 30%. En 2009, elle représentait 44,2% des dépenses courantes annuelles.

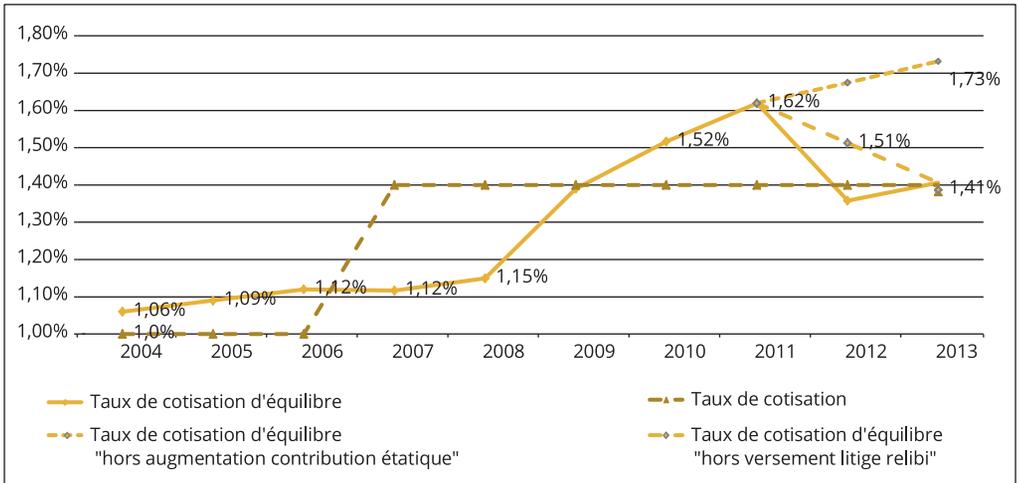
Graphique 14: Evolution de la réserve de l'assurance dépendance (en millions EUR)



Le **taux de contribution d'équilibre** pour 2013 est de 1,41%. 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.

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. Sans ces événements, le taux de cotisation d'équilibre pour 2013 aurait été de 1,73%.

Graphique 15: Evolution du taux de cotisation d'équilibre



4.5. LES VALEURS MONÉTAIRES

Le montant des prestations en nature est déterminé en multipliant la durée hebdomadaire des aides et soins requis au plan de prise en charge par les valeurs monétaires négociées, en principe annuellement, entre la CNS et la COPAS, organisme représentatif des prestataires.

Par dérogation à la loi sur l'assurance dépendance, la loi du 20 décembre 2013 sur les recettes et les dépenses de l'Etat précise que pour l'année 2014 les valeurs monétaires applicables pour 2013 restent valables.

Ces valeurs sont fixées au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et correspondent en 2014 à :

- Etablissements d'aides et de soins à séjour continu : 6,26951 EUR indice 100
- Réseaux d'aides et de soins : 8,57035 EUR indice 100
- Centres semi-stationnaires : 7,34664 EUR indice 100
- Etablissements à séjour intermittent : 6,99052 EUR indice 100

Depuis 2006 la valeur horaire payée en cas de remplacement des prestations en nature par des prestations en espèces (aidant informel) est fixée par la loi à 25 EUR.

Tableau 48: Evolution des valeurs monétaires des aides et soins^a et de la valeur horaire pour prestations en espèces^b depuis 1999

Année	Etablissements d'aides et de soins	Maintien à domicile	Valeur horaire pour prestations en espèces		
1999	35,2	37,2	18,59		
2000	35,2	37,7	18,84		
2001	33,7	44,6	22,31		
2002	34,5	45,3	22,65		
2003	35,8	47,7	23,85		
2004	35,8	48,0	24,00		
2005	37,8	50,0	24,99		
2006	39,9	51,3	25,00		
	Les établissements d'aides et de soins à séjour continu	Les réseaux d'aides et de soins	Les centres semi-stationnaires	Les établissements à séjour intermittent	
2007	41,4	52,4	53,3	46,0	25,00
2008	43,4	53,2	51,2	47,6	25,00
2009	44,6	57,4	52,1	48,1	25,00
2010	44,9	59,3	51,6	48,2	25,00
2011	44,8	61,6	51,9	50,2	25,00
2012	46,5	63,6	54,5	51,9	25,00
2013	47,7	65,2	55,9	53,2	25,00
2014	48,6	66,4	56,9	54,2	25,00

- a. La loi du 23.12.2005, Mémorial A-2005-215, a modifié la structure des valeurs monétaires afin de mieux adapter le financement aux différentes structures de prise en charge.
- b. Jusqu'au 1er janvier 2006, les prestations en espèces étaient calculées au prorata de la valeur monétaire du maintien à domicile et correspondait à la moitié de la valeur monétaire de la prestation en nature. Les modifications de la loi en 2005 lui ont attribué un montant fixe, correspondant à 25 EUR.

INTRODUCTION

Au Grand-Duché de Luxembourg, le régime général d'assurance pension est un système de répartition des charges par périodes de couverture de 10 ans et avec constitution obligatoire d'une réserve de 1,5 fois le montant des prestations annuelles. Les charges du régime sont couvertes par des cotisations et des revenus du patrimoine.

Le taux de cotisation global est de 24%, par parts égales à charge des assurés, des employeurs et de l'Etat. L'assiette des cotisations se situe entre le salaire social minimum (SSM), exceptionnellement entre 1/3 du SSM, et 5 fois le SSM. La perception des cotisations est effectuée par le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS), le Fonds de compensation (FDC) est seul compétent pour la gestion du patrimoine de l'assurance pension et les prestations sont calculées et payées par la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP).

Le régime général concerne près de 90% de la population exerçant une activité professionnelle. Depuis la mise en place du statut unique au 1er janvier 2009, les assurés du régime général appartiennent tous à la seule caisse nationale d'assurance pension (CNAP), indépendamment de leur statut socio-professionnel. A côté du régime général d'assurance pension, il existe des régimes spéciaux qui concernent : les fonctionnaires et employés publics (administration du personnel de l'Etat), les fonctionnaires et employés communaux (caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux - CPFEC), les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois (service des pensions des CFL) et les employés publics des établissements publics. Enfin, on peut mentionner les fonctionnaires internationaux, qui relèvent des régimes de pension de leurs institutions.

Le présent chapitre se limite exclusivement aux données du régime général de pension et analyse uniquement l'évolution récente de ce régime jusqu'au 31 décembre 2013 ainsi que son équilibre financier à court terme. En ce qui concerne la situation actuarielle et financière à long terme, il faut se reporter aux avis et rapports spécifiques de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Parmi les changements législatifs intervenus en 2013, il faut citer:

La loi budgétaire du 20 décembre 2013 qui, dans son article 30, refixe à 0 le modérateur de réajustement pour les années 2012 et 2013 (Mém. A 222 du 24 décembre 2013, p. 3911).

Le règlement grand-ducal du 13 mars 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 5 mai 1999 concernant l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative, l'achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations remboursées dans le régime général d'assurance pension (Mém. A 53 du 22 mars 2013, p. 679).

Le règlement grand-ducal du 18 décembre 2013 fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2012 (Mém. A 221 du 23 décembre 2013, p. 3902).

Le règlement grand-ducal du 18 décembre 2013 fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2012. (Mém. A 221 du 23 décembre 2013, p. 3902).

Le règlement grand-ducal du 18 décembre 2013 portant fixation des coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 devant servir de base de calcul des indemnités pour dommages de guerre corporels, aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944 (Mém. A 221 du 23 décembre 2013, p. 3902).

L'équilibre financier du régime de pension est directement influencé par les évolutions du nombre des assurés et des bénéficiaires de pension. Comme le système de financement appliqué est proche de celui de la répartition pure, l'équilibre financier annuel dépend en première ligne des recettes en cotisations et des dépenses pour prestations, qui elles dépendent directement des variables démographiques précitées. Les résultats annuels récents ont en outre été influencés sensiblement par les revenus de la fortune et les dotations aux réserves.

La loi du 21 décembre 2012, portant réforme de l'assurance pension, entrée en vigueur le 1er janvier 2013, a modifié le champ d'application matériel du régime général et des régimes spéciaux, notamment en ce qui concerne le calcul et la dynamisation des pensions. Les éléments essentiels de la réforme se résument comme suit.

La loi encourage les assurés à prolonger leur carrière active afin d'aligner la carrière professionnelle à l'évolution de l'espérance de vie. Le taux des majorations proportionnelles subit une réduction progressive de 1,85 pour cent en 2013 à 1,60 pour cent en 2052. Le relèvement des majorations proportionnelles échelonnées est censé récompenser une prolongation de la vie active. Le taux des majorations forfaitaires est augmenté progressivement de 23,5 pour cent en 2013 à 28 pour cent en 2052.

Avant la réforme, la loi appliquait la même méthodologie pour l'ajustement des pensions (facteur d'ajustement) et pour la conversion des salaires (coefficient d'ajustement). La nouvelle loi introduit une différenciation. D'un côté, la revalorisation des salaires est appliquée au moment de l'octroi de la pension indépendamment de la situation financière du régime. Le facteur de revalorisation garantit ainsi la revalorisation intégrale des salaires inscrits dans la carrière de l'assuré lors du calcul initial de la pension au moment du départ en retraite. De l'autre côté, le mécanisme nouveau du réajustement consiste à ajuster les pensions déjà en cours depuis une année à l'évolution du niveau de la vie, mesuré par l'évolution des salaires. Le facteur de réajustement représente la variation annuelle du facteur de revalorisation. A l'avenir, son application pourra toutefois être tempérée par un facteur modérateur si les dépenses dépassent les recettes en cotisation. Le premier réajustement selon le nouveau régime aurait dû se faire à partir de l'année 2014. Or, comme l'évolution des salaires entre 2011 et 2012 était légèrement régressive, -0,3%, et comme les prévisions de l'évolution des salaires entre 2012 et 2013 tablaient sur une progression de même envergure, le législateur, dans la loi budgétaire du 20 décembre 2013, a fixé le modérateur de réajustement à 0 pour les années 2012 et 2013. Ainsi les réajustements des deux années 2014 et 2015 ont été neutralisés afin de garantir une stabilité dans les pensions sans fluctuations minimales et inutiles. L'évolution des salaires à la base de la fixation du facteur de revalorisation, retenue récemment, a d'ailleurs confirmé les prévisions et le facteur de l'année 2013 a été fixé à 1,426 pour retrouver quasiment la valeur de 2011.

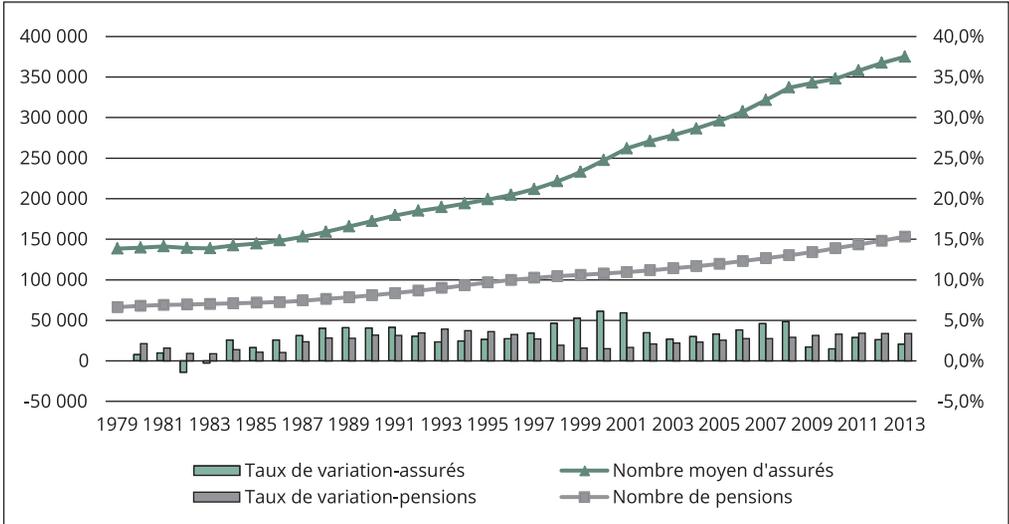
En outre la loi lie la liquidation de l'allocation de fin d'année à la situation financière du régime. Si la prime de répartition dépasse le taux de cotisation global, l'allocation de fin d'année ne sera plus due.

La période de couverture est portée de 7 à 10 ans mais le taux de cotisation applicable est révisé tous les 5 ans. Ainsi, d'un côté, une approche prospective renforcée permettra d'assurer l'équilibre financier du régime sur une période plus étendue tandis que d'un autre côté des révisions plus rapprochées du taux de cotisation assurent une adaptation régulière à l'évolution de la situation financière du régime.

1. ÉVOLUTION DES ASSURÉS ACTIFS ET DES BÉNÉFICIAIRES DE PENSION

Au 31 décembre 2013 le régime général de pension comptait 375 549 assurés actifs, face à 368 162 pour 2012, soit une progression de 2,0%. En comparaison le nombre de pensions en cours de paiement a augmenté de 3,4%, soit de 150 660 à 155 000 unités.

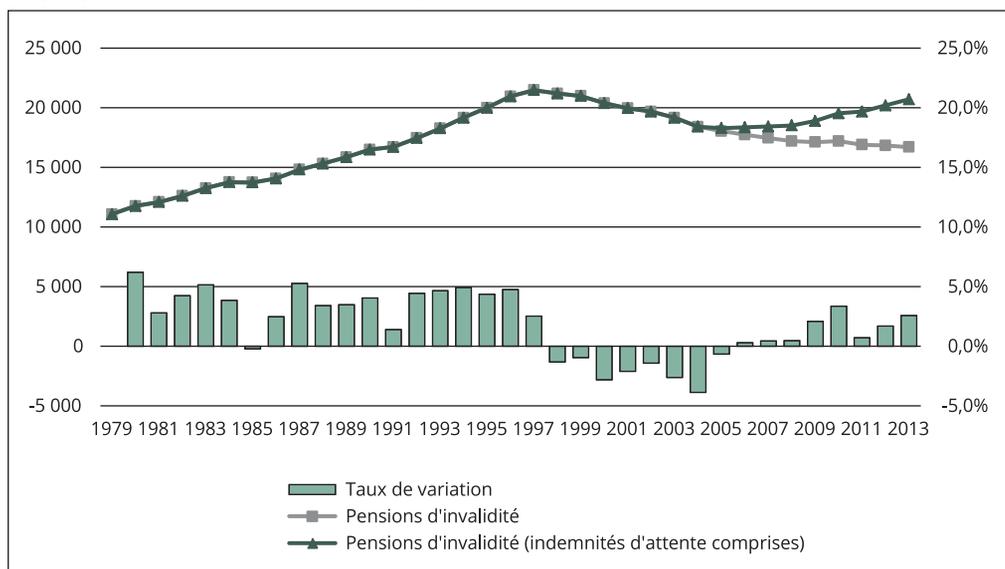
Graphique 1: Evolution du nombre moyen des assurés et des pensions



Ce taux de croissance résulte d'une augmentation du nombre des pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée de 4,9%, des pensions de survie du conjoint de 1,0%, des pensions d'orphelin de 5,5% et d'une diminution des pensions d'invalidité de -0,9%.

Jusqu'en 1991 le nombre total des pensions a évolué plus lentement que celui des assurés, conséquence du creux dans la pyramide des âges correspondant aux générations nées entre 1915 et 1925, en raison du faible taux de natalité durant la Première Guerre mondiale et du nombre élevé de victimes durant la Seconde Guerre mondiale. Aussi, le nombre de pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée a-t-il carrément stagné entre 1980 et 1986, oscillant entre 31 100 et 31 600 unités, pour augmenter ensuite jusqu'à 49 300 unités en 1996, ce qui représente une augmentation dépassant 50% en 15 ans. Entre 1992 et 1996, le taux de croissance du nombre de pensions personnelles avait dépassé celui du nombre des assurés cotisants. Depuis 1997 le régime a connu de nouveau la situation inverse avec un développement de l'emploi important qui s'est traduit par des taux de croissance du nombre des assurés cotisants, qui ont dépassé largement ceux du nombre total des pensions. En 2002 les deux évolutions se sont rapprochées de nouveau, celle du nombre moyen d'assurés ayant marqué le pas dans un contexte de fléchissement conjoncturel, celle du nombre de pensions étant freinée par la régression des pensions d'invalidité, risque mieux encadré par les dispositions de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle. Les pensions d'invalidité avaient progressé en nombre de 11 000 à 21 500 entre 1979 et 1997. L'arrêt Thill/c.AVI du 28.11.1996 de la Cour de Cassation, en redéfinissant les critères d'invalidité, avait provoqué une nette régression des cas, tendance qui a perduré, à relativiser néanmoins, parce qu'en ajoutant à l'évolution du nombre des pensions d'invalidité celle des indemnités d'attente, introduites en 2002, on constate une reprise de la progression en nombre comparable à celle d'avant 1996. A retenir aussi que le coût annuel dynamique de cette prestation à charge du régime de pension a dépassé les 70 millions EUR en 2013.

Graphique 2: Evolution du nombre des pensions d'invalidité



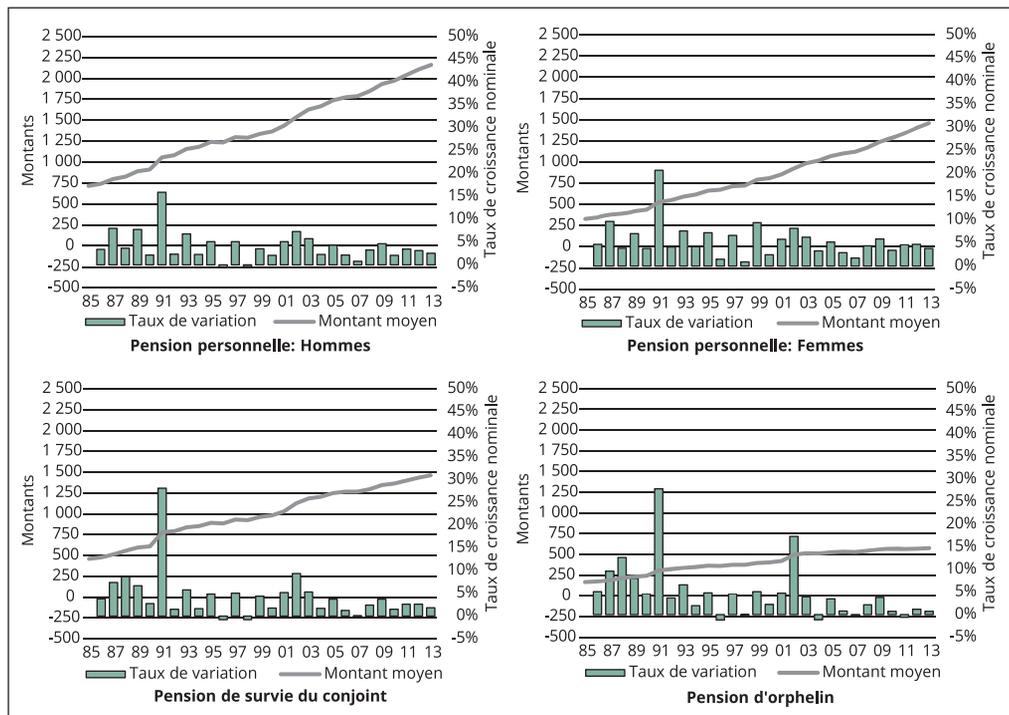
La croissance du nombre moyen des assurés cotisants des années quatre-vingt, plus importante que celle du nombre moyen des pensions, avait eu pour effet de réduire le coefficient de charge (nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants). Cette évolution s'est essouffée en 1992 et le coefficient a augmenté jusqu'en 1996. En 1997, l'évolution plus modérée du nombre des pensions a croisé la progression très forte du nombre des cotisants, surtout de la CPEP et l'envol du coefficient de charge s'est freiné pour afficher 48,4 pour l'ensemble des caisses, soit une valeur inférieure à celle de 1996. Depuis 1998 la tendance progressive de l'emploi s'est encore accentuée et le coefficient de charge du régime unique a régressé annuellement de façon sensible, de 43,5 en 2000 à 40,5 en 2005. Depuis 2009, le développement très faible de l'emploi, effet corollaire de la crise économique, n'a plus permis au nombre d'assurés actifs de dépasser la progression linéaire et soutenue du nombre des bénéficiaires de pension. Le coefficient de charge progresse depuis, de manière sensible et régulière, pour atteindre 40,9 en 2013. Pour ce qui est de l'interprétation du niveau absolu du coefficient de charge, il y a lieu d'attirer l'attention sur la particularité que le nombre de pensions comporte de nombreuses pensions partielles relevant de l'assurance migratoire internationale. Si, du point de vue démographique, ce coefficient est correct, il ne permet pas de déduire immédiatement le niveau de la charge financière, en raison du montant réduit de ces pensions partielles.

2. CARACTÉRISTIQUES DES PRESTATIONS

2.1. NIVEAU MOYEN DES PENSIONS

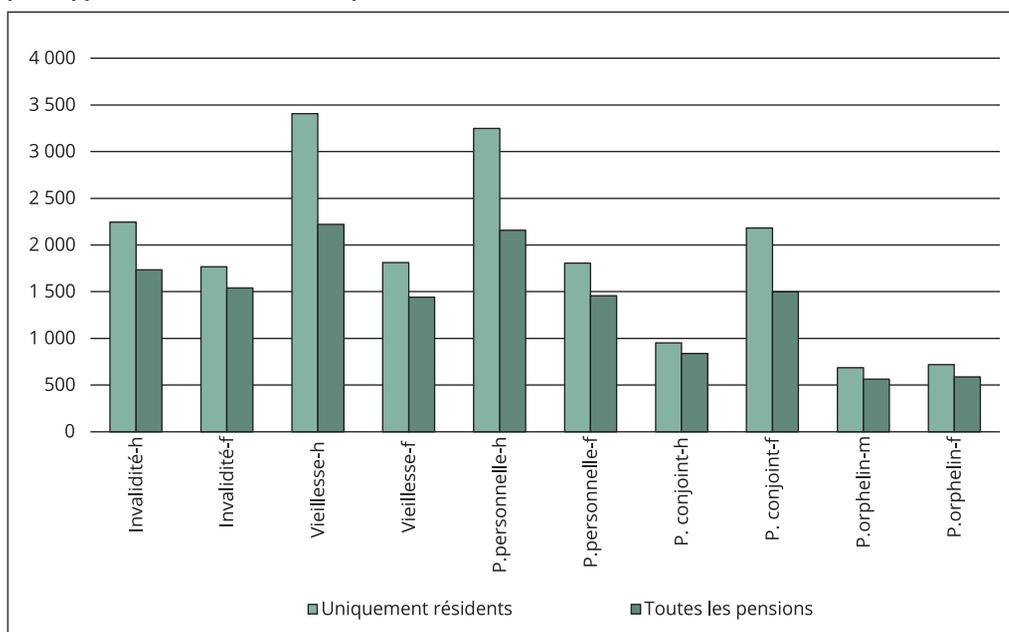
Le niveau moyen des pensions personnelles en cours de paiement en décembre 2013 s'élève à 2 159,29 EUR pour les bénéficiaires masculins, 1 457,91 EUR pour les bénéficiaires féminins, 1 461,35 EUR pour les conjoints survivants et 574,04 EUR pour les orphelins. A première vue, le niveau moyen de ces pensions paraît excessivement faible, notamment eu égard à la formule de calcul des pensions et au niveau des rémunérations cotisables.

Graphique 3: Evolution des montants moyens des pensions personnelles



L'explication de ce phénomène réside dans le fait que ces montants moyens considèrent la totalité des pensions et, ainsi, comprennent aussi toutes les pensions partielles versées dans le cadre de l'assurance migratoire internationale à des bénéficiaires qui ne peuvent justifier que de courtes périodes d'assurance au Luxembourg. Ces montants moyens ne tiennent pas compte non plus du montant de la pension étrangère à laquelle ces bénéficiaires ont également droit. Si l'on prend en considération l'ampleur progressive du phénomène de l'assurance migratoire, qui en 2013 concerne plus d'une pension sur deux, on comprend aisément l'importance de la réduction de ces montants moyens provoquée par les pensions partielles.

Graphique 4: Comparaison des montants moyens des pensions attribuées aux seuls résidents par rapport à ceux de toutes les pensions



En ne considérant que les pensions moyennes attribuées aux seuls résidents, les pensions de vieillesse pour les bénéficiaires masculins se situent à 3 406,60 EUR par rapport à 2 220,74 EUR, non-résidents inclus. En outre, restent encore comprises les pensions réduites en vertu d'une disposition de non cumul avec d'autres pensions, rentes ou revenus professionnels, alors que ces bénéficiaires disposent par définition d'un revenu supérieur à la pension réduite. Ces réductions de pension sont particulièrement fréquentes dans les pensions de survie du conjoint, en cas de concours avec un revenu professionnel ou avec une pension personnelle.

Si le niveau absolu des pensions moyennes ne peut guère être considéré comme représentatif du niveau de protection garanti par le régime général, l'évolution des montants moyens prend une grande importance, à côté de l'évolution du nombre de pensions, pour déterminer la croissance des dépenses pour prestations. La progression des montants moyens des pensions résulte de la combinaison de plusieurs variables déterminantes. Avec l'adaptation indiciaire des pensions à l'échelle mobile des salaires, le niveau des pensions a grimpé de 83,6% entre décembre 1985 et décembre 2013. L'ajustement des pensions au niveau réel des salaires est intervenu pour 40,5%. Les différentes réformes légales intervenues depuis 1985 se sont répercutées de façon inégale sur les catégories spécifiques de pension, comme sur les montants des pensions individuelles. Les taux de progression exceptionnels qu'affiche la comparaison des montants 2001/2002 résultent essentiellement de la mise en vigueur au 1er mars 2002 de la loi du 28 juin 2002 consécutive au "Rentendösch". De façon générale, le montant moyen des pensions évolue avec la longueur progressive des carrières et ainsi avec la proportion décroissante des pensions partielles, de celles des femmes notamment et surtout de celles relevant de l'assurance migratoire.

2.2. TRANSFERTS À L'ÉTRANGER

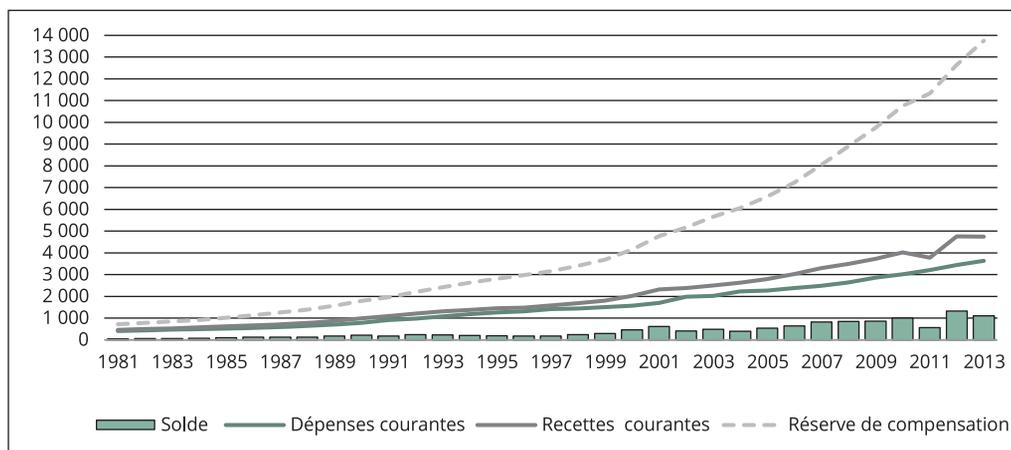
L'extension de l'assurance migratoire internationale au cours des dernières décennies, en raison de l'appel continu de l'économie luxembourgeoise à la main-d'oeuvre étrangère, n'a pas manqué de se répercuter sur les transferts de pensions à l'étranger. En décembre 2013, les pensions transférées ont représenté 44,9% du nombre total des pensions. Ainsi, tandis que le nombre total des pensions a augmenté de 3,4%, le nombre des pensions transférées progresse de 4,7% par rapport à l'année précédente. Depuis 1985, ce nombre a plus que quadruplé.

Le montant des pensions transférées passe de 740 millions EUR en 2012 à 808 millions EUR en 2013, pour approcher le quart du montant total des pensions. Que ce pourcentage soit inférieur de deux fois à celui du nombre de pensions transférées, s'explique par le fait que la plupart des pensions transférées ne sont actuellement encore que des pensions partielles calculées sur des carrières d'assurance incomplètes. On remarque cependant que la progression annuelle des montants transférés dépasse largement celle du nombre. Les principaux pays destinataires sont évidemment les trois pays limitrophes, à savoir la Belgique, l'Allemagne, la France ainsi que l'Italie et le Portugal.

3. SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME DE PENSION

En 2013 les recettes courantes dépassent les dépenses courantes de 1 111 millions EUR. Ce résultat a été obtenu malgré une stagnation des recettes courantes et une progression significative des dépenses, qui se situait à 5,6%. L'historique des principaux paramètres financiers est affiché sur le graphique suivant.

Graphique 5: Evolution des recettes, des dépenses et de la réserve du régime général



L'évolution des recettes et des dépenses entre 2008 et 2013 a été la suivante.

Tableau 1: Evolution des recettes et des dépenses globales de l'assurance pension

Exercice	1980	1990	2000	2010	2012	2013
RECETTES						
Cotisations des assurés et des employeurs	2 169	2 231	2 324	2 441	2 581	2 701
		2,9%	4,2%	5,0%	5,7%	4,6%
Cotisations à charge des pouvoirs publics	1 083	1 115	1 161	1 220	1 290	1 350
Participation de tiers	0	0	0	0	0	0
Transferts provenant d'autres organismes	3	2	3	2	3	5
Revenus sur immobilisation	23	25	26	26	25	23
Produits divers de tiers	6	5	6	6	6	5
Produits financiers	206	344	508	77	859	664
Autres recettes	0	0	0	0	0	0
TOTAL DES RECETTES COURANTES	3 491	3 722	4 028	3 771	4 764	4 748
Variation annuelle en %		6,6%	8,2%	-6,4%	26,3%	-0,3%
DEPENSES						
Frais d'administration	28	32	32	37	40	40
Prestations en espèces	2 496	2 708	2 849	3 030	3 242	3 438
Transfert de cotisations à d'autres organismes	97	107	112	120	137	138
Décharges et restitutions à d'autres organismes	12	9	18	14	15	12
Frais de gestion du patrimoine	2	3	2	2	3	3
Charges financières	0	0	0	0	0	0
Dotations aux provisions et aux amortissements	6	6	6	7	7	6
Autres dépenses	0	0	0	0	0	0
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	2 641	2 865	3 021	3 210	3 443	3 637
Variation annuelle en %		8,5%	5,4%	6,3%	7,3%	5,6%
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	851	857	1 007	561	1 321	1 111
<i>dont estimation du produit financier non réalisé du FDC</i>	<i>-131</i>	<i>148</i>	<i>311</i>	<i>-176</i>	<i>589</i>	<i>387</i>
Réserve globale	8 897	9 754	10 761	11 322	12 643	13 754
Réserve minimale	3 744	4 063	4 274	4 545	4 864	5 157
Niveau relatif de la réserve ^a	3,6	3,6	3,8	3,7	3,9	4,0
Taux réserve minimum / prestations	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Excédent/découvert cumulé (après op.sur réserve)	5 153	5 691	6 487	6 777	7 779	8 597
Taux de cotisation	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%
Prime de répartition pure ^b	19,5%	20,6%	20,8%	21,0%	21,4%	21,6%
Coefficient de charge ^c	38,6	39,2	39,9	40,1	40,4	40,9

a. Réserve exprimée comme multiple des prestations annuelles.

b. Rapport dépenses courantes / masse cotisable.

c. Nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants.

Les exercices 2011 et 2012 avaient déjà été marqués par d'importantes fluctuations du rendement du patrimoine qui ont fortement impacté les recettes et, de fait, le solde des opérations courantes. 2013 n'a pas échappé à ce phénomène. Le montant renseigné en recettes concernant les produits financiers a régressé de 22,7% par rapport à 2012, évolution déterminée largement par les résultats de la SICAV-FIS. De prime abord, il faut rappeler que la valeur comptable de cette position se détermine par les cours boursiers au 31 décembre de l'exercice. Ensuite, il y a lieu de constater qu'en dépit des taux d'intérêts très bas sur le marché monétaire et des performances volatiles des obligations, la SICAV a encore réussi en 2013 un taux de rendement solide de 6,09% face à 8,92% fin 2012, performance due à un bon rendement des placements en actions.

Tableau 2: Evolution de la situation du régime

Année	Coefficient de charge	Prime de répartition pure	Niveau relatif de la réserve
1980	48,6	22,8	2,03
1985	49,7	22,6	2,19
1990	47,0	22,7	2,58
1995	48,5	23,9	2,40
2000	43,5	20,8	2,85
2005	40,5	21,0	3,14
2010	39,9	20,8	3,78
2011	40,1	21,0	3,74
2012	40,4	21,4	3,90
2013	40,9	21,6	4,00

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.

L'évolution dans le temps des principaux indicateurs de santé du régime que sont le niveau relatif de la réserve, la prime de répartition pure ainsi que le coefficient de charge, dégage trois commentaires. La progression, bien que légère, du coefficient indique que la charge des pensions sur les cotisations des assurés actifs augmente. Depuis 2008 la prime de répartition se rapproche du taux de cotisation global, ce qui diminue par conséquent les excédents financiers, hors rendement de la fortune. Néanmoins, le niveau de la réserve a progressé encore, ce qui procure aux décideurs un temps précieux pour trouver les adaptations futures nécessaires, à tête reposée et sans devoir brûler les étapes.



INTRODUCTION

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.

Créée par le législateur en 1901, elle est placée sous la tutelle du Ministère de la Sécurité sociale et est gérée par un comité directeur.

Sont assurés 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.

Les dépenses de l'assurance obligatoire sont financées par des cotisations à charge des employeurs et des assurés non-salariés.

Jusqu'en 2010, les cotisants étaient répartis sur 21 classes en fonction de la nature de l'activité assurée. Pour chaque classe, l'AAA fixait annuellement un taux de cotisation différent variant entre 0,45% et 6%.

Deux lois intervenues en 2010 ont apporté des modifications majeures à l'assurance accident :

- la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident a modifié l'organisation de l'assurance accident en fusionnant à partir du 1er juin 2010 les sections industrielle et agricole et en supprimant l'assemblée générale. Elle a également réformé en profondeur l'indemnisation de l'assurance accident (volet entré en vigueur le 1er janvier 2011) ;
- la loi du 17 décembre 2010 portant introduction d'un taux de cotisation unique dans l'assurance accident aboutit dès 2011 à un financement solidaire, le régime général de l'assurance accident est financé solidairement des cotisants quel que soit le risque d'accident inhérent à l'activité qu'ils exercent. Le comité directeur de l'Association d'assurance accident fixe désormais chaque année un taux de cotisation unique pour l'exercice à venir qui doit être approuvé par le Ministre de la sécurité sociale.

1. LES PRINCIPALES DONNÉES STATISTIQUES

La loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident a modifié l'organisation de l'assurance accident et a réformé l'indemnisation des personnes assurées.

La modification la plus importante de l'organisation résulte de la fusion des anciennes sections industrielle et agricole. Le régime général intègre désormais les fonctionnaires, les employés publics ainsi que les exploitants agricoles.

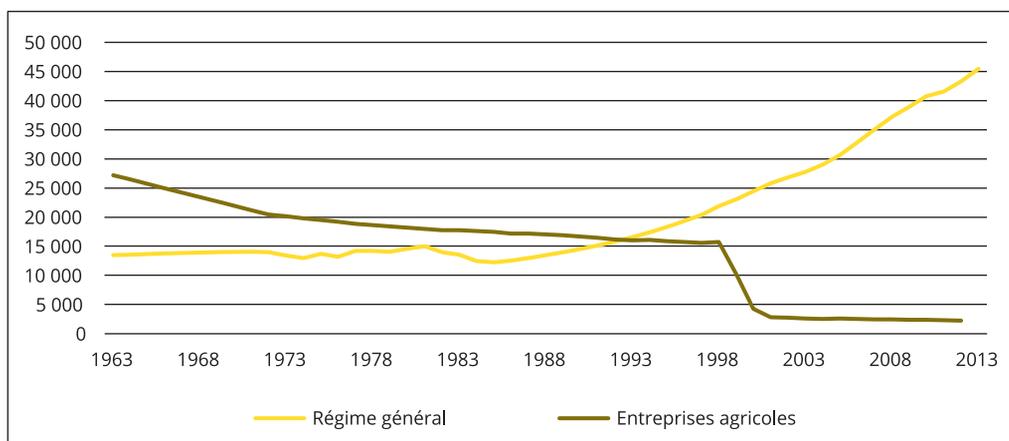
Les régimes spéciaux, qui assurent principalement les écoliers, élèves et étudiants, les activités périscolaires, les personnes participant à des actions de secours, des mesures de mises au travail ainsi que les titulaires d'un mandat public, ont été étendus au bénévolat dans le domaine social, aux bénéficiaires de l'indemnité de chômage complet, aux personnes handicapées inscrites dans un service de formation et aux délégués professionnels.

Le financement des régimes spéciaux se fait directement par le budget de l'Etat.

Aux prestations en nature et aux prestations en espèces de l'assurance accident en cas d'incapacité de travail totale pendant les premières 52 semaines s'ajouteront dorénavant l'indemnisation des pertes de revenu, (rente complète, rente partielle et rente d'attente), et les dommages extrapatrimoniaux (indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément, pour douleurs physiques endurées et pour préjudice esthétique). Les nouvelles mesures d'indemnisation sont entrées en vigueur au 1er janvier 2011.

1.1. L'AFFILIATION DES ENTREPRISES À L'AAA

Graphique 1: Evolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident (situation au 31 décembre)



Après une période de relative stabilité, le nombre d'entreprises affiliées à l'ancienne section industrielle de l'association d'assurance accident avait été décroissant au début des années quatre-vingt. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a ensuite augmenté en moyenne de plus de 5% par année.

La crise financière et économique, qui a marqué le début des années 2000, atténue cette croissance qui ne reprend qu'en 2005.

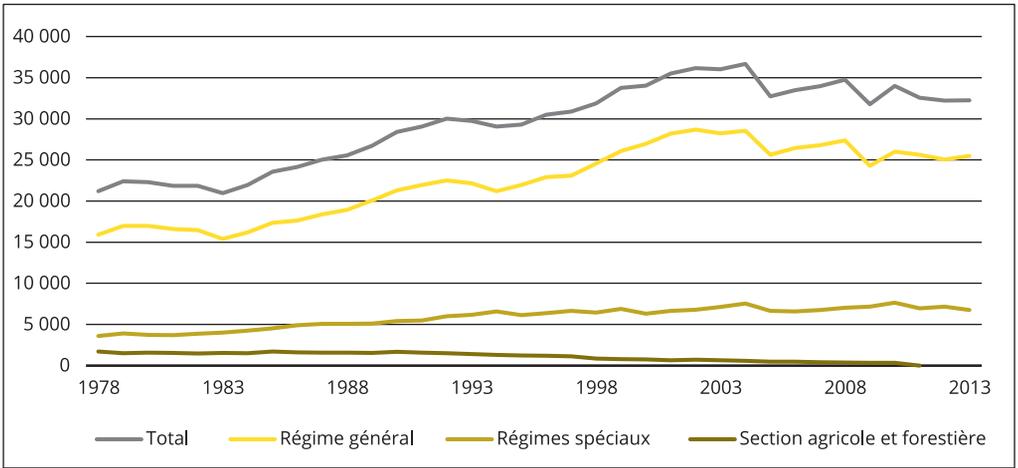
Le nombre des entreprises a ainsi dépassé 45 000 unités en 2013, une augmentation de 5% par rapport à 2012.

Le nombre d'entreprises affiliées à la section agricole et forestière subit une diminution régulière depuis 1960 (-1% en moyenne depuis 1970). En 1997, le nombre d'affiliés subit une réduction de deux tiers suite à la redéfinition du critère de l'affiliation obligatoire et à l'introduction d'une assurance volontaire. Depuis, le niveau des affiliations suit une régression lente pour descendre en dessous de 2 300 en 2010.

A partir de 2011, suite à la fusion des sections industrielle et agricole, le nombre des entreprises agricoles affiliées n'est plus renseigné séparément mais est désormais inclus dans le nombre du régime général.

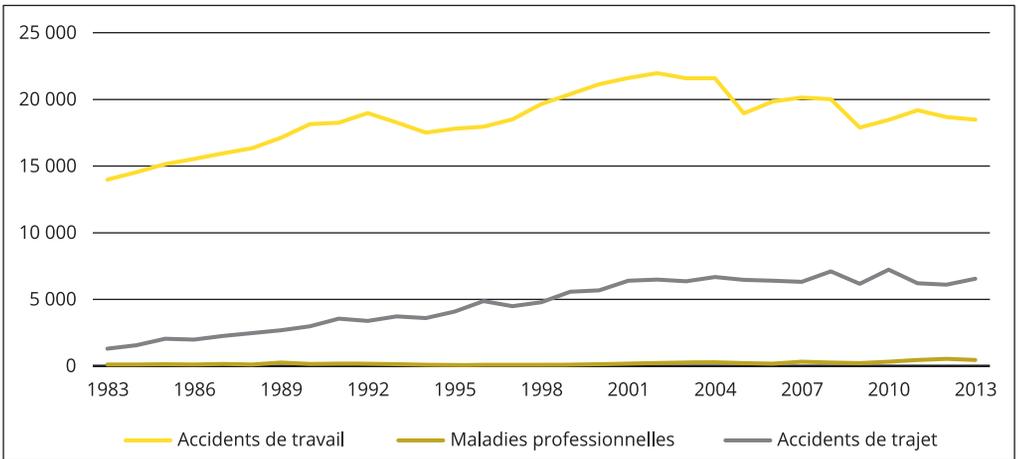
1.2. LES STATISTIQUES SUR LES ACCIDENTS

Graphique 2: Evolution du nombre d'accidents déclarés



Le nombre d'accidents déclarés en 2013 s'élève à 32 247 dont 25 477 (79%) pour le régime général, et 6 770 (21%) pour les régimes spéciaux. Le nombre d'accidents mortels est de 22 unités.

Graphique 3: Evolution du nombre d'accidents déclarés du régime général selon types d'accidents



Parmi les cas déclarés au régime général, 72,5% concernent des accidents de travail proprement dits, 25,7% des accidents de trajet et 1,8% des maladies professionnelles.

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	mortels	déclarés	reconnus	mortels	déclarés	reconnus	mortels	déclarés	reconnus	mortels
2010	26 017	19 524	17	18 459	14 797	12	7 232	4 659	5	326	68	0
2011	25 856	20 519	12	19 193	16 435	11	6 202	3 921	6	461	163	0
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

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'AAA 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'AAA. Environ 80% des accidents déclarés seront reconnus comme accident de travail.

1.3. LES RENTES ET LES 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 rentes (avant 01.01.2011)

Le nombre total des rentes s'élève en 2013 à 13 796 unités, ce qui représente une diminution de 2,2% par rapport aux 14 107 unités en 2012.

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 suivant la catégorie se présente comme suit :

Tableau 2: Répartition des rentes et rachats de rentes par catégorie pour tous les régimes ^a (avant réforme)

Catégorie	2012	2013	Variation en %
Rachats < 10 %	616	267	
Rachats >= 10%	229	211	
Indemnités globales payées aux conjoints survivants	4	3	
Total des rachats	849	481	-43,3%
Rentes viagères	12 884	12 665	
Rentes transitoires pour blessés	315	249	
Rentes pour survivants	908	882	
Total des rentes	14 107	13 796	-2,2%

a. Régime général et régimes spéciaux.

1.3.2. Les prestations à partir du 01 janvier 2011

Prestation en nature

Prestations pour soins de santé ¹

Les soins de santé et l'assistance régulière pour les actes essentiels de la vie (AEV), 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 AEV sont payés directement par la Caisse nationale de santé pour le compte de l'AAA.

Indemnisation des dégâts matériels ²

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 automateur utilisé au moment de l'accident survenu sur la voirie publique sous certaines conditions et dans certaines limites.

Prestations en espèces

Prestations en espèces pendant les 52 premières semaines ³

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.

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 :

Rente complète ⁴

La rente complète est accordée pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à l'accident ou la maladie professionnelle survenus, 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).

Rente partielle ⁵

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 soixante-cinq ans à condition :

- qu'il justifie un taux d'incapacité de travail permanente de 10% au moins après consolidation des lésions ;

1. Art. 98 du CSS.

2. Art. 99 du CSS.

3. Art. 100-101 du CSS.

4. Art. 102-104 du CSS.

5. Art. 105-110 du CSS.

- 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.

Rente d'attente⁶

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'AAA.

Rente de survie⁷

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.

Tableau 3: Evolution du nombre des rentes par régime (après réforme)

Catégorie ^a	2012		2013	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Rentes complètes	428	4	520	10
Rentes partielles	-	-	-	-
Rentes d'attente	53	-	93	1
Rentes pour survivants	38	1	66	1
TOTAL	519	5	679	12

a. Sont prises en compte les rentes et indemnités dues et liquidées pendant l'exercice.

Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux⁸

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.

Prestations des survivants⁹

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.

6. Art. 111-114 du CSS.
 7. Art. 131-133 du CSS.
 8. Art. 118-120 du CSS.
 9. Art. 130 du CSS.

Tableau 4: Evolution des indemnités pour préjudices extra-patrimoniaux par régime (après réforme)

Catégorie	2012		2013	
	Régime général	Régimes spéciaux	Régime général	Régimes spéciaux
Préjudices extrapatrimoniaux				
Préjudice physiologique et d'agrément (capital) ^b	463	9	1 185	32
Préjudice physiologique et d'agrément (mensuel) ^a	14	-	46	1
Ind. forfaitaires pour douleurs physiques endurées ^c	473	8	1 212	31
Ind. forfaitaires pour douleurs physiques esthétique ^c	277	3	665	15
Ind. forfaitaires pour dommage moral (survivants) ^d	15	2	24	1
TOTAL	1 242	22	3 132	80

- a. Sont prises en compte les rentes et indemnités dues et liquidées pendant l'exercice.
b. Art. 119 du CSS
c. Art. 120 du CSS
d. Art. 130 du CSS

2. LES DONNÉES FINANCIÈRES

2.1. L'APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

Depuis 2001 les recettes courantes de la section industrielle dépassent régulièrement les dépenses courantes. Pour faire face aux dépenses supplémentaires consécutives à la loi du 21 décembre 2004 et à la décision évoquée de l'assemblée générale du 20 janvier 2006 concernant le rachat des rentes, un prélèvement à la réserve de 17,8 millions EUR a été nécessaire en 2006. Les années suivantes, des prélèvements ou le cas échéant des dotations à la réserve légale ont été effectués pour équilibrer le compte d'exploitation. Pour l'exercice 2013 le montant du prélèvement à la réserve s'élève à 10,4 millions EUR.

Tableau 5: Opérations courantes de l'assurance accident (en millions EUR)

Année	AA section industrielle			AA section agricole		
	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde
1975	28,51	33,96	5,45	2,33	1,36	-0,97
1980	46,03	49,68	3,64	3,69	2,21	-1,49
1990	74,54	86,42	11,87	6,52	3,64	-2,88
2000	146,70	144,84	-1,86	6,40	3,58	-2,82
2005	191,38	214,06	22,68	8,47	5,88	-2,59
2006	218,37	200,58	-17,78	7,56	4,63	-2,93
2007	193,42	204,82	11,40	7,28	4,42	-2,86
2008	202,60	208,91	6,31	7,62	4,80	-2,82
2009	198,51	188,48	-10,03	7,47	4,73	-2,74
2010	207,82	198,84	-8,99	7,80	4,95	-2,85
Année	AAA					
2011	214,65	224,75	10,10			
2012	216,62	235,03	18,41			
2013	229,45	219,06	-10,39			

Les dépenses courantes représentent 0,5% du PIB en 2013, 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 2000 et 2013 n'atteint que 0,9% (au nombre indice 100) ce qui témoigne, comparé aux autres branches de la sécurité sociale, d'une progression plus lente des dépenses.

Tableau 6: Evolution des recettes et des dépenses globales de l'assurance accident (en millions EUR)

	2009	2010	2011	2012	2013
Recettes					
Cotisations	166,43	173,85	189,71	202,01	200,75
Participations de tiers	11,70	13,06	22,38	23,47	7,02
dont					
Participation aux frais d'administration	0,93	0,90	0,26	0,29	0,35
Participation aux prestations	10,77	12,16	4,91	5,97	6,67
Participation de l'Etat (contribution forfaitaire)			17,20	17,20	
Transfert de cotisations	0,11	0,18	0,00	0,00	0,00
Produits divers provenant de tiers	6,36	9,95	9,50	7,61	10,68
Produits financiers	3,87	1,79	3,15	1,93	0,61
Provision Assurance dépendance					
Recettes diverses	0,01	0,00	0,01	0,02	0,00
TOTAL DES RECETTES COURANTES	188,48	198,84	224,75	235,03	219,06
Variation annuelle en %	-9,8%	5,5%	13,0%	4,6%	-6,8%
Dépenses					
Frais d'administration	9,86	10,35	9,65	10,22	11,23
Prestations en espèces	148,69	158,25	165,90	169,54	171,45
Prestations en nature	37,44	35,63	36,08	33,30	42,78
Transferts de cotisations à d'autres organismes	0,98	1,12	1,28	1,93	2,34
Autres dépenses	1,53	2,48	1,73	1,64	1,65
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	198,51	207,82	214,65	216,62	229,45
Variation annuelle en %	-2,0%	4,7%	3,3%	0,9%	5,9%
Solde des opérations courantes	-10,03	-8,99	10,10	18,41	-10,39

La diminution des recettes courantes observée en 2009 (-9,8%) s'explique, d'une part, par la baisse du taux de cotisation moyen (1,25 % en 2009 par rapport à 1,35% en 2008) et, d'autre part, par le faible rendement des placements de l'assurance accident suite à la diminution du taux moyen des marchés financiers. La régression des dépenses courantes (-2%) s'explique, quant à elle, par une diminution des frais d'administration due à la prise en charge du personnel retraité de l'AAA par la CNAP suivant l'article 35 du règlement grand-ducal du 19 décembre 2008¹⁰.

10. Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2008/0222/2008A3306A.html>

En 2011, la forte augmentation des recettes (+13%) s'explique par le versement forfaitaire de l'Etat de 17 millions EUR à titre de compensation pour l'introduction du taux de cotisation unique. En effet, alors que ce taux aurait dû être de 1,25%, il a été décidé lors de l'accord du 15 décembre 2010 entre l'Etat et l'UEL (Union des entreprises luxembourgeoises) de le fixer à 1,15%.

Le ralentissement des dépenses observé en 2012 (+0,9%) provient d'une diminution des montants relatifs aux 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'AAA après 2011 et 2012 avec les contributions forfaitaires exceptionnelles de l'Etat.

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 d'EUR qui concernait l'année 2012, n'a été liquidé qu'en 2013.

On note aussi une augmentation de 21% du compte transfert en cotisation à autres organismes de sécurité sociale. Celui-ci représente la part de l'AAA dans les cotisations sociales (assurance maladie, pension) dues sur les indemnités pécuniaires (IP) et les rentes tombant sous la nouvelle législation. Il fluctue en fonction du nombre des rentes et des montants des IP.

2.2. LES RECETTES COURANTES

L'assurance accident est financée à raison de 91,6% par des cotisations, de 3,2% par des contributions publiques et de 5,2% par des revenus sur la fortune et des recettes diverses.

En 2013 les cotisations ont diminué de 3% au nombre indice 100 par rapport à 2012.

A noter par ailleurs que parmi les contributions publiques figure la prise en charge intégrale des prestations allouées dans le cadre des régimes spéciaux.

Tableau 7: Structure des recettes courantes de l'AAA en 2013 (en milliers EUR)

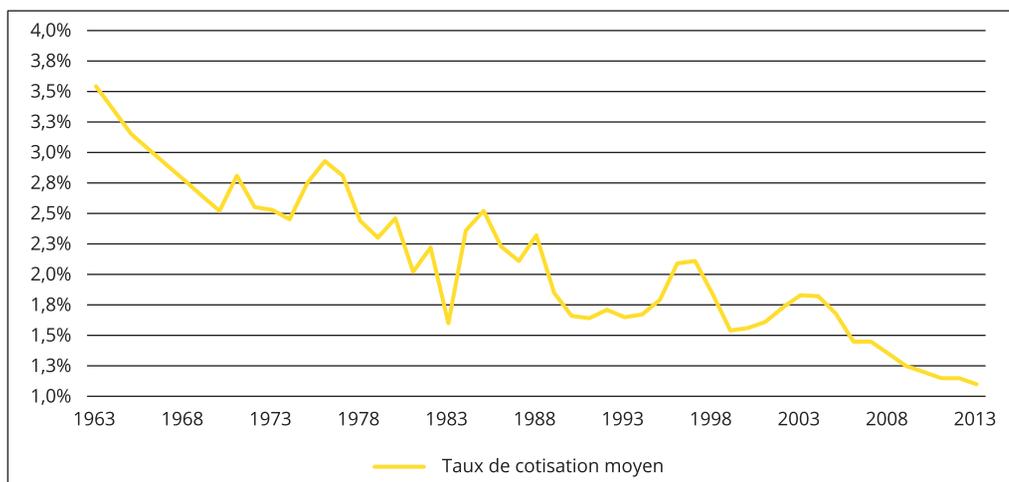
Recettes	Montant	En % du total
Cotisations	200 746,04	91,6%
Participation de l'Etat	7 018,45	3,2%
Produits financiers et recettes diverses	11 291,56	5,2%
TOTAL	219 056,05	100,0%

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. Le comité directeur de l'Association d'assurance accident fixe désormais chaque année un taux de cotisation unique pour l'exercice à venir.

Graphique 4: Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAA



Pour 2011 et 2012 le taux s'élevait à 1,15% et pour 2013 il a été fixé à 1,10%.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

Tableau 8: Structure des dépenses courantes de l'AAA en 2013 (en milliers EUR)

Dépenses	Montant	En % du total
Frais d'administration	11 227,14	4,9%
Prestations en espèces	171 449,90	74,7%
Prestations en nature	42 775,01	18,6%
Dépenses diverses	3 996,35	1,7%
TOTAL	229 448,40	100,0%

En 2013 les dépenses courantes de l'AAA se composent à 93,3% de prestations, les frais d'administration représentent 4,9% et les dépenses diverses 1,7%.

2.3.1. Les prestations du régime général

Tableau 9: Evolution du montant des prestations du régime général (en EUR)

	2011	2012	2013
A. Prestations en espèces	163 991 043,23	167 176 179,95	168 842 623,68
1. Indemnités pécuniaires	29 479 855,99	32 857 379,49	33 956 659,48
Lohnfortzahlung (LFZ)	18 020 109,62	18 825 336,10	19 487 736,04
Indemnités pécuniaires (IP)	10 944 235,93	13 512 467,33	13 849 072,03
Assurance dépendance	515 510,44	519 576,06	619 851,41
2. Rentes	102 644 305,40	105 831 076,30	106 816 359,98
Rentes viagères	72 757 680,53	75 655 619,26	76 841 361,00
Rentes de survie	15 872 447,18	15 989 087,24	15 988 647,34
Rentes transitoires	5 585 140,43	4 502 996,11	3 121 124,23
Paievements uniques	7 238 478,66	5 050 532,25	2 682 737,67
<i>Nouvelle législation</i>			
Rentes complètes	1 186 213,95	4 037 737,80	6 184 981,98
Rentes partielles	-	-	13 936,78
Rentes d'attentes	-	491 544,48	1 753 012,02
Rentes de survie	4 344,65	103 559,16	230 558,96
<i>Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux</i>	170 476,92	5 792 051,01	13 924 133,83
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %	137 770,04	3 398 185,23	8 824 269,41
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	3 604,22	110 930,72	499 754,81
Douleurs physiques	22 963,16	976 743,63	2 371 894,85
Préjudice esthétique	6 139,50	277 741,42	581 407,52
Indemnité dommage moral/survivants		1 028 450,01	1 646 807,24
3. Rachats de rentes	31 693 094,16	22 692 846,30	14 144 695,45
Rachats d'office	20 162 845,79	13 261 601,79	5 228 952,95
Rachats sur demande	11 465 044,51	9 347 906,91	8 756 652,58
Autres	65 203,86	83 337,60	159 089,92
4. Autres	3 310,76	2 826,85	774,94
Autres secours en espèces	2 576,93	2 826,85	774,94
Intérêts moratoires sur prestations	733,83		
B. Prestations en nature	32 645 915,03	29 611 906,11	39 273 868,64
AAA -Dégâts matériel	2 195 815,84	2 038 971,63	1 823 078,51
AAA -Soins	374 154,10	379 540,77	290 119,38
Indemnité pour dommage moral	320 436,78	-	-
CNS - Prestations lux.	23 610 965,97	23 008 737,58	24 454 231,10
CNS - Prestations étrang.	4 869 447,42	3 009 777,55	11 224 994,15
CNS - Assurance dépendance	1 275 094,92	1 174 878,58	1 481 445,50
TOTAL DES PRESTATIONS	196 636 958,26	196 788 086,06	208 116 492,32

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 on peut noter les faibles montants des nouvelles prestations de l'AAA, 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 les montants concernés par l'ancienne législation qui vont évoluer vers le bas.

2.3.2. Les prestations des régimes spéciaux

Tableau 10: Evolution du montant des prestations des régimes spéciaux (en EUR)

	2011	2012	2013
A. Prestations en espèces	1 831 322,93	2 362 105,66	2 607 280,21
1. Indemnités pécuniaires	-	280 090,12	245 762,99
Lohnfortzahlung (LFZ)	-	-	-
Indemnités pécuniaires (IP)	-	220 507,23	190 139,25
Assurance dépendance	-	59 582,89	55 623,74
2. Rentes	1 443 814,72	1 535 644,57	1 580 837,35
Rentes viagères	1 230 801,64	1 308 160,48	1 349 478,37
Rentes de survie	63 595,86	65 793,99	67 438,23
Rentes transitoires	24 562,00	26 314,75	14 736,60
Paievements uniques	118 551,89	53 661,23	34 112,06
<i>Nouvelle législation</i>			
Rentes complètes	6 303,33	21 361,41	80 960,22
Rentes partielles	-	-	2 550,09
Rentes d'attentes	-	-	31 561,78
Rentes de survie	-	60 352,71	-
<i>Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux</i>	-	183 868,72	301 503,49
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %	-	48 604,11	188 225,08
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %	-	-	2 353,28
Douleurs physiques	-	9 815,49	54 594,95
Préjudice esthétique	-	1 933,11	12 186,70
Indemnité dommage moral/survivants	-	123 516,01	44 143,48
3. Rachats de rentes	387 508,21	362 502,25	479 176,38
Rachats d'office	387 508,21	362 502,25	479 176,38
B. Prestations en nature	3 433 919,19	3 686 456,34	3 501 140,43
Prestations de soins	3 433 919,19	3 686 456,34	3 501 140,43
TOTAL DES PRESTATIONS	7 096 565,05	8 130 577,54	8 469 937,86

A partir de 2011, on peut noter que la progression des dépenses en prestations des régimes spéciaux provient principalement des nouvelles dispositions suite à la réforme de l'AAA.

INTRODUCTION

HISTORIQUE DES PRESTATIONS FAMILIALES

Les débuts des allocations familiales au Grand-Duché de Luxembourg remontent à l'époque de l'industrialisation. Les grandes entreprises industrielles, notamment celles de la sidérurgie, ont payé des allocations familiales dès 1916/1917, entièrement à charge des employeurs. Le but de ce sursalaire familial était d'atténuer les effets négatifs liés à la surcharge familiale des travailleurs. Afin d'assurer ce service à tous les membres de caisses de maladie, une première proposition de loi fut déposée en 1926¹. Ce n'est qu'en 1947 que fut créé la première base légale des prestations familiales afin d'alléger les charges de famille des salariés. Ces prestations, composées d'allocations familiales et de prestations de naissance, étaient financées par des cotisations à verser par les employeurs. La loi de 1947² fut généralisée ensuite, pour étendre les prestations de naissance et les allocations familiales aux non-salariés.

En 1959, un régime général des allocations familiales fut introduit³ afin de régler la question du financement: les prestations de naissance étaient alors entièrement à charge de l'Etat, et l'Etat participait au financement des allocations familiales à côté des employeurs. La loi de 1959 fut remplacée en 1964⁴ afin d'uniformiser et d'égaliser les prestations familiales des salariés et des non-salariés. Bien que modifiée en 1975⁵, cette loi resta en vigueur pendant plus de 20 ans. En 1977, le contrôle médical de la femme enceinte et de l'enfant en bas âge devint obligatoire⁶ pour pouvoir bénéficier des allocations de naissance. Le but de cette mesure était de réduire la mortalité prénatale et infantile.

Les années 80 ont été marquées par une vague de nouvelles lois afin de rendre le concept de famille plus attrayant et d'augmenter le nombre de naissances suite au premier rapport Calot sur la démographie (publié en 1978). En 1980⁷, les allocations de maternité furent introduites. En 1985⁸, la loi sur les allocations familiales créa une caisse unique des prestations familiales afin de regrouper les services compétents dans un seul organisme autonome. De plus, l'enfant devint lui-même bénéficiaire, afin de garantir que les allocations soient effectivement utilisées dans l'intérêt de l'enfant. En 1986, suite à la publication du deuxième rapport Calot sur la situation de la famille dans notre pays, le montant des allocations familiales fut majoré et l'allocation de rentrée scolaire fut introduite⁹. En 1988 suivit l'allocation d'éducation¹⁰ pour donner aux parents la possibilité d'être plus disponibles pour l'éducation des enfants en bas âge.

-
1. Source : Exposé des motifs du Projet de loi déposé en 1945 concernant les allocations familiales pour les salariés - N°3.
 2. Loi du 20 octobre 1947 concernant les allocations familiales pour les salariés. Citation de l'exposé des motifs.
 3. Loi du 10 août 1959 concernant les allocations familiales des salariés et ayant pour objet la création d'un régime général des allocations familiales.
 4. Loi du 29 avril 1964 concernant les prestations familiales.
 5. Loi du 23 décembre 1975 portant modification de la loi modifiée du 29 avril 1964 concernant les prestations familiales et de la loi du 17 avril 1974 concernant les allocations de naissance.
 6. Loi du 20 juin 1977 ayant pour objet: 1) d'instituer le contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge; 2) de modifier la législation existante en matière d'allocations de naissance.
 7. Loi du 30 avril 1980 portant création d'une allocation de maternité.
 8. Loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales.
 9. Loi modifiée du 14 juillet 1986 concernant la création d'une allocation de rentrée scolaire.
 10. Loi modifiée du 1^{er} août 1988 portant création d'une allocation d'éducation.

La décennie suivante apporta des modifications à la loi de 1985 et aux autres lois en vigueur consistant essentiellement en des augmentations des montants des prestations familiales et des changements des modalités d'application. Le seul élément nouveau fut l'introduction du congé parental indemnisé en 1999¹¹ qui permet aux parents d'éduquer eux-mêmes leur enfant âgé de moins de 5 ans pendant 6 mois (temps plein) ou 12 mois (mi-temps) avec la garantie du maintien de leur emploi.

En 2006, les montants des prestations familiales furent figés par la loi. Auparavant, les montants étaient fixés au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948. En 2007¹², une réforme de la loi relative à l'impôt sur le revenu¹³ remplaça, en général, les modérations d'impôts pour enfants en instaurant un boni pour enfants, qui eut l'avantage que tous les enfants purent en profiter indépendamment des impôts payés par leurs parents.

L'introduction de la loi du 26 juillet 2010¹⁴, modifiant le système d'aide financière pour études supérieures, apporta 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. En effet, ils ne sont plus versés aux élèves au-delà de 18 ans sauf s'ils poursuivent des études secondaires ou secondaires techniques. Les étudiants âgés de plus de 18 ans et poursuivant des études supérieures (ou le service volontaire) peuvent demander une aide financière pour études supérieures (ou pour service volontaire), dont le montant a été sensiblement relevé pour inclure le montant du boni pour enfant. De plus, cette loi modifie les conditions d'adhérence à l'assurance maladie: en effet, à partir du 1^{er} octobre 2010, le bénéfice de l'assurance maladie s'étend aux enfants pour lesquels l'assuré principal obtient une modération d'impôt pour enfants (normalement sous forme du boni pour enfants), et non plus aux enfants pour lesquels l'assuré principal obtient des allocations familiales.

Les prestations familiales, qui au début étaient considérées comme un sursalaire, ont connu une évolution impressionnante depuis la première loi de 1947. Elles passaient par l'idée de les considérer comme moyen de redistribution dans l'intérêt de l'enfant, jusqu'aux dernières mesures prises en la matière qui visent à permettre réellement aux parents de choisir librement d'éduquer leurs enfants à la maison ou de les confier à des structures d'accueil en diminuant les contraintes financières pouvant résulter de ce choix.

11. Loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales.

12. Loi du 21 décembre 2007 portant création d'un boni pour enfant.

13. 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'impôt sur les salaires (L.I.R.).

14. Loi du 26 juillet 2010 modifiant: 1. la loi modifiée du 22 juin 2000 concernant l'aide financière de l'Etat pour études 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 (Livre IV - prestations familiales).

PROGRAMME GOUVERNEMENTAL ACTUEL

Selon le programme gouvernemental actuel, le " Gouvernement confirme son attachement au principe des prestations familiales en tant que moyen permettant de compenser partiellement les charges supplémentaires dues à la présence d'enfants dans le ménage ". Vu le nombre et le coût important des prestations, le Gouvernement prévoit une analyse " approfondie et critique sur base d'un état des lieux détaillé ", afin de déterminer si les différentes prestations correspondent aux orientations suivantes : promotion des prestations en nature par rapport aux prestations en espèce ; sélectivité sociale ; égalité des chances ; individualisation des droits de l'enfant ; équilibre financier.

De plus, le " Gouvernement étudiera la possibilité de pourvoir la Caisse nationale des prestations familiales de ressources propres avec une participation de l'Etat, selon le principe de l'assurance sociale et de la transformer en une véritable institution de sécurité sociale, notamment en ce qui concerne son organisation et son fonctionnement " .

ORGANISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES

En 1985, la Caisse nationale des prestations familiales (CNPF) a été créée afin de s'occuper de la gestion et du paiement des prestations familiales en espèces. A l'heure actuelle, les prestations fournies par la CNPF sont les suivantes :

- les allocations familiales, qui incluent les allocations familiales de base, les majorations d'âge et l'allocation spéciale supplémentaire en faveur des enfants handicapés,
- l'allocation de rentrée scolaire,
- l'allocation d'éducation,
- l'indemnité pour le congé parental,
- le boni pour enfants,
- les allocations de maternité,
- les allocations de naissance, comprenant l'allocation prénatale, l'allocation de naissance proprement dite et l'allocation post-natale.

Les chèques-service accueil, qui constituent des prestations familiales en nature et qui ont été introduits en 2009 en vue de réaliser à long terme la gratuité des services de garde d'enfants, sont gérés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration et les administrations communales.

Entre 1984 et 2002, un régime de prêts aux jeunes époux fut mis en place afin d'aider les jeunes familles à s'établir¹⁵. Il a été abrogé faute de demandes due aux conditions contraignantes pré-requises pour pouvoir profiter de la loi.

La suite de ce chapitre analysera exclusivement les prestations familiales en espèces gérées par la CNPF.

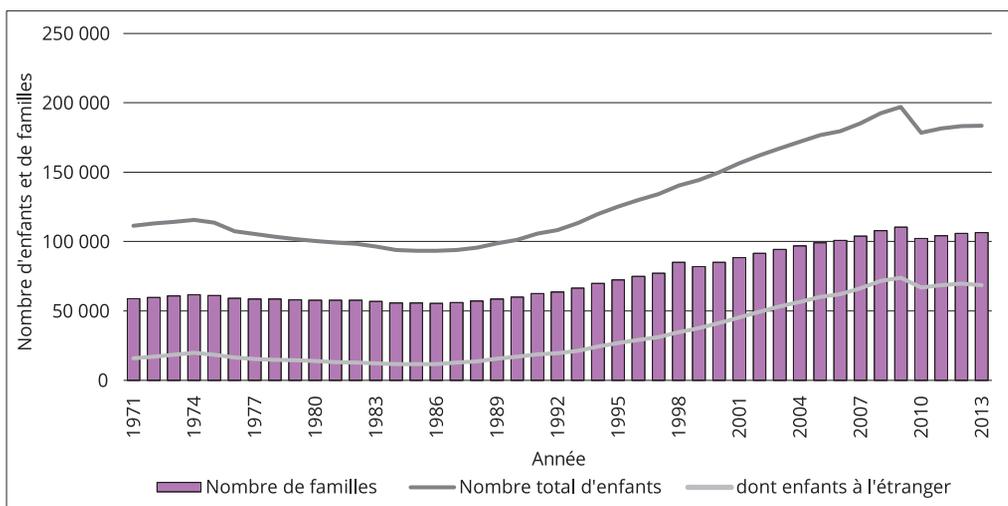
15. Loi du 8 mars 1984 portant création d'un régime de prêts aux jeunes époux.

1. LES BÉNÉFICIAIRES

Le nombre de bénéficiaires des prestations familiales détermine fortement le coût financier de celles-ci. Depuis la création de la CNPF en 1985, l'enfant est lui-même bénéficiaire des allocations familiales, alors qu'auparavant, c'était le statut professionnel du chef de famille en charge de l'enfant qui ouvrait le droit. Ce changement a été effectué afin de garantir que les allocations soient effectivement utilisées dans l'intérêt de l'enfant. Ainsi, les enfants sont bénéficiaires des allocations familiales normales, des majorations d'âge, des allocations spéciales supplémentaires, des allocations de rentrée scolaire et du boni pour enfant. Les bénéficiaires des allocations de maternité est des prestations de naissances (regroupant allocations prénatales, allocations de naissance et allocations postnatales) sont les (futurs) mères. Finalement, les parents peuvent bénéficier du congé parental ou de l'allocation d'éducation, sous certaines conditions.

1.1. LES ALLOCATIONS FAMILIALES NORMALES

Graphique 1: Evolution du nombre des enfants bénéficiaires et des familles attributaires (au 31 décembre de chaque exercice)



Au cours des quatre dernières décennies, l'évolution du nombre des bénéficiaires d'allocations familiales a connu quatre phases successives distinctes.

Après une première période de croissance allant jusqu'à 1974, les années 1975 à 1986 étaient marquées par une régression systématique du nombre des enfants bénéficiaires, du nombre des familles attributaires et de la taille des groupes familiaux. Cette diminution résultait, d'une part, de la baisse du nombre des naissances à partir du milieu des années soixante à un niveau sans précédent. Ainsi, l'indicateur conjoncturel de fécondité¹⁶ est passé de 2,3 au début des années soixante à 1,5 en 1975 et s'est pratiquement stabilisé à ce niveau; le taux de natalité¹⁷ est descendu de 16 pour 1 000 aux alentours de 11 pour 1 000. Au cours des années suivantes, ces deux indicateurs se sont cependant légèrement redressés. Pour 2013, l'indicateur conjoncturel de fécondité a atteint 1,55 et le taux de natalité 11,25 (Source: STATEC, 2013).

16. Descendance finale dans une génération fictive qui aurait à chaque âge successif la fécondité empruntée à chacune des 35 générations de 15 à 49 ans réelles observées au cours d'une année donnée.

17. Nombre annuel de naissances pour 1 000 habitants.

D'autre part, la stagnation relative de l'emploi intérieur suite à la crise économique du milieu des années soixante-dix a été accompagnée d'une diminution du solde migratoire de la population. Cette diminution s'est traduite par une nette réduction du nombre des allocations familiales transférées à l'étranger. Ainsi, le nombre d'enfants bénéficiaires résidant à l'étranger est passé de 19 734 en 1974 à 11 498 en 1985.

Depuis 1987, tant le nombre des enfants, que celui des familles qui bénéficient des allocations familiales, ont augmenté de nouveau. Ce renversement de tendance est le résultat d'une croissance sensible de l'emploi intérieur à partir de 1985, qui s'est traduite par une forte augmentation du nombre de frontaliers travaillant au Luxembourg et par un solde migratoire largement positif. Ceci explique la divergence entre le taux de natalité en baisse et l'augmentation du nombre d'enfants.

En 2010, 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 et secondaire technique, le nombre de bénéficiaires a diminué fortement, ce qui provoque une rupture de série dans les statistiques ci-après.

En décembre 2013, la caisse nationale des prestations familiales a payé des allocations familiales (paiements courants) pour 183 429 enfants issus de 106 335 familles, ce qui équivaut respectivement à un accroissement du nombre des enfants de 142 unités (0,1%) et du nombre des familles de 587 unités (0,6%) par rapport à l'année antérieure.

La taille des groupes familiaux, qui atteignait encore en moyenne 1,94 enfants bénéficiaires par famille en 1970, a diminué de façon régulière pour descendre au début des années quatre-vingt-dix à environ 1,70 enfants. Depuis une légère augmentation se fait sentir, en 2013 on compte 1,73 enfants bénéficiaires par famille.

Le nombre des enfants résidant à l'étranger, et bénéficiant d'allocations luxembourgeoises, s'est accru en moyenne de 6,8% par an entre 1990 et 2012, pour atteindre 69 587 enfants au 31 décembre 2012. En 2013, le nombre d'enfants à l'étranger décroît de 1 052 unités pour arriver à 68 535 bénéficiaires. Cette diminution n'est qu'apparente ; en effet, la CNPF avait lancé une campagne (campagne " DDS ") en printemps 2013 afin de vérifier les situations familiales des ménages à l'étranger. Suite à cette campagne, un certain nombre de dossiers a été arrêté, et d'autres dossiers sont passés d'un paiement courant des allocations familiales en un paiement d'allocations différentielles. Le nombre d'enfants au Luxembourg bénéficiaires des allocations familiales a augmenté de 1 194 unités pour atteindre 114 894 unités en 2013, ce qui correspond à une augmentation de 1,1%.

A noter que les statistiques ne tiennent pas compte des bénéficiaires d'allocations différentielles résidant à l'étranger. Ces allocations sont dues en vertu de la réglementation communautaire dans le cas où l'enfant d'un frontalier travaillant au Grand-Duché a droit aux allocations familiales dans le pays d'origine au titre d'une activité professionnelle. Le Luxembourg paie dans ces cas la différence entre le montant luxembourgeois et le montant étranger, si ce dernier est moins élevé.

1.2. LES MAJORATIONS D'ÂGE

Chaque enfant 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 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, 131 075 enfants ont bénéficié d'une majoration d'âge en 2013, dont 73 777 âgés de 12 ans et plus.

1.3. LES ALLOCATIONS SPÉCIALES SUPPLÉMENTAIRES

Les allocations spéciales supplémentaires ont été introduites en 1985 afin de pallier pour les dépenses supplémentaires occasionnées aux familles ayant un enfant handicapé à charge. La mise en vigueur au 1^{er} juin 2004 de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées, a modifié la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et a eu pour effet une diminution du nombre de bénéficiaires d'allocations spéciales supplémentaires pour enfants handicapés. Ainsi tous les paiements aux enfants bénéficiaires non-résidents, touchant une prestation ou un revenu en rapport avec leur handicap ont été supprimés, neutralisant ainsi la progression des années 2004 et 2005 de la prestation évoquée. A partir de 2006, cette prestation retrouve ainsi son rythme de progression normal. En 2013, le nombre de bénéficiaires de ces allocations s'établit à 2 272 enfants, contre 2 217 enfants en 2012.

1.4. LE BONI POUR ENFANTS

Depuis 2008, chaque famille soumise à l'impôt au Luxembourg, qui est bénéficiaire d'allocations familiales, a droit à une nouvelle prestation, appelée "boni pour enfant". Le boni représente une "bonification d'office", en d'autres termes, une attribution automatique sous forme de prestation 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. 194 945 enfants ont bénéficié du boni pour enfants en 2013, contre 190 941 enfants en 2012 (bénéficiaires d'un paiement courant en décembre), soit une augmentation de 2,1%.

1.5. L'ALLOCATION D'ÉDUCATION

L'allocation d'éducation, introduite au 1^{er} janvier 1989, est versée aux personnes élevant un ou plusieurs enfants âgés de moins de deux ans, sous condition qu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle ou qu'elles remplissent certaines conditions de revenu, conditions précisées par un règlement grand-ducal (voir 2.3.3.). 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. A partir du 1^{er} juillet 1993 enfin, les personnes exerçant une activité professionnelle à temps partiel dont la durée ne dépasse pas la moitié de la durée de travail normale bénéficient d'une demi-allocation.

Le nombre des allocations d'éducation dans la chaîne de liquidation courante (les dossiers liquidés par des paiements uniques ne sont pas considérés) a connu une augmentation considérable suite à son exportation, ordonnée par les juridictions européennes, à partir du 1^{er} mars 1999, passant de 8 954 bénéficiaires en 1999 à 9 894 en 2001 pour se stabiliser à 10 291 en 2003. Depuis, on constate une diminution régulière, qui en 2013 se chiffre à 0,8% par rapport à 2012, le nombre de bénéficiaires descendant à 8 357 personnes. La grande majorité des allocations d'éducation sont les allocations entières : en 2013, on compte 8 330 allocations entières et 27 allocations à mi-temps.

1.6. L'INDEMNITÉ POUR LE CONGÉ PARENTAL

L'indemnité pour congé parental fût mise en vigueur au 1^{er} mars 1999 et modifiée en 2006. Le congé parental d'une durée de 6 mois à temps plein, respectivement de 12 mois à temps partiel est, sous certaines conditions, accordé à toute personne occupée légalement et de façon continue sur un lieu de travail situé sur le territoire du Luxembourg et qui s'adonne principalement à l'éducation d'un enfant de moins de 5 ans pour lequel sont versées des allocations familiales. Le droit à un congé parental existe pour chacun des deux parents et ne peut être cumulé dans le chef d'un des parents.

Le nombre de bénéficiaires de l'indemnité pour congé parental est en augmentation depuis sa création au 1^{er} janvier 1999. Au 31 décembre 2013, cette prestation compte 4 077 bénéficiaires, une augmentation de 1,3% par rapport aux 4 025 bénéficiaires de 2012.

1.7. LES ALLOCATIONS DE RENTRÉE SCOLAIRE

Le nombre des allocations de rentrée scolaire, payées au mois d'août, s'établit pour 2013 à 119 823 unités, soit une diminution de 1,7% par rapport à 2012. Cette diminution est due à la campagne " DDS " (voir 1.1.), qui a généré un décalage dans les paiements encore plus important que d'habitude. En effet, depuis 2003, les dossiers d'étudiants, en train de terminer un cycle d'études (10 000 à 15 000 dossiers), ne sont pas pris en compte dans la liquidation du mois d'août. Les allocations concernant ces dossiers sont traitées au cours des mois suivants, sont payées sous forme d'arrérages et ne figurent donc pas dans les nombres courants renseignés.

1.8. LES PRESTATIONS DE NAISSANCE

Des prestations de naissance sont payées depuis la première base légale en 1947. Elles sont divisées actuellement en 3 tranches, et le versement est soumis à des conditions d'exams 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 a dépassé légèrement le nombre des allocations jusqu'en 2007. A partir de 2007, on peut noter une sensible augmentation du nombre de bénéficiaires de cette prestation suite à son exportation vers l'Allemagne. Pour 6 115 naissances enregistrées par le STATEC en 2013, la caisse a liquidé 6 789 allocations prénatales, 6 836 allocations de naissance proprement dites et 5 847 allocations postnatales. En total, 19 472 prestations de naissance ont été versées en 2013, ce qui constitue une augmentation de 1,5% par rapport à 2012.

1.9. LES ALLOCATIONS DE MATERNITÉ

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. De plus cette allocation constitue, selon le législateur, " à la fois une mesure de protection sanitaire et sociale de la femme, une mesure favorisant la natalité et une mesure de promotion professionnelle de toutes les femmes " (doc. parl. 2 370). 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. En 2013, le nombre des allocations de maternité liquidées diminue légèrement, pour arriver au nombre moyen de 1 236.

Tableau 1: Evolution du nombre de bénéficiaires (situation au 31 décembre)

Prestations	2012	2013	Variation 2012/13
Allocations familiales normales	183 287	183 429	0,1%
Majorations d'âge	131 196	131 075	-0,1%
Allocations spéciales supplémentaires	2 217	2 272	2,5%
Boni pour enfant	190 941	194 945	2,1%
Allocations d'éducation	8 424	8 357	-0,8%
Indemnité pour congé parental	4 025	4 077	1,3%
Allocations de rentrée scolaire ^{a)}	121 894	119 823	-1,7%
Prestations de naissance (total)	19 180	19 472	1,5%
Allocations de maternité (moyenne des 2 tranches)	1 239	1 236	-0,4%

a. Situation au 31 août pour les allocations de rentrée scolaire.

2. SITUATION FINANCIÈRE

Comme évoqué dans l'historique, le système de financement des prestations familiales a subi plusieurs modifications. Le système de financement actuel de la CNPF a été introduit en 1986, et modifié par-après. Ainsi, 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 pour le congé parental est prise en charge en partie par le budget de l'Etat et en partie par le Fonds pour l'emploi.

Les allocations familiales (allocations familiales de base, majorations d'âge et allocation spéciale supplémentaire) sont 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, celles dues pour les non-salariés agriculteurs et viticulteurs. Toutefois, cette modification législative est restée sans effet sur l'équilibre financier de la caisse puisqu'elle n'a opéré qu'un transfert de la charge des cotisations sans toucher au calcul de ces cotisations. Depuis 1999, la charge des cotisations dues par les non-salariés est intégralement transférée à l'Etat. L'Etat est ainsi le seul employeur qui paye encore des cotisations proprement dites (pour les salariés du secteur public).

Depuis 1995, l'Etat met un fonds de roulement à la disposition de la CNPF. De plus, à partir de l'exercice 1996, l'Etat prend à charge l'excédent des dépenses sur les recettes. En même temps, la limite supérieure de la réserve est ramenée à 15% du montant annuel des allocations familiales de l'année concernée.

En résumé, par la prise en charge de l'excédent des dépenses sur les recettes, en plus de sa participation quasiment exclusive aux recettes courantes (au niveau des cotisations, des prestations et des frais d'administration), l'Etat couvre près de 100% des dépenses de la CNPF.

2.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

Les recettes courantes se composent surtout des cotisations et des participations de l'Etat dans les prestations ainsi que dans le déficit. En 2013, les recettes en cotisations, prises en charge par l'Etat, représentent 27,1%, la participation de l'Etat dans les prestations, la participation de l'Etat dans le déficit de la CNPF et celle dans les frais d'administration s'élèvent à 72,9%.

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 ont représenté entre 1,4% et 3,1% du PIB. Entre 2003 et 2012, elles ont varié entre 2,4% et 3,1% du PIB. En 2013, les dépenses pour prestations familiales ont atteint 2,4% du PIB¹⁸.

Tableau 2: Evolution des recettes et dépenses globales de la CNPF (en millions EUR)

EXERCICE	2008	2009	2010	2011	2012	2013
RECETTES						
Cotisations	243,0	254,1	261,9	278,2	291,4	300,4
Participation de l'Etat	671,9	678,2	695,0	693,9	707,1	720,2
Autres recettes	1,7	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1
TOTAL DES RECETTES COURANTES	916,6	932,4	957,1	972,4	998,6	1 020,7
Participation Etat-déficit	227,7	230,3	212,2	126,9	100,0	88,0
TOTAL DES RECETTES	1 144,3	1 162,7	1 169,3	1 099,3	1 098,6	1 108,7
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>32,5%</i>	<i>1,6%</i>	<i>0,6%</i>	<i>-6,0%</i>	<i>-0,1%</i>	<i>0,9%</i>
DEPENSES						
Frais d'administration	13,3	16,3	17,6	15,4	16,2	16,6
Prestations	1 126,1	1 140,7	1 146,3	1 077,8	1 076,3	1 082,6
dont:						
<i>Allocations familiales^a</i>	<i>710,8</i>	<i>733,1</i>	<i>731,1</i>	<i>678,0</i>	<i>677,5</i>	<i>680,7</i>
Boni pour enfant	227,1	215,1	223,3	210,5	211,1	213,3
Allocations d'éducation	75,0	74,1	72,0	71,4	71,0	69,7
Indemnité pour congé parental	59,1	64,0	69,1	69,1	67,8	69,2
Allocations de rentrée scolaire	39,7	39,7	35,6	34,4	33,9	34,5
Prestations de naissance	10,3	10,7	11,2	10,7	11,1	11,3
Allocations de maternité	4,1	4,2	4,0	3,7	3,8	3,7
Autres dépenses^b	4,9	5,7	5,4	6,0	6,1	9,5
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	1 144,3	1 162,7	1 169,3	1 099,3	1 098,6	1 108,7
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>32,5%</i>	<i>1,6%</i>	<i>0,6%</i>	<i>-6,0%</i>	<i>-0,1%</i>	<i>0,9%</i>
SOLDE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

a. Comprennent les allocations familiales de base, les majorations d'âge et l'allocation spéciale supplémentaire.

b. Décharges, restitutions et extournes de cotisations et frais de gestion du patrimoine.

18. Source: STATEC, conjoncture flash juillet 2014.

La forte augmentation des dépenses de 2008 (+32,5%) s'explique par l'introduction du boni pour enfants. La diminution observée en 2011 (-6%) s'explique, quant à elle, par l'introduction, en octobre 2010, de la loi modifiant le système d'aide financière pour études supérieures (voir "Historique des prestations familiales" pour plus de détails). La suite de ce chapitre analysera en détail l'évolution des recettes et des dépenses, ainsi que les transferts à l'étranger.

2.2. LES RECETTES COURANTES

2.2.1. Les cotisations

Les modifications successives de la base légale ont fortement influencé le mode de la prise en charge des cotisations.

La loi du 19 juin 1985, concernant les allocations familiales et portant création de la CNPF, oblige l'Etat à verser une contribution égale au montant des cotisations dues par les salariés et les non-salariés. Suite à la loi du 17 juin 1994 fixant les mesures en vue d'assurer le maintien de l'emploi, la stabilité des prix et la compétitivité des entreprises, l'Etat verse les cotisations pour toutes les personnes occupées auprès d'un employeur du secteur privé et, en fin de compte, par le biais de la loi concernant la mise en œuvre du plan national en faveur de l'emploi 1998, la charge des cotisations de toutes personnes exerçant une activité professionnelle indépendante incombe à l'Etat.

En conclusion, avec les cotisations que l'Etat verse en tant qu'employeur du secteur public, la quasi-totalité des cotisations servant de base au financement des prestations familiales provient de l'Etat.

Le montant total des cotisations a atteint 300,4 millions EUR en 2013, contre 291,4 millions EUR en 2012, soit une augmentation de 3,1% par rapport à 2012. En détail, 68,7 millions EUR étaient des cotisations à charge de l'employeur, et 231,7 millions EUR des cotisations prises en charge par l'Etat.

2.2.2. La participation de l'Etat

La participation brute de l'Etat dans le financement des prestations de la CNPF, constituée par la prise en charge des cotisations, a atteint 300,4 millions EUR en 2013. En outre, la prise en charge se compose des allocations de rentrée scolaire (34,6 millions EUR en 2013 contre 34,0 millions EUR en 2012), des allocations d'éducation (70,0 millions EUR en 2013 contre 71,2 millions EUR en 2012), des prestations de naissance et de maternité (respectivement 11,3 et 3,7 millions EUR), du boni pour enfant pour 214,2 millions EUR et des frais d'administration de l'organisme (16,6 millions EUR en 2013 contre 16,2 millions EUR en 2012).

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 2013, le Fonds pour l'emploi prend en charge 10,7 millions EUR contre 11,5 millions EUR en 2012. Le solde, à savoir 58,6 millions EUR en 2013, contre 56,4 millions EUR en 2012, reste à charge de l'Etat.

Avant 1986, l'Etat intervenait uniquement au niveau des prestations. La croissance des prestations ayant été plus rapide que celle des cotisations jusqu'en 1980, l'Etat a pris à sa charge non seulement toutes les améliorations des prestations existantes, mais aussi toutes les nouvelles prestations et enfin, il assurait l'équilibre financier du régime des non-salariés.

La loi du 19 juin 1985 et celle du 23 décembre 1995 (loi budgétaire 1996) ont dû réorienter le financement en présence d'un taux de cotisation qui n'a plus été refixé depuis 1990 et avec des recettes, provenant des cotisations et de la contribution de l'Etat, insuffisantes pour couvrir les dépenses. L'Etat s'est engagé à prendre en charge l'excédent des dépenses courantes sur les recettes courantes, tel qu'il est arrêté annuellement au compte d'exploitation de la CNPF. Pour 2013, l'Etat a dû ainsi éponger un déficit de 88,0 millions EUR, contre 100,0 millions EUR en 2012.

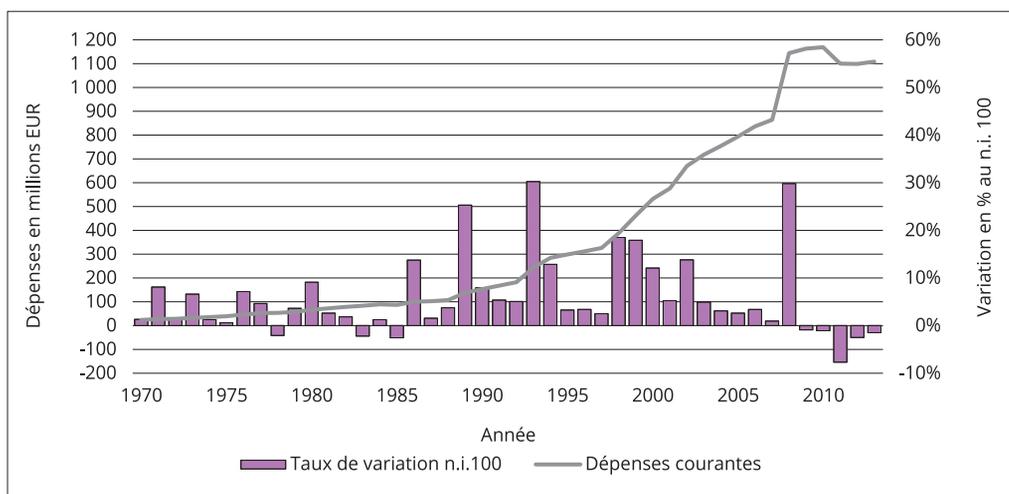
Tableau 3: Evolution de la participation de l'Etat dans le financement des prestations familiales (en millions EUR)

	2011	2012	2013
Au niveau des prestations:			
Participation brute dans le financement des prestations d'allocations familiales	278,2	291,4	300,4
- décharges sur cotisations irrécouvrables	-0,1	-0,1	0,0
- extournes de cotisations indues	-0,6	-0,1	0,0
- restitution de cotisations	-	-	-
Participation nette	277,5	291,2	300,4
Prise en charge des:	0,0	0,0	0,0
Allocations de rentrée scolaire	34,5	34,0	34,6
Allocations d'éducation	71,5	71,2	70,0
Allocations de naissance	10,7	11,1	11,3
Allocations de maternité	3,7	3,8	3,7
Indemnités pour le congé parental	69,1	67,9	69,3
Participation Etat	57,1	56,4	58,6
Participation Fonds pour l'emploi	12,0	11,5	10,7
Boni pour enfant	210,8	211,6	214,2
Participation Etat - déficit	126,9	100,0	88,0
Frais d'administration	15,4	16,2	16,6
Total (I)	820,1	806,9	808,2
Au niveau des cotisations:	0,0	0,0	0,0
Cotisations à charge de l'Etat (II)	215,4	225,8	231,7
Participation nette de l'Etat (I+II)	1 035,6	1 032,7	1 039,9
Recettes courantes de la caisse	1 099,3	1 098,6	1 108,7
Participation nette en % des recettes courantes	0,9	0,9	0,9
Au niveau de la réserve:			
Participation Etat - déficit	-	-	-
Total (III)	-	-	-
Participation totale de l'Etat (I+II+III)	1 035,6	1 032,7	1 039,9

2.3. 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.

Graphique 2: Evolution des dépenses courantes



La période de 1965 à 1980 est caractérisée par la création de nouvelles prestations ainsi que par des améliorations pour les prestations "classiques". Ces mesures se sont traduites par une importante progression des dépenses: ainsi, le taux moyen annuel de croissance des dépenses globales, exprimé au nombre indice 100 du coût de la vie, atteint 3,6% pour la période de 1965 à 1980.

A partir de 1975, l'évolution du nombre des enfants bénéficiaires devient régressive. Ce mouvement à la baisse dure jusqu'en 1986. Comme de surcroît, aucune prestation nouvelle n'est introduite entre 1981 et 1985 et qu'une seule amélioration des montants de base des allocations familiales normales a lieu en avril 1982, le taux moyen annuel de croissance des dépenses exprimé au nombre indice 100 a fortement diminué et n'atteint plus que 0,2% au cours de la première moitié des années quatre-vingt.

La forte croissance enregistrée en 1986 est le résultat de l'introduction de l'allocation de rentrée scolaire et de l'augmentation de certains montants de base des allocations familiales normales. L'année 1987 reflète le renversement de tendance dans l'évolution du nombre des enfants bénéficiaires, nombre qui progresse à nouveau. La forte augmentation du nombre des bénéficiaires ainsi que l'extension du bénéfice de l'allocation de rentrée scolaire aux familles avec un enfant et la revalorisation des montants de cette allocation expliquent la croissance de 1988, la plus forte depuis 1980, à l'exception de 1986.

La progression exceptionnelle des dépenses courantes de plus d'un quart, relevée en 1989, reflète la création d'une allocation d'éducation et la hausse des montants des majorations d'âge. S'y ajoutent les effets de la croissance du nombre des enfants bénéficiaires et de l'extension du bénéfice des prestations luxembourgeoises aux ressortissants portugais et espagnols travaillant au Grand-Duché en faveur de leurs enfants résidant dans leur pays d'origine.

L'augmentation des dépenses est principalement imputable à la croissance continue du nombre des bénéficiaires des allocations familiales et des allocations de naissance. En 1992, s'y sont ajouté le relèvement des montants de l'allocation de rentrée scolaire et l'extension de l'allocation d'éducation à deux années pour certains bénéficiaires.

Les augmentations élevées des dépenses en 1993, 1998 et en 2002 sont dues essentiellement au relèvement des montants de base des allocations familiales normales ; l'augmentation en 1999 et en 2000 est principalement due à l'introduction du congé parental.

En 2008, on peut noter une augmentation substantielle des dépenses de l'ordre de 25%. Cette augmentation est due à l'introduction du boni pour enfant à partir de janvier 2008, qui représente 20% du total des dépenses en prestations.

En 2013, les dépenses courantes s'élèvent à 1 108,7 millions EUR, contre 1 098,6 millions EUR en 2012. Les frais d'administration ne représentant que 1,5% du total, ce sont les prestations qui constituent presque la totalité des dépenses courantes.

En 2013, les frais d'administration affichent 16,6 millions EUR par rapport à 16,2 millions EUR en 2012. Les frais de personnel représentent 58,6% du montant total des frais d'administration.

En 2013, le montant total des prestations payées par la Caisse nationale des prestations familiales (CNPF) atteint 1 082,6 millions EUR contre 1 076,3 millions EUR pour l'année précédente, soit un taux de variation au n.i. 100 de -1,5%.

2.3.1. Allocations familiales

Les dépenses pour les prestations d'allocations familiales (allocations familiales normales, majorations d'âge et allocations spéciales supplémentaires) ont augmenté en 2013 de 3,3 millions EUR pour atteindre 680,8 millions EUR, contre 677,5 millions EUR en 2012, soit une hausse en valeur nominale de 0,5%. Les allocations familiales normales présentent la partie majeure avec une dépense de 609,7 millions EUR en 2013, soit 89,6% du total des dépenses pour les allocations familiales. Les majorations d'âge représentent 9,4% du total, avec une dépense de 64,2 millions EUR et les allocations spéciales supplémentaires 1,0% du total avec une dépense de 6,9 millions EUR en 2013.

2.3.2. Boni pour enfant

Les dépenses pour le boni pour enfant pour l'année 2013 s'élèvent à 213,3 millions EUR. En 2012, les dépenses s'élevaient à 211,1 millions EUR. En 2013, les dépenses totales augmentent de 1,0% (en valeur nominale) par rapport à 2012. En principe, les dépenses pour le boni pour enfants devraient aller de pair avec celles pour les allocations familiales. Cependant, le boni pour enfant était un crédit d'impôt avant de devenir une prestation familiale, et donc, les conditions d'octroi sont légèrement différentes, entre autre en ce qui concerne les naissances : le boni est dû à partir du premier janvier de l'année de naissance, mais le droit aux allocations familiales débute seulement au mois de naissance.

2.3.3. Allocations d'éducation

Contrairement aux autres prestations familiales, il s'applique des conditions de revenu pour les allocations d'éducation. En effet, l'allocation d'éducation est accordée à toute personne qui élève dans son foyer un ou plusieurs enfants, et s'adonne principalement à l'éducation des enfants au foyer familial et n'exerce pas d'activité professionnelle. Peut également

prétendre à ladite allocation toute personne qui exerce une ou plusieurs activités professionnelles ou bénéficie d'un revenu de remplacement sous condition que les revenus dont dispose le ménage ne dépassent pas les plafonds suivants : 3 fois le salaire social minimum (SSM) s'il élève un enfant, 4 fois le SSM s'il élève 2 enfants, et 5 fois le SSM s'il élève 3 enfants ou plus. Une demi-allocation d'éducation peut être accordée en cas de travail à mi-temps¹⁹. Les dépenses pour l'allocation d'éducation s'élèvent à 69,7 millions EUR en 2013, contre 71,0 millions EUR en 2012, et affichent une diminution de 1,8% en 2013 par rapport à 2012.

2.3.4. Indemnité pour congé parental

La quasi-stagnation du nombre de bénéficiaires, de 4 025 en 2012 à 4 077 en 2013, ne se reflète pas dans les dépenses relatives au congé parental, qui affichent une augmentation (en valeur nominale) de 2,1 % en 2013, et passent à 69,2 millions EUR en 2013, contre 67,8 millions EUR en 2012. Ce paradoxe s'explique par le fait que le congé parental a une durée de 6 ou 12 mois et que le nombre de bénéficiaires en décembre ne reflète pas la situation pendant toute l'année.

2.3.5. Allocation de rentrée scolaire

L'allocation de rentrée scolaire affiche une légère augmentation en 2013, et la dépense passe de 33,9 millions EUR en 2012 à 34,5 millions EUR en 2013, soit une augmentation (en valeur nominale) de 1,7%.

2.3.6. Allocations de naissance

Le montant total des prestations de naissance passe de 11,1 millions EUR en 2012 à 11,3 millions EUR en 2013, soit une hausse de 1,5%. Cette hausse est due en partie à l'augmentation du nombre de naissances au Luxembourg, qui passe de 6 026 en 2012 à 6 115 en 2013 (Source: STATEC). En détail, les dépenses se composent de celles pour les allocations prénatales, soit 3,9 millions EUR, de celles pour les allocations de naissance proprement dites, soit 4,0 millions EUR, et de celles pour les allocations postnatales, soit 3,4 millions EUR en 2013.

2.3.7. Allocations de maternité

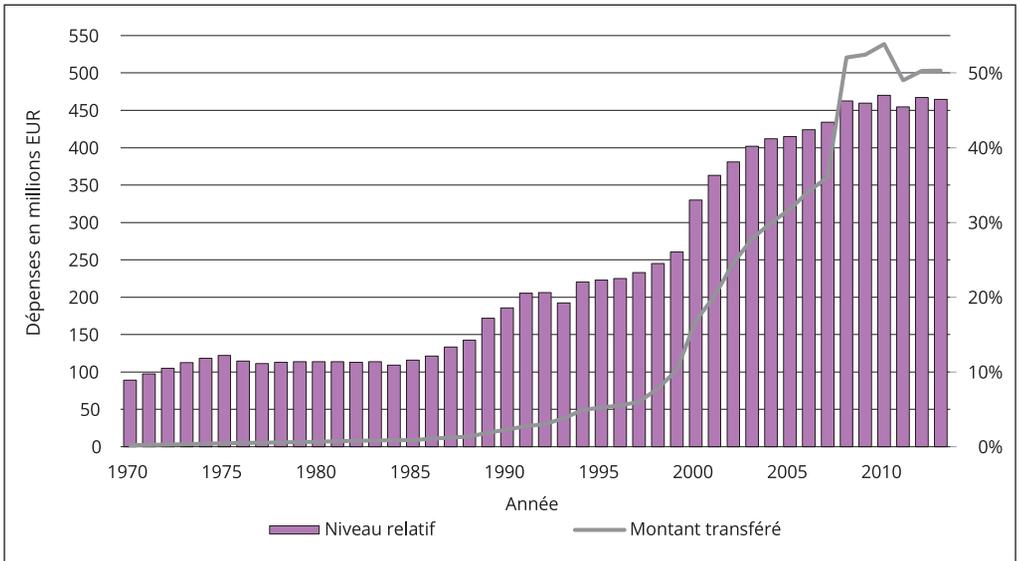
Parallèlement au nombre de bénéficiaires des allocations de maternité, qui diminue légèrement en 2013 (voir 1.9.), les dépenses relatives à ces allocations affichent une baisse de 1,1%, et passent de 3,8 millions EUR en 2012 à 3,7 millions EUR en 2013.

2.4. 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, allocations d'éducation, congé parental, allocation de rentrée scolaire, allocations de naissance et allocations de maternité) se chiffre en 2013 à 503,1 millions EUR (contre 502,9 millions EUR en 2012), représentant 46,5% de la dépense totale (46,7% en 2012).

19. Source : www.cnpf.lu.

Graphique 3: Allocations 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. Au cours de la décennie 1975-1985, la part relative des transferts est restée stable en raison d'une diminution parallèle du nombre d'enfants bénéficiaires vivant au Grand-Duché. Aux effets de la forte reprise de la conjoncture économique à partir du milieu des années quatre-vingt, est venue s'ajouter l'assimilation à partir du 1^{er} janvier 1989 des enfants bénéficiaires résidant au Portugal et en Espagne aux autres ressortissants de la Communauté Européenne. Au lieu d'un montant forfaitaire, les travailleurs portugais et espagnols occupés au Luxembourg touchent désormais les allocations familiales luxembourgeoises pour leurs enfants restés dans leur pays d'origine. C'est ce changement qui explique une progression des sommes transférées à l'étranger plus rapide que celle du nombre des enfants bénéficiaires vivant à l'étranger au cours des exercices 1989, 1990 et 1991.

Jusqu'en 1998 par ailleurs, uniquement les prestations familiales normales, ainsi que l'allocation de rentrée scolaire, étaient transférées à l'étranger. Ainsi, le graphique 3 ne tient compte que de ces deux prestations pour ces années. 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 (voir "Historique des prestations familiales").

Tableau 4: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger (montants en millions EUR)

Prestation	Nombre de bénéficiaires à l'étranger		Montants payés à l'étranger	
Allocations familiales ^a	68 535	37,4%	318,1	46,7%
Boni pour enfants	75 228	38,6%	101,3	47,5%
Allocation d'éducation	3 108	37,2%	36,4	52,3%
Indemnité pour congé parental	1 624	39,8%	29,5	42,6%
Allocation de rentrée scolaire ^b	44 918	37,5%	16,0	46,3%
Prestations de naissance (total)	3 019	15,5%	1,8	15,5%
Allocations de maternité ^c	9	0,7%	0,0	0,3%

a. Nombre d'enfants des allocations familiales normales, montant des allocations familiales normales, majorations d'âge et allocations spéciales supplémentaires.

b. Situation au 31 août.

c. Moyenne des tranches pour le nombre de bénéficiaires, montants totaux.

En 2013, les allocations familiales (normales, majorations d'âge, et allocations spéciales supplémentaires) transférées à l'étranger, payées en faveur des travailleurs migrants et des travailleurs frontaliers pour des enfants résidant à l'étranger, ont atteint 318,1 millions EUR ou 46,7% du montant total des allocations familiales. Le nombre des enfants résidant à l'étranger a enregistré une diminution de 1,5%. Cette divergence s'explique en partie par la nature des données, étant donné que le nombre d'enfants est pris au 31 décembre 2013, mais que les dépenses se rapportent à tout l'exercice 2013, et en partie par la campagne " DDS " de la CNPF (voir 1.1.). Les bénéficiaires du boni pour enfant sont en principe les mêmes que ceux des allocations familiales. Ainsi, il y a les mêmes ordres de grandeur pour les divergences, et les mêmes explications s'appliquent.

L'allocation d'éducation est la seule prestation pour laquelle plus que la moitié des montants sont transférés à l'étranger (52,3% en 2013). Une raison pour ce phénomène consiste dans les conditions de revenus (voir 2.3.3.) applicables pour cette prestation.

Les prestations de naissance et les allocations de maternité ne connaissent, par contre, beaucoup moins de succès à l'étranger. Pour les prestations de naissance, ceci est dû en partie à l'imposition stricte des examens médicaux à suivre, où les pays voisins appliquent souvent d'autres règles. Pour l'allocation de maternité, la mère doit avoir son domicile légal au Luxembourg ou être affiliée au titre d'une activité professionnelle au Luxembourg (sans avoir droit à l'indemnité de maternité). Ces conditions font que seulement peu de mères résidentes à l'étranger sont éligibles pour cette allocation.

INTRODUCTION

OBJECTIFS DE L'INCLUSION SOCIALE

La protection sociale au Luxembourg se base sur trois piliers, à savoir la sécurité sociale, l'assistance sociale et l'aide sociale.

La sécurité sociale, traitée dans les autres chapitres du présent rapport, assure aux personnes exerçant une activité professionnelle des revenus de remplacement et/ou des revenus complémentaires en cas de chômage, de maladie, de dépendance, de vieillesse, d'accident, de famille, etc.

En dehors de ces prestations de sécurité sociale proprement dites, la législation sociale prévoit des prestations mixtes qui relèvent de l'assistance sociale et de l'aide sociale. Ces deux volets reposent sur la solidarité nationale et ne sont pas la contrepartie d'un apport professionnel.

L'assistance sociale et l'aide sociale visent à aider à couvrir les besoins individuels des personnes défavorisées afin de leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine.

L'assistance sociale attribue des prestations en fonction de ressources, afin d'assurer à tous les citoyens une vie décente en leur garantissant un minimum de moyens d'existence. Au Luxembourg, chaque ménage a le droit d'appeler à la solidarité au cas où ses revenus tombent en-dessous du seuil garanti, abstraction faite de toute cause qui est à la base de l'insuffisance des ressources.

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 et à s'adapter au milieu social environnant. L'aide sociale consiste dans les secours apportés par les collectivités publiques aux personnes dont les ressources sont insuffisantes. Elle intervient à titre subsidiaire et peut compléter les mesures d'assistance sociale, que le bénéficiaire est tenu d'épuiser avant de solliciter l'aide sociale.

PROGRAMME GOUVERNEMENTAL ACTUEL

Le Gouvernement affirme qu'un engagement continu est nécessaire pour favoriser l'inclusion sociale. Une stratégie nationale d'inclusion sociale mettra l'accent sur la solidarité entre générations. De plus, le Gouvernement "confirme la nécessité de maintenir la prestation du revenu minimum garanti (RMG) comme moyen de soutenir les personnes sans ressources." Il est prévu de réviser la loi y afférente en "mettant l'accent sur l'activation des bénéficiaires" et "en faisant de la réinsertion professionnelle sa priorité". Afin de mieux faire correspondre la prestation aux situations spécifiques des ménages, elle sera scindée en différentes composantes (pour les besoins de base des personnes, les frais incompressibles du ménage, le loyer, les enfants).

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE SOCIALE ET DE L'AIDE SOCIALE

En 1960, le Fonds national de solidarité (FNS) a été créé afin de coordonner les prestations de l'assistance sociale. Les différentes prestations ont subi depuis de nombreuses modifications. A l'heure actuelle, les prestations fournies par le FNS sont les suivantes :

- le revenu minimum garanti (RMG),
- le forfait d'éducation,
- le revenu pour personnes gravement handicapées,
- l'allocation de vie chère,
- le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique,
- l'avance de pensions alimentaires.

A noter que l'allocation de soins et l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées ont toutes les deux été remplacées par les prestations de l'assurance dépendance à partir du 1^{er} janvier 1999. L'allocation compensatoire de vie chère a été abrogée 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.

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.

L'aide sociale, qui peut être de nature palliative, curative ou préventive, est prestée par les offices sociaux, et réglée par la loi du 18 décembre 2009, qui remplace la loi du 28 mai 1897 sur les domiciles de secours.

La suite de ce chapitre analysera exclusivement les prestations de l'assistance sociale fournies par le FNS et le SNAS.

1. LES BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires des prestations du FNS 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.

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. Il prévoit soit l'allocation d'une indemnité d'insertion, soit une allocation complémentaire, soit une combinaison des deux, le tout dans les limites fixées en fonction de la composition de la communauté domestique.

1.1.1. L'allocation complémentaire

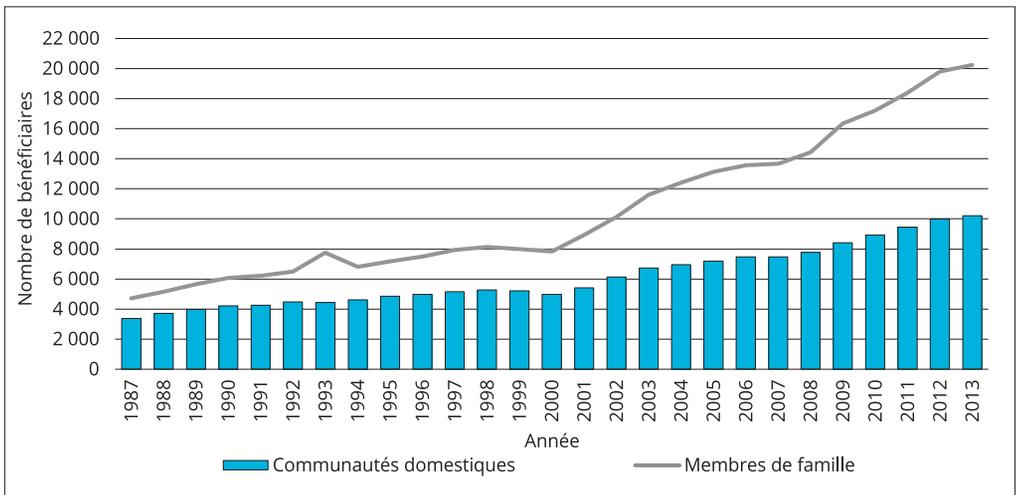
Entre 1987 et 1999, les bénéficiaires du RMG ont été répartis en deux catégories suivant que le versement du complément fut effectué par le Fonds national de solidarité (FNS) ou par une caisse de pension.

Cependant à partir de 1999, pour des raisons de simplification administrative, toute nouvelle demande faite par un bénéficiaire de pension est traitée par le fonds et les anciennes prestations de bénéficiaires de pension y sont transférées également pour toute modification. En 2001 les derniers dossiers traités par les caisses de pension ont été transférés au fonds, qui depuis a la compétence exclusive dans ce domaine.

Les données statistiques qui suivent tiennent compte des communautés domestiques qui touchent soit une allocation complémentaire RMG seule, destinée à parfaire les seuils du RMG, soit une allocation complémentaire RMG avec un autre revenu (indemnité d'insertion, pension) sans pour autant pouvoir dépasser les limites fixées par la loi.

Les communautés domestiques bénéficiaires d'allocations de la part d'un office social, dont le service n'a pas encore été repris par le FNS, sont exclues.

Graphique 1: Evolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille (au 31 décembre de chaque année)



Le 31 décembre 2013, le FNS a compté 10 208 communautés domestiques composées de 20 226 membres de famille, contre 9 989 communautés et 19 790 membres de famille en décembre 2012. Le nombre de communautés a augmenté de 219 unités, soit 2,2%.

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 depuis 2001 s'explique, entre autres, par la modification de la condition de résidence (la loi du 21 décembre 2001 prescrit cette condition de résidence seulement pour les non-ressortissants du Grand-Duché de Luxembourg ou d'autres Etats membres de l'Union Européenne), par le relèvement des seuils de revenu 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), mais 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 légère régression a pu être constatée, principalement due au fait que le SNAS accorde depuis un certain temps une seule mesure d'insertion par ménage, ainsi qu'à l'introduction de la loi du 12 septembre 2003 relative au revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH), qui a entraîné un transfert notable de bénéficiaires du RMG vers les bénéficiaires du RPGH.

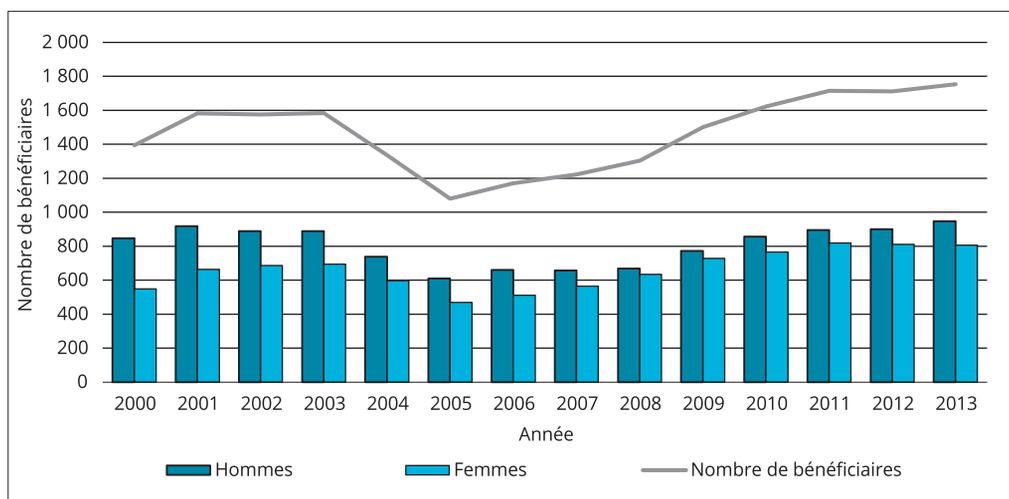
La loi du 29 août 2008 portant sur la libre circulation des personnes et l'immigration, en modifiant les termes de l'article 2 de la loi RMG "...être autorisé à résider..." par "...bénéficier d'un droit de séjour...", élargit le cercle des personnes exemptes de la condition de résidence de 5 ans sur le territoire luxembourgeois, aux 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, nonobstant leur nationalité.

Les bénéficiaires féminins du RMG sont plus nombreux que les bénéficiaires masculins. Cela résulte d'une part, de la condition de l'âge d'attribution minimum de 25 ans (loi 29 avril 1999 applicable à partir du 1^{er} mars 2000) non applicable aux bénéficiaires qui élèvent un enfant et, d'autre part, de l'espérance de vie plus élevée et du niveau de revenu généralement plus bas des femmes âgées.

1.1.2. L'indemnité d'insertion

Tout demandeur du RMG, âgé de moins de 60 ans et considéré comme apte à suivre une mesure d'insertion professionnelle par le SNAS, doit faire une demande d'insertion sociale et professionnelle préalablement à la demande de l'obtention de l'allocation complémentaire, à moins d'être soumis à une mesure organisée par l'Administration de l'emploi. Les données relatives aux indemnités d'insertion proviennent du SNAS et sont reprises ci-dessous. Les renseignements détaillés figurent dans les rapports d'activité correspondants du SNAS.

Graphique 2: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une indemnité d'insertion par sexe (au 31 décembre de chaque année)



La loi du 29 avril 1999 a renforcé l'impact des mesures de réinsertion professionnelle et sociale, ce qui s'est reflété dans le nombre des bénéficiaires de l'indemnité d'insertion qui a augmenté de 752 personnes en 1999 à 1 394 personnes en 2000, pour se stabiliser, de 2001 à 2003, à quelque 1 600 bénéficiaires.

A partir de 2004, le nombre de bénéficiaires a diminué sensiblement. Cette baisse est due d'une part à la mise en œuvre des dispositions de l'article 13, alinéa 3 de la loi RMG du 8 juin 2004 concernant la participation aux frais de personnel lors de l'engagement d'un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion moyennant contrat de travail, d'autre part, à la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées, qui introduit un revenu pour personnes gravement handicapées (voir le point 1.3. ci-dessous), et finalement, au plafonnement du nombre d'heures d'activité par ménage à 40 heures par semaine, pour éviter ainsi le dépassement des limites des prestations du RMG fixées à l'article 5 de la loi.

Cependant le revirement s'est produit dès 2006, étant donné que le SNAS, de commun accord avec le FNS, a décidé de ne plus appliquer le principe de subsidiarité aux personnes reconnues comme travailleurs handicapés, leur redonnant ainsi la faculté d'opter pour le bénéfice du RMG et, le cas échéant, pour des activités d'insertion de la loi RMG.

L'introduction de la loi du 29 août 2008 portant sur la libre circulation des personnes et sur l'immigration, qui modifie l'ouverture au droit des prestations RMG, s'est traduite par une augmentation du nombre des personnes actives dans les mesures d'insertion, par l'application du traitement d'égalité aux membres de famille.

En 2013, le nombre des activités d'insertion professionnelle (AIP) a augmenté de 2,5% (1 754 par rapport à 1 711 en 2012). Les nouvelles demandes concernant les personnes handicapées ne sont plus traitées par le SNAS, mais directement par le FNS.

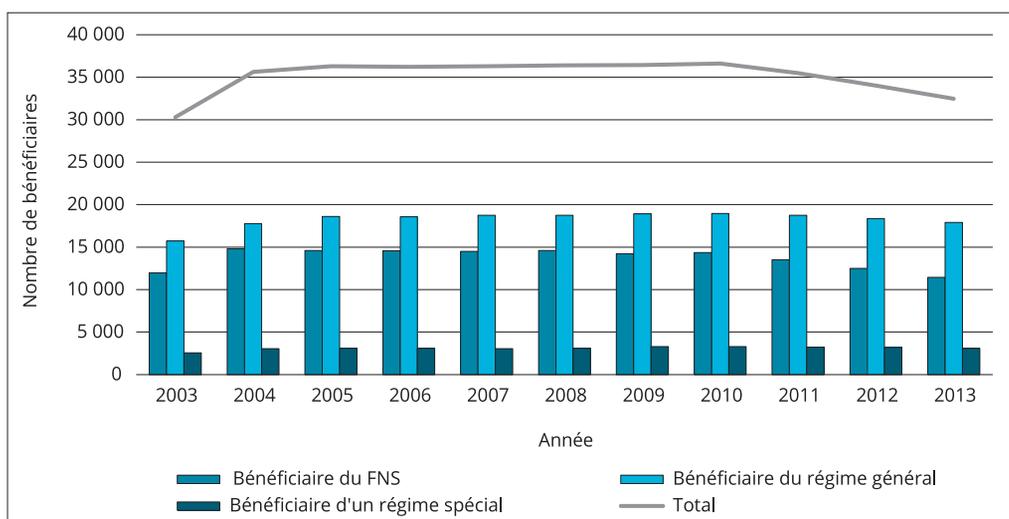
Parmi les 1 754 AIP, 1 124 (soit 64,1%) sont des activités temporaires indemnisées, 316 (soit 18,0%) sont des stages en entreprises et 314 (soit 17,9%) des contrats de travail subsidiés suivant les dispositions de l'article 13, alinéa 3. Les femmes effectuent 46,0% des AIP (47,4% en 2012).

1.2. LE FORFAIT D'ÉDUCATION

La loi du 28 juin 2002 crée un forfait d'éducation qui est accordé au parent qui s'est consacré à l'éducation d'un enfant à condition que sa pension ou celle de son conjoint ne comporte pas, pour l'enfant en question, la mise en compte de baby-years. Le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 65 ans ou au moment de l'octroi d'une pension personnelle. Pour les bénéficiaires de pension le montant du forfait d'éducation est fixé à 10 EUR, nombre indice 100 base 84 ; ce montant est adapté à l'indice du coût de la vie et ajusté au niveau de vie à l'instar des pensions. Il est soumis aux mêmes charges sociales et fiscales que les pensions. Ce forfait d'éducation a été avancé par les caisses de pension pour compte du FNS. Le forfait d'éducation pour les ayants droits qui ne touchent pas de pension est liquidé directement par le FNS. Le montant est figé à 86,54 EUR par mois et par enfant par la loi du 27 juin 2006. Les forfaits d'éducation sont intégralement à charge de l'Etat. A noter que pour les bénéficiaires d'une pension, le forfait d'éducation est avancé par la caisse de pension pour le compte du FNS.

La loi du 19 décembre 2008 a élargi le cadre des bénéficiaires en enlevant la condition de domiciliation et de résidence aux personnes relevant d'un instrument bi- ou multilatéral.

Graphique 3: Evolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension (au 31 décembre de chaque année)



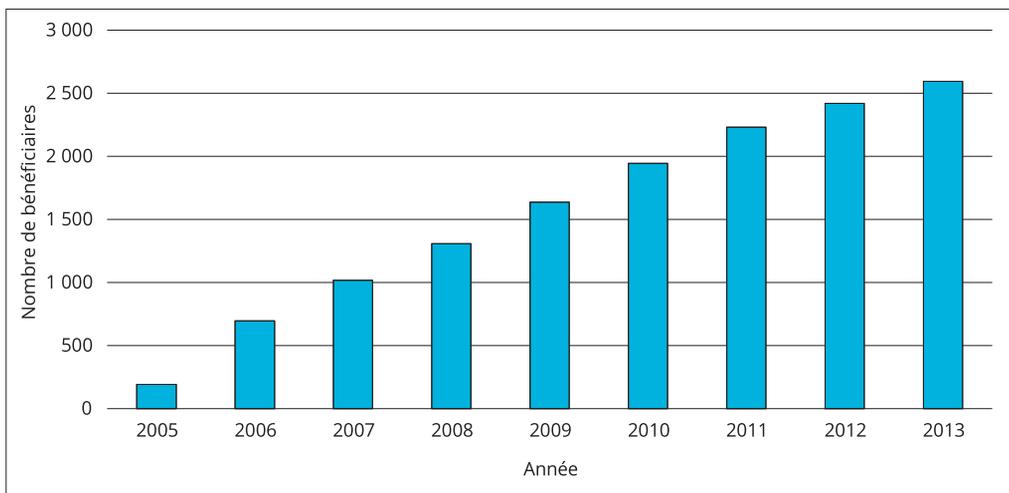
En décembre 2013, le FNS a enregistré 11 450 paiements mensuels, les régimes spéciaux renseignent 3 095 liquidations, et les caisses de pension ont enregistré 17 913 bénéficiaires. En tout, il y avait 32 458 bénéficiaires en décembre 2013, contre 34 009 bénéficiaires en décembre 2012. La régression observée depuis 2011 s'explique par le fait qu'à partir de janvier 2011, l'âge d'ouverture au bénéfice du forfait est élevé à 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 4: Evolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées (au 31 décembre de chaque année)



Cette dernière prestation est à charge du FNS. Le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2013 était de 2 595, contre 2 422 pour l'année 2012, soit une augmentation de 7,1%. A noter que le nombre de bénéficiaires s'est plus que décuplé entre 2005 et 2013.

1.4. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE

Le règlement du Gouvernement en Conseil du 18 février 1983 avait créé une allocation de chauffage en faveur des ménages à revenu modeste, en remplacement de la subvention sur les combustibles minéraux solides. Entre 1983 et 1986, les montants accordés et les limites de revenu ont été adaptés à plusieurs reprises.

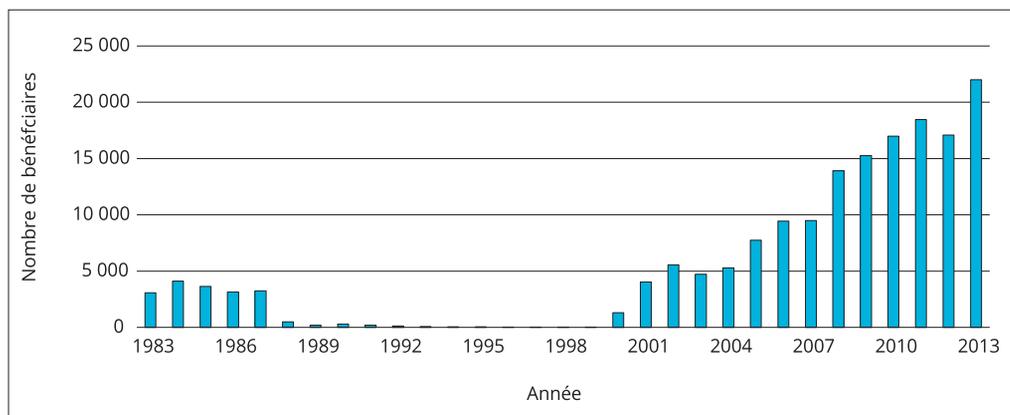
En 1983, année de sa création, l'allocation de chauffage - qui consistait dans un paiement annuel unique sur présentation de factures - connaissait, avec 3 073 bénéficiaires, un grand afflux. Ce nombre dépassait les 3 000 jusqu'en 1987. La loi du 8 janvier 1988, qui a limité le droit aux utilisateurs de combustibles solides, a fait descendre le nombre de bénéficiaires à 493. Sans autre adaptation des plafonds de revenu après cette date, le nombre des allocataires a chuté pour atteindre 10 bénéficiaires en 1999.

L'augmentation 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. Ainsi, le champ d'application a été élargi aux combustibles liquides, à l'électricité et au gaz et les montants de l'allocation, aussi bien que la limite du revenu global considéré, ont été adaptés. La validité de cette mesure a été prolongée à deux reprises jusque fin mars 2002. Le Gouvernement a

renouvelé, en date du 25 janvier 2002, le règlement relatif à l'attribution de l'allocation de chauffage en abolissant le principe d'attribution par saison hivernale pour passer au paiement par exercice budgétaire. L'adaptation légale a permis de donner une suite favorable à environ 5 000 demandes par année par la suite.

Suite à la nouvelle hausse sensible 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 explosé en 2005.

Graphique 5: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère (au 31 décembre de chaque année)

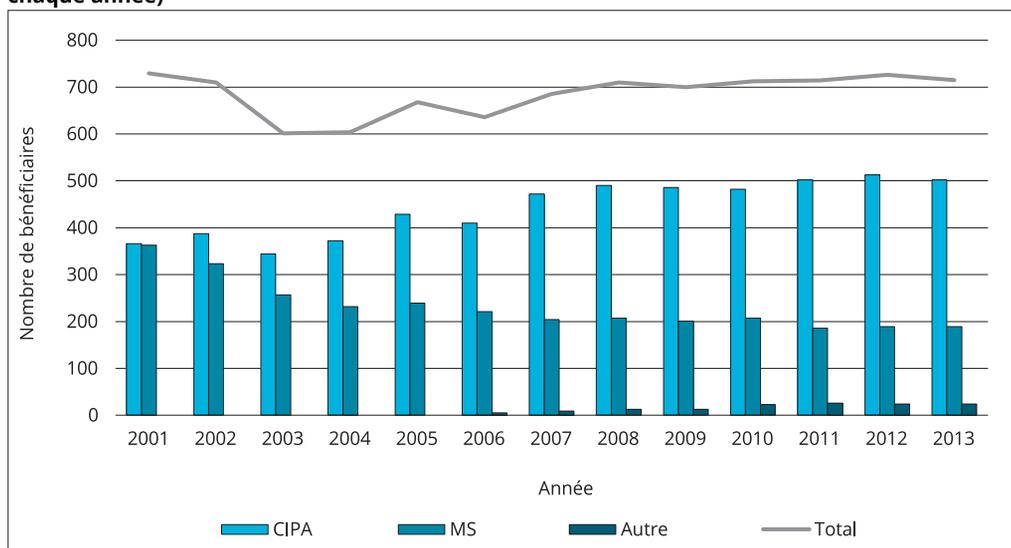


Le règlement du Gouvernement en Conseil du 19 décembre 2008 introduit, à partir de l'année 2009, une allocation de vie chère en lieu et place de l'allocation de chauffage en faveur des ménages à revenu modeste. L'augmentation de 46,4% entre 2007 et 2008 est due à l'évacuation des dossiers en suspens 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, 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 2013, on compte 22 010 bénéficiaires de l'allocation de vie chère contre 17 088 en 2012.

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 6: Evolution du nombre de bénéficiaires selon leur lieu de séjour (au 31 décembre de chaque année)



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 changées en faveur des CIPA: en 2013, 70% des bénéficiaires résidaient dans un CIPA, 26% résidaient dans une maison de soins, et 3% dans un établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.

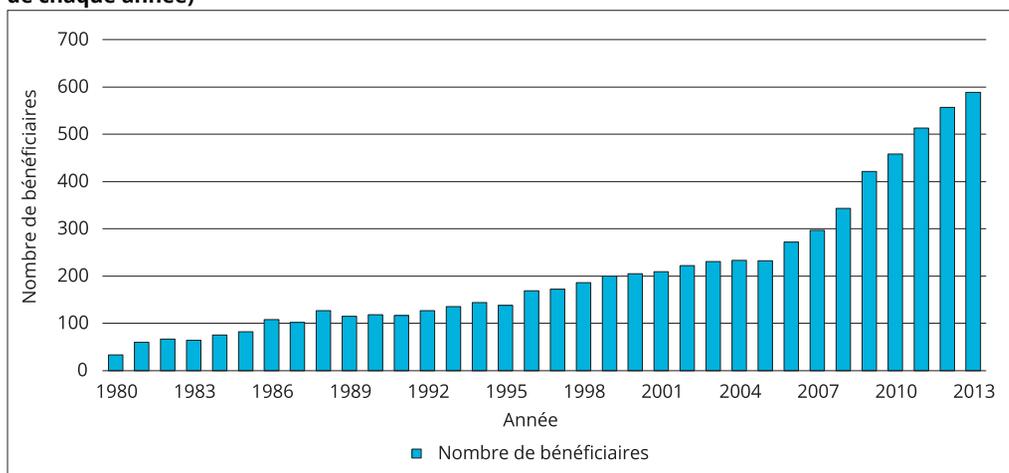
Pour l'exercice 2013, on comptait 715 compléments en décembre, contre 726 en 2012. En 2013, le nombre de nouvelles demandes introduites a été de 226, contre 250 en 2012.

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, à condition que le bénéficiaire se trouve dans une situation économique difficile et ait personnellement épuisé toutes les possibilités légales pour obtenir son droit.

Graphique 7: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire (au 31 décembre de chaque année)



Depuis la création de ce droit en 1980, le nombre de demandes suit une évolution croissante. En décembre 2013, cette disposition a bénéficié à 589 personnes, contre 557 personnes en décembre 2012.

Le FNS tente systématiquement de recouvrer les avances effectuées, soit auprès du débiteur, soit auprès du créancier, à condition que la situation de l'un des deux se soit améliorée de façon à permettre un tel recouvrement.

1.7. LES PRESTATIONS ABROGÉES

Depuis l'abrogation de l'allocation compensatoire de vie chère en 1986, le nombre de bénéficiaires est passé de 7 020 à 393 en décembre 2013. Seulement 1,3% sont à charge du FNS, le reste relève de la Caisse Nationale d'Assurance Pension.

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 708 personnes en décembre 2013. De même, le nombre de bénéficiaires de l'allocation de soins est passé de 1 720 personnes en décembre 1999 à 4 personnes en août 2013. A partir de septembre 2013, le FNS a décidé de ne plus faire des paiements mensuels, mais des paiements sporadiques, et d'essayer de persuader les personnes restantes de bénéficier des prestations de l'assurance dépendance.

2. 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, dès le début, les prestations étaient restituables.

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	2008	2009	2010	2011	2012	2013
RECETTES						
Dotations de l'Etat	203,7	238,0	257,2	272,8	280,6	288,8
Participation d'autres organismes ^a	4,8	5,0	6,7	4,7	5,1	6,7
Participation de l'Etat aux frais d'administration	5,5	5,8	6,0	6,7	6,7	7,0
Restitutions et pensions alimentaires recouvrées	13,5	13,1	14,9	16,0	18,0	17,3
Autres recettes	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2
TOTAL DES RECETTES	227,8	262,2	285,2	300,6	310,5	320,1
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,2%</i>	<i>15,1%</i>	<i>8,8%</i>	<i>5,4%</i>	<i>3,3%</i>	<i>3,1%</i>
DEPENSES						
Frais d'administration	5,5	5,8	6,0	6,4	6,7	7,0
Prestations	221,8	256,1	278,8	293,4	302,7	311,5
<i>dont:</i>						
Revenu minimum garanti (RMG)	109,1	122,9	137,3	150,7	158,1	157,5
Forfait d'éducation ("Mammerent")	76,1	74,2	73,6	72,2	69,2	66,1
Revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH)	15,4	20,5	24,9	30,2	34,3	37,9
Allocation de vie chère (AVC)	12,0	29,1	32,9	29,8	30,3	38,3
Accueil gérontologique	6,7	6,8	7,3	7,6	7,8	8,5
Pensions alimentaires	1,7	2,0	2,3	2,5	2,6	2,8
Allocations compensatoires	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3
Autres dépenses	0,6	0,3	0,3	0,7	1,2	1,7
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	227,8	262,2	285,2	300,6	310,5	320,1
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>3,2%</i>	<i>15,1%</i>	<i>8,8%</i>	<i>5,4%</i>	<i>3,3%</i>	<i>3,1%</i>
SOLDE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

a. Loterie nationale et Œuvre Nationale de Secours Grande-Duchesse.

La forte augmentation des dépenses observée en 2009 (+15,1%) résulte de deux événements : l'augmentation des dépenses liées au RMG due à l'abolition de la condition de résidence en août 2008 pour les personnes ressortissantes d'un pays membre de l'UE et le remplacement de l'allocation de chauffage par l'allocation de vie chère (AVC). Les montants de cette dernière étant doublés par rapport à ceux de l'allocation de chauffage. A partir de 2011, le ralentissement 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.

2.2. LES RECETTES COURANTES

En 2013, les dotations de l'Etat s'élèvent à 288,8 millions EUR, contre 280,6 millions EUR en 2012. Les frais d'administration affichent 7,0 millions EUR en 2013. A noter qu'en 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 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.

2.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les prestations constituent presque la totalité des dépenses courantes, les frais d'administration ne représentant que 2,2% du total. En 2013, le montant total des prestations payées par le FNS atteint 311,5 millions EUR, contre 302,7 millions EUR pour l'année précédente. Le total des dépenses courantes s'élève à 320,1 millions EUR, contre 310,5 millions EUR en 2012.

2.3.1. Le revenu minimum garanti

Le coût total des prestations RMG¹, charges sociales comprises, a atteint un montant de 157,5 millions EUR en 2013, contre 158,1 millions EUR en 2012, soit une baisse de 0,4%. Etant donné que le nombre de bénéficiaires a augmenté (voir 1.1.), cette baisse est due au changement de la façon de comptabiliser les recouvrements (voir 2.2.). Etant donné que depuis 1998, les communes ne participent plus au financement des prestations, la participation de l'Etat, après déduction de la quote-part de la Loterie nationale et de l'Œuvre de secours G.-D. Charlotte et des restitutions, se chiffre à 136,1 millions EUR.

On peut noter que parallèlement au nombre total annuel des mesures temporaires indemnisées, le coût total annuel de l'indemnité d'insertion a augmenté de 34,3 millions EUR en 2012 à 36,0 millions EUR en 2013, soit de 5,0%. L'indemnité est soumise aux charges sociales et fiscales applicables en matière de salaires.

Les cotisations relatives à l'assurance pension (prévues à l'article 18, alinéa 3 de la loi modifiée du 29 avril 1999 sur le RMG), sont payées une fois par an pour l'exercice écoulé. Elles s'élèvent à 0,8 millions EUR en 2013, contre 1,2 millions EUR en 2012.

1. Les prestations RMG comprennent le complément RMG, l'indemnité d'insertion, les cotisations d'assurance pension selon l'art.18, 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.

2.3.2. Le forfait d'éducation

La dépense totale relative au forfait d'éducation pour l'exercice 2013 s'élève à 66,1 millions EUR, contre 69,2 millions EUR en 2012. Cette régression de 4,5% s'explique par le fait que depuis janvier 2011, l'âge d'ouverture au bénéfice du forfait est élevé à 65 ans.

En 2013, les prestations liquidées directement par le FNS se sont chiffrées à 25,6 millions EUR. Les régimes spéciaux se sont acquittés de 7,1 millions EUR et les caisses de pension ont alloué 33,5 millions EUR. Les régimes spéciaux comme les caisses de pension, ces dernières depuis 2004, effectuent les paiements mensuels des forfaits pour compte du FNS, qui les comptabilise ensemble avec ses dépenses propres, à charge du budget de l'Etat.

2.3.3. Le revenu pour personnes gravement handicapées

Pour 2013, les dépenses annuelles se chiffraient à 37,9 millions EUR, contre 34,3 millions EUR pour 2012 (cotisations sociales comprises). L'augmentation de 10,5% de la dépense s'explique par l'augmentation du nombre de bénéficiaires (voir 1.3.). En fait, depuis son introduction en 2005, les dépenses ont presque quadruplées, sachant que la dépense affichait 10,6 millions EUR en 2006.

2.3.4. L'allocation de vie chère

Depuis 2009, l'allocation de vie chère remplace l'allocation de chauffage. La dépense pour allocations de chauffage, régressive depuis 1988 et qui n'affichait que 2 000 EUR en tant que montant annuel en 1999, a fortement augmenté suite aux adaptations de la législation en 2001, 2005 et 2008, pour atteindre 12,0 millions EUR en 2008. A noter que la régression du montant entre 2010 et 2011 est due à une comptabilisation de 2,9 millions EUR pour les deux exercices 2009 et 2010.

La dépense annuelle pour l'exercice 2013 relative à l'allocation de vie chère s'élève à 38,3 millions EUR, contre 30,3 millions EUR en 2012, soit une augmentation de 26,4%. Cet accroissement résulte principalement du fait que le nombre de demandes en suspens fin 2012 était exceptionnellement élevé, et que ces dossiers n'ont été traités, liquidés et comptabilisés qu'en 2013.

2.3.5. Le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique

La dépense relative à cette prestation varie avec l'évolution du nombre de bénéficiaires et avec celle du montant moyen. En 2013, le montant de la dépense a été de 8,5 millions EUR, contre 7,8 millions EUR en 2012. Cette augmentation semble contraire à l'évolution du nombre de bénéficiaires (voir 1.5.). Cependant, ce paradoxe s'explique par le fait que le nombre de bénéficiaires en décembre ne reflète pas la situation pendant toute l'année.

2.3.6. L'avance et le recouvrement de pensions alimentaires

Les 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.

Le montant 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. En 2013, ce coût atteint 2,8 millions EUR, contre 2,6 millions EUR en 2012.

2.3.7. Les allocations abolies

En 2013, le montant des dépenses de l'allocation compensatoire est de 0,3 millions EUR contre 0,4 millions EUR en 2012.

Le montant pour l'allocation de soins était de 0,05 millions EUR en 2012 et est de 0,03 millions EUR en 2013. A noter que le montant de 2013 se rapporte aux mois de janvier jusqu'à septembre (voir 1.7. pour plus de détails).

L'allocation pour personnes gravement handicapées est reprise par l'assurance dépendance depuis son introduction en 1999. Selon le décompte de l'assurance dépendance en 2013, les dépenses pour l'allocation pour personnes gravement handicapées s'élèvent à 5,8 millions EUR en 2013, contre 6,0 millions EUR en 2012, soit une baisse de 3,3%.

Sommaire des tableaux

Protection sociale

Tableau 1: Evolution des recettes et dépenses totales de protection sociale (en millions EUR)	26
---	----

Population protégée

Tableau 1: Nombre d'assurés actifs obligatoires à la fois de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance pension pour 2013 (moyenne annuelle)	28
Tableau 2: Evolution de la population protégée résidente depuis 2009 (moyenne annuelle)	29
Tableau 3: Evolution de la population protégée résidente et frontalière depuis 2009 (moyenne annuelle)	29
Tableau 4: Répartition des personnes protégées par catégorie socio-professionnelle depuis 2009 (moyenne annuelle)	30
Tableau 5: Les assurés directs et leurs membres de famille en 2013 (moyenne annuelle)	31
Tableau 6: Evolution des différentes catégories d'assurés cotisant à la gestion "soins de santé" depuis 2011 (moyenne annuelle)	33
Tableau 7: Assurés obligatoires par statut et par sexe	36
Tableau 8: Evolution du revenu moyen mensuel cotisable	37
Tableau 9: Evolution du calendrier pour un salarié travaillant à plein temps (8 heures par jour, 40 heures par semaine)	40
Tableau 10: Les éléments à déclarer par l'employeur et les différentes assiettes cotisables	41
Tableau 11: Evolution de l'emploi salarié par sexe	42
Tableau 12: Evolution de l'activité indépendante	44
Tableau 13: Répartition de l'emploi au Luxembourg par sexe et par statut	46
Tableau 14: Croissance de l'emploi dans les différents secteurs d'activité entre le 31 mars 2013 et le 31 mars 2014	49
Tableau 15: Heures ouvrées (en milliers) par les salariés affiliés à la sécurité sociale luxembourgeoise	50
Tableau 16: Temps de travail d'après statut et sexe (en pour cent)	52
Tableau 17: Evolution de l'emploi salarié par résidence et par nationalité (situation au 31 mars de chaque année)	53
Tableau 18: Répartition de l'emploi salarié par branche et par résidence au 31 mars 2014	55
Tableau 19: Distribution du salaire horaire par statut	58
Tableau 20: Montant moyen du salaire horaire par statut, sexe et temps de travail	58
Tableau 21: Proportion de salariés (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum au 31 mars de l'année considérée	62
Tableau 22: Nombre et proportion de salariés (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum selon le secteur d'activité au 31 mars 2014	64
Tableau 23: Nombre et proportion de femmes (hors fonctionnaires) rémunérées au voisinage du salaire social minimum selon le secteur d'activité au 31 mars 2014	66
Tableau 24: Nombre et proportion d'hommes (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum selon le secteur d'activité au 31 mars 2014	67

Assurance maladie-maternité

Tableau 1: Répartition des médecins en activité par fonction, catégorie et sexe en 2013	79
Tableau 2: Comparaison du nombre de médecins en activité et des médecins conventionnés par catégorie et sexe en 2013	82
Tableau 3: Evolution démographique des médecins hospitaliers de 2010 à 2014 et rapport médecins hospitaliers / médecins conventionnés	84
Tableau 4: Evolution de la masse des honoraires des médecins en 2005, 2012 et 2013 (en millions EUR)	85
Tableau 5: Le Top 10 des revenus moyens bruts des médecins libéraux en 2007	88
Tableau 6: Professions de santé dans les établissements hospitaliers (exprimées en ETP)	91
Tableau 7: Evolution des revenus moyens annuels des infirmières hospitalières de 2004 à 2013 (en EUR)	92
Tableau 8: Evolution du nombre de concessions de pharmacie et du nombre des pharmaciens	92

Tableau 9: Evolution des honoraires et prestations des autres professions de santé (en milliers EUR)	93
Tableau 10: Les établissements hospitaliers	94
Tableau 11: Salariés du secteur hospitalier: répartition par sexe et pays de résidence	95
Tableau 12: Evolution démographique des médecins hospitaliers de 2010 à 2014 - Classement par spécialité et sexe	96
Tableau 13: Evolution des prestations de soins de santé (en millions EUR)	99
Tableau 14: Evolution des prestations de soins de santé à l'étranger (en millions EUR)	101
Tableau 15: Nombre de cas de transferts autorisés en 2013 par groupes de pathologie	102
Tableau 16: Evolution du nombre de contacts patient par catégorie	108
Tableau 17: Les 10 premières causes d'hospitalisation en 2013 dans les hôpitaux aigus	112
Tableau 18: Evolution de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux aigus	114
Tableau 19: Evolution à partir de 2011 des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)	118
Tableau 20: Taux d'absentéisme 2013 selon la résidence, le sexe et le statut	123
Tableau 21: Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité par groupe d'âge en 2013	126
Tableau 22: Accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2013, selon le type et le groupe d'âge	128
Tableau 23: 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 2013	129
Tableau 24: Répartition sectorielle des dispenses ayant pris fin au cours de l'année 2013	131
Tableau 25: Proportion de congés de maternité, ayant pris fin au cours de l'année 2013, qui ont été précédés d'une dispense, selon le secteur d'activité	131
Tableau 26: Proportion de travailleurs ayant bénéficié d'un congé pour raison familiale qui a pris fin au cours de l'année considérée	132
Tableau 27: Evolution financière globale de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)	135
Tableau 28: Equilibre financier de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)	137
Tableau 29: Les cotisations de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)	139
Tableau 30: Evolution des recettes et dépenses globales de la Mutualité des employeurs entre 2009 et 2013 (en millions EUR)	141

Assurance dépendance

Tableau 31: Prestataires d'aides et de soins: évolution des effectifs du personnel entre 2010 et 2012	147
Tableau 32: Prestataires d'aides et de soins: évolution du personnel par qualification de 2010 et 2012	148
Tableau 33: Evolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions EUR)	149
Tableau 34: Evolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance depuis 2000	151
Tableau 35: Evolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour	153
Tableau 36: Evolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour	153
Tableau 37: Evolution du nombre de bénéficiaires par âge et lieu de séjour	154
Tableau 38: Evolution de l'âge moyen et de l'âge médian de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance de 2011 à 2013	154
Tableau 39: Répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et type de forfait	155
Tableau 40: Age moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type de prestation	155
Tableau 41: Les bénéficiaires non-résidents	156
Tableau 42: Répartition des bénéficiaires non-résidents par pays de résidence en 2013	156
Tableau 43: Répartition des bénéficiaires de l'assurance dépendance par cause de dépendance principale et sexe en 2013 (en % du total)	157
Tableau 44: La classification des causes de la dépendance selon la CEO	159
Tableau 45: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et âge en 2013 (en % du total)	160
Tableau 46: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2013 (en % du total)	161
Tableau 47: Répartition des bénéficiaires selon le temps total non pondéré requis par semaine	164
Tableau 48: Temps total moyen requis par semaine	164

Tableau 49: Répartition des bénéficiaires par classes de temps requis pour les actes essentiels de la vie	165
Tableau 50: Temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie	165
Tableau 51: Les activités de soutien dans le cadre de l'assurance dépendance	167
Tableau 52: Les bénéficiaires d'activités de soutien	168
Tableau 53: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien	168
Tableau 54: Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de conseil	170
Tableau 55: Temps moyen requis (en heures) pour les différents types de prestations de l'assurance et cause principale de dépendance en 2013	172
Tableau 56: Répartition des aides techniques selon la norme internationale ISO	173
Tableau 57: Evolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement	176
Tableau 58: Répartition des bénéficiaires par type de partage	177
Tableau 59: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par groupe d'âge en 2013	177
Tableau 60: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par sexe en 2013	177
Tableau 61: Prise en charge de la cotisation assurance pension entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2013 - répartition des aidants informels par groupe d'âge et sexe	178
Tableau 62: Les dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance - évolution depuis 2000 (en millions EUR)	180
Tableau 63: Evolution des prestations par âge et lieu de séjour du bénéficiaire (en millions EUR)	181
Tableau 64: Le coût des prestations en nature par type de prestation au Luxembourg (en millions EUR)	183
Tableau 65: Evolution des dépenses pour les différents types de prestations en nature (en millions EUR)	184
Tableau 66: Evolution des dépenses pour les actes essentiels de la vie par domaine (en millions d'EUR)	185
Tableau 67: Les dépenses pour les prestations en nature en 2010 par l'âge du bénéficiaire (en millions EUR)	185
Tableau 68: Répartition des prestations à domicile par type de partage (en millions EUR)	186
Tableau 69: Evolution des dépenses pour les activités de soutien par type de prestation (en millions d'EUR)	186
Tableau 70: Les dépenses pour les bénéficiaires de prestations forfaitaires (en milliers EUR)	187
Tableau 71: Evolution des dépenses pour les aides techniques entre 2008 et 2010 (en millions EUR)	187
Tableau 72: Les 10 postes de dépenses les plus importants pour les aides techniques en 2012 (en EUR)	187
Tableau 73: Evolution du nombre d'adaptations du logement par montant d'intervention	188
Tableau 74: Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié (en millions EUR)	189
Tableau 75: Evolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance (en millions EUR)	191
Tableau 76: Contribution de l'Etat aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR)	192
Tableau 77: Evolution des provisions pour prestations en nature et réconciliation des prestations en nature selon décompte de la CNS (en millions EUR)	193
Tableau 78: Evolution des valeurs monétaires des aides et soins et de la valeur horaire pour prestations en espèces depuis 1999	196

Assurance pension

Tableau 79: Evolution des recettes et des dépenses globales de l'assurance pension	204
Tableau 80: Evolution de la situation du régime	205

Assurance accident

Tableau 81: Répartition des rentes et rachats de rentes par catégorie pour tous les régimes (avant réforme)	210
Tableau 82: Evolution du nombre d'accidents déclarés et reconnus du régime général	210
Tableau 83: Evolution du nombre des rentes par régime (après réforme)	212
Tableau 84: Opérations courantes de l'assurance accident (en millions EUR)	213

Tableau 85: Evolution des indemnités pour préjudices extra-patrimoniaux par régime (après réforme)	213
Tableau 86: Evolution des recettes et des dépenses globales de l'assurance accident (en millions EUR)	214
Tableau 87: Structure des recettes courantes de l'AAA en 2013 (en milliers EUR)	215
Tableau 88: Structure des dépenses courantes de l'AAA en 2013 (en milliers EUR)	216
Tableau 89: Evolution du montant des prestations du régime général (en EUR)	217
Tableau 90: Evolution du montant des prestations des régimes spéciaux (en EUR)	218

Prestations familiales

Tableau 91: Evolution du nombre de bénéficiaires (situation au 31 décembre)	226
Tableau 92: Evolution des recettes et dépenses globales de la CNPF (en millions EUR)	227
Tableau 93: Evolution de la participation de l'Etat dans le financement des prestations familiales (en millions EUR)	229
Tableau 94: Détail des prestations familiales transférées à l'étranger (montants en millions EUR)	234

Inclusion sociale

Tableau 95: Evolution des recettes et des dépenses globales du FNS (en millions EUR)	245
--	-----

Sommaire des graphiques

Protection sociale

Graphique 1: Progression de la population	16
Graphique 2: Progression de l'emploi (en milliers)	17
Graphique 3: Solde des administrations publiques (en % du PIB, variation annuelle)	18
Graphique 4: Progression des recettes et dépenses courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle)	20
Graphique 5: Evolution des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale (en % du PIB)	21
Graphique 6: Financement de la protection sociale (en % des recettes courantes)	22
Graphique 7: Evolution de la participation de l'Etat au financement de la protection sociale (en % du budget des dépenses courantes de l'Etat)	23
Graphique 8: Participation de l'Etat au financement des régimes de protection sociale (en % des recettes courantes)	24
Graphique 9: Evolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes)	24
Graphique 10: Evolution des prestations de protection sociale par fonction (en % du PIB)	25

Population protégée

Graphique 1: Ventilation par groupes d'âge du nombre de personnes protégées en 1996 et en 2013 (moyenne annuelle)	30
Graphique 2: Population protégée en 2013 (moyenne annuelle)	31
Graphique 3: Population protégée par sexe en 2013 (moyenne annuelle)	32
Graphique 4: Pourcentage des femmes "assurées directes" par rapport au nombre total des femmes protégées par l'assurance maladie-maternité en 1987 et en 2013 (moyenne annuelle)	32
Graphique 5: Gestion prestations en espèces: répartition des assurés par groupes d'âge en 2013	34
Graphique 6: Evolution du nombre moyen des assurés	35
Graphique 7: Répartition par âge des assurés cotisants	36
Graphique 8: Répartition des assurés par tranches de revenu mensuel cotisable en 2013	38
Graphique 9: Nombre de salariés par âge	43
Graphique 10: Distribution par âge et par sexe de l'emploi salarié	44
Graphique 11: Répartition de l'emploi par secteur d'activité (NACE rév. 2)	47
Graphique 12: L'emploi au Luxembourg par secteur d'activité et par sexe au 31 mars 2014	48
Graphique 13: Evolution du nombre d'intérimaires	51
Graphique 14: Salariés travaillant au Luxembourg par pays de résidence au 31 mars 2014	54
Graphique 15: Salariés résidant au Luxembourg d'après la nationalité au 31 mars 2014	54
Graphique 16: Courbe de Lorenz de la distribution des salaires (31 mars 2014)	57
Graphique 17: Distribution du salaire horaire moyen par âge au 31 mars 2014	59
Graphique 18: Evolution de la proportion de salariés (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum depuis 1995	63
Graphique 19: Proportion de salariés (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum au 31 mars 2013 et au 31 mars 2014, selon le secteur d'activité	65

Assurance maladie-maternité

Graphique 1: Organigramme des soins de santé au Luxembourg en 2014	75
Graphique 2: Les différents modes d'activité des médecins au Luxembourg	76
Graphique 3: Evolution du nombre de médecins autorisés à exercer par catégorie	78
Graphique 4: Pyramides d'âge des médecins en activité par catégorie et sexe en 2013	80
Graphique 5: Comparaison de la densité médicale dans différents pays européens en 2011 et 2012: médecins généralistes et total des médecins	81
Graphique 6: Pyramide d'âge des médecins conventionnés par sexe	83
Graphique 7: Nombre de médecins hospitaliers, moyennes d'âge par hôpital en 2014 et évolution de la moyenne d'âge de 2006 à 2014	84
Graphique 8: Honoraires médicaux: moyenne par catégorie (en milliers EUR)	86

Graphique 9: Répartition des honoraires médicaux moyens par groupes d'âge et sexe en 2013 (en milliers EUR)	86
Graphique 10: Evolution entre 2008 et 2013 des moyennes d'honoraires par spécialité médicale	87
Graphique 11: Répartition des revenus annuels bruts des médecins libéraux en 2007 par spécialité et sexe (en EUR)	89
Graphique 12: Evolution des revenus annuels moyen bruts des médecins par catégorie de 2003 à 2013	90
Graphique 13: Ventilation des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2013	100
Graphique 14: Prestations de soins de santé en 2013	104
Graphique 15: Répartition des soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de malades ayant eu la consommation la plus élevée en 2013 (en % du total)	105
Graphique 16: Les soins ambulatoires : nombre de patients et remboursement moyen en 2013	106
Graphique 17: Les soins hospitaliers : nombre de patients et remboursement moyen en 2013	106
Graphique 18: Nombre moyen de contacts patients par spécialité médicale en 2012	108
Graphique 19: Nombre de consultations de médecins par habitant en 2011 - comparaison internationale	109
Graphique 20: Répartition des types de journées prestées par groupes d'âge en 2013 (en %)	110
Graphique 21: Nombre d'admissions pour 100 000 habitants par groupes d'âge et sexe en 2013	111
Graphique 22: Nombre de cas d'hospitalisations de jour en 2013 par groupes d'âge (hôpitaux aigus)	113
Graphique 23: Durée moyenne de séjour en 2013 par groupes d'âge et par sexe (hôpitaux aigus)	114
Graphique 24: La durée moyenne de séjour dans l'UE de 2002 à 2012 (hôpitaux aigus)	115
Graphique 25: Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2004 et 2012	116
Graphique 26: Evolution du taux d'absentéisme depuis 2006	120
Graphique 27: Evolution mensuelle du taux d'absentéisme	121
Graphique 28: Evolution des taux d'absentéisme de courte et de longue durée	121
Graphique 29: Evolution du taux d'absentéisme de courte durée selon le statut	122
Graphique 30: Evolution du taux d'absentéisme de longue durée selon le statut	122
Graphique 31: Taux d'absentéisme selon le groupe d'âge	123
Graphique 32: Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité	124
Graphique 33: Poids des principales raisons médicales dans la fréquence et dans le nombre de jours d'absences	125
Graphique 34: Evolution du poids des maladies infectieuses ou parasitaires dans le nombre de jours d'absence de courte durée	125
Graphique 35: Evolution du poids des dépressions et autres pathologies liées aux stress dans le nombre de jours d'absence de longue durée	126
Graphique 36: Evolution du nombre de femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité	127
Graphique 37: Evolution de la proportion des femmes actives ayant bénéficié d'un congé de maternité	127
Graphique 38: Distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité en 1993 et 2013	128
Graphique 39: Evolution du nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une dispense de travail	129
Graphique 40: Evolution de la proportion de congés de maternité qui ont été précédés d'une dispense	130
Graphique 41: Evolution de l'emploi, des masses des salaires cotisables ainsi que du PIB de l'économie luxembourgeoise (évolution en %)	134
Graphique 42: La réserve globale en fin d'année en valeur absolue	136
Graphique 43: La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes	137
Graphique 44: Evolution des recettes et dépenses courantes à partir de 2006	138
Graphique 45: Sources de financement de l'assurance maladie-maternité en 2013 (en % du total)	139

Assurance dépendance

Graphique 1: Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance	152
Graphique 2: Temps moyen requis par semaine et âge du bénéficiaire	163
Graphique 3: Temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupes d'âge	166

Graphique 4: Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de soutien par classes de temps requis non pondéré	168
Graphique 5: Temps moyen requis par groupes d'âge en 2013	169
Graphique 6: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien par sexe	169
Graphique 7: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien par lieu de séjour	170
Graphique 8: Courbe de Lorentz 171	
Graphique 9: Evolution du coût des prestations par âge et sexe du bénéficiaire	182
Graphique 10: Evolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire	182
Graphique 11: Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié (en millions EUR)	190
Graphique 12: Evolution et taux de croissance de la contribution dépendance (en millions EUR)	191
Graphique 13: Evolution et taux de croissance de la contribution forfaitaire de l'Etat (en millions EUR)	192
Graphique 14: Evolution de la réserve de l'assurance dépendance (en millions EUR)	194
Graphique 15: Evolution du taux de cotisation d'équilibre	195

Assurance pension

Graphique 1: Evolution du nombre moyen des assurés et des pensions	199
Graphique 2: Evolution du nombre des pensions d'invalidité	200
Graphique 3: Evolution des montants moyens des pensions personnelles	201
Graphique 4: Comparaison des montants moyens des pensions attribuées aux seuls résidents par rapport à ceux de toutes les pensions	202
Graphique 5: Evolution des recettes, des dépenses et de la réserve du régime général	203

Assurance accident

Graphique 1: Evolution du nombre d'entreprises affiliées à l'assurance accident (situation au 31 décembre)	208
Graphique 2: Evolution du nombre d'accidents déclarés 209	
Graphique 3: Evolution du nombre d'accidents déclarés du régime général selon types d'accidents	209
Graphique 4: Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAA	216

Prestations familiales

Graphique 1: Evolution du nombre des enfants bénéficiaires et des familles attributaires (au 31 décembre de chaque exercice)	222
Graphique 2: Evolution des dépenses courantes	230
Graphique 3: Allocations familiales transférées à l'étranger	233

Inclusion sociale

Graphique 1: Evolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille (au 31 décembre de chaque année)	237
Graphique 2: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une indemnité d'insertion par sexe (au 31 décembre de chaque année)	239
Graphique 3: Evolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension (au 31 décembre de chaque année)	240
Graphique 4: Evolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées (au 31 décembre de chaque année)	241
Graphique 5: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère (au 31 décembre de chaque année)	242
Graphique 6: Evolution du nombre de bénéficiaires selon leur lieu de séjour (au 31 décembre de chaque année)	243
Graphique 7: Evolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire (au 31 décembre de chaque année)	244

