

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

2012



MINISTÈRE
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
Inspection générale de la sécurité sociale

Luxembourg
Novembre 2013

SOMMAIRE

SIGNES ET ABRÉVIATIONS	7
ADRESSES UTILES	10
PROTECTION SOCIALE	
1. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE	15
2. LE SYSTÈME DE LA PROTECTION SOCIALE AU LUXEMBOURG	18
3. LA SITUATION DES MÉNAGES	19
3.1. Composition des ménages	19
3.2. Revenu disponible des ménages	20
3.3. Transferts sociaux et revenus des ménages	22
4. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE	25
4.1. Situation globale	25
4.2. Les sources de financement	27
4.3. Les dépenses de la protection sociale	29
POPULATION PROTÉGÉE	
1. ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	36
1.1. Evolution du nombre des personnes protégées	36
1.2. Evolution du nombre des assurés du régime des prestations en espèces	41
2. ASSURANCE PENSION	42
2.1. Les assurés	42
2.2. Les revenus cotisables	43
3. EMPLOI AU LUXEMBOURG	45
3.1. Evolution de la population active au Luxembourg	45
3.2. L'Activité salariée au Luxembourg	51

ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

1. INTRODUCTION	71
1.1. Les objectifs de l'assurance maladie-maternité	71
1.2. Organisation, gestion et financement de l'assurance maladie-maternité	72
1.3. Maintenir la viabilité financière de l'assurance maladie-maternité	73
2. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DE LA SANTÉ	78
2.1. Evolution démographique globale	78
2.2. Les médecins	80
2.3. Les autres professions de santé	92
2.4. Les hôpitaux	94
3. LES SOINS DE SANTÉ	98
3.1. Les prestations de soins de santé et de maternité : évolution financière globale	98
3.2. Analyse du détail des prestations au Luxembourg en 2012	101
3.3. Les prestations de soins de santé à l'étranger	104
3.4. Les soins de santé de la population résidente : point de vue statistique	106
4. LES PRESTATIONS EN ESPÈCES	117
4.1. Evolution des prestations en espèces en cas de maladie prises en charge par la CNS	117
4.2. Analyse de l'absentéisme pour cause de maladie	118
4.3. Les congés de maternité et autres prestations assimilées	126
5. DONNÉES FINANCIÈRES	131
5.1. Le système de financement	131
5.2. Situation financière : Résultats et prévisions à court terme	133

ASSURANCE DÉPENDANCE

1. INTRODUCTION	141
1.1. Les objectifs de l'assurance dépendance	141
1.2. L'organisation de l'assurance dépendance	141
1.3. Le chapitre de l'assurance dépendance dans le rapport général 2012	142
2. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE	143
2.1. La convention-cadre	143
2.2. Le contrat de prestations de services	144
2.3. Les ressources humaines du secteur des soins de longue durée	144
3. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	147
3.1. Augmentation de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance: +4,9% en 2012	147
3.3. Plus de deux bénéficiaires sur trois vivent à domicile	149
3.4. Quatre fois plus d'hommes dépendants à domicile qu'en établissement	149
3.5. L'âge moyen des bénéficiaires est beaucoup plus élevé en établissement qu'à domicile: +18,8 ans	149
3.6. Les bénéficiaires de prestations forfaitaires	150
3.7. Les bénéficiaires qui ne résident pas au Luxembourg	151
3.8. Les causes de la dépendance	152

4. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	156
4.1. Le plan de prise en charge: les prestations requises	156
4.2. Les prestations facturées	170
5. LES DONNÉES FINANCIÈRES	177
5.1. Le système de financement	177
5.2. La situation financière de l'assurance dépendance	177
5.3. Les recettes et dépenses globales de l'assurance dépendance	180
5.4. La contribution dépendance	182
5.5. La contribution de l'Etat au financement de l'assurance dépendance	183
5.6. Les valeurs monétaires	183

ASSURANCE PENSION

INTRODUCTION	187
1. LES BÉNÉFICIAIRES DE PENSION	188
1.1. Le nombre de pensions	188
1.2. Le coefficient de charge	191
2. CARACTÉRISTIQUES DES PRESTATIONS	193
2.1. Le niveau moyen des pensions	193
2.2. Les transferts à l'étranger	195
3. DONNÉES FINANCIÈRES	196
3.1. Appréciation globale des opérations courantes	196
3.2. Les recettes courantes	197
3.3. Les dépenses courantes	200
3.4. Les opérations sur réserves et sur reports	202
3.5. Les valeurs immobilisées	202
3.6. Les titres et comptes financiers	202
3.7. La réserve de compensation	203
4. APPRÉCIATION GLOBALE DE LA SITUATION DU RÉGIME GÉNÉRAL	204

ASSURANCE ACCIDENTS

INTRODUCTION	207
1. LES PRINCIPALES DONNÉES STATISTIQUES	207
1.1. L'affiliation des entreprises à l'AAA	208
1.2. Les statistiques sur les accidents	208
1.3. Les rentes	209
2. LES DONNÉES FINANCIÈRES	212
2.1. L'appréciation globale des opérations courantes	212
2.2. Les dépenses courantes	212
2.3. Les recettes courantes	216

PRESTATIONS FAMILIALES

1. INTRODUCTION	219
1.1. Historique des prestations familiales	219
1.2. Organisation des prestations familiales	220
2. LES BÉNÉFICIAIRES	221
2.1. Les allocations familiales	221
2.2. Les allocations de rentrée scolaire	223
2.3. L'allocation d'éducation	223
2.4. L'indemnité pour le congé parental	223
2.5. Le boni pour enfants	223
2.6. Les allocations de maternité et les allocations de naissance	224
3. SITUATION FINANCIÈRE	224
3.1. Dépenses courantes	224
3.2. Financement des prestations familiales	228

INCLUSION SOCIALE

1. INTRODUCTION	233
1.1. Objectifs de l'inclusion sociale	233
1.2. Organisation de l'assistance sociale et de l'aide sociale	233
2. LES BÉNÉFICIAIRES	234
2.1. Le revenu minimum garanti	234
2.2. Le revenu pour personnes gravement handicapées	236
2.3. L'allocation de vie chère (anc. : allocation de chauffage)	237
2.4. L'avance de pensions alimentaires	238
2.5. Le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique	239
2.6. Le forfait d'éducation	240
2.7. Les prestations abrogées	240
3. NIVEAU MOYEN ET COÛT DES PRESTATIONS	241
3.1. Le revenu minimum garanti	241
3.2. Revenu pour personnes gravement handicapées	242
3.3. L'allocation de vie chère (anc. : allocation de chauffage)	242
3.4. L'avance et le recouvrement de pensions alimentaires	242
3.5. Le complément aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique	242
3.6. Le forfait d'éducation	242
3.7. Les allocations abolies	242

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 constituants 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 ^{a)}	Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité
CPEP ^{a)}	Caisse de pension des employés privés
CPACI ^{a)}	Caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels
CPA ^{a)}	Caisse de pension agricole
CPFEC	Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux

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

Assurance Accidents

AAA ^{a)} Association d'assurance contre les accidents
- section agricole et forestière

AAI ^{a)} Association d'assurance contre les accidents
- section industrielle

AAA ^{b)} 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

a) A partir de 2011 Fusion des sections agricole et industrielle.

b) A partir de 2011 Association d'assurance accident.

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 (CEO)	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2974 Luxembourg	247-86060	247-86061	secretariat@igss.etat.lu	www.mss.public.lu
Centre commun de la sécurité sociale	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2975 Luxembourg	40 141-1	40 44 81		www.ccss.lu
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.public.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	boîte postale 92 L-7501 Mersch	32 00 65	32 00 65-55		
Rédange/Attert	33, Grand-rue L-8510 Rédange/Attert	boîte postale 32 L-8501 Rédange-Attert	23 62 10 62	23 62 10 62-55		
Remich	6, avenue Lamort-Velter L-5574 Remich	boîte postale 8 L-5501 Remich	23 66 90 09	23 66 90 09-55		
Rumelange	Place G.-D. Charlotte L-3710 Rumelange	boîte postale 22 L-3701 Rumelange	56 50 40	56 50 40-55		
Wiltz	6, Grand-Rue L-9530 Wiltz	boîte postale 107 L-9502 Wiltz	95 80 37	95 80 37-55		

Organisme	Adresse	Adresse postale	Téléphone	Télécopieur	email	URL : http://.....
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics	32, avenue Marie-Thérèse L-2132 Luxembourg	L-2091 Luxembourg	45 16 81	45 67 50		
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux	20, avenue Emile Reuter L-2420 Luxembourg	boîte postale 328 L-2013 Luxembourg	45 05 15	45 02 01-222		
Entraide médicale des chemins de fer luxembourgeois	15, Place de la Gare L-1616 Luxembourg	boîte postale 1803 L-1018 Luxembourg	49 90-3416	49 90-4501		
<i>Caisses de pension</i>						
Caisse nationale d'assurance pension	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg 1a, bld Prince Henri L-1724 Luxembourg	L-2096 Luxembourg	22 41 41-1	22 41 41-6443	cnap@secu.lu	www.cnap.lu
Administration du personnel de l'État - Division du personnel retraité	63, avenue de la Liberté L-1931 Luxembourg	boîte postale 1204 L-1012 Luxembourg	247-83200	26 48 36 12	info@ape.public.lu	www.ape.public.lu
Association d'assurance accident	125, route d'Esch L-2976 Luxembourg		26 19 15-1	49 53 35		www.aaa.lu
Caisse nationale des prestations familiales	Bureaux: 1a, bld. Prince Henri L-1724 Luxembourg Guichets: 34, av.de la Porte Neuve L-2227 Luxembourg	boîte postale 394 L-2013 Luxembourg	47 71 53-1 (Prest. familiales) 47 71 53-305/347/349 (congé parental)	47 71 53-328 (Prest. familiales) 47 71 53-348 (congé parental)		www.cnpf.lu
Agence pour le développement de l'emploi (ADEM)	10, rue Bender L-1229 Luxembourg	boîte postale 2208 L-1022 Luxembourg	247-85300	40 61 40	info@adem.public.lu	www.adem.public.lu
Fonds national de solidarité	8-10, rue de la Fonderie L-1531 Luxembourg	boîte postale 2411 L-1024 Luxembourg	49 10 81-1	26 12 34 64	fns@secu.lu	www.fns.lu
Service national d'action sociale	12-14, avenue Emile Reuter L-2420 Luxembourg	L-2919 Luxembourg	247-83636	40 47 06		www.snas.etat.lu



 **PROTECTION SOCIALE**

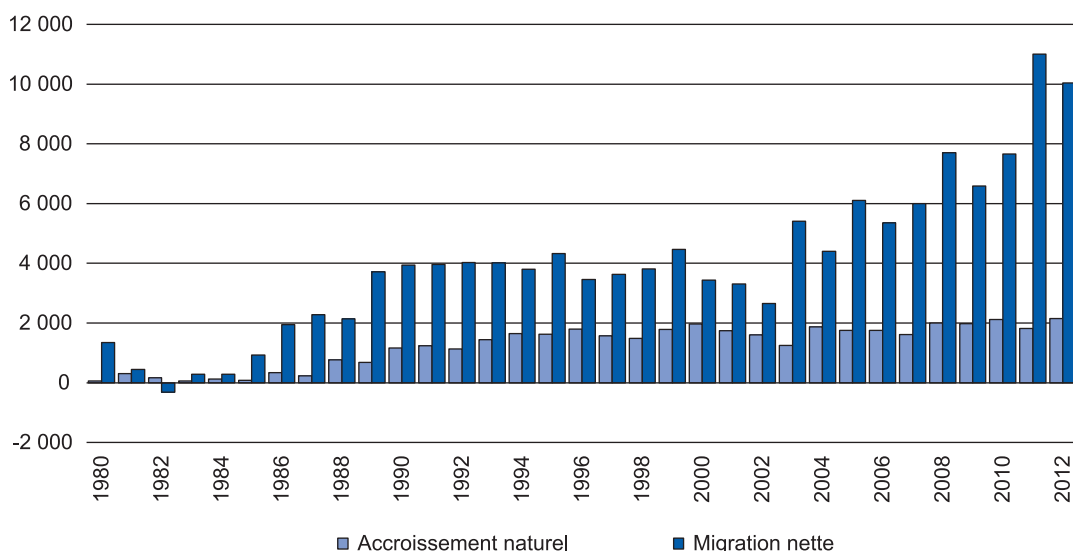


1. SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE

Le Luxembourg compte 524 853 habitants au premier janvier 2012, dont 229 870 personnes de nationalité étrangère. En 1980, la population était de 363 450 habitants. La croissance démographique du Luxembourg est caractérisée par une

immigration prépondérante : l'accroissement naturel (excédent des naissances sur les décès) de la population est de 2 150 unités de 2011 à 2012 tandis que sur la même période la population s'est accrue de quelques 13 013 habitants.

Graphique 1. - Progression de la population



En 2011, le taux de fertilité (estimateur du nombre de naissances par femme) s'élève à 1,52 et l'âge moyen à la maternité est de 30,8 ans. En 1980, ces paramètres étaient de 1,50 et de 24,44 respectivement. Bien que le taux de fertilité ait progressé depuis 1980, il est loin d'être suffisant pour assurer la stabilité démographique de la population et c'est essentiellement une migration soutenue qui assure la croissance continue de la population résidente.

Le taux de mortalité infantile (nombre de décès d'enfants de moins d'un an pendant l'année sur 1 000 naissances vivantes) a continuellement diminué au cours des dernières décennies. Si en 1980 le taux était de 11,5, il se situe à 2,5 en 2012. De même, au cours des dernières décennies l'espérance de vie s'est continuellement prolongée. En 2011, l'espérance de vie à la naissance s'élève à 83,6 ans pour les femmes et à 78,5 ans pour les hommes. En 1980, ces valeurs étaient de 75,6 et de 70,0 respectivement. Si l'accroissement du nombre absolu de personnes âgées est indéniable, leur poids relatif dans la population totale ne progresse que beaucoup plus faiblement suite à une forte immigration nette qui a alimenté de façon continue les classes d'âges plus jeunes. Le rapport entre le nombre total de personnes âgées ayant atteint un

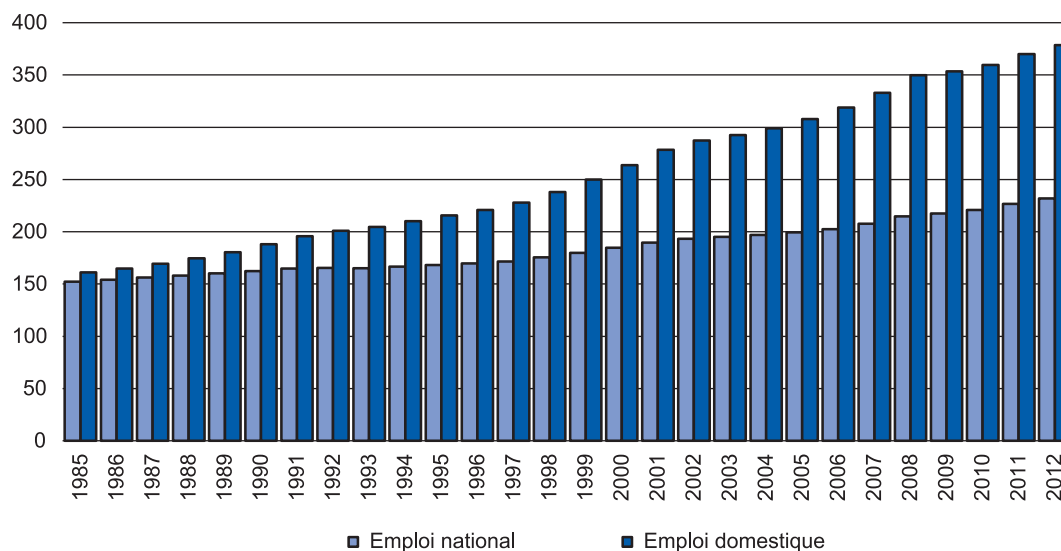
âge auquel elles sont généralement économiquement inactives (65 ans et plus) et le nombre de personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans) est de 20,3% en 2012. En 1980, ce rapport était de 20,3%.

3,6% des enfants âgés de 0 à 17 ans vivent dans des ménages sans revenu professionnel en 2012. Le pourcentage des personnes âgées de 25 à 64 ans avec un niveau d'enseignement secondaire inférieur est de 21,7% en 2012. L'écart de rémunération entre hommes et femmes est de 8,7% en 2011.

Le taux de risque de pauvreté est de 15,1% en 2012. Le risque d'exposition à la pauvreté est particulièrement élevé pour les familles monoparentales (45,5% en 2011) et les familles nombreuses (25,7% en 2011).

En 2012 l'emploi domestique dans l'ensemble de l'économie du pays est de 378 900 unités. En 1985 l'emploi domestique comptait 161 000 employés. Sur la même période, l'emploi national, regroupant seulement les résidents du pays, est passé de 152 400 à 231 800. Ainsi, depuis la moitié des années 80, une partie non négligeable croissante de l'emploi domestique est alimentée par une main d'œuvre non résidente sur le territoire du pays.

**Graphique 2. - Progres-
sion de l'emploi**



En 2008, l'emploi domestique a évolué de 5,0%, ce qui représente la croissance la plus accentuée au cours des dernières années. Sur la période 2002-2012, l'emploi a connu une progression de 2,8% en moyenne. En 2009 la croissance de l'emploi domestique est réduite à 0,9% suite aux conséquences de l'impact de la crise financière dans l'économie nationale. En 2012 une croissance de 2,5% est à enregistrer.

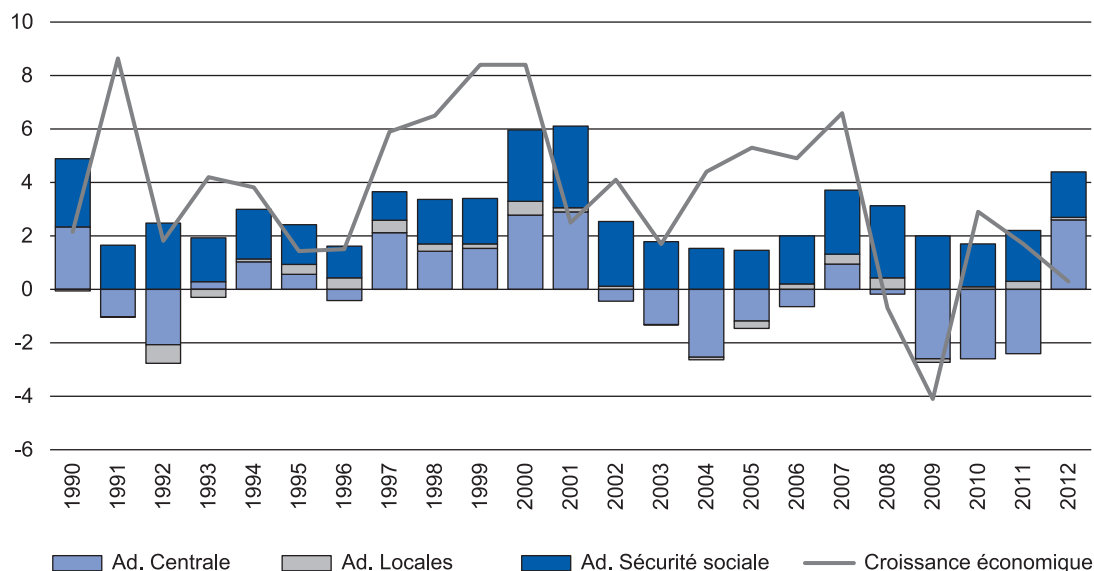
En 2012, le taux d'emploi applicable à la population résidente seule, des personnes occupées âgées de 15 à 64 ans, est de 72,5% pour les hommes et de 59,0% pour les femmes. Le taux de participation des femmes a connu un développement considérable au cours des dernières années tandis que celui des hommes semble présenter une tendance immobilisée. Le taux de participation des travailleurs âgés est de 47,4% pour les hommes et de 34,3% pour les femmes en 2012.

Globalement, suite à l'impact de la crise financière sur l'économie, le taux de chômage évolue à 5,1% en 2009, à 4,6% en 2010, à 4,8% en 2011 et à 5,1% en 2012 (4,5% pour les hommes et 5,8% pour les femmes) en comparaison à 4,9% en 2008. En 2012, les chômeurs de longue durée (12 mois et plus) représentent 1,6% de la population active totale (1,2% en 2009).

Au cours des deux décennies passées, le Luxembourg a connu une performance économique enviable avec des taux de croissance de l'économie (croissance du produit intérieur brut (PIB) en volume) avoisinant les 8,5% en 1991, 1999 et 2000. Après des années de croissance relativement faible en 2001 et 2003, l'économie luxembourgeoise a connu quatre années de croissance soutenue de 2004 à 2007, dépassant les 4%. En 2008 l'économie nationale a connu une régression de 0,7%. Suite à l'impact de la crise financière sur l'économie du pays, le PIB a régressé de 5,6% en 2009. En 2010, l'économie luxembourgeoise affiche à nouveau une progression de 3,1%. En 2012, elle connaît une régression de 0,2%.

Jusqu'en 2007, la dette publique (6,7% du PIB en 2007) n'a évolué que marginalement. Suite à l'impact de la crise financière, des opérations de stabilisation du secteur financier ponctuelles ont entraîné des dépenses supplémentaires des administrations publiques en 2008 au titre de la prise de participation dans le capital d'établissements bancaires. Ces dépenses ont pour l'essentiel été financées par le produit d'emprunts nouveaux et, par conséquence, la dette publique est passée à 19,5% en 2010, à 18,7% en 2011 et à 21,7% en 2012.

Graphique 3. - Solde des administrations publiques



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% 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 un solde de -0,7% du PIB est à noter pour 2009, -0,8% pour 2010, 0,1% pour 2011 et -0,6% pour 2012. Sur l'ensemble de la période 1995-2010 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 de régime de prestations familiales) est excédentaire. La position financière actuellement favorable du secteur de la sécurité sociale résulte principalement d'une

croissance continue du marché du travail suite à une migration soutenue et à un apport de main d'œuvre non résidente considérable au cours des décennies passées. Ainsi la situation est telle qu'un grand nombre d'assurés participent pleinement au financement des régimes de protection sociale (cotisations sociales et impôts) et que le nombre élevé des actifs actuels dépasse le nombre réduit d'actifs nécessaires pour assumer les charges du système de protection sociale. Or ces actifs d'aujourd'hui seront les bénéficiaires de demain (pensions, soins de santé et de longue durée) de manière à ce que le système social se verra confronté à des problèmes de soutenabilité à moyen terme, et ceci en termes d'adéquation des prestations et de ressources financières nécessaires.

2. 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 di-

rect aux médecins spécialistes et aux polycliniques 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.

3. LA SITUATION DES MÉNAGES

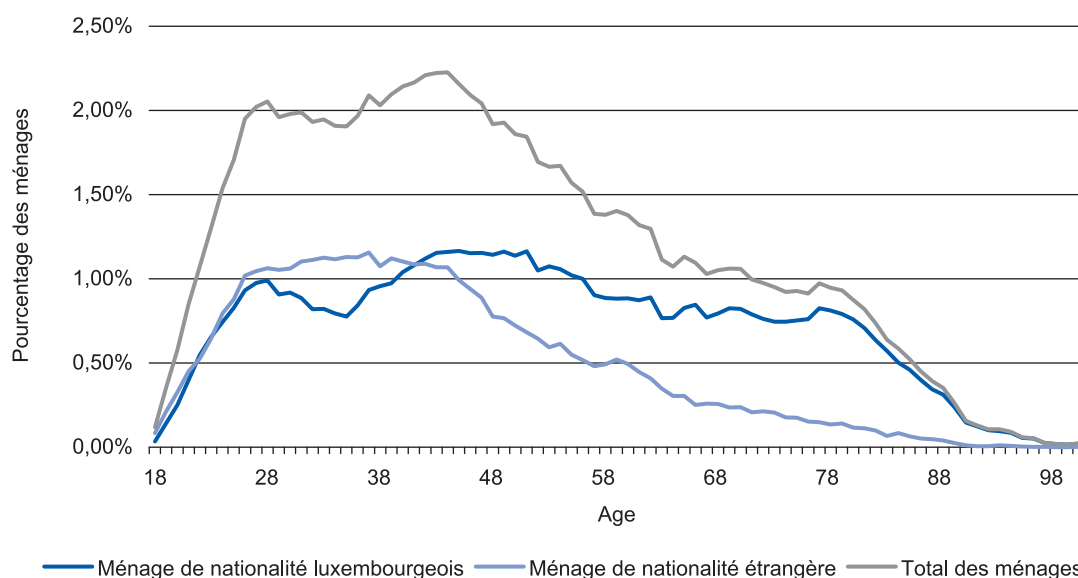
Afin de pouvoir analyser en détail les revenus disponibles des personnes protégées il s'agit, dans un premier temps, de connaître la situation familiale de ces personnes et d'analyser d'abord la composition des ménages, avant de procéder, dans un second temps, à l'étude de la composition du revenu.

3.1. COMPOSITION DES MÉNAGES

Un ménage représente, dans le contexte de la présente section, un ménage fiscal résidant au

Luxembourg au cours de l'année 2008 dans lequel le chef de ménage, c'est-à-dire la personne aînée du ménage, est âgée de 18 ans au moins. Le chef de ménage détermine l'âge et la nationalité du ménage par la suite.

En 2008, il y a 237 733 ménages, dont 50 835 ménages où le chef de ménage est âgé de 65 ans au moins (appelés ménages 65+ par la suite). Dans ces ménages résident 465 631 personnes, soit en moyenne 1,96 personnes par ménage.



Graphique 4. - Pourcentage des ménages résidents par âge et nationalité du ménage

De 18 à 25 ans, le nombre total de ménages augmente linéairement. Ensuite, ce nombre reste constant jusqu'à l'âge de 34 ans, pour augmenter de nouveau jusqu'à l'âge de 43 ans. De 43 à 62 ans, le nombre de ménages est à la baisse. De 63 à 79 ans, le nombre de ménages est de nouveau assez constant, pour finalement diminuer pro-

gressivement vers zéro. La migration responsable de la croissance continue de la population résidente, est particulièrement accentuée pour les classes d'âge inférieures à 40 ans. Les ménages luxembourgeois sont, par contre, prédominants à partir de 40 ans et ils forment la majorité des ménages en âge de retraite.

Ménage	18-64 ans	65 ans et plus	Total
1 adulte sans enfants	34,3%	10,4%	44,8%
1 adulte avec enfant(s)	5,1%	0,1%	5,1%
<i>Total ménages à 1 adulte</i>	39,4%	10,5%	49,9%
Mariés sans enfants	14,7%	10,5%	25,2%
Mariés avec enfant(s)	24,5%	0,4%	24,9%
<i>Total mariés</i>	39,2%	10,9%	50,1%
Total	78,6%	21,4%	100,0%

Tableau 1. - Composition des ménages fiscaux résidents par âge du ménage

Les ménages 65+ ne représentent que 21 % de la totalité des ménages, dont la moitié vit en couple marié. Les ménages de 18 à 64 ans représentent la majorité, plus de 3/4 des ménages. 44,8% de ces ménages sont des ménages avec une personne adulte seule sans enfant. Les enfants se retrouvent presque tous dans les ménages de 18-64 ans avec un couple marié. Seulement 1/6 des ménages avec enfants sont des ménages avec une personne adulte seule.

3.2. REVENU DISPONIBLE DES MÉNAGES

Depuis 2002, l'Inspection générale de la sécurité sociale a établi des fichiers anonymisés annuels des personnes et des ménages fiscaux du Luxembourg, à l'exception des personnes résidentes non affiliées à la sécurité sociale luxembourgeoise. Les données sont issues d'un fichier statistique sur le revenu des personnes protégées auprès des institutions de sécurité sociale. Le fichier contient, entre autres, la composition des ménages fiscaux, la résidence des personnes protégées, l'âge du chef de ménage, le niveau des revenus à la base de l'assiette cotisable ainsi que les transferts sociaux en espèces. Les revenus se composent, d'un côté, des revenus professionnels des salariés et des non-salariés déclarés auprès des institutions de sécurité sociale, et d'un autre côté, des revenus de remplacement à charge des institutions. Les données relatives aux impôts sur le revenu sont estimées par des méthodes de microsimulation. Une approche

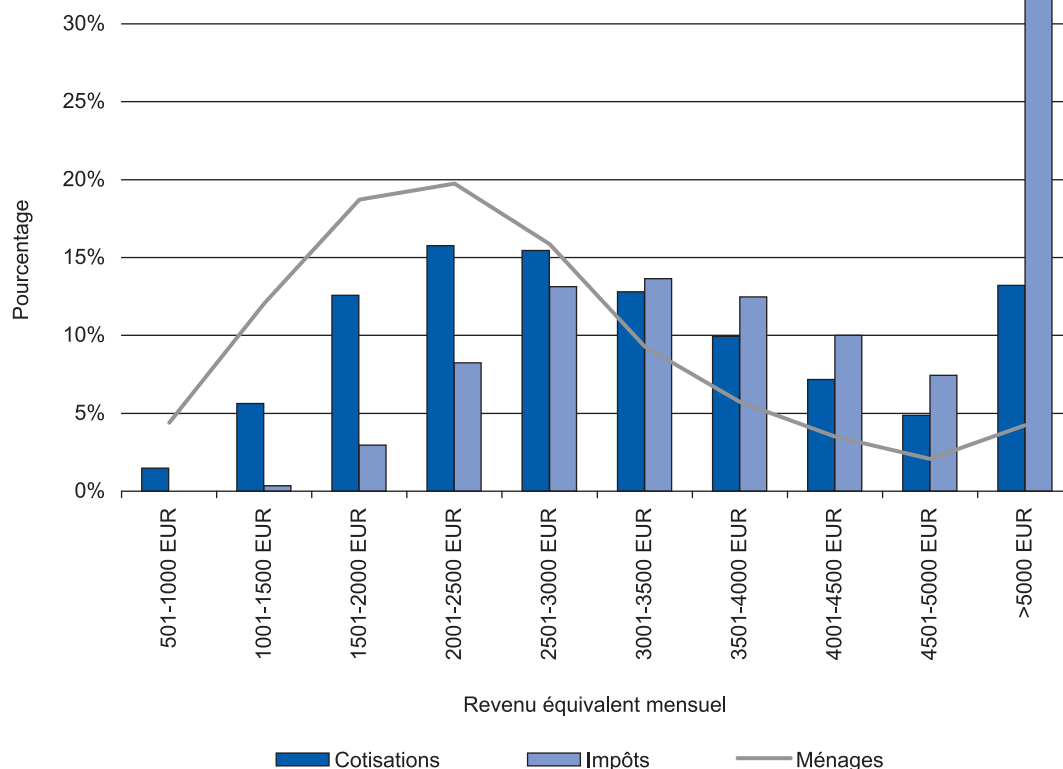
identique est appliquée pour simuler les crédits d'impôts (boni pour enfant et autres). Les revenus professionnels inclus dans la modélisation ne représentent qu'une partie des revenus à imposer (revenus professionnels, revenus de location, revenus de capital etc.). Ainsi le volume des impôts à charge des ménages est sous-estimé.

Un ménage peut obtenir, au cours de l'année, plusieurs revenus différents (salaire, pension, rente, allocations familiales, etc.) auxquels s'ajoutent des revenus tel que des primes, des gratifications. La somme de ces revenus représente l'ensemble des revenus du ménage. Les revenus en capital ne sont pas considérés. Afin de passer du revenu brut au revenu disponible, les cotisations et les impôts sont déduits du revenu brut.

Cependant, un ménage à une personne adulte seule sans enfants disposant par exemple de 36 000 EUR par an, soit 3 000 EUR par mois, ne peut pas être comparé à un ménage composé d'un couple marié et d'un enfant disposant du même montant. Le moyen statistique utilisé pour contourner ce problème et pour tenir compte de la composition et de la taille du ménage est de diviser le revenu disponible du ménage par la taille équivalente du ménage, calculée avec l'échelle d'équivalence de l'OCDE^{a)}. Le résultat est le revenu disponible équivalent 1 adulte ou niveau de vie^{b)}, appelé revenu équivalent par la suite. Le revenu équivalent mensuel est déduit du revenu équivalent annuel en le divisant par 12.

-
- a) L'OCDE attribue un poids de 1 au premier adulte du ménage, puis 0.5 à chaque adulte supplémentaire (de 14 ans et plus) et 0.3 pour chaque enfant (de moins de 14 ans). Cependant, étant donné que les données dans EUROMOD ne renseignent pas sur l'âge des enfants dans le ménage, et que la seule indication qu'il y ait des enfants dans le ménage vient de la classe d'impôt attribuée au ménage, un enfant, dans cette étude, est un enfant " fiscal ", et il peut avoir plus que 14 ans (ex. les étudiants).
- b) Dans notre exemple, le ménage à une personne seule a une taille équivalente du ménage égale à 1 et le revenu disponible équivalent 1 adulte est égal à 36 000 EUR/an ou 3 000 EUR/mois. Le ménage composé de 2 adultes et 1 enfant a la taille équivalente $1+0.5+0.3=1.8$. Le revenu disponible équivalent 1 adulte de ce ménage est alors $36\,000/1.8 = 20\,000$ EUR/an ou 1 667 EUR/mois. Ceci veut dire que ce ménage peut se permettre le même niveau de vie qu'un ménage à une personne seule qui aurait 20 000 EUR/an. Le ménage à 1 personne seule a donc un niveau de vie presque double du ménage à 2 adultes et 1 enfant.

Graphique 5. - Distribution du montant des cotisations sociales et des impôts selon le revenu équivalent mensuel



La distribution des ménages selon leur niveau de vie montre que la plupart des ménages disposent en 2008 d'un revenu équivalent mensuel entre 2 001 et 2 500 EUR. Le revenu équivalent mensuel moyen est de 2 475 EUR.

Cependant, la moyenne peut augmenter fortement s'il y a, par exemple, un ménage qui a un revenu beaucoup plus élevé que les autres ; elle dépend donc des cas limites. Pour contourner cette difficulté, la médiane est présentée ci-après. La médiane est le revenu déterminé de façon à ce que 50% de la population ont moins que ce revenu et 50% de la population ont plus que ce revenu. Contrairement à la moyenne, la médiane n'est pas influencée par les cas limites.

Le revenu équivalent mensuel médian (2 267 EUR en 2008) donne une indication du niveau de vie des ménages plus précise que le revenu moyen. Le fait que le revenu médian équivalent soit plus bas que le revenu équivalent moyen indique que

la distribution des revenus est déformée et plus de la moitié des ménages dispose d'un revenu inférieur au revenu équivalent moyen.

La distribution des cotisations montre que l'ensemble des ménages contribue au paiement des cotisations sociales et que les ménages qui payent le plus de cotisations (en volume) se retrouvent dans la tranche de 2 001 à 2 500 EUR, donc parmi la classe de revenu équivalent la plus peuplée. Une autre image se présente pour la distribution des impôts. Les ménages à revenu limité ne paient pas d'impôts, tandis que les ménages qui se situent dans la tranche avec les revenus les plus élevés, (représentant moins de 5% de la totalité des ménages) contribuent le plus aux impôts. Ces effets se produisent, d'une part, parce que les cotisations sont plafonnées (à partir d'un certain revenu le montant pour les cotisations est fixe) et, d'autre part, parce qu'un seuil minimum est applicable en ce qui concerne l'imposition.

3.3. TRANSFERTS SOCIAUX ET REVENUS DES MÉNAGES

Le niveau de vie des ménages peut être détaillé en connaissant la composition des revenus. Le revenu d'un ménage se compose, d'une part, d'un salaire et, d'autre part, de transferts sociaux (par exemple des pensions ou des allocations familiales). Les types de revenus provenant des régimes de la protection sociale sont regroupés selon une classification fonctionnelle (SESPROS)^{a)}. Ci-après sont énumérées et brièvement expliquées les différentes fonctions.

La fonction maladie et soins de santé comprend les revenus de remplacement en cas de maladie et les revenus de remplacement de l'assurance accidents. Les prestations en nature ne sont pas étudiées.

La fonction invalidité inclut les pensions d'invalidité du régime général et du régime statutaire pour les ménages dans lesquels le chef de ménage est âgé de moins de 65 ans, ainsi que les indemnités d'attente et les rentes viagères et les rachats de l'assurance accidents.

Les fonctions vieillesse et survie sont classées ensemble. La fonction vieillesse/survie concerne

les pensions de vieillesse, les pensions anticipées, les pensions de survie du conjoint, les pensions d'orphelins du régime général et du régime statutaire, et les pensions d'invalidité du régime général et du régime statutaire pour les ménages dans lesquels le chef de ménage est âgé de 65 ans ou plus.

Sont regroupées sous la fonction famille les prestations en espèces de maternité (y compris les dispenses), l'indemnité du congé parental, l'allocation d'éducation, les allocations familiales (y compris les majorations d'âge et les allocations spéciales pour enfant handicapé), l'allocation de rentrée scolaire, le boni pour enfants (à partir de 2008), le forfait d'éducation et les primes de maternité.

La fonction chômage vise l'indemnité de chômage et la pension de préretraite.

La fonction inclusion sociale regroupe les prestations d'assistance sociale, dont notamment l'allocation complémentaire du revenu minimum garanti, l'allocation de chauffage, l'allocation de vie chère et le complément " accueil gérontologique " (à partir de 2008).

Tableau 2. - Pourcentage des ménages et du montant moyen mensuel des différentes sources de revenu et des charges contributives pour les ménages bénéficiaires

Fonction	Ménages	Montant moyen mensuel	En % du salaire mensuel moyen
Ménages (total)	100%	-	-
Salaire	72%	4 633	100%
Vieillesse/Survie	27%	3 047	66%
Invalidité	8%	1 596	34%
Maladie	17%	202	4%
Famille	43%	571	12%
Chômage	6%	855	18%
Inclusion sociale	7%	559	12%
Impôts	83%	736	16%
Cotisations	99%	457	10%
Ménages 18-64	79%	-	-
Impôts 18-64	65%	824	18%
Cotisations 18-64	78%	540	12%
Ménages 65+	21%	-	-
Impôts 65+	18%	417	9%
Cotisations 65+	21%	151	3%

En 2008, 71% des ménages disposent d'un salaire, et 27% des ménages disposent d'une pension anticipée, de vieillesse, de survie ou d'orphelin. 43% des ménages bénéficient de prestations familiales. 17% des ménages ont reçu des indemnités de maladie ou d'accident. 8% des ménages profitent de pensions d'invalidité ou de rentes accidents, 6% de prestations de chômage

ou de préretraite, et 7% des prestations d'assistance sociale. 83% des ménages sont susceptibles de payer des impôts, dont 18% sont des ménages de 65 ans et plus. La hausse par rapport à 2007 (78%) du nombre de ménages susceptibles de payer des impôts s'explique par l'introduction du boni pour enfants et l'abolition de la modération d'impôts pour enfants. La majorité

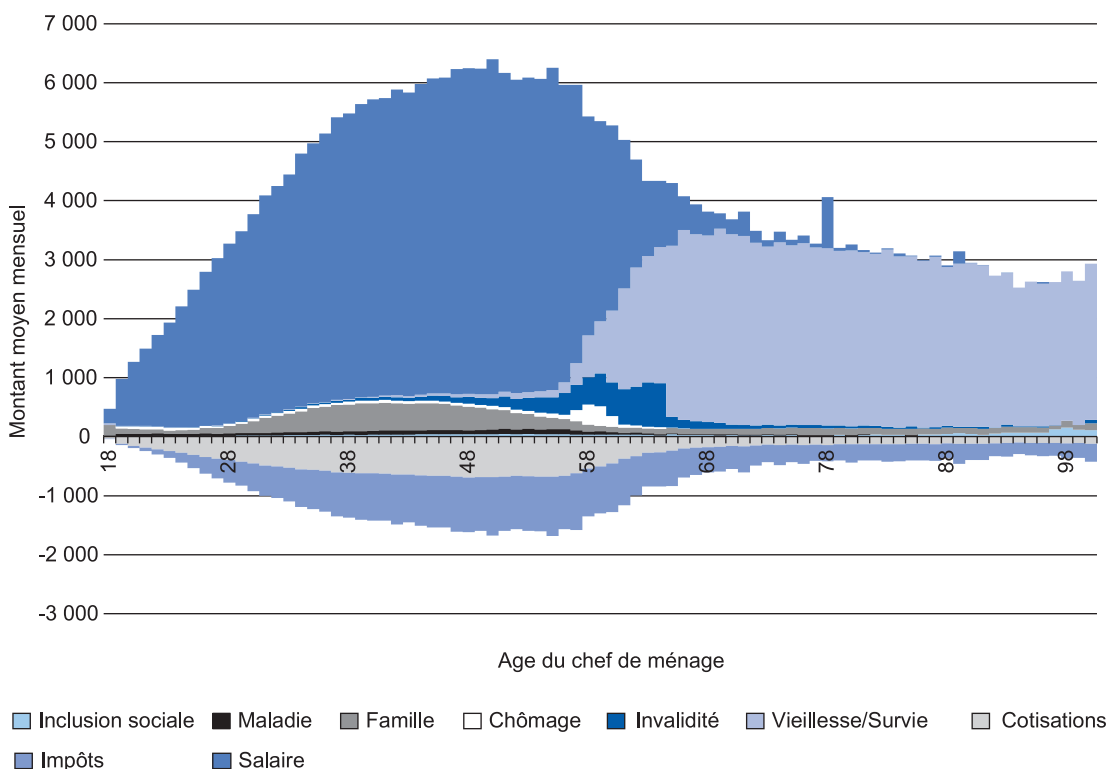
a) Système d'information de la protection sociale qui englobe les activités de la sécurité sociale et de l'assistance sociale.

des ménages paie des cotisations; 78% représentent des ménages de 18 à 64 ans et 21% sont des ménages 65+.

Les 72% des ménages qui ont perçu un salaire en 2008, ont reçu en moyenne 4 633 EUR/mois. Ce salaire est le salaire total reçu par l'ensemble des personnes appartenant au ménage. Les montants mensuels perçus par les ménages recevant des prestations de la fonction vieillesse/survie s'élèvent à 3 047 EUR/mois, soit 66% du salaire moyen mensuel, et ceux de la fonction invalidité à 1 596 EUR/mois (34% du salaire moyen mensuel). Les 43% des ménages bénéficiaires de prestations de la fonction famille ont eu en moyenne 571 EUR/mois. Cette hausse de la moyenne par rapport à 2007 (475 EUR/mois) s'explique par l'introduction du boni pour enfants (922,56 EUR/année/enfant) en 2008. Les chômeurs et les préretraités ont eu en moyenne 855 EUR/mois, et les prestations de la fonction

inclusion sociale s'élèvent à 559 EUR/mois. A noter que souvent, les prestations de ces trois dernières fonctions ne sont payées que pour une partie de l'année, et le fait de passer au montant mensuel entraîne que les montants de ces prestations apparaissent dès lors être peu élevés.

En ce qui concerne les impôts et les cotisations, une répartition par groupe d'âge montre que les ménages entre 18 et 64 ans paient en moyenne presque le double d'impôts et plus que le triple de cotisations que les ménages 65+. En pourcentage du salaire moyen mensuel (4 633 EUR), les ménages entre 18 et 64 ans paient 18% d'impôts et 12% de cotisations, par contre, les ménages 65+ paient 9% d'impôts et 3% de cotisations. Cependant, les ménages ne bénéficient pas de l'ensemble des prestations en même temps. On constate que les prestations sociales sont liées à des événements bien précis, qui se produisent en fonction de l'âge.



Graphique 6. - Distribution du montant moyen mensuel des différentes sources de revenu et des charges contributives par âge du chef de ménage

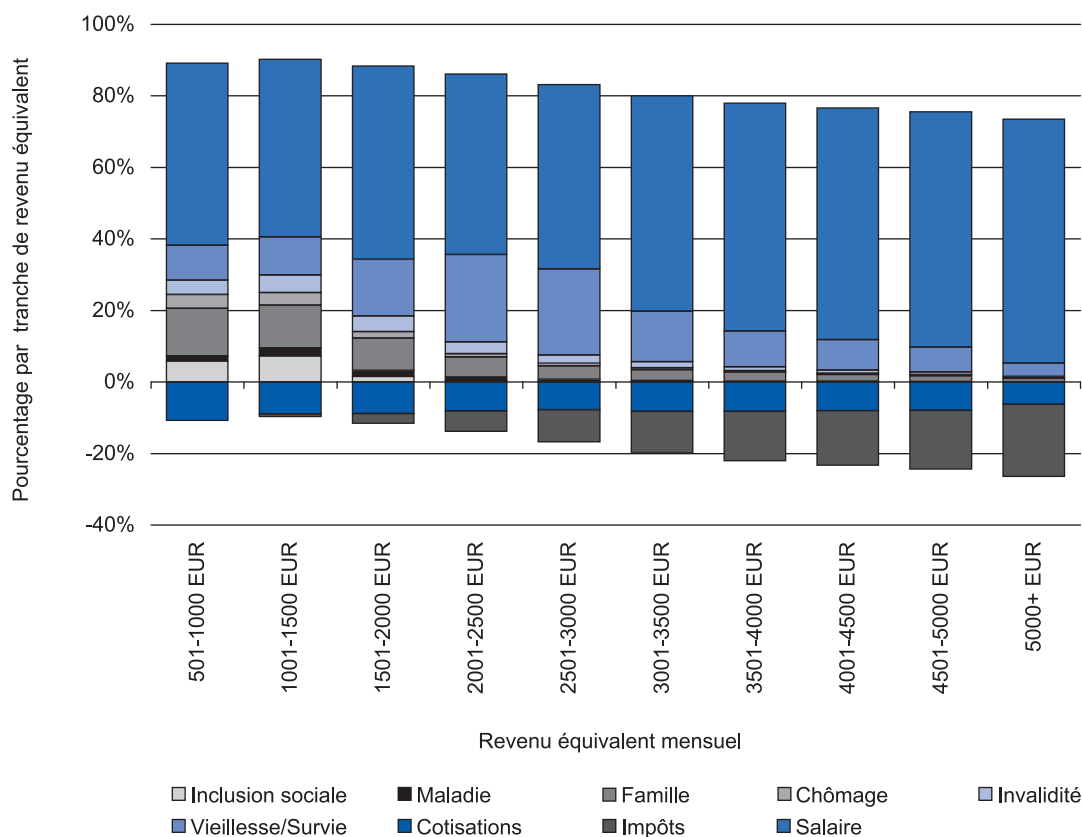
Les prestations des fonctions salaire, invalidité, maladie, famille, chômage et inclusion sociale s'adressent majoritairement aux ménages de 18 à 64 ans, tandis que les prestations de la fonction vieillesse/survie sont réservées aux ménages 65+.

Les prestations de la fonction chômage, observable pour les ménages de 57 à 60 ans, regroupent les préretraites et les prestations de chômage. Les prestations d'invalidité augmentent entre 57 et 65 ans, de même que le montant des pensions, qui s'accroît dès l'âge de 57 ans.

Graphique 7. - Distribution des différentes sources de revenu et des charges contributives par classe de revenu équivalent mensuel

L'évolution des cotisations et des impôts va de pair avec celle des salaires. L'affaissement des cotisations à charge des ménages à partir de

l'âge de 60 ans provient du fait que les pensionnés ne paient plus de cotisations pour l'assurance pension (8% du revenu cotisable).



En ce qui concerne la composition des revenus par tranche de revenu équivalent mensuel, les salaires forment la majorité du revenu des ménages, indépendamment de la tranche de niveau de vie. Les prestations d'inclusion sociale se limitent aux niveaux de vie se situant entre 501 et 1 500 EUR/mois, de même que les prestations de chômage et de préretraite. Les prestations de famille sont représentées pour toutes les tranches de revenu et elles sont proportionnellement plus importantes pour les tranches de revenu moins élevées. Le niveau de vie augmente en fonction de la

proportion des salaires considérés. Les pensions sont concentrées sur les tranches de revenu équivalent de 2 001 à 3 000 EUR/mois. En ce qui concerne les cotisations, le graphique montre que les ménages à niveau de vie peu élevé cotisent proportionnellement plus par rapport au total des revenus et charges contributives. La charge, en pourcent, des cotisations diminue progressivement pour les tranches de revenu plus élevées. Les ménages à niveau de vie plus élevé par contre contribuent majoritairement aux impôts.

4. SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

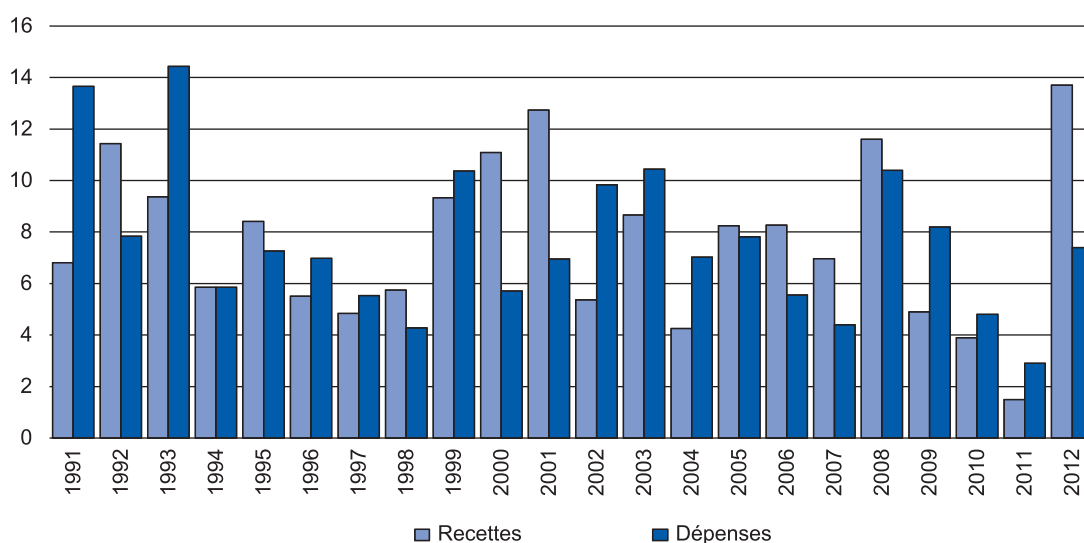
Dans cette section, la méthodologie SESPROS est retenue pour déterminer les recettes et dépenses de la protection sociale au Luxembourg. Les dépenses et les recettes courantes n'incluent toutefois ni les prélèvements ni les dotations aux réserves. Et, les transferts entre régimes ainsi que les cotisations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

nomiques, et en fonction des régimes et/ou des besoins (et risques) couverts par les prestations sociales.

4.1. SITUATION GLOBALE

En 2012, les recettes courantes s'élèvent à 11 365,8 millions EUR, présentant une progression de 13,7% en comparaison avec l'année 2011 (9 994,6 millions EUR). Les dépenses courantes atteignent 10 025,1 millions EUR soit une augmentation de 7,4% par rapport à l'année 2011 (9 330,6 millions EUR). Le bilan de l'année 2012 présente donc un solde global positif de 1 340,7 millions EUR (664,0 millions EUR en 2011).



Graphique 8. - Progression des recettes et dépenses courantes de la protection sociale (croissance nominale annuelle)

Sur la période 1991-2012, 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

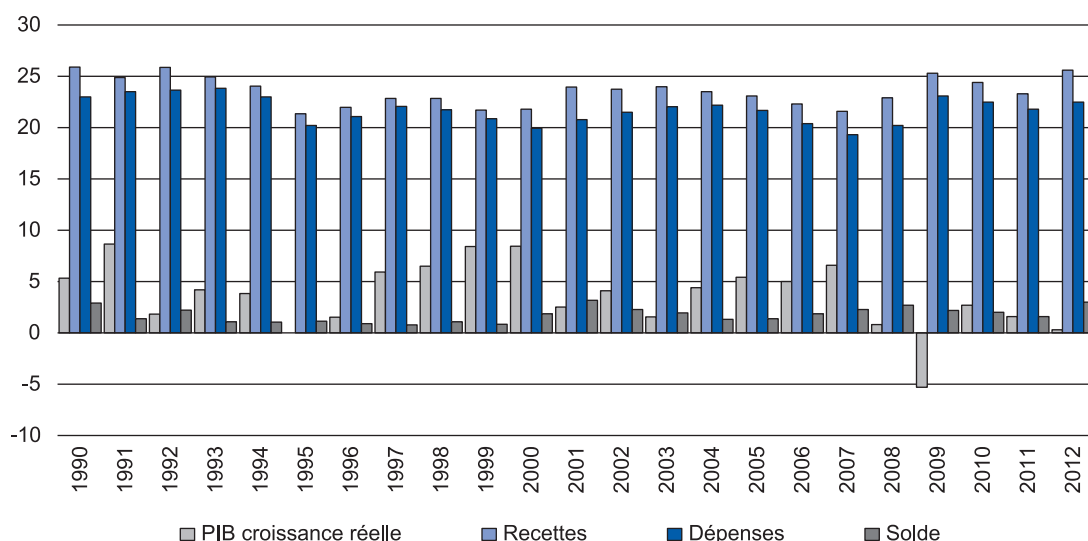
les dépenses ne figurent pas dans la nomenclature SESPROS, 2012 renoue avec une poussée significative.

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 un taux de croissance à deux chiffres (13,7%), le plus élevé de ces vingt dernières années. Cette progression est surtout le fait du résultat exceptionnel du Fonds, et ce malgré un environnement économique qui reste morose.

En 2012, les recettes et les dépenses courantes représentent respectivement 25,6% et 22,5% du PIB pour un solde global qui s'établit à 3,0% du PIB.

Graphique 9. - Evolution des recettes et des dépenses courantes de la protection sociale (en % du PIB)



1995 : changement méthodologie calcul 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

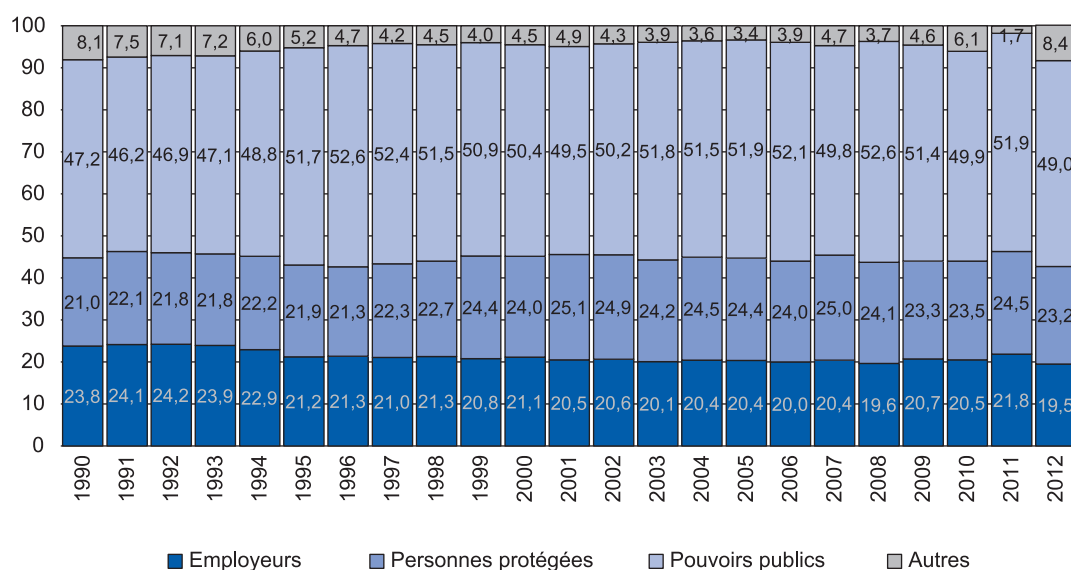
combiné de l'évolution dynamique de l'emploi et des prestations/recettes y relatives.

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.

4.2. LES SOURCES DE FINANCEMENT

Les cotisations des employeurs (hors secteur public) représentent 19,5% des recettes courantes en 2012 tandis que la participation des personnes protégées atteint 23,2%. Les pouvoirs publics interviennent quant à eux à hauteur de 49,0%. Les

8,3% restants, part non négligeable, proviennent des résultats exceptionnels du Fonds de compensation commun au régime général de pension. (Note méthodologique: les pouvoirs publics regroupent les contributions publiques, y compris les cotisations patronales du secteur public).



Graphique 10. - Financement de la protection sociale (en % des recettes courantes)

Entre 1990 et 2012, 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

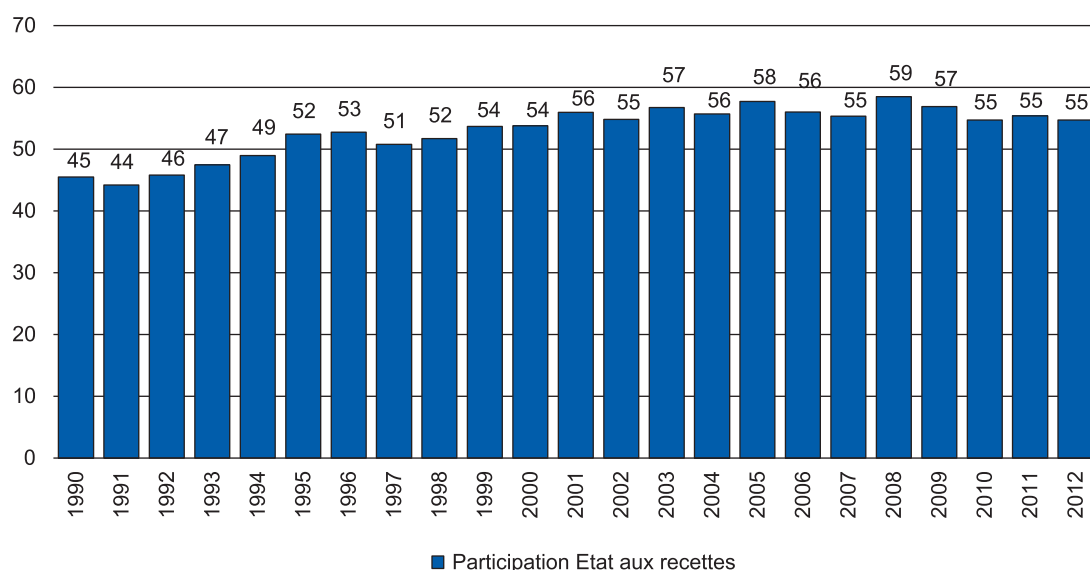
rappel soit fait concernant leur participation au système national de protection sociale. Au même titre que les résidents, les non-résidents contribuent au système et, comme cela sera développé au point suivant, ils en sont bénéficiaires. Les travailleurs non-résidents participent à hauteur de 43,5% 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 16,6%.

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 2012, cette part est d'ailleurs passée de 45% à 55%. 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 dépen-

dance. 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 en 2012, l'Etat a sérieusement augmenté sa contribution au financement de l'assurance dépendance.

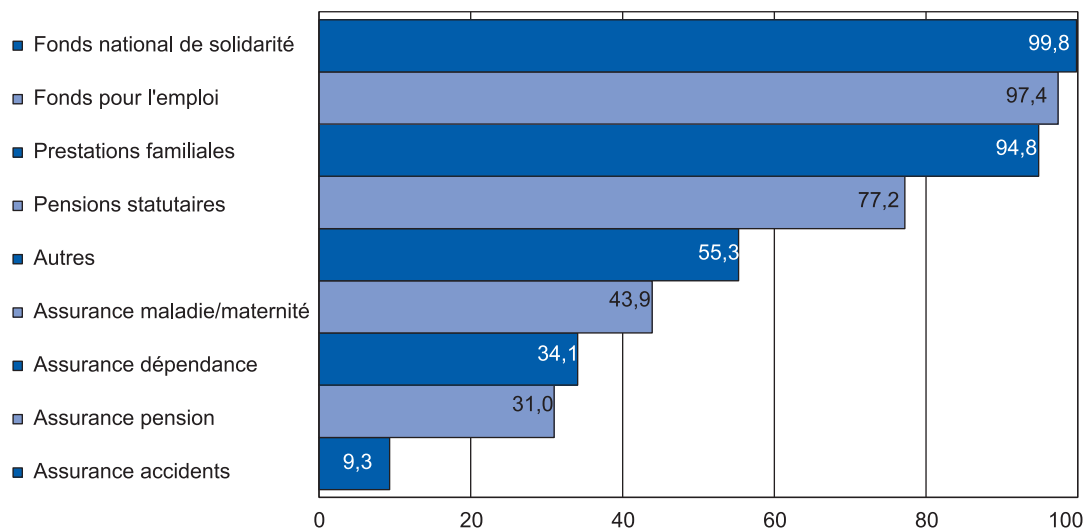
Graphique 11. - Evolution de la participation de l'Etat au financement de la protection sociale (en % du budget des dépenses courantes de l'Etat)



La contribution de l'Etat au financement de la protection sociale varie fortement selon les régimes. En 2012, 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 180 millions EUR, montant correspondant à 40% des dépenses totales (140 millions les années précédentes); le reste est financé par les personnes protégées. Le finance-

ment 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 régimes.

Graphique 12. - Participation de l'Etat au financement des régimes de protection sociale ¹⁾ (en % des recettes courantes)

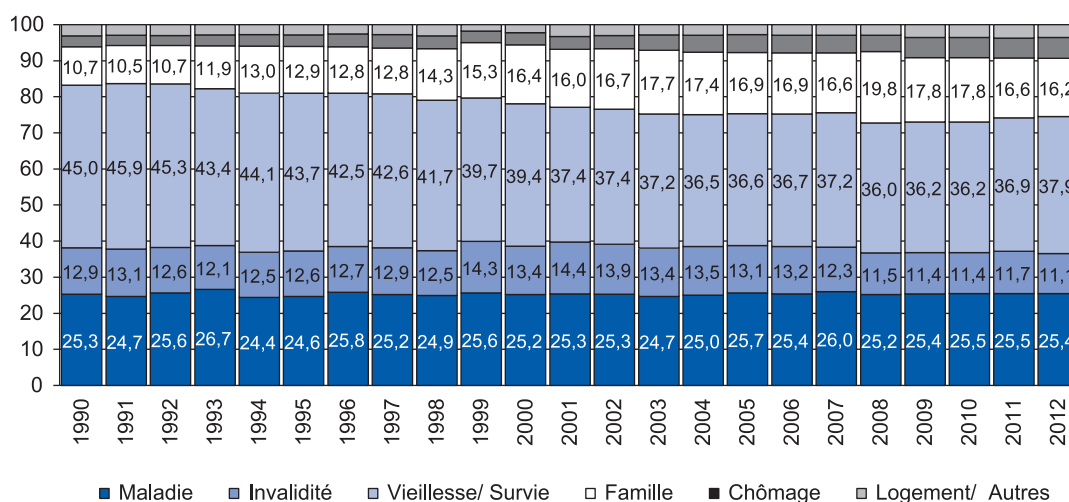


1) Valeurs moyennes sur la période 2008-2012.

4.3. LES DÉPENSES DE LA PROTECTION SOCIALE

En 2012, les dépenses courantes sont réalisées pour 98,3% sous forme de prestations : 69,7% en espèces et 30,3% en nature. Les prestations de

vieillesse et de survie (37,9%) et les prestations de soins de santé (25,4%) forment plus de 60% des dépenses.



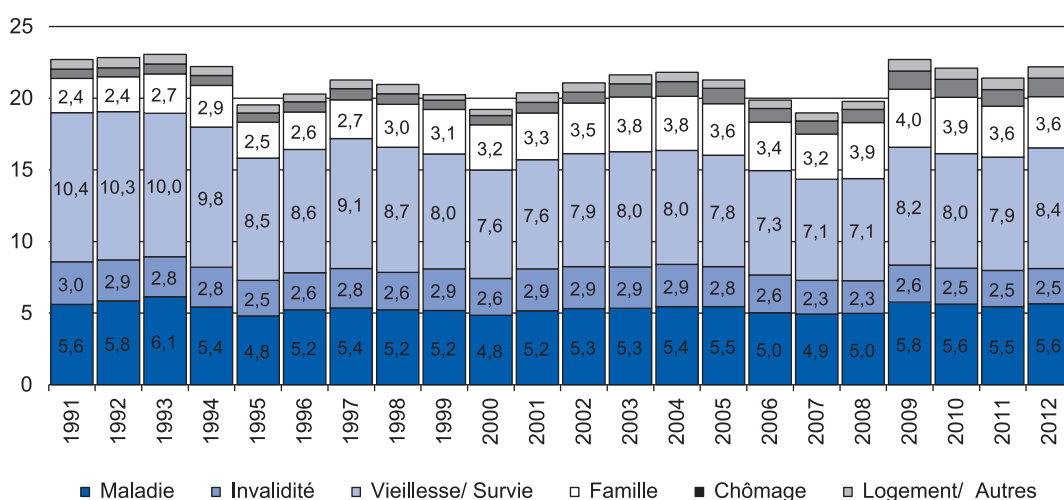
Graphique 13. - Evolution des dépenses de protection sociale par fonction (en % des dépenses courantes)

Au fil des ans, entre 1990 et 2012, 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

5,8% des dépenses de protection sociale en 2012, leur poids a 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 2012, 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 8,4% et 5,6% du PIB. Les prestations familiales interviennent pour 3,6% 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 14. - Evolution des prestations de protection sociale par fonction (en % du PIB)



1995 : changement méthodologie calcul 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, 40,0% des prestations du régime prestations familiales, 45,4% des prestations du régime assurance accidents et 21,0% du régime assurance pension sont exportées à l'étranger. En ce qui concerne les prestations en nature, 32,9% des prestations en nature de l'assurance accidents, 16,9% 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 (21,0%) 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-rési-

dents 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 2001-2012.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes										
Cotisations employeurs	1 678,1	1 760,4	1 899,2	2 004,6	2 173,3	2 335,3	2 559,4	2 607,4	2 771,7	2 909,2
Cotisations personnes protégées	1 496,3	1 583,6	1 702,0	1 816,2	2 026,6	2 178,9	2 204,3	2 311,7	2 450,1	2 635,0
Cotisations réacheminées	122,5	127,2	143,9	150,4	159,9	168,0	189,5	201,3	216,8	236,1
Recettes fiscales	2 775,6	2 879,6	3 152,1	3 448,1	3 511,2	4 184,4	4 276,8	4 325,5	4 599,0	4 869,9
Transferts entre régimes	109,2	236,8	102,2	77,5	72,5	70,0	75,1	76,2	80,4	87,6
Autres recettes	242,8	233,1	235,7	298,4	382,9	333,8	438,5	601,2	173,8	951,7
Prélèvements	38,0	164,4	129,7	48,4	37,3	12,0	91,7	340,5	47,3	70,6
Total	6 462,6	6 985,2	7 364,8	7 843,7	8 363,7	9 282,3	9 835,2	10 463,7	10 339,1	11 760,1
Dépenses										
Prestations en espèces	4 002,2	4 205,9	4 496,0	4 735,8	4 947,3	5 468,0	5 974,3	6 204,7	6 400,8	6 874,1
Prestations en nature	1 584,2	1 778,6	1 945,2	2 050,7	2 160,9	2 373,6	2 518,2	2 694,6	2 769,4	2 981,3
Cotisations réacheminées	122,5	127,2	143,9	150,4	159,9	168,0	189,5	201,3	216,8	236,1
Frais de fonctionnement	91,4	92,6	105,1	106,6	113,1	123,7	127,8	136,2	139,3	144,1
Transferts entre régimes	109,2	236,8	102,2	77,5	72,5	70,0	75,1	76,2	80,4	87,6
Autres dépenses	14,4	13,1	20,7	37,9	14,9	20,8	24,3	29,1	21,1	25,6
Dotations	538,7	530,9	551,7	684,7	895,2	1 058,2	926,0	1 121,5	711,3	1 411,3
Total	6 462,6	6 985,2	7 364,8	7 843,7	8 363,7	9 282,3	9 835,2	10 463,7	10 339,1	11 760,1

Tableau 3. - Evolution des recettes et dépenses totales de protection sociale (en millions EUR)

Pour de plus amples informations ou statistiques concernant la protection sociale, veuillez consulter notre site internet www.statsecu.public.lu.



■ ■ ■ **POPULATION PROTÉGÉE**



PERSONNES PROTÉGÉES

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

L'affiliation aux différents régimes de sécurité sociale se fait **obligatoirement** en raison de l'exercice d'une occupation professionnelle rémunérée. Les règles d'organisation de la sécurité sociale veulent que les personnes concernées soient assurées auprès des organismes compétents pour 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 (conjoint ou enfants des cotisants).

En assurance maladie, le bénéfice des prestations en nature s'étend aux membres de famille à condition que les intéressés ne soient pas affiliés

personnellement et, sauf en cas d'études ou de formation professionnelle, qu'ils résident au Luxembourg. Chaque membre de famille n'est protégé que dans le chef d'un seul assuré principal, à savoir celui avec qui il vit en communauté domestique ou qui lui assure l'éducation et l'entretien.

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

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

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

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

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

		dont régimes pension statutaires
Salariés (Statut unique)	333 453	
Fonctionnaires	27 920	27 920
Indépendants	20 069	
Bénéficiaires d'une indemnité de chômage	8 196	
Bénéficiaires d'un congé parental	2 280	218
Bénéficiaires d'une indemnité de préretraite	1 413	50
Total	393 331	28 188

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 393 331 personnes en 2012 (moyenne annuelle). La plus grande catégorie est constituée des salariés sous le statut unique, qui font 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.

Tableau 1. - Assurés actifs obligatoires à la fois de l'assurance maladie et de l'assurance pension pour 2012 (moyenne annuelle)

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, l'af-

filiation 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 de la moyenne annuelle de personnes recensées au dernier jour ouvré du mois. Dans le contexte des statistiques de cette section le "nombre" est celui:

- des personnes protégées ayant droit aux prestations en nature en cas de maladie ou de maternité ainsi qu'aux prestations de l'assurance dépendance;
- des assurés du système des indemnités pécuniaires de maladie.

L'année correspond à l'année du calendrier.

Par "personnes protégées", on entend toutes les personnes qui reçoivent de la part de l'assurance maladie des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité. Ces personnes sont ou bien des assurés cotisants, ou bien ils profitent de

droits dérivés (généralement de la part du conjoint ou des parents).

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

1.1. EVOLUTION DU NOMBRE DES PERSONNES PROTÉGÉES

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

Tableau 2. - Personnes protégées résidentes depuis 2008 (moyenne annuelle)

	2008	2009	2010	2011	2012
Hommes	231 400	235 293	239 501	244 773	250 447
Femmes	231 800	235 367	239 218	243 494	248 829
Total	463 200	470 660	478 720	488 268	499 276
<i>Taux de croissance</i>	1,6%	1,6%	1,7%	2,0%	2,3%

Tableau 3. - Evolution de la population protégée depuis 2008 (moyenne annuelle)

	2008	2009	2010	2011	2012
Actifs et volontaires	557 300	569 929	583 489	600 798	617 317
Hommes	307 300	312 654	319 261	328 097	335 732
Femmes	250 000	257 275	264 229	272 701	281 585
Pensionnés	109 000	112 029	116 049	119 512	122 545
Hommes	48 300	50 054	52 020	53 880	55 657
Femmes	60 700	61 975	64 030	65 632	66 888
Total	666 300	681 958	699 539	720 310	739 862
<i>Taux de croissance</i>	3,5%	2,3%	2,6%	3,0%	2,7%

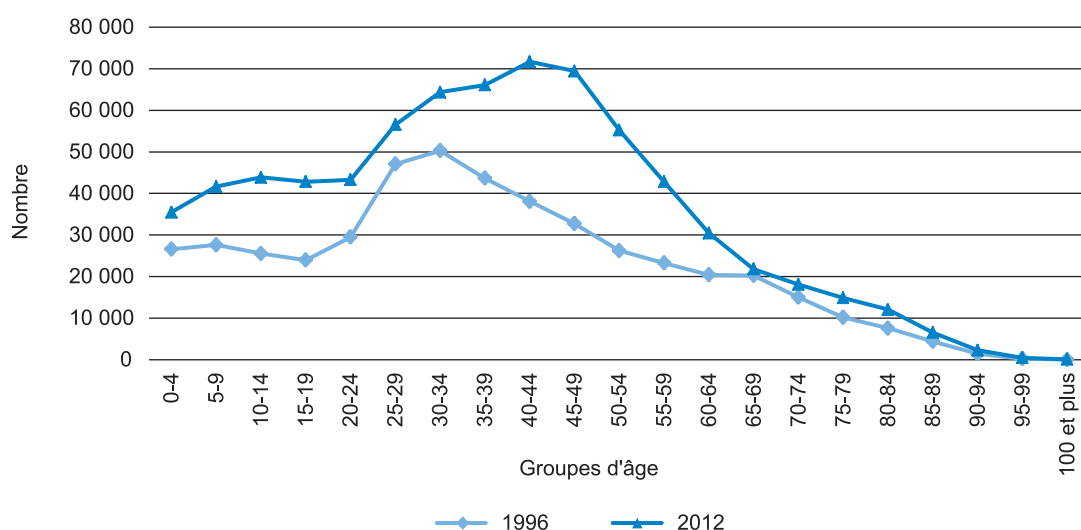
La répartition des personnes protégées par régime socioprofessionnel a été la suivante.

	2008	2009	2010	2011	2012
Ouvriers	274 000				
Hommes	160 100				
Femmes	113 900				
Employés	273 300				
Hommes	134 400				
Femmes	138 900				
Indépendants	39 500				
Hommes	20 700				
Femmes	18 800				
Personnes sous le régime Statut unique	586 800	600 325	614 886	633 523	651 241
Hommes	315 200	321 159	328 505	338 258	346 700
Femmes	271 600	279 166	286 382	295 265	304 542
Fonctionnaires et assimilés	74 800	76 388	77 987	78 765	79 562
Hommes	37 900	38 722	39 387	39 731	40 136
Femmes	36 900	37 666	38 600	39 035	39 426
Pensionnés résidant à l'étranger	4 700	5 245	6 665	8 021	9 058
Hommes	2 500	2 827	3 388	3 989	4 553
Femmes	2 200	2 418	3 277	4 033	4 505
Total	666 300	681 958	699 539	720 310	739 862

Tableau 4. - Répartition des personnes protégées par catégorie socio-professionnelle (moyenne annuelle)

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

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



Graphique 1. - Ventilation par groupes d'âge du nombre de personnes protégées (moyenne annuelle)

En 2012, 67,8% 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

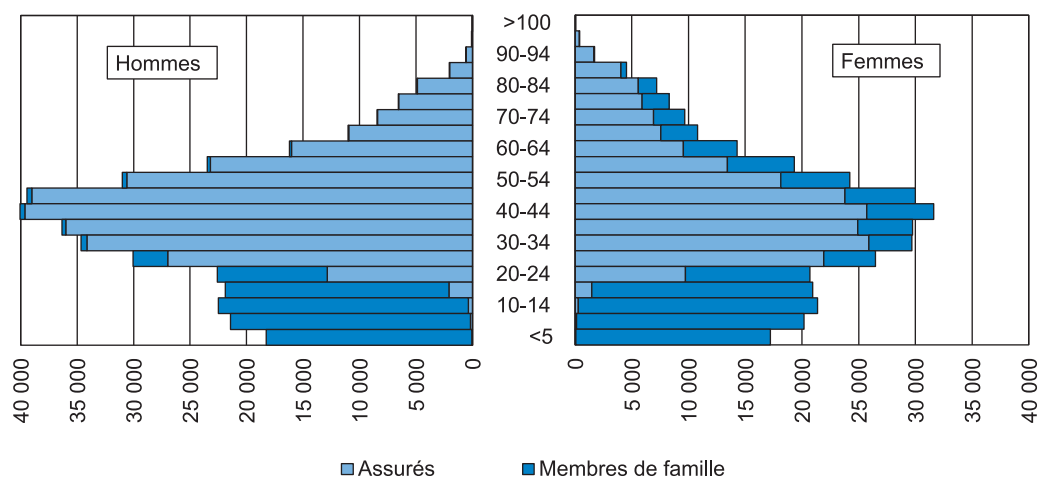
sont pas encore entrés dans la vie active, et d'autre part, des conjoints (féminins pour la plupart) qui ne sont pas assurés de manière autonome.

Tableau 5. - Les assurés directs et leurs membres de famille en 2012 (moyenne annuelle)

	Assurés directs	Membres de famille	Personnes protégées
Actifs et volontaires	405 419	211 898	617 317
Hommes	242 809	92 923	335 732
Femmes	162 610	118 975	281 585
Pensionnés	96 262	26 283	122 545
Hommes	51 672	3 985	55 657
Femmes	44 590	22 298	66 888
Total	501 681	238 181	739 862

Le graphique suivant présente la pyramide des âges des assurés et de leurs membres de famille en 2012.

Graphique 2. - Population protégée en 2012 (moyenne annuelle)

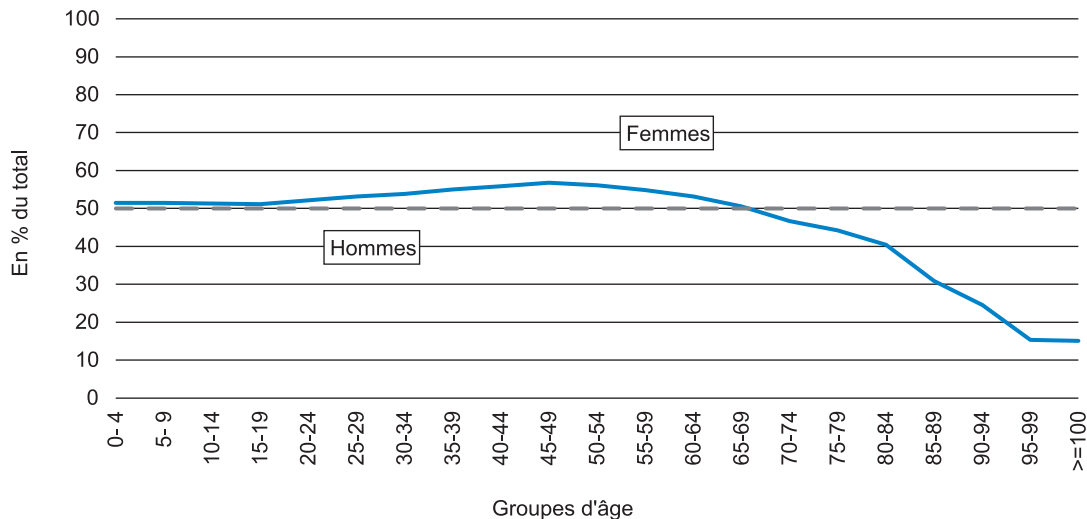


En analysant cette pyramide des âges on constate plusieurs choses:

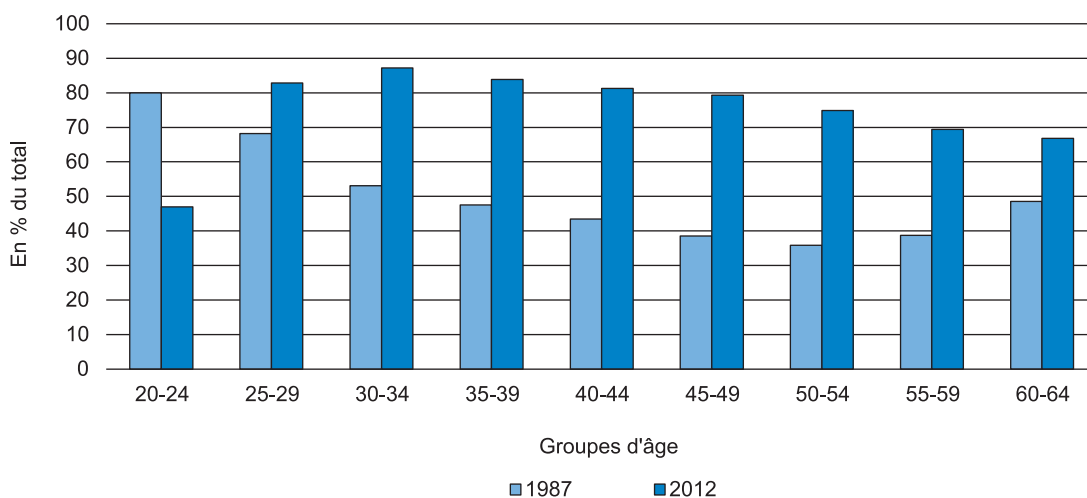
- La proportion des personnes actives est à son maximum dans les tranches d'âge de 40-44 ans pour les hommes de même que pour les femmes.
- Si les hommes sont déjà largement majoritaires parmi la population active, ils sont également en surnombre d'une manière absolue

dans les classes d'âge de la population protégée se situant en dessous de 64 ans.

- 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 2012 (moyenne annuelle)



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

Si on compare l'affiliation des femmes actives en 2012 à celle de 1987, on constate des glissements importants:

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

Les assurés cotisants de la gestion "soins de santé"

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

Le tableau qui suit donne l'évolution à partir de 2010 des différentes catégories d'assurés.

Tableau 6. - Evolution des différentes catégories d'assurés (moyenne annuelle)

	2010	2011	2012	Variation en %	
				2011/2010	2012/2011
Actifs salariés	342 709	352 986	361 373	3%	2%
Hommes	209 282	214 610	217 946	3%	2%
Femmes	133 427	138 376	143 428	4%	4%
Actifs non-salariés	19 369	19 757	20 069	2%	2%
Hommes	12 537	12 694	12 827	1%	1%
Femmes	6 832	7 063	7 242	3%	3%
Chômeurs indemnisés	7 257	7 151	8 196	-1%	15%
Hommes	4 268	4 175	4 864	-2%	16%
Femmes	2 989	2 975	3 331	0%	12%
Préretraités	1 320	1 361	1 413	3%	4%
Hommes	1 159	1 159	1 174	0%	1%
Femmes	161	202	239	26%	18%
Congé parental	2 317	2 319	2 280	0%	-2%
Hommes	385	384	399	0%	4%
Femmes	1 932	1 935	1 881	0%	-3%
Assurés à charge de l'Etat	355	151	184	-57%	22%
Hommes	163	83	102	-49%	24%
Femmes	192	68	81	-65%	20%
Assurance obligatoire étudiants	-	175	196	-	12%
Hommes	-	96	109	-	14%
Femmes	-	80	87	-	9%
Assurés volontaires	4 617	4 723	4 800	2%	2%
Hommes	2 186	2 290	2 318	5%	1%
Femmes	2 431	2 434	2 482	0%	2%
Bénéficiaires RMG	6 361	6 524	6 908	3%	6%
Hommes	2 845	2 925	3 070	3%	5%
Femmes	3 516	3 599	3 837	2%	7%
Pensionnés	90 661	93 498	96 262	3%	3%
Hommes	48 609	50 167	51 672	3%	3%
Femmes	42 052	43 331	44 590	3%	3%
Total	474 966	488 645	501 681	3%	3%

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.

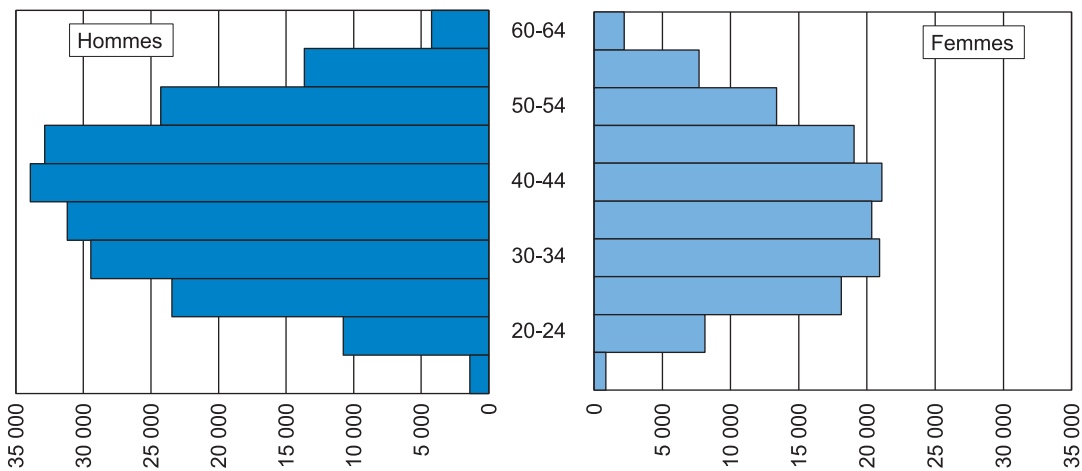
Jusqu'à l'introduction du statut unique au 1^{er} janvier 2009, la gestion ouvriers (Art. 29.1c CSS), dont faisait partie la majorité des ouvriers, intervenait dès le premier jour de maladie. L'employeur pouvait cependant opter pour une affiliation de ses salariés ouvriers auprès de la gestion employés 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 les salariés bénéficiant de la

conservation de la rémunération pendant le mois en cours et les trois mois subséquents ainsi que 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 jours de maladie continue et du reste du mois dans lequel tombe le 77^e jour en cas d'incapacité de travail. Après ce délai, la charge revient à la Caisse nationale de santé. L'indemnité pécuniaire accordée aux non-salariés reste suspendue jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs.

Le graphique 5 représente la répartition des assurés par groupes d'âge en 2012.



Graphique 5. - Gestion prestations en espèces: répartition des assurés par groupe d'âge en 2012

2. ASSURANCE PENSION

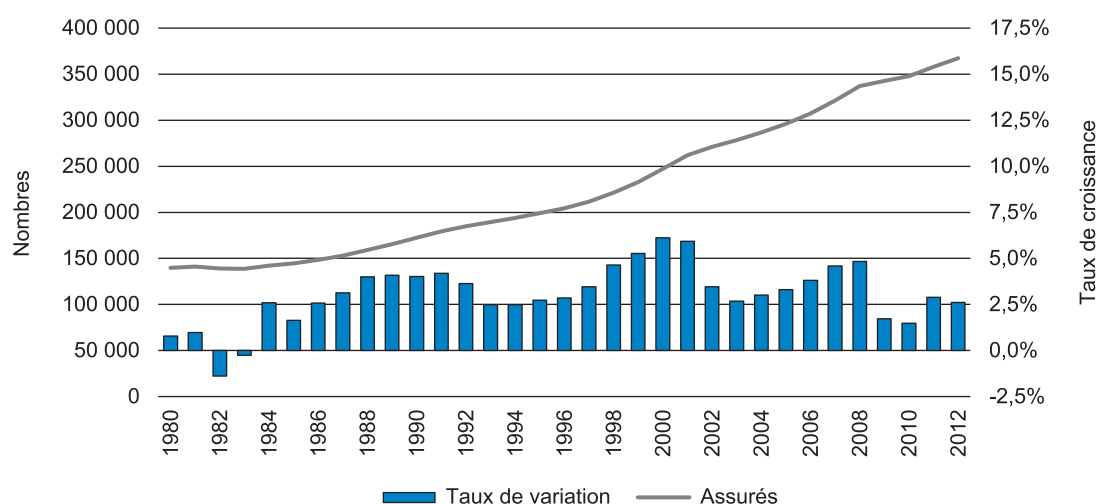
Les données de cette section concernent le régime général de pension. Les données relatives aux régimes statutaires sont présentées dans la partie statistique disponible sur internet (www.statsecu.public.lu). L'équilibre financier du régime de pension est directement influencé par les évolutions du nombre 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 dé-

pendent 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 2012, le nombre moyen d'assurés atteint 367 292 personnes (contre 357 934 personnes en 2011), avec un taux de croissance de 2,6% de 2011 à 2012 (contre 2,9% entre 2010 et 2011).

Graphique 6. - Evolution du nombre moyen des assurés



Le nombre d'assurés obligatoires féminins s'élève, en 2012, à 145 873 femmes (contre 140 700 femmes en 2011), avec un taux de croissance de 3,7%, contre 1,9% pour les hommes.

L'introduction du statut unique au 1^{er} janvier 2009 a engendré la fusion des 4 caisses de pension du régime contributif. L'Etablissement 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).

Tableau 7. - Assurés obligatoires par statut et par sexe

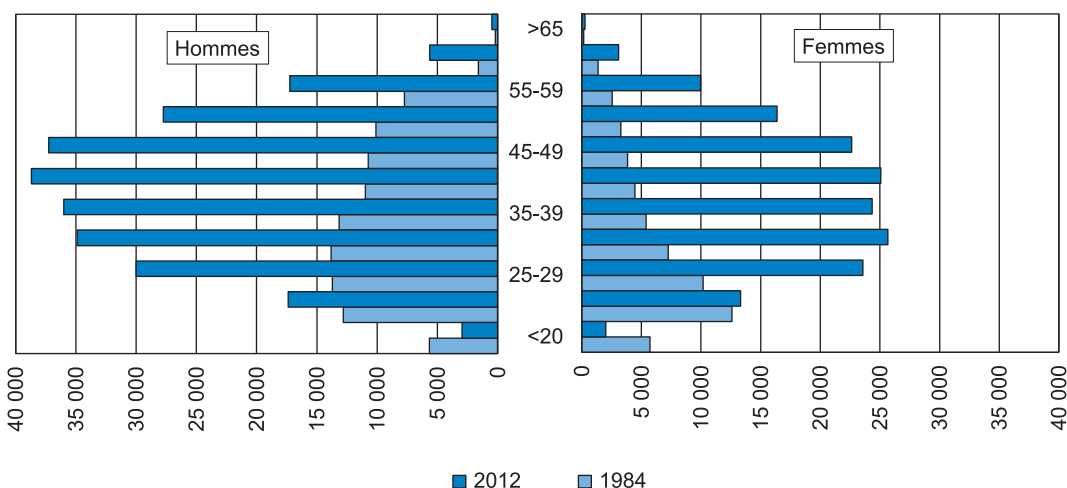
Statut	2011			2012			Taux de variation 2012/2011		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Salariés	203 180	133 875	337 055	207 149	138 872	346 022	2,0%	3,7%	2,7%
Non-salariés	11 937	6 825	18 762	12 056	7 001	19 057	1,0%	2,6%	1,6%
Total	215 117	140 700	355 817	219 205	145 873	365 078	1,9%	3,7%	2,6%

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'activi-

té. 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 2012 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 2012, l'âge moyen des assurés est en légère hausse par rapport à 2011 et s'élève à 39,8 ans pour les hommes (39,5 ans en 2011) et à 38,7 ans pour les femmes (38,5 ans en 2011).

2.2. LES REVENUS COTISABLES

Suite à l'introduction du statut unique au 1er 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) comme c'était le cas jusqu'en 2008. Pour 2012 comme pour 2011, le nombre de jours annuel de travail s'élève, compte tenu des calendriers, à 253 pour un salarié travaillant 8 heures par jour et à 5 jours par semaine tandis que pour 2010, il s'élevait à 255 (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.

Caisse	Sexe	1995	2000 ^{*)}	2005	2010	2011	2012 ^{**)}	Variation 2012/11	Variation moyenne 1995-2012
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	3 829	3 928	4 019	2,3%	3,0%
	Femmes	1 984	2 360	2 902	3 482	3 559	3 655	2,7%	3,7%
Total + Femmes		2 277	2 628	3 143	3 703	3 793	3 884	2,4%	3,2%

Tableau 8. - Evolution du revenu moyen mensuel cotisable

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

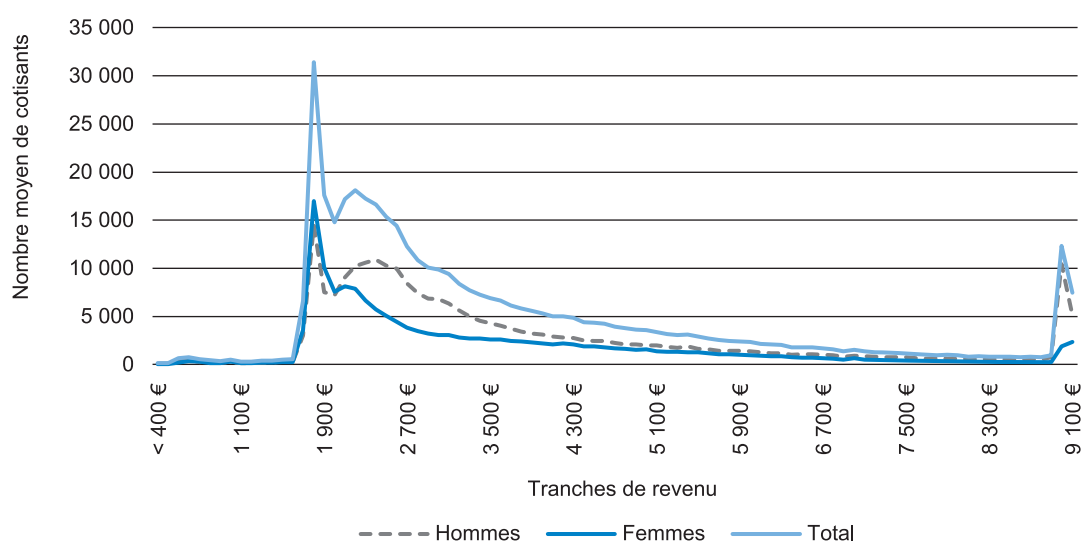
**) Données provisoires, nouvelle méthodologie à partir de 2011.

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 2012 en moyenne à 1 812,45 EUR par mois, joue avant tout un rôle

dans le revenu moyen cotisable des assurés non salariés.

Entre 2011 et 2012, le revenu moyen cotisable a augmenté de 2,4%, contre 2,3% entre 2010 et 2011.

Graphique 8. - Répartition des assurés par tranches de revenu mensuel cotisable en 2012



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 pla-

fond 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, inclus dorénavant dans le terme de salariés (SU)^{a)} dans cette section,
- 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.

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

certain cours de formation professionnelle, prime de responsabilité,...),

- 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,...). 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

a) 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.

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	2011	2012	2013
janvier	168	176	176
février	160	168	160
mars	184	176	168
avril	160	160	168
mai	176	160	160
juin	152	168	160
juillet	168	176	184
août	176	176	168
septembre	176	160	168
octobre	168	184	184
novembre	168	168	160
décembre	168	152	160
Total des heures	2 024	2 024	2 016
Total en jours	253	253	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.

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

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

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

Au 31 mars 2013, la population active salariée au Luxembourg comptait 364 455 travailleurs, dont

40% de femmes. Depuis 1988, l'emploi féminin accuse une progression annuelle moyenne de 4,2%, tandis que l'emploi masculin n'a évolué en moyenne que de 3,1% par an.

Année	Hommes		Femmes	
	Nombre	Variation en %	Nombre	Variation en %
1988	101 446		52 650	
1989	105 504	4,0%	55 439	5,3%
1990	109 370	3,7%	58 506	5,5%
1991	114 203	4,4%	61 542	5,2%
1992	117 972	3,3%	64 445	4,7%
1993	120 150	1,8%	66 812	3,7%
1994	121 574	1,2%	68 985	3,3%
1995	124 586	2,5%	71 014	2,9%
1996	127 250	2,1%	73 152	3,0%
1997	130 748	2,7%	76 072	4,0%
1998	137 382	5,1%	79 455	4,4%
1999	144 366	5,1%	84 050	5,8%
2000	152 606	5,7%	89 342	6,3%
2001	161 422	5,8%	95 452	6,8%
2002	167 728	3,9%	99 913	4,7%
2003	170 977	1,9%	102 450	2,5%
2004	174 998	2,4%	105 208	2,7%
2005	179 766	2,7%	108 519	3,1%
2006	186 131	3,5%	113 371	4,5%
2007	193 809	4,1%	117 872	4,0%
2008	203 969	5,2%	124 807	5,9%
2009	206 515	1,2%	129 549	3,8%
2010	207 333	0,4%	132 224	2,1%
2011	212 804	2,6%	136 714	3,4%
2012	216 748	1,9%	142 302	4,1%
2013	218 757	0,9%	145 698	2,4%
Variation moyenne entre 1988 et 2013		3,1%		4,2%

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

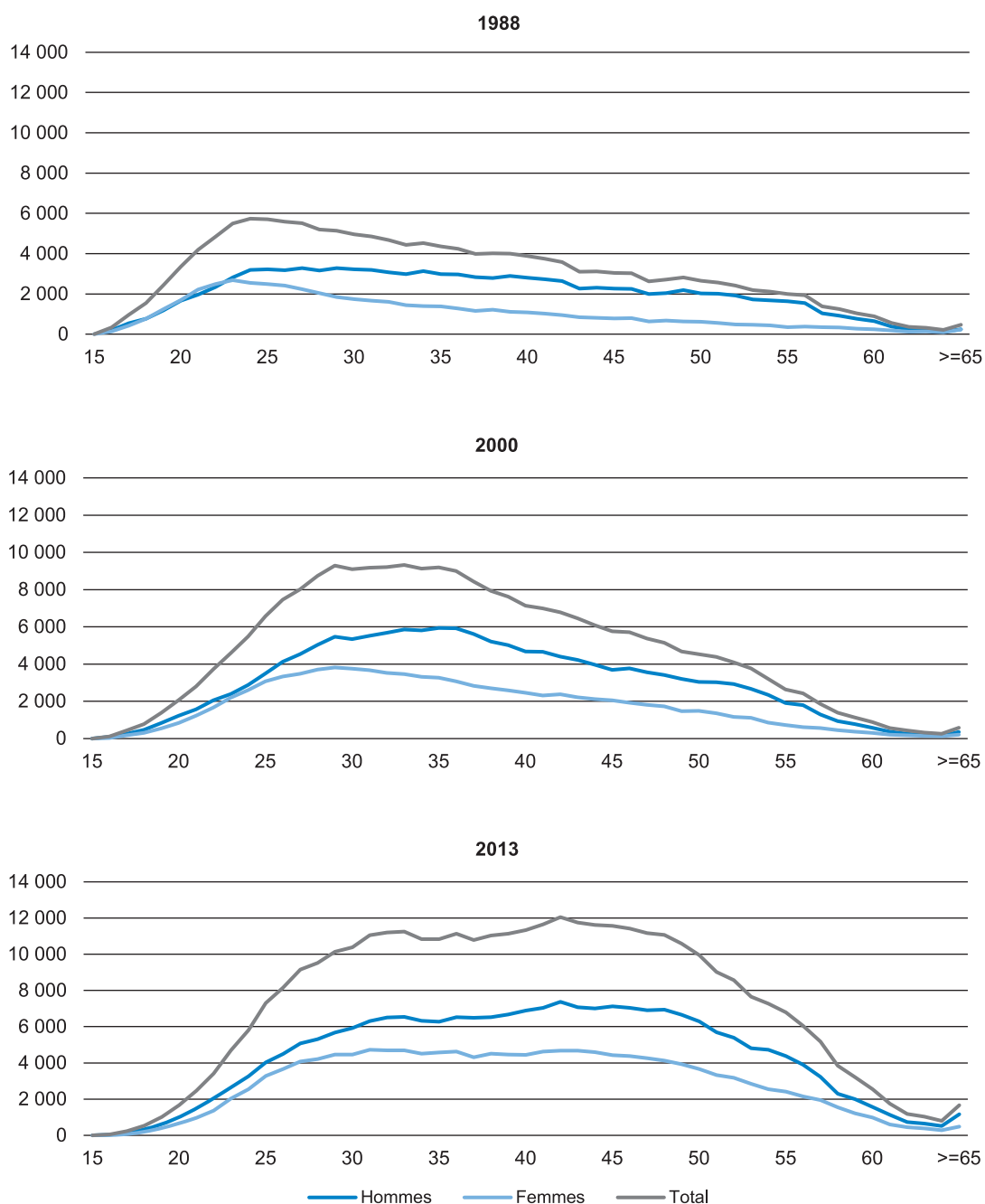
L'emploi salarié n'a jamais cessé d'augmenter au cours des dernières années malgré des taux de croissance annuels différents. Entre 1988 et 1991,

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. Entre mars 2012 et mars 2013, le taux de croissance a baissé s'établissant à 1,5%.

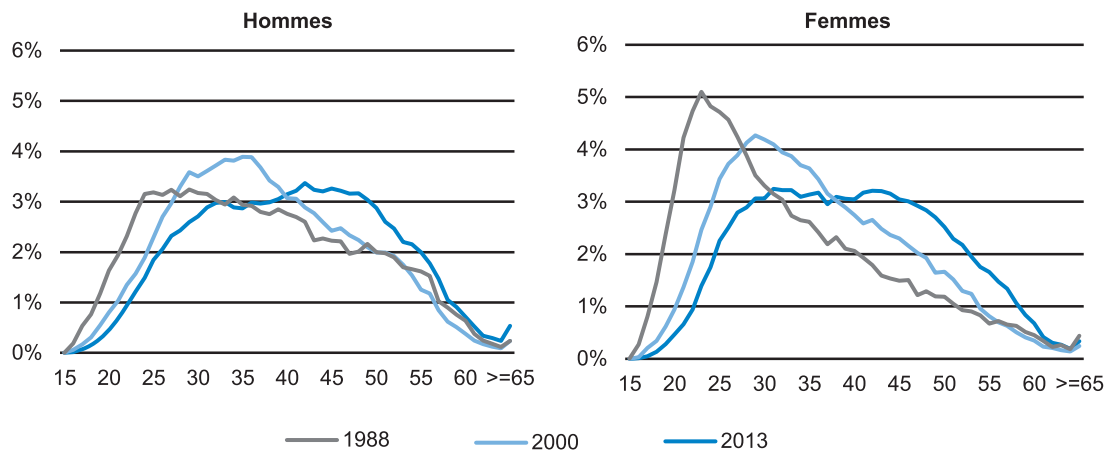
Graphique 9. - Nombre de salariés par âge



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

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 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 reporté vers la droite. Pour les hommes, le pic se situant aux alentours de 30 ans dans les observations de 1988 et 2000, provenait de l'engagement de beaucoup de main-d'œuvre étrangère. Dans la courbe de 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 qui travaillent 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			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %	Nombre	Var. en %
1993	2 206		666		6 341		3 217					
1994	2 343	6,2%	742	11,4%	6 461	1,9%	3 198	-0,6%				
1995	2 449	4,5%	822	10,8%	6 578	1,8%	3 260	1,9%	2 390		1 786	
1996	2 536	3,6%	922	12,2%	6 575	0,0%	3 294	1,0%	2 507	4,9%	1 808	1,2%
1997	2 630	3,7%	1 031	11,8%	6 595	0,3%	3 369	2,3%	2 490	-0,7%	1 763	-2,5%
1998	2 743	4,3%	1 131	9,7%	6 508	-1,3%	3 464	2,8%	2 404	-3,5%	1 716	-2,7%
1999	2 831	3,2%	1 225	8,3%	6 435	-1,1%	3 512	1,4%	2 369	-1,5%	1 668	-2,8%
2000	2 955	4,4%	1 325	8,2%	6 395	-0,6%	3 533	0,6%	2 334	-1,5%	1 621	-2,8%
2001*)	3 395	14,9%	1 801	35,9%	6 287	-1,7%	3 531	-0,1%	2 273	-2,6%	1 569	-3,2%
2002	3 495	2,9%	1 935	7,4%	6 210	-1,2%	3 499	-0,9%	2 198	-3,3%	1 524	-2,9%
2003	3 576	2,3%	2 041	5,5%	6 283	1,2%	3 575	2,2%	2 157	-1,9%	1 483	-2,7%
2004	3 690	3,2%	2 182	6,9%	6 411	2,0%	3 681	3,0%	2 129	-1,3%	1 469	-0,9%
2005	3 901	5,7%	2 320	6,3%	6 714	4,7%	3 788	2,9%	2 108	-1,0%	1 422	-3,2%
2006*)	4 010	2,8%	2 453	5,7%	6 818	1,5%	3 374	-10,9%	2 076	-1,5%	1 379	-3,0%
2007	4 143	3,3%	2 570	4,8%	6 932	1,7%	3 353	-0,6%	2 011	-3,1%	1 339	-2,9%
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%
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%
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%
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%
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%
2013	4 975	2,8%	4 127	5,7%	7 874	1,9%	3 524	1,1%	1 740	-3,2%	976	-6,6%

*) 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 gestion 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:

	1988		2000		2013	
	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	201 560	134 704
Fonctionnaires	14 645	3 470	15 496	5 953	17 197	10 994
Total	101 440	52 648	152 606	89 342	218 757	145 698

Ces statuts déterminent la caisse compétente en matière d'assurance maladie 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, des différences persistent 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 cette catégorie de salariés, une surprime sera perçue par le Centre commun au profit de la Mutualité des employeurs.

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

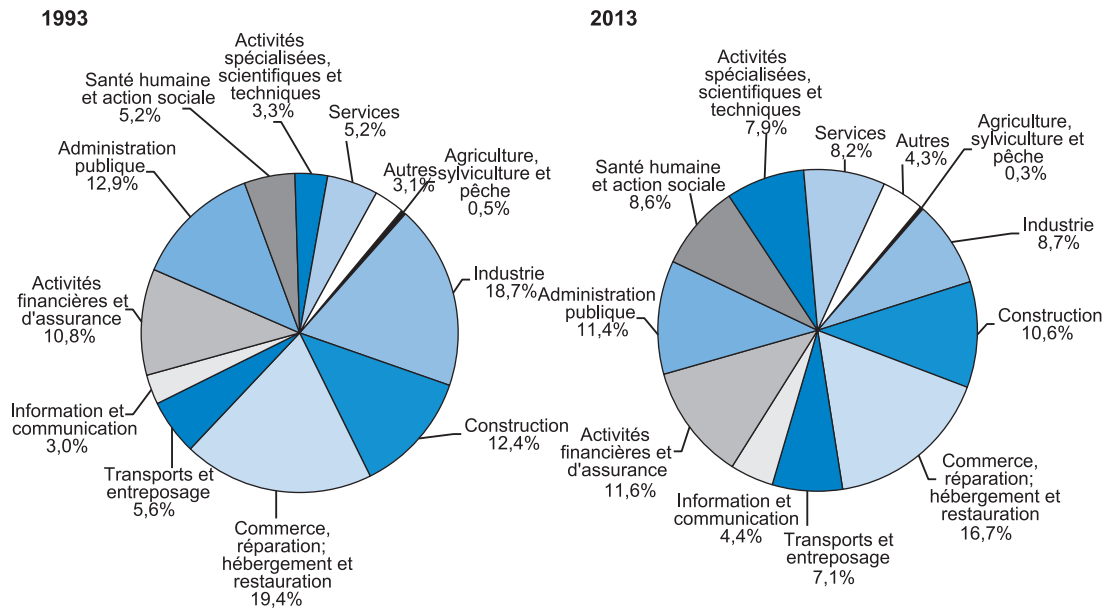
dans les administrations publiques sont loin d'être tous fonctionnarisés et le nombre de ceux qui travaillent sous le régime du statut unique, détenant antérieurement le statut d'"employé privé", est assez élevé.

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 NACE 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 dans les tableaux concernant l'emploi par branches d'activité issus du STATEC et de l'IGSS. A partir de 2009, la version NACE rév.2 remplace la version NACE rév.1.1. dans nos statistiques.

Tableau 13. - Répartition par sexe et par statut

Graphique 11. - Secteurs d'activité (NACE rév. 2)

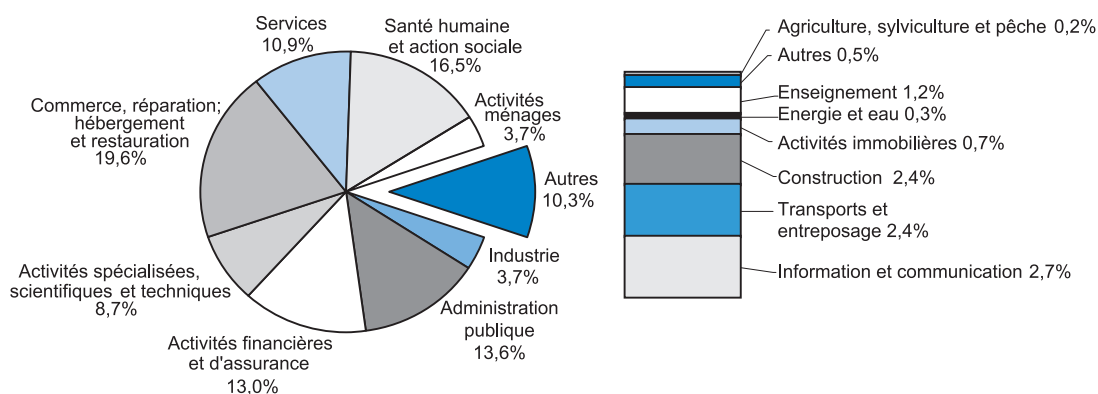


L'économie luxembourgeoise a subi des changements de structure aux cours des dernières décennies. D'une économie à caractère industriel elle a évolué vers une économie où prédomine le secteur tertiaire. En comparant les données de 1993 à celles de 2013, on voit que ce glissement entre secteurs continue : en 1993, le secteur de l'industrie représentait encore presque 20% de l'emploi salarié, alors qu'en 2013 il ne représente plus que 9,0% selon le code NACE rév.2. De plus,

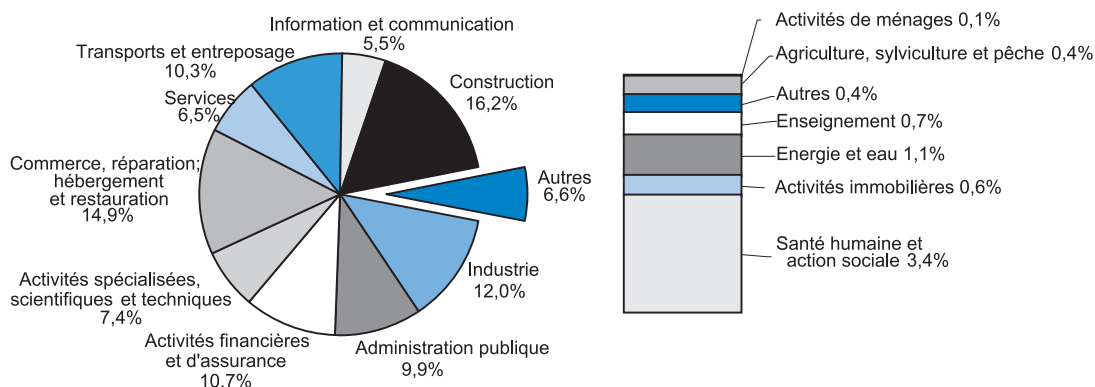
parmi les secteurs regroupés sous "Autres" en 1993, les secteurs "Services" et "Activités spécialisées, scientifiques et techniques" ont connu la plus forte progression. L'emploi salarié dans le secteur "Services" a presque doublé, en passant de 5,2% en 1993 à 8,2% en 2013. L'emploi salarié du secteur "Activités spécialisées, scientifiques et techniques" a plus que doublé, en passant de 3,3% en 1993 à 7,7% en 2013.

Graphique 12. - Secteurs d'activité par sexe au 31 mars 2013

Femmes



Hommes



L'emploi féminin se concentre en premier lieu dans le secteur "Commerce, réparation; hébergement et restauration", suivi de "Santé humaine et de l'action sociale". Pour les hommes on note

des proportions élevées dans "Construction" suivi du secteur "Commerce, réparation; hébergement et restauration".

Tableau 14. - Croissance de l'emploi dans les différents secteurs d'activité entre le 31 mars 2012 et le 31 mars 2013

	Nombre		Variation en %	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Agriculture, sylviculture et pêche	-110	-129	-10,6%	-35,7%
Industrie	-645	-102	-2,4%	-1,9%
Energie et eau	93	8	4,1%	2,1%
Construction	-36	8	-0,1%	0,2%
Commerce, réparation; hébergement et restauration	745	234	2,3%	0,8%
Transports et entreposage	-444	-66	-1,9%	-2,0%
Information et communication	221	35	1,9%	0,9%
Activités financières et d'assurance	401	175	1,7%	0,9%
Activités immobilières	106	115	9,6%	11,9%
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	646	614	4,2%	5,1%
Services	36	250	0,3%	1,6%
Administration publique	472	523	2,2%	2,7%
Enseignement	184	157	13,5%	8,9%
Santé humaine et action sociale	739	1 516	11,1%	6,7%
Activités de ménages	28	238	18,5%	4,7%
Autres	-427	-180	-33,6%	-20,9%
Total	2 009	3 396	0,9%	2,4%

Au 31 mars 2013, on constate une croissance de l'emploi de 1,5% (hommes et femmes confondus) par rapport au 31 mars 2012. La croissance est plus prononcée pour les femmes (2,4%) que pour les hommes (0,9%). Dans les secteurs impor-

tants, 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

	Salariés SU	Fonctionnaires	Total
En mars 2013			
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
En mars 2012			
Par le personnel non-intérimaire	52 974,7	4 561,7	57 536,4
Hommes	33 761,6	2 935,5	36 697,1
Femmes	19 213,1	1 626,1	20 839,3
Par le personnel intérimaire	980,8		980,8
<i>Sur le marché de travail luxembourgeois</i>	913,7		913,7
Hommes	732,5		732,5
Femmes	181,2		181,2
<i>En dehors du marché de travail luxembourgeois</i>	67,1		67,1
Hommes	64,6		64,6
Femmes	2,5		2,5
Total	53 955,5	4 561,7	58 517,2

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 intro-

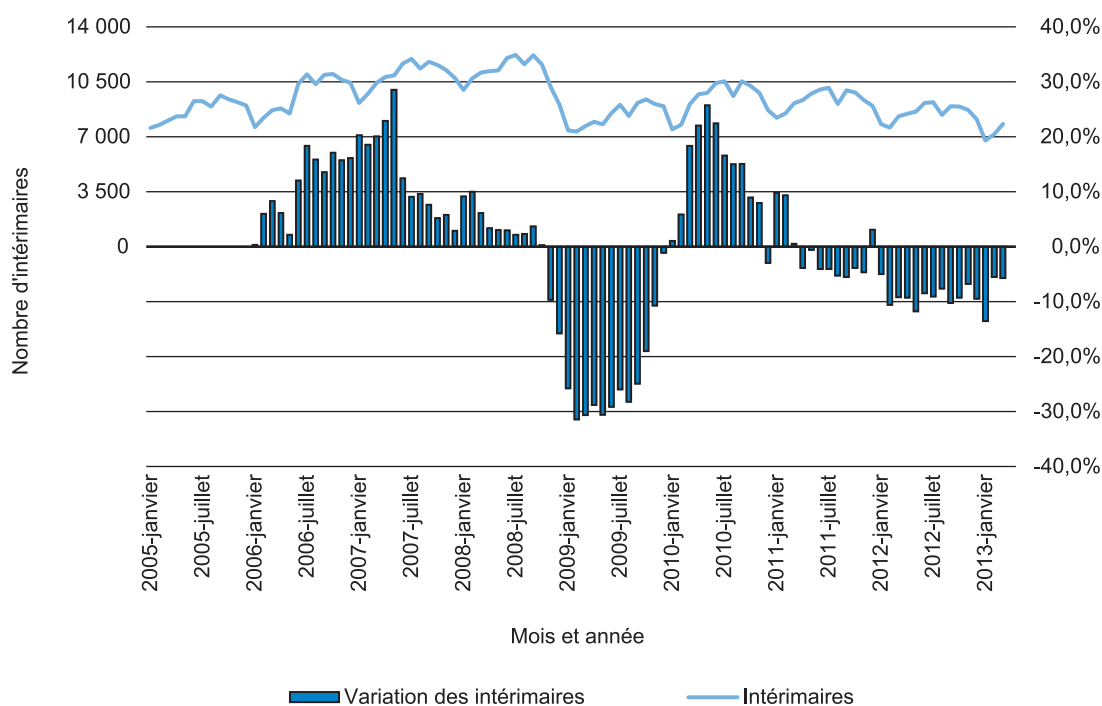
duit une variable séparée pour la déclaration des heures supplémentaires.

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. 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.^{a)}

Entre mars 2012 et mars 2013, le nombre d'heures travaillées a baissé de 0,5%, contre une hausse de 2,1% entre mars 2011 et mars 2012. Cette évolution ne suit pas celle de l'emploi salarié (voir tableau 11 : Evolution de l'emploi salarié par sexe), et 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 1,7% à 1,5% entre 2012 et 2013.



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 en nombre d'intérimaires en 2009. En 2010, il y a de nouveau une augmentation du nombre de personnes en travail intérimaire. Cette tendance est rompue à partir de 2011.

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.

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

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

2003				
Heures de travail	Salariés (ouvriers et employés)		Fonctionnaires	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
< 64	2,5	6,4	0,0	0,2
64 - 92	1,6	15,0	0,7	17,2
93 - 120	0,9	5,7	0,0	0,2
> 120	94,9	72,9	99,2	82,4
2013				
Heures de travail	Salariés (SU)		Fonctionnaires	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
< 64	2,8	6,6	0,0	0,5
64 - 92	3,0	14,2	1,7	18,4
93 - 120	1,8	7,4	0,1	0,7
> 120	92,4	71,8	98,2	80,4

3.2.4. Résidence et nationalité de la population active au Luxembourg

La crise qui perdure sur le marché du travail 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%. Le ralentissement spectaculaire pour les frontaliers, dont la progression a chuté de 8,3% à 2,6% en une année (entre 2008 et 2009), se poursuit 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

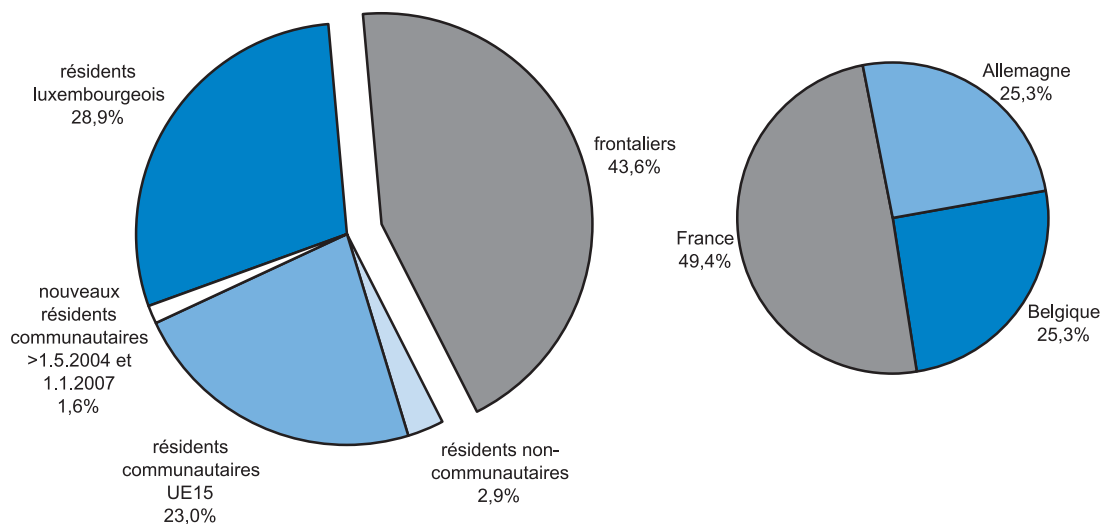
2011 et 2012 et 1,2% entre 2012 et 2013. Pour les résidents étrangers, on n'observe pas d'augmentation entre mars 2009 et mars 2010. Ceci change entre mars 2010 et mars 2011, où il y a une augmentation de 3,4%, et se poursuit entre mars 2011 et mars 2012 avec une augmentation de 4,1%. Entre mars 2012 et mars 2013, l'augmentation des résidents étrangers est de 2,6%. Pour les résidents de nationalité luxembourgeoise, leur taux de croissance est en baisse constante : 2,2% entre mars 2010 et mars 2011, 2,0% entre mars 2011 et mars 2012 et 0,9% entre mars 2012 et mars 2013.

	1988	2000	2011	2012	2013	Var. moy. 1988- 2013	Variation 2011- 2012	2012- 2013
Résidents au Luxembourg	129 529	157 546	196 361	202 240	205 697	1,9%	3,0%	1,7%
dont								
Luxembourgeois	90 999	90 630	102 321	104 376	105 336	0,6%	2,0%	0,9%
Hommes		55 541	56 403	56 982	56 969		1,0%	0,0%
Femmes		35 089	45 918	47 394	48 367		3,2%	2,1%
Communautaires								
U.E. pays des 15	35 729	59 996	79 517	82 194	83 974	3,5%	3,4%	2,2%
Hommes		35 622	45 975	47 391	48 239		3,1%	1,8%
Femmes		24 374	33 542	34 803	35 735		3,8%	2,7%
Membres à partir du 1.5.2004	(.) [*]		3 681	4 183	4 390	...	13,6%	4,9%
Hommes			2 603	2 931	2 990		12,6%	2,0%
Femmes			1 078	1 252	1 400		16,1%	11,8%
Membres à partir du 1.1.2007	(.) [*]		915	1 114	1 165	...	21,7%	4,6%
Hommes			436	496	510		13,8%	2,8%
Femmes			479	618	655		29,0%	6,0%
Membres à partir du 1.7.2013	(.) [*]		187	195	178	...	21,7%	-8,7%
Hommes			133	140	126		13,8%	-10,0%
Femmes			54	55	52		29,0%	-5,5%
Non-communautaires	2 801	6 920	9 740	10 178	10 654	...	4,5%	4,7%
Hommes		4 219	5 420	5 570	5 769		2,8%	3,6%
Femmes		2 701	4 320	4 608	4 885		6,6%	6,0%
Frontaliers	24 567	84 402	153 157	156 810	158 758	7,7%	2,4%	1,2%
résidant en								
Allemagne	4 366	15 839	38 628	39 617	40 105	9,3%	2,6%	1,2%
Hommes		11 307	26 748	27 072	27 288		1,2%	0,8%
Femmes		4 532	11 880	12 545	12 817		5,6%	2,2%
France	10 818	44 959	75 664	77 613	78 454	8,2%	2,6%	1,1%
Hommes		28 792	47 802	48 535	48 955		1,5%	0,9%
Femmes		16 167	27 862	29 078	29 499		4,4%	1,4%
Belgique	9 383	23 604	38 865	39 580	40 199	6,0%	1,8%	1,6%
Hommes		17 125	27 284	27 631	27 911		1,3%	1,0%
Femmes		6 479	11 581	11 949	12 288		3,2%	2,8%
Total	154 096	241 948	349 518	359 050	364 455	3,5%	2,7%	1,5%

^{*}) Inclus dans Non-communautaires.

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

Graphique 14. - Salariés travaillant au Luxembourg d'après l'origine au 31 mars 2013

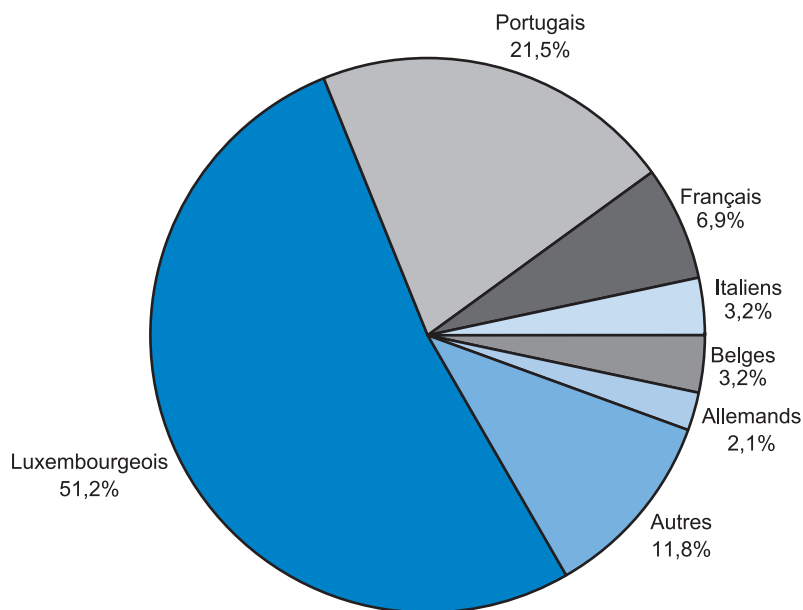


La population active salariée au Luxembourg est caractérisée par un pourcentage élevé de travailleurs de nationalités non luxembourgeoises. La répartition en 2013 n'a pas changée fondamentalement par rapport à celle de l'année précédente, les luxembourgeois ne représentant que 29% de la population active contre 29,1% 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 l'origine. 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 2013



	Luxembourgeois	Etrangers	Frontaliers résidant en			Total
	résidant au Luxembourg		Allemagne	Belgique	France	
Agriculture, sylviculture et pêche	273	561	119	138	69	1 160
Hommes	160	489	100	124	55	928
Femmes	113	72	19	14	14	232
Industrie	5 769	6 058	5 097	4 128	10 601	31 653
Hommes	4 674	4 579	4 297	3 709	9 029	26 288
Femmes	1 095	1 479	800	419	1 572	5 365
Energie et eau	1 501	304	256	102	602	2 765
Hommes	1 291	255	223	92	515	2 376
Femmes	210	49	33	10	87	389
Construction	3 758	15 216	7 367	4 466	7 961	38 768
Hommes	2 785	14 473	6 846	4 105	7 326	35 535
Femmes	973	743	521	361	635	3 233
Commerce, réparation; hébergement et restauration	11 503	19 752	5 543	7 402	16 822	61 022
Hommes	5 903	10 230	3 229	4 376	8 779	32 517
Femmes	5 600	9 522	2 314	3 026	8 043	28 505
Transports et entreposage	6 827	6 033	4 354	4 260	4 346	25 820
Hommes	5 672	5 331	3 842	3 909	3 754	22 508
Femmes	1 155	702	512	351	592	3 312
Information et communication	4 184	3 409	1 070	2 610	4 735	16 008
Hommes	2 972	2 358	782	2 188	3 625	11 925
Femmes	1 212	1 051	288	422	1 110	4 083
Activités financières et d'assurance	8 906	11 941	5 967	6 070	9 546	42 430
Hommes	4 742	6 983	3 327	3 629	4 736	23 417
Femmes	4 164	4 958	2 640	2 441	4 810	19 013
Activités immobilières	766	772	210	188	349	2 285
Hommes	409	363	128	133	173	1 206
Femmes	357	409	82	55	176	1 079
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	4 901	8 626	3 331	5 356	6 655	28 869
Hommes	2 670	4 704	2 046	3 329	3 445	16 194
Femmes	2 231	3 922	1 285	2 027	3 210	12 675
Services	4 594	10 930	1 494	2 419	10 618	30 055
Hommes	2 052	3 826	790	1 461	6 049	14 178
Femmes	2 542	7 104	704	958	4 569	15 877
Administration publique	36 278	3 624	808	370	518	41 598
Hommes	19 508	1 322	425	193	271	21 719
Femmes	16 770	2 302	383	177	247	19 879
Enseignement	1 071	1 380	356	222	440	3 469
Hommes	481	599	193	99	171	1 543
Femmes	590	781	163	123	269	1 926
Santé humaine et action sociale	14 226	6 800	3 735	2 189	4 558	31 508
Hommes	3 485	1 698	935	457	826	7 401
Femmes	10 741	5 102	2 800	1 732	3 732	24 107
Activités de ménages	585	4 267	230	102	335	5 519
Hommes	65	86	10	5	13	179
Femmes	520	4 181	220	97	322	5 340
Autres	194	688	168	177	299	1 526
Hommes	100	338	115	102	188	843
Femmes	94	350	53	75	111	683
Total	105 336	100 361	40 105	40 199	78 454	364 455
Hommes	56 969	57 634	27 288	27 911	48 955	218 757
Femmes	48 367	42 727	12 817	12 288	29 499	145 698

Tableau 18. - Répartition de l'emploi salarié par branche et par résidence au 31 mars 2013

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

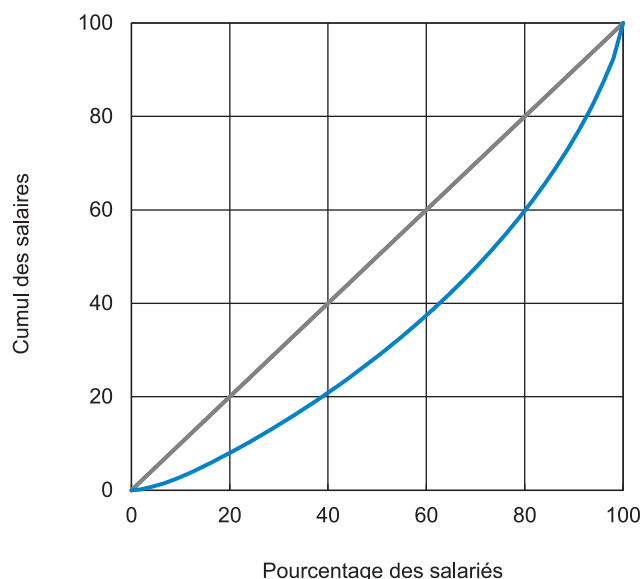
34% des luxembourgeois sont employés dans l'"Administration publique". Le fait que les salariés de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois soient comptés dans le secteur "Transports et entreposage" explique la proportion élevée de luxembourgeois qui y sont employés (26%). Les 26% des résidents de nationalité luxembourgeoise employés dans "Information et communication" sont à attribuer à la société des postes et télécommunications. 19% 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 32% dans "Commerce, réparation; hébergement et restauration" et pour 39% 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 2013, le salaire social minimum s'est élevé à 1 874,19 EUR.

Graphique 16. - Courbe de Lorenz de la distribution des salaires



La courbe de Lorenz indique sur l'axe vertical le pourcentage de la masse totale des salaires déclarés par le pourcentage correspondant de salariés (rangés par ordre croissant selon leur salaire) sur l'axe horizontal. Ainsi au Luxembourg, 40% de la population active salariée rangée par salaire croissant, gagnent 20% de la masse salariale totale, alors qu'aux 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 heures^{a)}. Ce changement va rendre difficile la comparaison du salaire horaire d'une année à l'autre.

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.^{b)}

Statut	2012		2013	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
Salariés (SU)	21,29	17,08	22,07	17,54
Fonctionnaires	36,96	35,06	37,95	36,18
Total	22,50	17,95	23,30	18,48

Tableau 19. - Distribution du salaire horaire par statut

Le tableau 20 nous montre une image plus détaillée de la distribution du salaire horaire moyen par

statut, sexe et temps de travail. Les apprentis et stagiaires sont exclus de ce tableau.

Statut/Sexe	2012				2013			
	Temps partiel		Temps plein		Temps partiel		Temps plein	
	Montant moyen	Age moyen	Montant moyen	Age moyen	Montant moyen	Age moyen	Montant moyen	Age moyen
Salariés (SU)								
Hommes	20,24	41,49	22,58	40,36	19,70	41,77	23,52	40,61
Femmes	19,48	42,18	20,13	38,30	19,74	42,48	21,05	38,67
Total	19,65	42,03	21,76	39,68	19,73	42,29	22,67	39,94
Fonctionnaires								
Hommes	33,67	43,67	36,27	43,33	33,45	42,79	37,21	43,41
Femmes	38,64	44,68	38,13	40,22	38,59	44,23	39,45	40,90
Total	38,04	44,56	36,87	42,33	37,97	44,06	37,98	42,55
Total								
Hommes	20,68	41,56	23,70	40,60	20,01	41,79	24,66	40,84
Femmes	20,74	42,34	21,55	38,46	20,81	42,58	22,58	38,85
Total	20,73	42,18	22,99	39,89	20,60	42,37	23,94	40,16

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

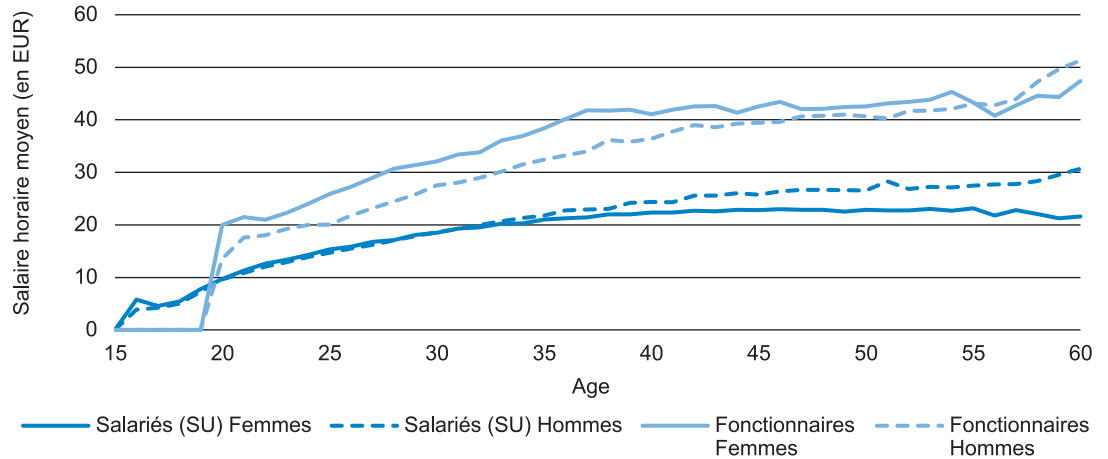
Lorsqu'on analyse la situation des femmes fonctionnaires, on remarque que leur salaire horaire moyen est plus élevé que celui des hommes fonctionnaires. Cela s'explique en partie par leur

âge plus élevé. Le graphique 16 donne la distribution du salaire horaire de la population active par âge et par statut au 31 mars 2013.

a) Voir www.ccss.lu sous salariés/rémunération.

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

Graphique 17. - Distribution du salaire horaire moyen par âge*) au 31 mars 2013



*) Personnes considérées âgées entre 15 et 60 ans

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 fonction-

naires de carrières inférieures qui sont presque exclusivement des hommes.

3.2.6. Le salaire social minimum

Rappelons que, au 31 mars 2013, le salaire social minimum pour travailleurs non qualifiés était de 1 874,19 EUR tandis que le salaire social minimum pour travailleurs qualifiés était de 2 249,03 EUR. Le montant horaire est obtenu en divisant le montant mensuel par 173^{a)}.

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

Année	Proportion de travailleurs (Temps pleins et partiels)	Part des travailleurs qualifiés	Part des travailleurs non qualifiés	Proportion de travailleurs (Temps pleins)	Part des travailleurs qualifiés	Part des travailleurs non qualifiés
1995	11,6%			10,0%		
1996	10,7%			9,2%		
1997	11,7%			10,4%		
1998	11,6%			10,1%		
1999	11,4%			10,1%		
2000	11,0%			9,7%		
2001	11,1%			9,8%		
2002	10,4%			9,2%		
2003	11,9%			10,7%		
2004	12,1%			10,8%		
2005	12,2%			11,0%		
2006	11,8%	5,0%	6,9%	10,9%	5,1%	5,8%
2007	12,0%	5,1%	6,9%	11,0%	5,2%	5,8%
2008	11,2%	5,1%	6,2%	10,4%	5,2%	5,2%
2009 ¹⁾	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%

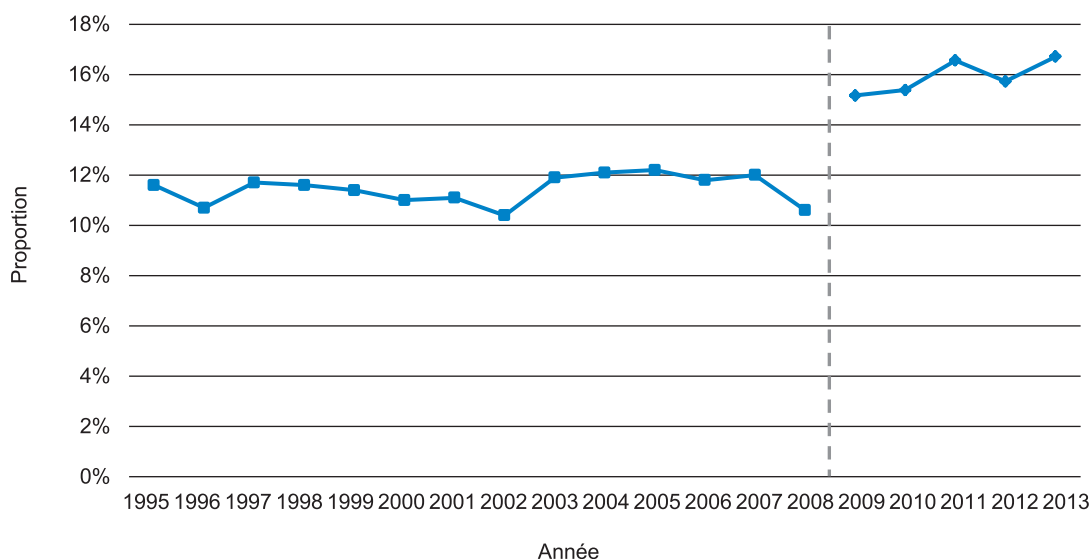
1) Rupture de série due à un changement méthodologie rendu nécessaire par les modifications apportées aux fichiers de la sécurité sociale suite à l'introduction du statut unique le 1^{er} janvier 2009. Le changement en question est décrit plus tard dans la partie méthodologie.

a) 173 = 40 heures/semaine * 52/12

56 103 salariés, soit 16,7% des salariés (fonctionnaires exclus) présents sur le marché de l'emploi au 31.03.2013, ont été rémunérés au voisinage du salaire social minimum. Le nombre de salariés travaillant à temps plein et rémunérés au voisinage du SSM s'est élevé à 45 982. Ceci repré-

sente 16,0% des salariés (fonctionnaires exclus) travaillant à temps plein

Le graphique suivant retrace l'évolution de la proportion de salariés (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum.



Graphique 18. - Evolution de la proportion de salariés (SU) (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum *)

*) Rupture de série entre 2008 et 2009.

Entre mars 2012 et mars 2013, la proportion de salariés rémunérés au voisinage du salaire social minimum est passée de 15,7% à 16,7%. Cette augmentation concerne essentiellement les travailleurs non qualifiés appartenant aux secteurs N "Activités de service administratifs et de soutien", Q "Santé et action sociale" et F "Construction".

Elle s'explique par le fait qu'entre mars 2012 et mars 2013, la croissance du salaire moyen a été inférieure à celle du SSM, ce dernier ayant été rehaussé de 1,5% (hors échelle mobile), tandis que c'est l'inverse qui s'est produit entre mars 2011 et

mars 2012, le SSM n'ayant pas été revalorisé. Ainsi,

- Les entrées dans la population des personnes rémunérées au voisinage du SSM, dues au rattrapage, par le nouveau SSM, des salaires légèrement supérieur à l'ancien SSM, ont été plus importantes entre mars 2012 et mars 2013 qu'entre mars 2011 et mars 2012.
- Les sorties de la population des personnes rémunérées au voisinage du SSM, dues à des augmentations de salaire, ont été moins importantes entre mars 2012 et mars 2013 qu'entre mars 2011 et mars 2012.

Tableau 22. - Nombre et proportion de femmes (fonctionnaires exclus) rémunérées au voisinage du salaire social minimum selon le secteur d'activité au 31 mars 2013

Secteur	Femmes	Proportion	Part des Temps pleins
Agriculture, sylviculture et pêche	95	40,9%	76%
Industrie	1 569	29,3%	90%
Energie et eau	45	12,4%	58%
Construction	567	17,6%	73%
Commerce, réparation automobile	6 944	35,0%	80%
Transport et entreposage	418	14,2%	79%
Hébergement et restauration	5 320	61,6%	72%
Information et communication	298	7,7%	79%
Activités financières et d'assurance	383	2,0%	78%
Activités immobilières	188	17,5%	76%
Activités spécialisées, scientifiques et tech.	1 013	8,0%	79%
Activités de services administratifs et de soutien	3 566	32,3%	54%
Administration publique - Enseignement	1 370	11,8%	64%
Santé humaine et action sociale	2 511	10,5%	87%
Arts, spectacles et activités récréatives	109	13,9%	71%
Autres activités de services	1 491	36,8%	82%
Activités des ménages en tant qu'employeur	931	17,5%	45%
Autres	111	16,3%	57%
Total	26 929	20,0%	74%

Au 31 mars 2013, 26 929 femmes, soit 20,0% des femmes salariées (fonctionnaires exclus) présentes sur le marché de l'emploi, ont été rémunérées au voisinage du SSM. Parmi celles-ci, 74% travaillaient à temps plein. Le secteur Hébergement et restauration possède la plus grande proportion de femmes

rémunérées au voisinage du SSM (61,6%). Le secteur Commerce, réparation automobile possède le plus grand nombre de femmes rémunérées au voisinage du SSM (6 944 femmes, soit 26% de l'ensemble des femmes concernées).

Tableau 23. - Nombre et proportion d'hommes (fonctionnaires exclus) rémunérés au voisinage du salaire social minimum selon le secteur d'activité au 31 mars 2013

Secteur	Hommes	Proportion	Part des Temps pleins
Agriculture, sylviculture et pêche	413	44,5%	88%
Industrie	3 020	11,6%	92%
Energie et eau	129	5,7%	95%
Construction	5 812	16,4%	92%
Commerce, réparation automobile	5 698	23,0%	93%
Transport et entreposage	2 318	12,0%	90%
Hébergement et restauration	3 133	40,5%	84%
Information et communication	581	5,4%	85%
Activités financières et d'assurance	537	2,3%	85%
Activités immobilières	224	18,6%	83%
Activités spécialisées, scientifiques et tech.	863	5,3%	85%
Activités de services administratifs et de soutien	2 433	20,9%	82%
Administration publique - Enseignement	1 732	16,2%	84%
Santé humaine et action sociale	1 647	22,4%	97%
Arts, spectacles et activités récréatives	151	14,4%	78%
Autres activités de services	320	21,6%	86%
Activités des ménages en tant qu'employeur	54	30,2%	44%
Autres	109	13,0%	78%
Total	29 174	14,5%	89%

Au 31 mars 2013 29 174 hommes, soit 14,5% des hommes salariés (fonctionnaires exclus) présents sur le marché de l'emploi, ont été rémunérés au voisinage du SSM. Parmi ceux-ci, 89% travaillaient à temps plein. Le secteur Agriculture, viticulture et sylviculture possède la plus grande proportion

d'hommes rémunérés au voisinage du SSM (44,5%). Le secteur de la Construction possède le plus grand nombre d'hommes rémunérés au voisinage du SSM (5 812 hommes, soit 20% de l'ensemble des hommes concernés).

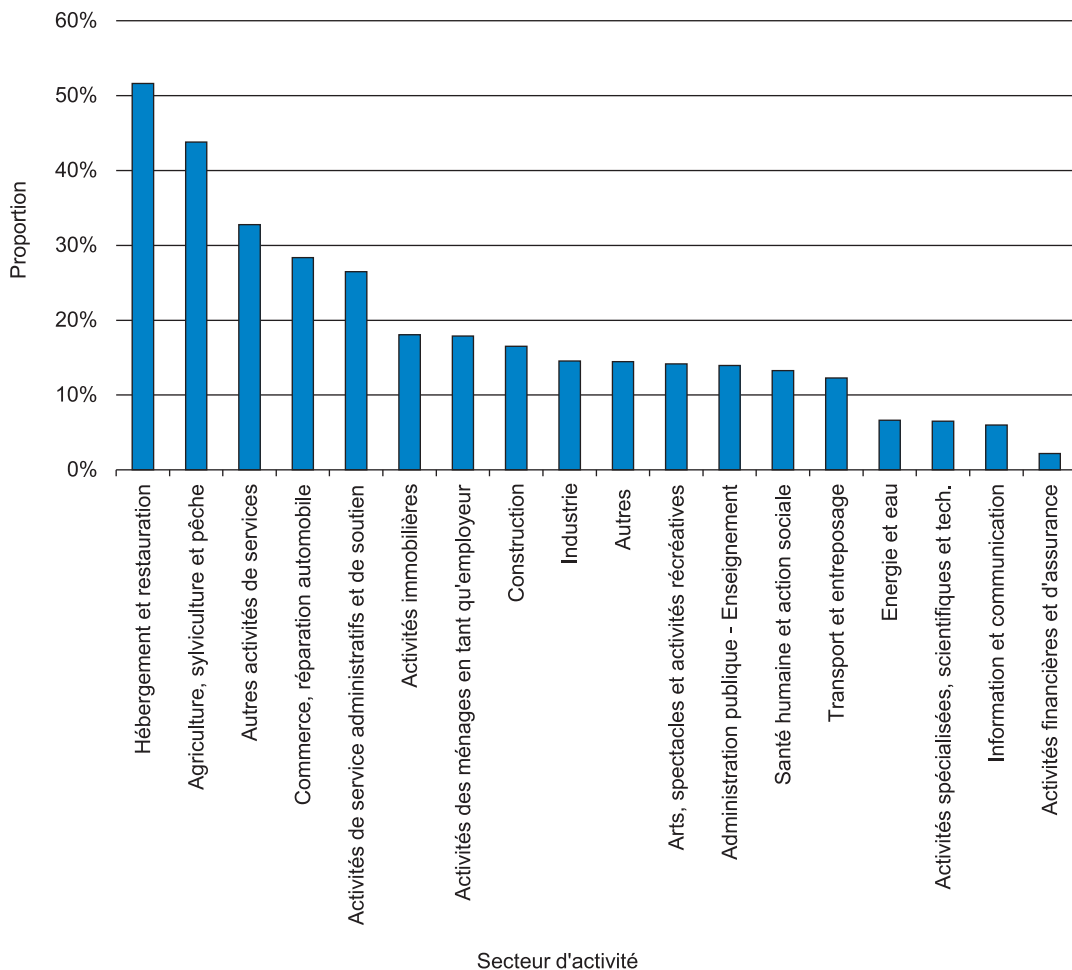
Secteur	Salariés	Proportion	Part des Temps pleins
Agriculture, sylviculture et pêche	508	43,8%	86%
Industrie	4 589	14,6%	91%
Energie et eau	174	6,6%	86%
Construction	6 379	16,5%	90%
Commerce, réparation automobile	12 642	28,3%	86%
Transport et entreposage	2 736	12,3%	88%
Hébergement et restauration	8 453	51,6%	77%
Information et communication	879	6,0%	82%
Activités financières et d'assurance	920	2,2%	82%
Activités immobilières	412	18,0%	80%
Activités spécialisées, scientifiques et tech.	1 876	6,5%	82%
Activités de services administratifs et de soutien	5 999	26,5%	65%
Administration publique - Enseignement	3 102	13,9%	75%
Santé humaine et action sociale	4 158	13,3%	91%
Arts, spectacles et activités récréatives	260	14,2%	75%
Autres activités de services	1 811	32,7%	83%
Activités des ménages en tant qu'employeur	985	17,9%	45%
Autres	220	14,4%	67%
Total	56 103	16,7%	82%

Tableau 24. - Nombre et proportion de salariés hommes et femmes (fonctionnaires exclus) rémunérés au voisinage du salaire social minimum selon le secteur d'activité au 31 mars 2013

Au 31 mars 2013, 56 103 salariés, soit 16,7% des salariés (fonctionnaires exclus) présents sur le marché de l'emploi, ont été rémunérés au voisinage du SSM. Parmi ceux-ci, 82% travaillaient à temps plein. Le secteur Hébergement et restauration possède la plus grande proportion de sala-

riés rémunérés au voisinage du SSM (51,6%). Le secteur Commerce, réparation automobile possède le plus grand nombre (12 642 personnes, soit 23% de l'ensemble des individus concernées) de salariés rémunérés au voisinage du SSM.

Graphique 19. - Proportion de salariés (SU) (hors fonctionnaires) rémunérés au voisinage du salaire social minimum au 31 mars 2013 selon le secteur d'activité



3.2.7. 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 n'est plus égale à 3% du SSM mais à 2% du SSM.

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 salaire social minimum 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 salaire social minimum 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).

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 SMIC que plus de 60% des salariés légalement rémunérés au SMIC perçoivent des compléments de rémunération. Une analyse réalisée par l'IGSS et disponible sous forme de document de travail^{b)} met en valeur le fait que les 60% en question ne sont pas directement transposables au Luxembourg mais peuvent néanmoins être considérés 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.

Pour de plus amples informations ou statistiques concernant la population protégée, veuillez consulter notre site internet www.statsecu.public.lu.

a) Conseil Supérieur de l'Emploi, des Revenus et des Coûts.

b) Réflexions sur le dénombrement des salariés rémunérés au voisinage du salaire social minimum (octobre 2010).





ASSURANCE
MALADIE-MATERNITÉ



1. INTRODUCTION

1.1. LES 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 aux 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 personnels^{a)}. " A cette fin, l'organisation de l'assurance maladie-maternité vise un taux de couverture optimal de la population^{b)} 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 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 aux jeunes femmes de moins de 25 ans...

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 minimum^{c)}.

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

a) *Droit de la sécurité sociale, Luxembourg, 2013 (chapitre 5, page 127).*
http://www.mss.public.lu/publications/droit_securite_sociale/droit2013/droit_2013.pdf

b) *Pour 2011, le taux de couverture pour soins de santé a été estimé à 97,2.*

c) *Le SSM mensuel a été fixé à 1 921,03 EUR (indice courant) au 1^{er} octobre 2013.*

1.2. 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 tous les salariés du secteur privé^{a)} à partir du 1.1.2009, 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*^{b)}, portant réforme du système des soins de santé, 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 cotisations de l'assurance maladie-maternité et supporte 40% des cotisations de l'assurance maladie maternité^{c)}, ainsi qu'une dotation annuelle de 20 millions (provisoirement jusqu'en 2013) pour compenser les frais supplémentaires causés à la CNS du fait de l'intégration des frais de maternité.

Remarque: Ces modifications légales successives affectent la comparabilité de certaines séries statistiques et surtout des données financières annuelles à partir de 2008. Ainsi, suite à la réforme dite du " statut unique ", le volume du budget de l'assurance maladie-maternité a diminué en 2009 en raison d'une baisse des charges pour la gestion des prestations en espèces (en raison d'un transfert de charges vers la mutuelle des employeurs). L'intégration des

prestations de maternité dans le régime général à partir de 2011, affectera une partie des séries statistiques se rapportant aux soins de santé. Elle impacte aussi sur le niveau des cotisations suite au renforcement de l'intervention de l'Etat dans ce domaine. Dans la mesure du possible, tous les biais ou ruptures de série imputables à ces réformes sont mis en évidence dans les statistiques afférentes.

a) *Loi du 13 mai 2008 Mém. A N°60 p. 79 0* <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2008/0060/a060.pdf>
b) <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2010/0242/a242.pdf>
c) (Art 31.1 CSS).

1.3. MAINTENIR LA 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.

Les effets de la crise financière et économique de 2009/2010 avaient fait apparaître certaines carences et notamment des problèmes de viabilité financière du système de santé dont la dernière réforme structurelle remontait à 1992. Les caractéristiques principales du système sont le conventionnement obligatoire des prestataires de soins, une médecine libérale jouissant d'une liberté thérapeutique et d'une liberté de prescription quasiment illimitée, et un secteur hospitalier budgétisé, basé essentiellement sur l'offre. Le tout, combiné au principe du libre choix du prestataire par le patient, est conçu pour garantir un accès égal et équitable à l'offre de soins pour toute la population.

Le Gouvernement issu des élections de juillet 2009, tout en voulant préserver un système de santé fondé sur la solidarité nationale, l'équité et l'accessibilité des soins, a voulu alors développer la qualité de la prise en charge par la *promotion des soins primaires*, par une meilleure *complémentarité des services hospitaliers* ainsi que par la *mise en place de filières de soins coordonnées*. Il visait également dans son programme *l'amélioration de la documentation médicale* et la structuration du dossier patient et préconisait une *maîtrise de l'évolution du coût global* de l'assurance maladie maternité par une concentration des ressources et un meilleur pilotage du système.

La **réforme du secteur de la santé** a été votée le 17 décembre 2010. Les **années 2011 à 2013** ont été caractérisées par l'implémentation de cette réforme qui comporte deux volets. Le premier visait le court terme et devait pallier aux 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 réformes structurelles amorcées :

L'introduction 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*. Une *commission d'évaluation*, se composant de membres désignés par l'AMMD et la CNS, accompagnera le dispositif médecin référent à partir de la phase de démarrage pour une durée de trois ans.

La nomenclature médicale prévoit deux niveaux d'intervention du MR : le premier concerne les patients adultes âgés de moins de 70 ans et, le deuxième niveau vise les patients atteints de pathologies chroniques graves ou les personnes âgées de 70 ans et plus, nécessitant un suivi plus soutenu.

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 60 quater du CSS), géré par " l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé ". L'Agence a commencé son déploiement début 2012 avec une priorité visant le dossier partagé à l'intention du médecin référent. Une autre de ses missions concerne l'interopérabilité des systèmes d'informations de santé.

Parallèlement, la **dématérialisation des informations** concernant les contacts patients / prestataires (facturation des actes et services, prescriptions, certificats de maladie etc..) sera un des chantiers importants en ce qui concerne les relations entre les prestataires et la CNS. En effet la transmission électronique de ces données par les prestataires quasiment en temps réel, évitera au niveau de la CNS, la saisie manuelle des données. Les procédures actuelles de transmission d'informations sur support papier, outre le fait qu'elles nécessitent beaucoup de ressources, surtout au niveau CNS, comportent un potentiel non négligeable d'erreurs ou d'imprécisions.

L'amélioration de la documentation hospitalière représente un point essentiel de la réforme. La mise en œuvre de la *Directive de soins de santé transfrontaliers*, fixée au 25 octobre 2013, ne fait que renforcer l'urgence d'un aboutissement rapide de ce dossier.

Ce projet en cours de réalisation, introduit l'extension généralisée du codage sur au moins 4 positions des diagnostics principaux et supplémentaires dans la classification ICD10^{a)}. En ce qui concerne la classification des actes médicaux, ce sera la CCAM^{b)}, d'origine française mais adaptée au contexte luxembourgeois, qui a été adoptée.

Parallèlement l'engagement de médecins DIM^{c)} dans les hôpitaux ainsi que des procédures pré-

vues de validation des données en interne et en externe, vont permettre de promouvoir la qualité de la documentation médicale de manière importante.

Tout en maintenant le financement budgétisé du **secteur hospitalier**, la réforme avait instauré de nouveaux mécanismes, tels que l'établissement des budgets sur deux ans et l'introduction d'une *enveloppe budgétaire globale*. Pour 2011 et 2012, la progression de l'enveloppe budgétaire globale avait été fixée par voie légale. Sur base d'un rapport de l'IGSS, le Conseil de Gouvernement avait fixé en septembre 2012, une croissance nominale maximale de l'enveloppe budgétaire pour 2013 et 2014 respectivement à 3,5% et 3%. En 2014 un nouveau rapport proposera la croissance préconisée pour 2015 et 2016.

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. 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. Il est prévu toutefois de combler cette lacune rapidement.

Le développement organisationnel du secteur hospitalier. Un premier volet de la réforme du système de santé avait visé le court terme en recadrant les automatismes de croissance pour pallier aux effets immédiats de la crise. Or, le deuxième volet, qui prévoit des réformes structurelles dans une démarche qualité, efficience, financement durable et transparence, évolue très lentement. Pourtant il ressort de l'avis de la CNS et de la CPH^{d)} concernant le " Rapport prévisionnel des établissements hospitaliers " 2012, ainsi que de l'avis récent de la CPH sur l'avant-projet du " Plan Hospitalier ", que tous les acteurs impliqués se prononcent en faveur d'une réforme structurelle du secteur hospitalier.

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

b) <http://www.ccam.sante.fr>

c) Département d'Information Médicale.

d) Commission permanente pour les hôpitaux.

Les dossiers en attente ou en préparation :

- L'avant-projet plan hospitalier : Il devrait permettre la concentration des services, le développement et la consolidation des *centres de compétences* afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins. D'autre part il devra promouvoir le *développement de la chirurgie ambulatoire*, domaine où le Luxembourg affiche un retard important.
- Le projet de RGD introduisant le *médecin coordinateur* à l'hôpital, a été avisé positivement par le Conseil de Gouvernement.
- Le dossier hospitalier standardisé devrait être mis en route rapidement.
- Le règlement 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.
- *Centres de compétences* : La procédure à suivre pour l'obtention, la prolongation et le retrait de l'autorisation (art 26 bis loi hospitalière) reste à définir.
- Comme l'année passée on constate que des projets de développement de démarches communes gérés par la FHL^{a)}, concernant notamment les activités des laboratoires d'analyses médicales ou la gestion informatique, ne progressent pas.

Ces problématiques ne peuvent être dissociées de la *révision des nomenclatures* et tout particulièrement de la nomenclature médicale.

Pour les *laboratoires en milieu ambulatoire* aussi, il est urgent de procéder à une révision de la nomenclature correspondante. En effet l'abolition de la règle des 12 paramètres par ordonnance, a mené à une explosion des coûts du secteur des laboratoires privés, démontrant la non-adéquation de la nomenclature actuelle au développement technologique et des activités de ce secteur.

Les *conventions avec les prestataires de soins*, actuellement sous révision, concernent les médecins et les laboratoires. La convention avec la FLH a été signée le 21 décembre 2012^{b)}. En ce qui concerne la convention avec l'AMMD, le délai maximum de 18 mois, fixé à l'article 12 de la loi du 17 décembre 2010, a commencé à courir à

partir du début 2012 de sorte que la procédure normale de négociation aurait dû aboutir vers le mois de juillet 2013. Les deux parties ont convenu de prolonger ce délai de 6 mois, afin de pouvoir approfondir certaines thématiques. Les négociations entre la CNA et la FLLAM se poursuivent également.

Dans le domaine pharmaceutique, les travaux de préparation de l'*ouverture cadrée à la pratique de la substitution* sont achevés. La direction de la Santé a établi, sur base de la classification ATC^{c)}, 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 est en train d'être adaptée pour tenir compte des procédures de substitution et la mise en route du dispositif est prévu pour la fin du 1er trimestre 2014.

La réforme prévoyait encore divers autres points :

- 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. Toutefois en ce qui concerne les dispenses de travail accordées aux femmes enceintes, on constate une évolution inégale selon les secteurs économiques. Une évaluation récente de l'IGSS de la dotation annuelle forfaitaire de 20 millions euros, versée par l'Etat à la CNS à titre de compensation jusqu'en 2013, (suite à l'incorporation des prestations de maternité dans le régime général) a conclu à un manque à gagner estimé à 42 millions euros pour l'exercice budgétaire 2014 de la CNS.

La réforme a été également caractérisée par un paquet important de *mesures financières introduites*, soit par la loi du 17 décembre 2010, soit opérées en parallèle au niveau de la CNS. L'approche consistait d'un côté dans une restriction de certaines dépenses de la CNS combinée à une augmentation limitée des cotisations. De l'autre côté la mise en œuvre des réformes structurelles devait à moyen terme freiner la croissance des dépenses du système de soins de santé et les mettre en phase avec la croissance économique du pays.

a) Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois.

b) <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2013/0030/a030.pdf>

c) ATC : Anatomical Therapeutic Chemical classification system.

L'analyse des données conjoncturelles et financières actuellement disponibles, permet de retenir les tendances et conclusions suivantes:

Des mesures intermédiaires à court terme, demandant des sacrifices aux uns et aux autres, assorties à une augmentation du taux de cotisation et une réduction, limitée dans le temps, du niveau de la réserve, ont permis de désamorcer une situation financière très critique en 2011 et 2012.

Même si la situation économique semble se stabiliser en 2013, l'équilibre budgétaire restera fragile pour les années à venir en raison de l'évolution peu dynamique des revenus soumis à cotisation et d'une croissance significative du taux de chômage. Si on veut progresser sur des bases plus solides il faut donc renforcer la gouvernance du système par une implémentation rapide et conséquente des réformes structurelles amorcées.

Si certains chantiers concernant comme la documentation hospitalière et la comptabilité analytique hospitalière sont déjà bien entamés, ce n'est pas de même en ce qui concerne la modernisation des nomenclatures, et la restructuration du secteur hospitalier. Pour mener à bien ce dernier volet majeur du projet de réforme, il faudra aussi consolider le cadre légal notamment en ce qui concerne la loi hospitalière.

Les autres chantiers importants liés au domaine de la santé :

On peut citer deux projets de loi qui, bien que finalisés dans les délais utiles, n'ont pas pu être votés en raison des élections anticipées d'oc-

tobre 2013. Ces projets de loi très importants concernent :

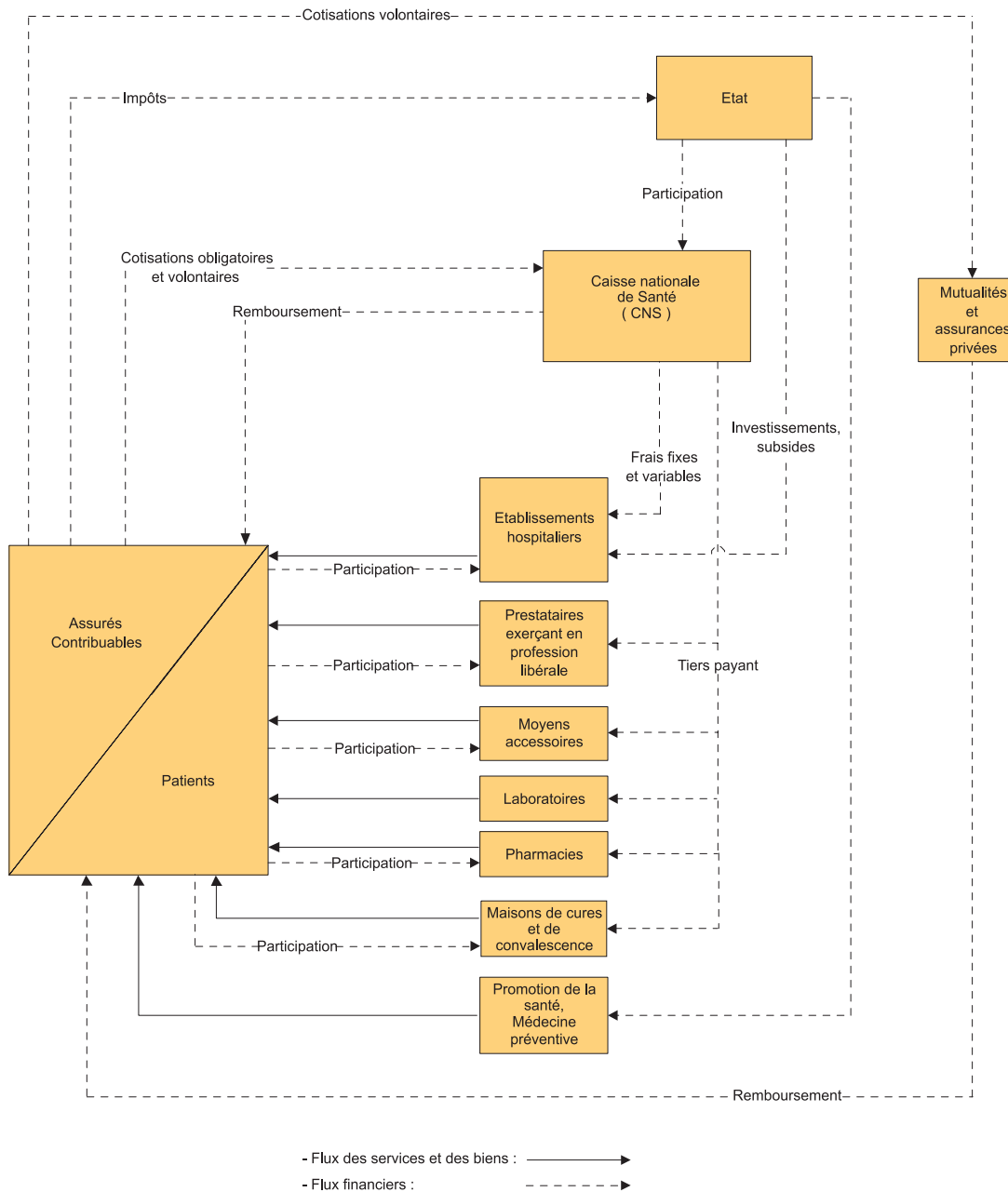
La transposition en droit national de la *directive de soins de santé transfrontaliers*. Le délai de transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers a expiré le 25 octobre 2013. Contrairement aux règlements communautaires, les directives nécessitent une transposition dans des dispositions législatives, réglementaires et administratives nationales, dans un délai déterminé. A noter que certains aspects comme la transparence des coûts des traitements hospitaliers, ont été anticipés dans le cadre de la réforme de 2010 (projet de comptabilité analytique).

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.

- Une partie des droits et obligations prévues par la directive se trouve déjà consacrée dans des textes de loi actuels, d'autres principes sont inscrits dans le projet de loi n°6469 relatif aux **droits et obligations du patient**, qui lui aussi attend d'être soumis au vote du parlement.

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 2013



Source: IGSS Luxembourg 2013.

2. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

La section " ressources humaines " comporte 4 volets :

- 1) Ce volet donne un aperçu sur l'emploi dans le secteur de la santé, toutes professions confondues. Il est décliné par type de prestataire : hôpitaux, prestataires de soins ambulatoires (médecins, autres professions de santé), établissements et réseaux d'aides et de soins travaillant dans le domaine de l'assurance dépendance, administrations, etc.
- 2) **L'évolution démographique des 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.
- 3) **Les autres professions de santé :** Cette partie concerne toutes les autres professions de santé en-dehors des médecins.
- 4) **Les hôpitaux :** On y trouve des informations concernant l'évolution du paysage hospitalier, les salariés de ce secteur et les médecins hospitaliers.

2.1. EVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE GLOBALE

Dans cette sous-section on présente l'évolution globale de l'emploi dans le secteur de la santé pour la période de 2010 à 2012.

Sources et méthodes :

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

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

- la nomenclature des fonctions de soins de santé (ICHA^{b)}-HC) ;
- la nomenclature des prestataires de soins de santé (ICHA-HP 2) ;
- la nomenclature des sources de financement (ICHA-HF 2).

La nomenclature des prestataires de soins de santé a pour but de classer les établissements de soins de santé spécifiques à chaque pays dans des catégories communes, comparables à l'échelle internationale, et de fournir des outils permettant de relier les statistiques sur les res-

sources humaines dans le secteur de la santé aux données financières du Système de Comptes de la Santé. Elle permettra de suivre plus précisément les effectifs en personnel de santé et leurs qualifications d'où il résultera une meilleure estimation des frais de personnel et des coûts y relatifs.

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

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

a) Classification internationale développée par l'OCDE.

b) ICHA: International Classification of Health Accounts.

De plus, la nomenclature ICHA_HP s'écarte des systèmes habituels de classification des branches d'activité dans la mesure où elle inclut les ménages privés (par exemple les aidants informels dans le cadre de l'assurance dépen-

dance), considérés comme prestataires de services médicaux à des personnes malades, invalides ou âgées, ainsi que la médecine du travail.

Résultats et analyse

Les statistiques sur le personnel effectif du secteur de la santé au Luxembourg sont établies au

31 mars de chaque année et présentées dans le tableau suivant.

Code ICHA ²⁾	Prestataires de soins de santé	2010	2011	2012	2010/11	2011/12
HP.1	Hôpitaux ³⁾	8 094	8 144	8 113	0,6%	-0,4%
HP.2	Maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement ⁴⁾	5 246	5 549	5 863	5,8%	5,7%
HP.3	Prestataires de soins ambulatoires ⁵⁾	8 114	8 305	8 475	2,4%	2,0%
HP.4	Détaillants et autres distributeurs de biens médicaux ⁶⁾	2 127	2 092	2 052	-1,6%	-1,9%
HP.5	Fourniture et gestion de programmes de santé publique ⁷⁾	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
HP.6	Administration générale de la santé et assurance maladie ⁸⁾	1 088	1 186	1 505	9,0%	26,9%
HP.7	Autres prestataires de services de santé (reste de l'économie) ⁹⁾	402	417	428	3,7%	2,6%
HPM.1	Prestataires de soins de santé connexes ¹⁰⁾	343	323	276	-5,8%	-14,6%
Emploi Santé		25 414	26 016	26 712	2,4%	2,7%
Emploi total		361 300	371 827	381 847	2,9%	2,7%
En % du total		7,0%	7,0%	7,0%		

Tableau 1. - Evolution démographique des prestataires de soins de santé au Luxembourg ¹⁾

Source : calcul IGSS.

- 1) Situation au 31 mars.
- 2) ICHA - International Classification of Health Accounts.
- 3) Cette catégorie regroupe les hôpitaux et établissements spécialisés tels qu'ils sont définis dans le Plan Hospitalier National.
- 4) Cette catégorie regroupe essentiellement des prestataires offrant des services dans le cadre de l'assurance dépendance. Il est notamment question des CIPA et maisons de santé.
- 5) Cette catégorie regroupe les médecins et autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, infirmiers, etc.) en exercice libéral, les centres de jours, laboratoires d'analyse médicale, les services d'ambulance et les prestataires de services de soins à domicile.
- 6) Cette catégorie regroupe les pharmacies, opticiens, bottiers-orthopédistes, orthopédistes-bandagistes et magasins d'appareils auditifs ou médicaux.
- 7) Cette catégorie regroupe les personnes impliquées dans l'organisation et le bon fonctionnement de programmes de santé public nationaux (programme mammographie, programme de vaccination, etc.) ; une donnée faisant défaut actuellement.
- 8) Cette catégorie regroupe les personnes travaillant dans les ministères de santé, de la sécurité sociale et de la famille, les organismes de la sécurité sociale.
- 9) Cette catégorie regroupe la médecine de travail, les aidants informels et toute autre personne physique n'ayant pas pu être classée dans les 6 autres groupes de prestataires.
- 10) Cette catégorie regroupe la recherche et le développement, l'éducation et la formation du personnel de santé, les contrôles sanitaires, l'hygiène du milieu, les services sociaux en faveur des personnes malades et handicapées et l'administration et le paiement de prestations en espèces.

L'emploi recensé dans le secteur de la santé en 2011 et 2012 représente 7,0% de l'emploi total au Luxembourg. Ce taux est plus ou moins constant depuis 2004.

Il n'est toutefois pas exhaustif dans la mesure où il ne comprend pas le personnel occupé dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de santé publique. On n'y recense pas non plus les personnes travaillant en sous-traitance dans des

domaines qui ne relèvent pas de l'activité centrale de l'hôpital et qui sont donc classées dans une autre catégorie NACE. En effet, tous les établissements hospitaliers et aussi certaines maisons de soins ont recours, dans des proportions variables, à des travaux de sous-traitance en ce qui concerne la logistique ou d'autres tâches qui ne relèvent pas de l'activité centrale.

Tableau 2. - Pourcentage (hors HP.5) des personnes employées dans le secteur de la santé selon la classification des prestataires de soins de santé ¹⁾

Code ICHA ²⁾	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.M.1	Total
2010	31,8%	20,6%	31,9%	8,4%	p.m.	4,3%	1,6%	1,3%	100,0%
2011	31,3%	21,3%	31,9%	8,0%	p.m.	4,6%	1,6%	1,2%	100,0%
2012	30,4%	21,9%	31,7%	7,7%	p.m.	5,6%	1,6%	1,0%	100,0%

Source : calcul IGSS.

1) Situation au 31 mars.

2) ICHA - International Classification of Health Accounts (pour les explications détaillées voir tableau précédent).

Le tableau ci-avant met en évidence que depuis 2010 les prestataires de soins ambulatoires (médecins, médecins-dentistes, autres professionnels de santé, etc.) représentent avec 31,7% la part la plus importante de l'emploi santé en 2012.

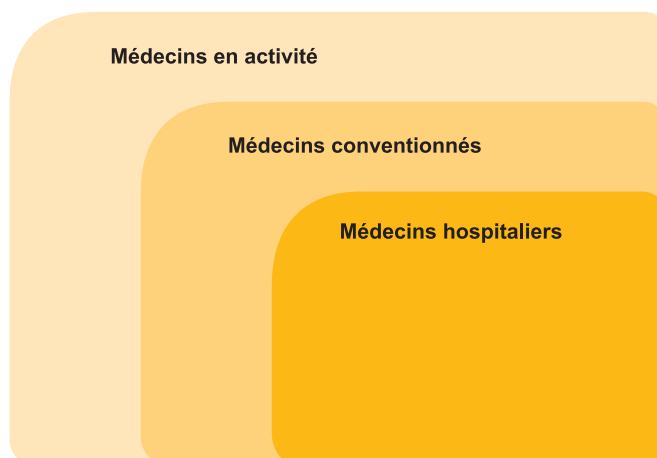
Les établissements d'aides et de soins, qui appartiennent au domaine de l'assurance dépen-

dance, occupent le 3^e rang en termes de ressources humaines.

Ces trois branches (hôpitaux, établissements de soins et prestataires de soins ambulatoires) regroupent 84% du total de l'emploi recensé dans le secteur de la santé en 2012.

2.2. LES MÉDECINS

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



Sources et méthodes:

Les statistiques concernant les *médecins en activité* proviennent de la base de données des 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. ^{a)} 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...).

La base de données "prestataires" de la sécurité sociale est gérée par la Caisse Nationale de Santé (CNS) et repose également sur des données administratives. Elle concerne tous les *mé-*

decins conventionnés, (salariés et non-salariés), qui exercent une activité médicale opposable à la sécurité sociale et qui disposent d'une autorisation d'exercer accordée par le Ministère de la Santé. La méthodologie concernant l'établissement des statistiques démographiques ou liées à l'activité médicale, établies à partir de cette base de données, est développée plus amplement ci-après.

Le fichier des *médecins hospitaliers* est géré par l'IGSS. Contrairement aux deux bases de données précédentes, il ne repose pas sur des données administratives mais sur un recensement annuel du nombre des médecins (libéraux ou salariés) agréés au 1er janvier auprès des établissements hospitaliers aigus. Ces données sont ventilées par âge, sexe et spécialité médicale.

a) http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/compilation/code_sante/SOMMAIRE_VOLUME_2.pdf

2.2.1. Les médecins en activité

Le tableau ci-après donne un aperçu global des médecins en activité en 2012.

Il opère une distinction entre les médecins qui traitent les patients (médecins conventionnés) et les médecins qui travaillent dans d'autres domaines du secteur de la santé (p.ex. médecins

occupés dans les laboratoires, médecins administratifs, médecins du travail).

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

Fonction / spécialité	Hommes	En % du total	Femmes	En % du total	Hommes et Femmes	En % du total
Médecins conventionnés ¹⁾	1 340	93,7%	640	87,8%	1 980	91,7%
<i>Médecins généralistes</i>	277	19,4%	164	22,5%	441	20,4%
<i>Médecins spécialistes</i>	745	52,1%	298	40,9%	1 043	48,3%
<i>Dentistes et stomatologues</i>	285	19,9%	150	20,6%	435	20,1%
<i>Médecins en voie de spécialisation</i>	33	2,3%	28	3,8%	61	2,8%
Autres médecins en activité ²⁾	90	6,3%	89	12,2%	179	8,3%
TOTAL GENERAL	1 430	100,0%	729	100,0%	2 159	100,0%

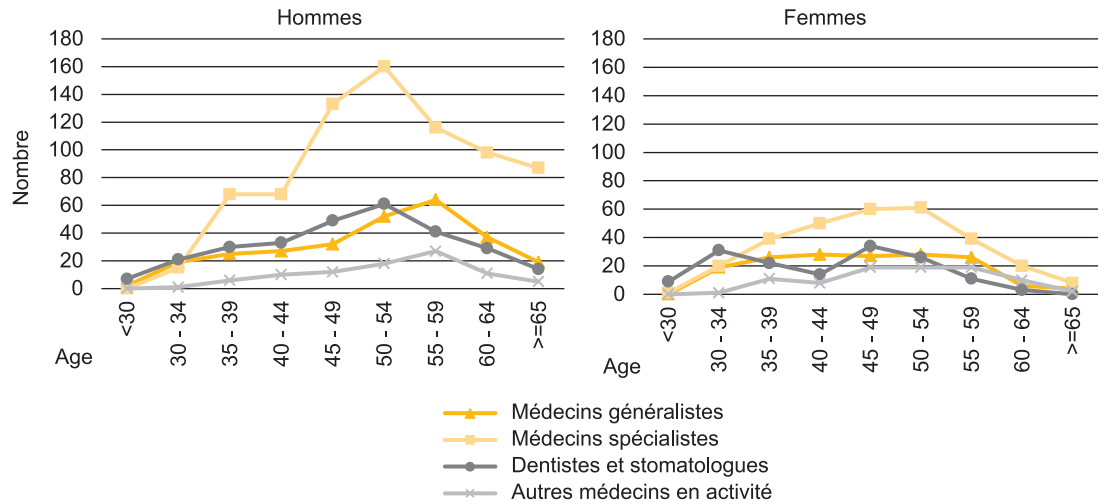
1) *Médecins prodiguant des soins ou services aux patients (fonction de soins de santé individuels).*

2) *Médecins occupés dans les laboratoires, médecins administratifs, médecins du travail.*

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

Tableau 3. - Les médecins en activité en 2012 : répartition selon la spécialité, le sexe et la fonction (unité : personnes physiques)

Graphique 2. - Répartition des médecins en activité par spécialité, par sexe et par groupes d'âge en 2012 (unité : personnes physiques)



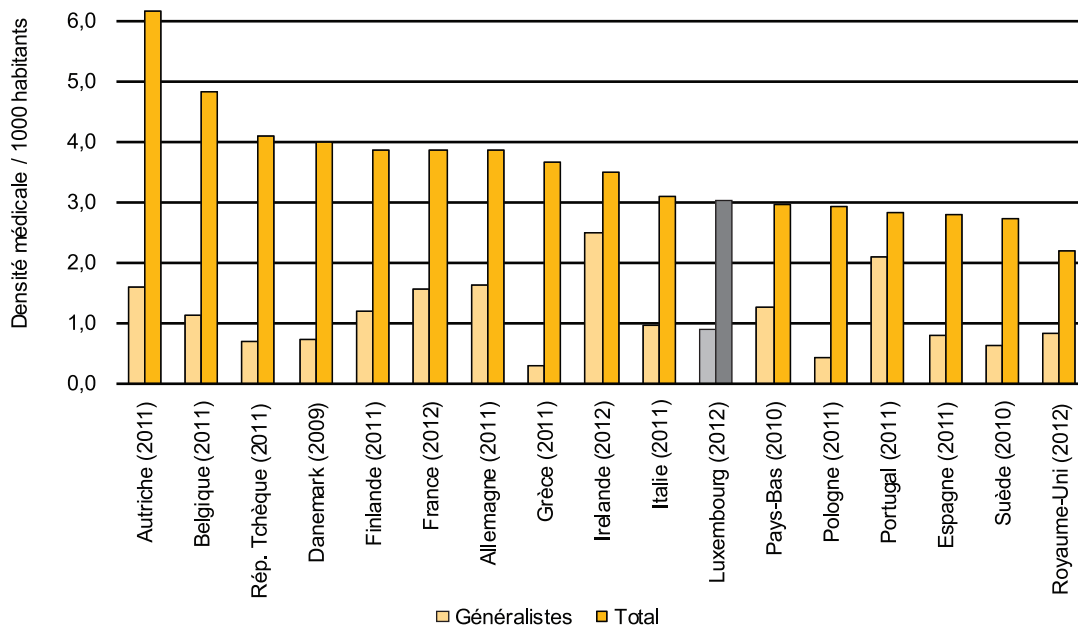
Source: base de données Ministère de la Santé, base de données "prestataires" de la sécurité sociale.

La démographie médicale 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 médicale 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 3. -
 Comparaison de la densité médicale dans différents pays européens en 2011 et 2012 : médecins généralistes et total des médecins¹⁾

1) Source: OCDE iLibrary 2013.

2.2.2. 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. Pour cette raison 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 les statistiques concernant les actes médicaux.

Les statistiques concernant les médecins conventionnés : sources et méthodes

- *Données démographiques :*

Source : fichiers MS et CNS

Les statistiques concernant les médecins conventionnés proviennent de la base de données du Ministère de la Santé, complétées par des informations provenant de la CNS. Seuls les médecins conventionnés actifs sont pris en compte. Cette population est ensuite subdivisée en médecins généralistes, médecins spécialistes et médecins dentistes (stomatologues inclus). Les médecins administratifs sont écartés.

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

Pour les besoins des statistiques démographiques ci-après, on compte le nombre de médecins au 31 décembre.

- *Honoraires médicaux :*

Source : fichiers CNS

Contrairement aux données démographiques, qui prennent en compte tous les médecins en activité et conventionnés, les statistiques concernant les honoraires médicaux englobent les médecins conventionnés à condition que leur activité soit significative. (Critères: activité étendue sur toute l'année ; niveau des honoraires dépassant le SSM^{a)} par mois, et 4 957 EUR à l'indice 100 par an).

Les personnes considérées sont âgées entre 25 et 70 ans.

a) *Salaire social minimum.*

Les actes médicaux sont recensés par rapport à l'année de leur prestation. Ils sont attribués aux médecins en fonction de leur spécialité et non pas en fonction du classement des actes dans la nomenclature. La spécialité du médecin est en principe celle pour laquelle il a obtenu en dernier lieu une autorisation d'exercer.

Les chiffres concernant l'exercice le plus récent sont à considérer comme données provisoires.

Des caractéristiques spécifiques d'une spécialité (moyenne d'honoraires ou données par rapport au sexe et à l'âge) ne sont pas publiées, si ce groupe de médecins compte en moyenne annuelle moins de 2 personnes.

Les statistiques concernant les honoraires médicaux portent uniquement sur les activités médicales opposables à l'assurance maladie et ne comprennent ni les prestations servies à des personnes non affiliées à l'assurance maladie, ni des suppléments tarifaires ou des prestations qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie.

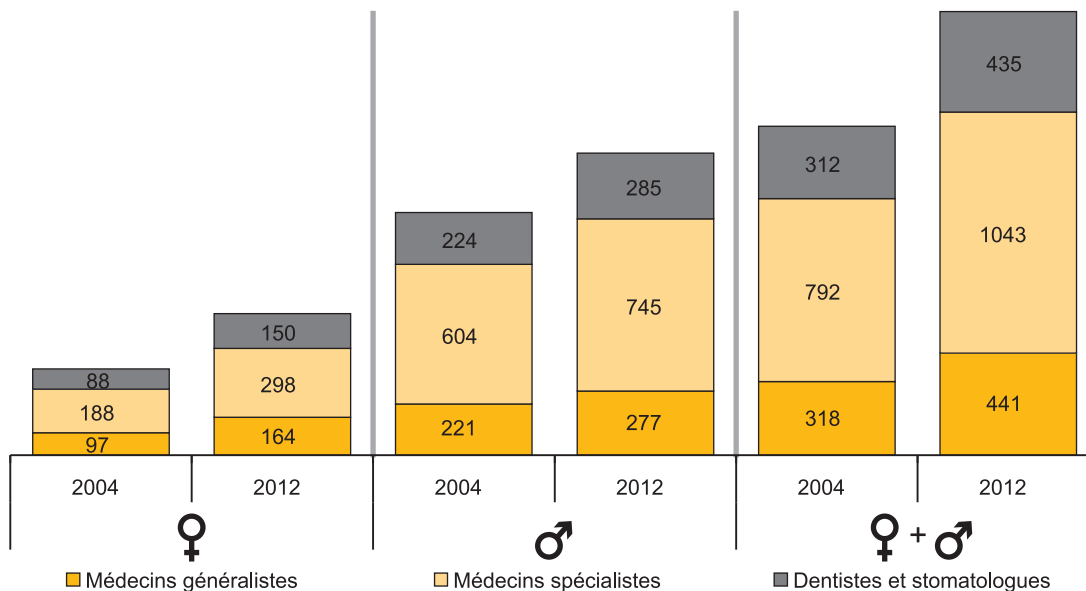
Elles ne permettent pas non plus de tirer des conclusions fiables quant aux revenus des médecins dans leur globalité ou par spécialité, étant donné que les frais professionnels peuvent varier fortement selon la spécialité.

- *Revenus des médecins :*

Ces statistiques ont été élaborées conformément à une méthodologie préconisée par l'OCDE et sont donc comparables à un niveau international.

Elles sont basées sur le revenu professionnel avant impôts des médecins qui correspond à la différence entre les recettes professionnelles et les dépenses d'exploitation (frais de personnel, amortissements, loyers, ...).

Evolution démographique des médecins conventionnés



Graphique 4. - Evolution du nombre de médecins par catégorie et sexe de 2004 à 2012

L'évolution du nombre des médecins au cours de la dernière décennie montre bien l'avancée féminine. En effet, entre 2004 et 2012 la part des femmes a augmenté de 26,2% à 31,9% pour l'en-

semble des médecins, de 30,5% à 37,2% pour les généralistes, de 28,2% à 34,5% pour les dentistes et de 23,7% à 28,6% pour les spécialistes.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Taux de variation annuelle moyenne 2006/2013
Total médecins agréés ³⁾	757	778	839	838	859	888	907	984	3,8%
Internes ⁴⁾	91	50	84	32	49	49	51	63	-5,1%
Total médecins agréés + internes	848	828	923	870	908	937	958	1 047	3,1%

Tableau 4. - Evolution démographique des médecins hospitaliers de 2006 à 2013 ¹⁾²⁾ (unité : personnes physiques)

1) Au 1 janvier de l'année.

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

3) Elimination de doubles comptages pour médecins exerçant dans plusieurs hôpitaux.

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

Les honoraires^{a)} 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 5. - Evolution de la masse des honoraires des médecins en 2004, 2011 et 2012 (en millions EUR)

	2004	2011	2012	Variation en % 2011/12	Taux moyen de variation 2004/12
Médecins généralistes	41,3	58,9	61,5	4,5%	5,1%
Médecins spécialistes	163,8	223,6	235,0	5,1%	4,6%
Dentistes et stomatologues	79,8	119,8	125,0	4,3%	5,8%
Total des médecins	284,9	402,3	421,5	4,8%	5,0%

Source : bases de données de la sécurité sociale.

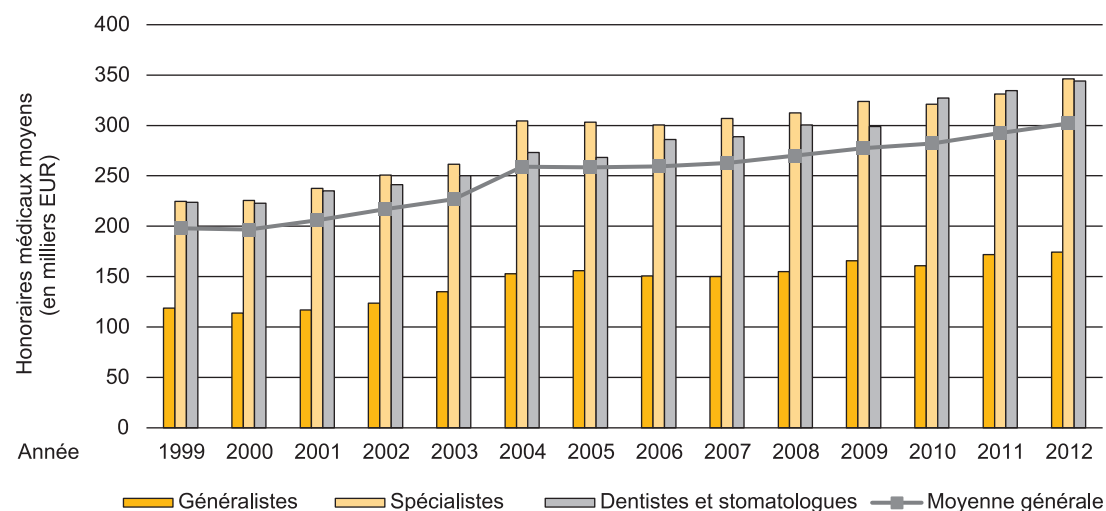
Les tableaux et graphiques suivants présentent l'évolution de la moyenne des honoraires médicaux, déclinée par catégorie, groupes d'âge et sexe.

La croissance pour 2012 des honoraires médicaux a été de 3,3% en moyenne générale. Les honoraires des spécialistes ont évolué de 4,5%,

ceux des généralistes de 1,5%. Les honoraires des dentistes ont connu une augmentation de 2,9%.

Les honoraires moyens des médecins spécialistes et des médecins dentistes représentent quasiment le double de ceux des médecins généralistes.

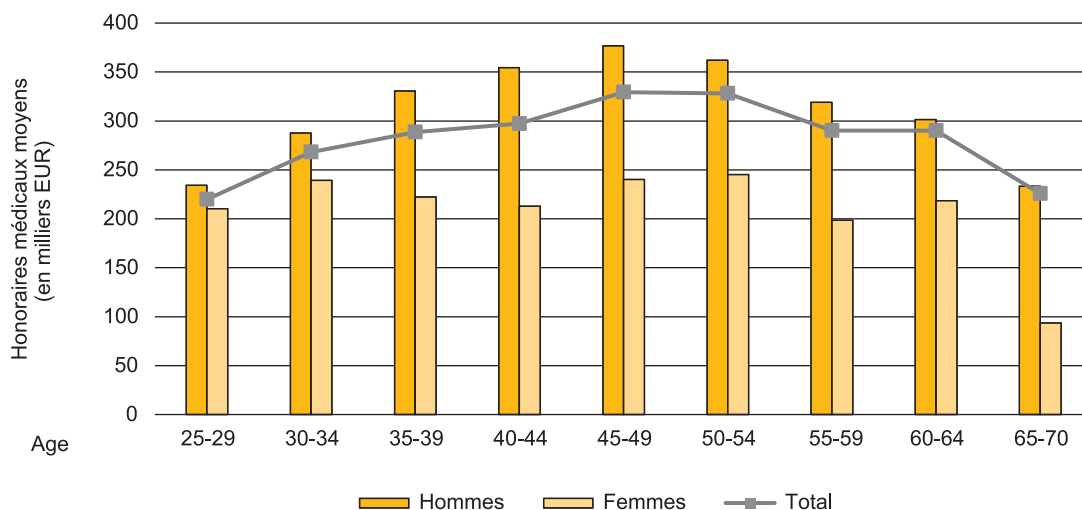
Graphique 5. - Honoraires médicaux : moyenne par catégorie (en milliers EUR)



a) Honoraires nets remboursés.

Le graphique ci-après, qui reproduit le montant moyen des honoraires ventilé par âge et sexe, montre qu'il y a également des différences no-

tables 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.

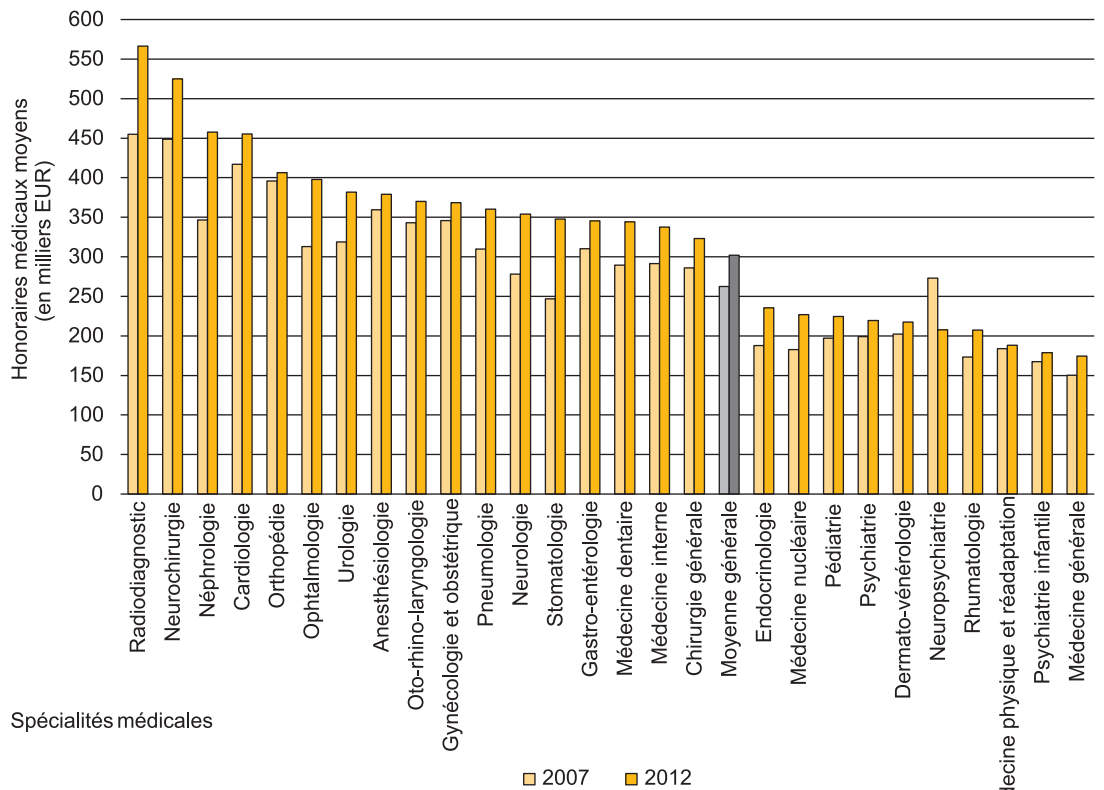


Graphique 6. - Répartition des honoraires médicaux moyens par groupes d'âge et par sexe en 2012 (en milliers EUR)

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 7. - Evolution entre 2007 et 2012 des moyennes d'honoraires par spécialité médicale ¹⁾²⁾



1) Les spécialités médicales telles que l'hématologie où le nombre de médecins praticants <2, n'apparaissent pas dans le graphique. Elles ont cependant été considérées dans le calcul de la moyenne générale.
 2) Honoraires nets remboursés.

Les moyennes des honoraires par spécialité ne permettent pas de préjuger des revenus moyens gagnés dans une spécialité déterminée. Elles sont incomplètes car les honoraires indiqués ne comprennent pas les revenus gagnés hors sécurité sociale (dépassements de tarifs et soins non pris en charges par la sécurité sociale). D'un autre côté on ne dispose dans ce contexte pas d'indi-

cations concernant les frais professionnels qui peuvent varier fortement selon la spécialité et selon le fait que le médecin dispose d'un cabinet privé ou exerce exclusivement dans l'enceinte de l'hôpital, dans la mesure où les frais d'investissements et de fonctionnement sont financés entièrement par le budget de l'hôpital.

Les revenus moyens des médecins

Le tableau suivant retrace l'évolution des revenus bruts annuels^{a)} des médecins par catégorie et par sexe.

	2003			2006 ¹⁾		
	Hommes	Femmes	TOTAL	Hommes	Femmes	TOTAL
Médecins libéraux						
Médecins généralistes	114 890	69 249	101 248	135 300	84 501	119 738
Médecins spécialistes	219 916	147 107	204 107	277 102	176 974	254 107
Médecins dentistes	151 671	102 689	137 482	176 737	128 537	162 402
TOTAL Médecins libéraux	177 697	110 799	160 532	219 339	136 429	197 299
Variation annuelle moyenne en %				7,3%	7,2%	7,1%
Médecins salariés						
Médecins généralistes	81 183	77 520	79 090	112 116	108 937	110 703
Médecins spécialistes	150 219	98 760	136 524	171 081	108 671	153 555
Médecins dentistes	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
TOTAL médecins salariés	148 016	96 463	133 455	168 401	108 694	151 066
Variation annuelle moyenne en %				4,4%	4,1%	4,2%
Médecins libéraux et salariés						
Médecins généralistes	114 366	69 639	100 690	134 726	85 575	119 461
Médecins spécialistes	206 812	135 871	190 720	256 137	160 305	233 105
Médecins dentistes	151 671	102 689	137 482	176 737	128 537	162 402
TOTAL Médecins libéraux et salariés	174 438	109 031	157 464	213 261	132 748	191 617
Variation annuelle moyenne en %				6,9%	6,8%	6,8%

Tableau 6. - Evolution des revenus moyens annuels bruts des médecins par catégorie, statut (libéral ou salarié) et sexe de 2003 à 2006 (en EUR)

Source : IGSS.

1) Les montants concernant l'année 2006 sont provisoires et probablement sous-estimés.

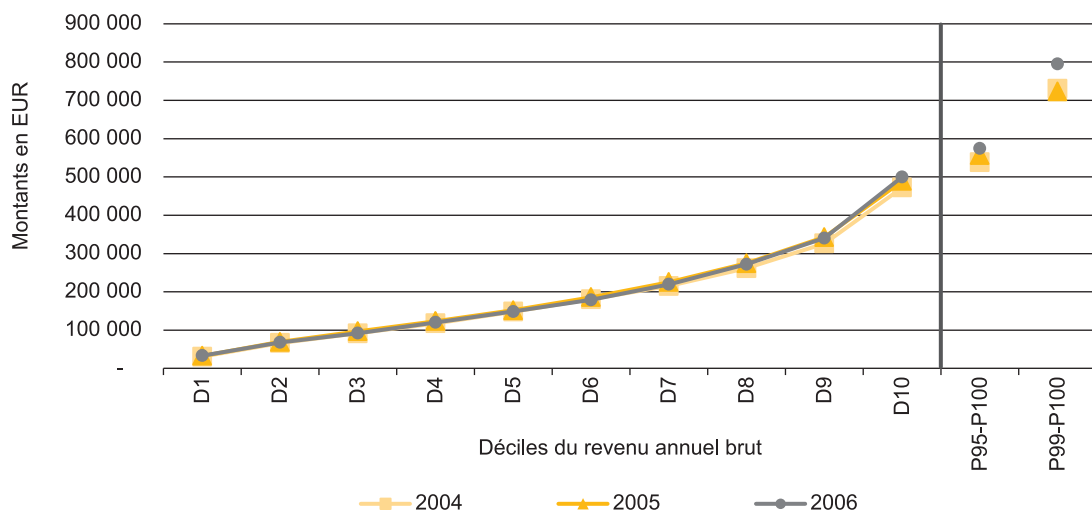
Remarque : Etant donné que la durée de travail n'est pas mesurable auprès des médecins libéraux, il n'est pas possible de comparer directement les revenus des médecins libéraux et salariés.

Les recettes professionnelles des médecins varient essentiellement en fonction: du nombre d'actes médicaux, de l'évolution des tarifs médicaux relevant de la nomenclature des actes médicaux (dont les tarifs pour la location d'appareils) et d'activités médicales soumis au financement

privé. Parmi les dépenses d'exploitation (frais de fonctionnement du cabinet privé, ou autres frais liés à l'activité) on retrouve notamment les frais de personnel, amortissements, loyers, fournitures, primes d'assurance,

a) Les revenus bruts professionnels des médecins non-salariés correspondent à la différence avant impôts entre les recettes professionnelles et les dépenses d'exploitation.

Graphique 8. - Médecins libéraux : répartition par déciles des revenus annuels bruts



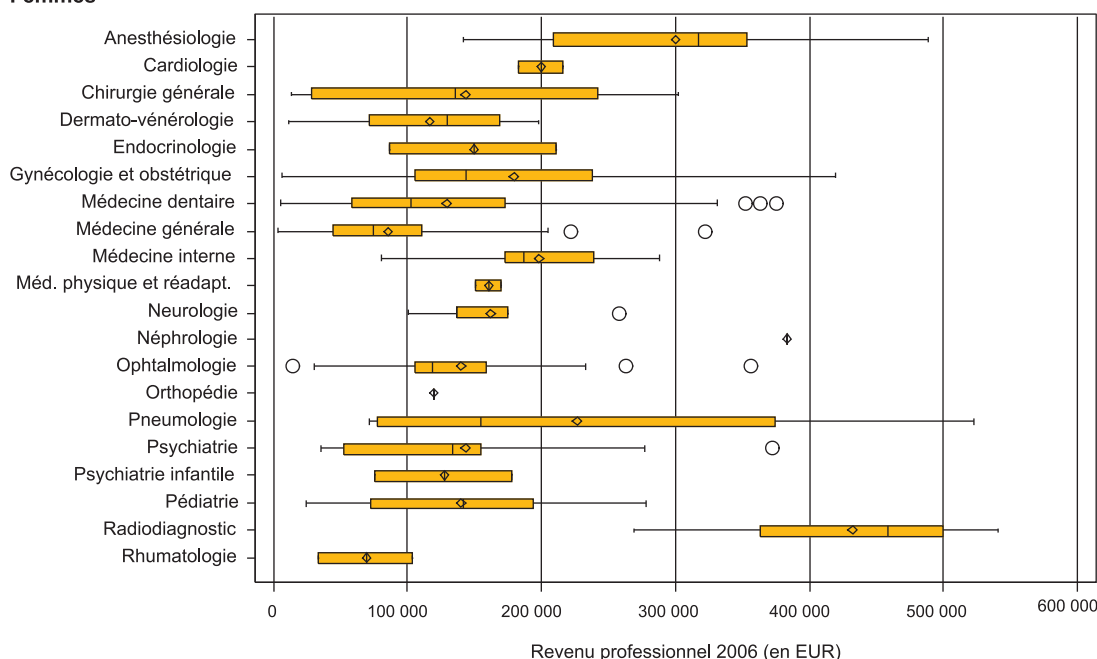
Les 2 derniers points correspondent aux 5 derniers centiles (P95-P100) et au dernier centile (P99-P100) de la distribution des revenus annuels bruts. Le graphique montre que les médecins libéraux du deuxième décile de revenus annuels brut (i.e. dont les revenus sont supérieurs aux 10% de re-

venus les plus faibles et inférieurs aux 80% des revenus les plus élevés) ont perçu un revenu moyen de 67 924 EUR en 2006. A l'autre bout de l'échelle, 1% des médecins (i.e. appartenant au dernier centile) ont perçu un revenu moyen de 794 681 EUR.

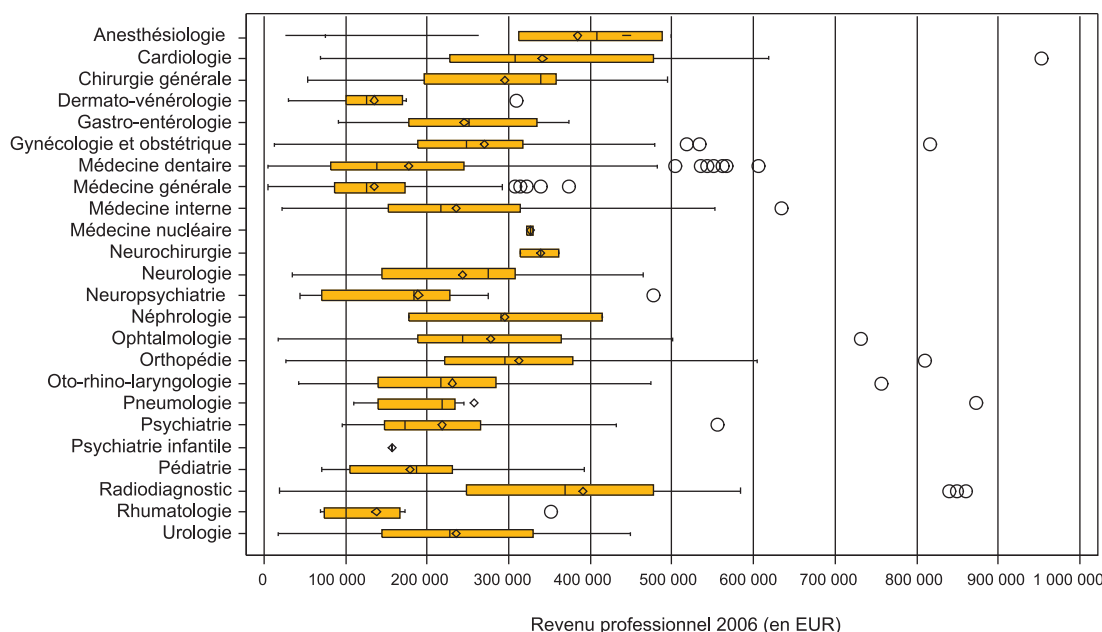
Les deux graphiques ci-après présentent une distribution des revenus médicaux en 2006^{a)} selon la spécialité médicale et le sexe.

Graphique 9. - Répartition des revenus annuels bruts des médecins libéraux en 2006 par spécialité et sexe (en EUR)

Femmes



Hommes



Source: IGSS

a) Il n'est pas possible pour l'instant de publier des données plus récentes, car les fichiers sont encore incomplets et les sous-estimations risquent être très importantes. Des comparaisons éventuelles avec les statistiques des honoraires médicaux plus récentes doivent être abordées avec prudence.

Tableau 7. - Le Top 10 des revenus moyens bruts des médecins libéraux en 2006 (en EUR)

Rang	Spécialité	Revenu annuel moyen par spécialité	Rapport RMS/RMG ¹⁾
1	Radiodiagnostic	394 176	199,8
2	Anesthésiologie	368 981	187,0
3	Cardiologie	330 380	167,5
4	Néphrologie	317 207	160,8
5	Orthopédie	305 480	154,8
6	Chirurgie générale	275 095	139,4
7	Médecine nucléaire	258 337	130,9
8	Neurochirurgie	250 562	127,0
9	Pneumologie	249 735	126,6
10	Gynécologie et obstétrique	245 114	124,2
<i>Revenu moyen global</i>		<i>197 299</i>	<i>100,0</i>

Source : IGSS

1) Calcul du rapport du Revenu Moyen par Spécialité/ Revenu Moyen Global.

Le top ten 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 le double du revenu moyen global de tous les médecins et plus que le triple de celui d'un médecin généraliste.

2.3. LES AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

2.3.1. 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 2006 et 2012.

Tableau 8. - Professions de santé dans les établissements hospitaliers (exprimées en unités ETP)

Spécification	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Taux moyen de variation 2006/2012
Aide-soignant(e)s	448,9	433,7	433,4	441,2	415,6	402,7	372,7	-3,1%
Infirmières (iers)	1 828,6	1 931,5	1 949,1	2 009,3	2 018,2	2 028,6	2 124,9	2,5%
Assistante(s) techniques méd. de radiologie	201,4	204,4	215,3	222,6	226,5	230,2	241,4	3,1%
Assistante(s) techniques méd. de laboratoire	90,3	94,0	101,8	100,2	96,3	91,2	86,6	-0,7%
Infirmières(iers) en psychiatrie	136,0	143,1	140,0	144,9	148,0	154,9	148,1	1,4%
Infirmières(iers) en pédiatrie	117,9	125,5	121,6	121,0	125,2	132,2	144,2	3,4%
Assistante(s) techniques méd. de chirurgie	167,5	160,1	165,9	174,2	176,3	171,2	172,1	0,4%
Infirmières (iers) en anesthésie et réanimation	323,6	331,6	331,8	331,4	334,9	342,7	348,5	1,2%
Masseurs	0,8	1,8	1,0	1,0	0,0	1,2	0,0	p.m.
Sages-femmes	116,3	115,0	120,3	123,9	121,5	128,8	132,9	2,2%
Infirmières (ers) gradué(e)s	75,4	81,3	73,8	75,0	72,9	75,1	79,5	0,9%
Laborantin(e)s	109,7	108,3	111,7	112,0	111,6	110,3	106,5	-0,5%
Diététicien(ne)s	16,3	18,5	17,2	16,7	17,1	18,6	21,3	4,5%
Ergothérapeutes	61,4	67,1	71,5	71,9	73,8	77,9	81,4	4,8%
Psychomotriciens	5,4	3,4	5,4	5,8	5,9	5,7	7,3	5,4%
Assistante(s) d'hygiène sociales(aux)	3,0	5,9	4,0	2,4	2,5	2,4	1,3	-13,6%
Assistante(s) sociales(aux)	28,6	31,4	37,8	41,4	36,2	39,4	40,1	5,8%
Orthophonistes	6,0	7,0	6,3	7,5	7,7	8,0	7,7	4,3%
Kinésithérapeutes	92,2	110,1	112,8	118,4	126,5	129,7	131,7	6,1%
Autres 1)	51,4	59,1	69,0	77,8	75,9	79,8	70,8	5,5%
TOTAL	3 880,8	4 032,7	4 089,8	4 198,6	4 192,5	4 230,5	4 318,8	1,8%

Source : CNS

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

2.3.2. Les revenus moyens des infirmières hospitalières

Année	Revenus moyens bruts ²⁾	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%

Source données : FHL (Fédération des hôpitaux luxembourgeois).

1) 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).

2) Salaire annuel brut avant impôts.

Tableau 9. - Evolution des revenus moyens annuels des infirmières hospitalières ¹⁾ de 2004 à 2012 (en EUR)

2.3.3. Evolution du nombre de pharmaciens et d'offices de pharmacie

Le tableau ci-après montre l'évolution du nombre de pharmaciens et d'offices de pharmacie à partir de 2002.

Spécification	2002	2012	Taux de progression moyen annuel à partir de 2002
Concessions de pharmacies	90	100	1,1%
ouvertes au public	80	93	1,5%
hospitalières	10	7	-3,5%
Pharmaciens en activité selon secteurs	359	452	2,3%
Pharmacies ouvertes au public	310	380	2,1%
Pharmacies d'hôpitaux	18	36	7,2%
Laboratoires d'analyses médicales	9	8	-1,2%
Distribution en gros	14	15	0,7%
Fonctionnaires	5	8	4,8%
Autres secteurs	3	5	5,2%

Source : Direction de la Santé.

1) Situation au 31 décembre.

Tableau 10. - Evolution du nombre de concessions de pharmacie et du nombre des pharmaciens ¹⁾

2.3.4. 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 re-tracée ci-après. Les chiffres correspondent à l'année de prestation et non pas à l'année de la comptabilisation des frais. Pour mesurer l'évolu-

tion 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 11. - Evolution des honoraires et prestations des autres professions de santé (en milliers EUR)

	2008	2009	2010	2011	2012	Variation en % 2010/11	Variation en % 2011/12
Frais pharmaceutiques (secteur extra-hospitalier)	150 732	156 650	157 626	158 454	164 346	0,5%	3,7%
Analyses de laboratoires	42 320	38 514	39 463	54 501	64 219	38,1%	17,8%
Massages, kinésithérapie ¹⁾	33 943	37 278	41 234	40 769	46 310	-1,1%	13,6%
Soins infirmiers ¹⁾	30 331	30 450	35 759	34 605	36 490	-3,2%	5,4%
Opticiens	9 375	9 653	10 207	9 352	9 398	-8,4%	0,5%
Psychomotriciens ¹⁾	1 257	1 135	1 243	1 006	1 118	-19,1%	11,2%
Orthophonie ¹⁾	812	975	1 286	1 318	1 366	2,5%	3,6%

1) Adaptations des honoraires à l'indice du coût de la vie au 1.3.2008 (+2,5%), 1.3.2009 (+2,5%), 1.7.2010 (+2,5%), 1.10.2011 (+2,5%) et au 1.10.2012 (+2,5%).

2.4. 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^{a)}, édicte les critères de classement des établissements hospitaliers, leurs services, le nombre maximal de lits autorisés, ainsi que les dotations en équipements lourds.

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.

a) <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0054/a054.pdf>

2.4.1. Les établissements du secteur aigu et subaigu

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	HOPITAL KIRCHBERG + MATERNITE DR. BOHLER	Luxembourg Luxembourg	Centre hospitalier régional	Centre
3	ZITHA-KLINIK	Luxembourg	Hôpital général	Centre
4	CHEM (Centre hospitalier Emile Mayrisch)	Esch-Alzette Dudelange Differdange	Centre hospitalier régional	Sud
5	CLINIQUE STE MARIE	Esch-Alzette	Hôpital de proximité	Sud
6	CENTRE HOSPITALIER DU NORD	Ettelbruck Wiltz	Centre hospitalier régional	Nord
7	INTITUT BACLESSE (Centre national de radiothérapie)	Esch-Alzette	Service à vocation nationale	2)
8	INCCI (Institut national de chirurgie cardiaque et de cardiologie interventionnelle)	Luxembourg		2)
Etablissements moyen séjour				
9	REHAZENTER (Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation)	Luxembourg- Kirchberg	Service à vocation nationale	2)
10	CENTRE HOSPITALIER NEUROPSYCHIATRIQUE (+ annexes) ¹⁾	Ettelbruck		2)
11	HOPITAL COMMUNAL STEINFORT	Steinfort	Centre de rééducation gériatrique	
12	Centre thermal et de santé de Mondorf	Mondorf	Etablissements de cures thermales et de convalescence	
13	Centre de convalescence Emile Mayrisch	Colpach		
14	Haus OMEGA	Luxembourg- Hamm	Etablissement d'accueil pour personnes en fin de vie	

Tableau 12. - Les établissements hospitaliers au 01.01.2013

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

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

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.

2.4.2. 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'en-

retien, 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 2.3., 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 (Equivalent Temps Plein).

Le secteur hospitalier est une source importante d'emploi, avec au 31 mars 2013, 8 214 salariés auprès des hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés. Ce nombre a augmenté de 1,2% 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 2012 et 2013 d'après le pays de résidence des salariés.

Tableau 13. - Salariés du secteur hospitalier : répartition par sexe et pays de résidence (unité : personnes physiques)

	Luxembourg	France	Belgique	Allemagne	Total
Situation au 31.03.2012					
Hommes	1 122	348	202	265	1 937
Femmes	3 812	1 287	652	425	6 176
TOTAL	4 934	1 635	854	690	8 113
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

Source : IGSS.

2.4.3. Evolution du nombre des médecins agréés dans les hôpitaux

Spécialité	2008			2013			Evolution moyenne annuelle 2008/2013		
	Femmes	Hommes	H + F	Femmes	Hommes	H + F	Femmes	Hommes	H + F
Anesthésiologie	22	53	75	24	64	88	0,0%	1,1%	0,8%
Biologie clinique	3	2	5	3	3	6	0,0%	0,0%	0,0%
Cardiologie	4	35	39	7	42	49	8,4%	3,7%	4,2%
Chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale	1		1	3		3	14,9%	p.m.	14,9%
Chirurgie des vaisseaux		8	8		9	9	p.m.	0,0%	0,0%
Chirurgie générale	4	48	52	9	43	52	17,6%	-3,6%	-1,2%
Chirurgie pédiatrique	1	3	4	1	2	3	0,0%	-7,8%	-5,6%
Chirurgie plastique	3	7	10	3	9	12	0,0%	2,7%	1,9%
Chirurgie thoracique		3	3		2	2	p.m.	-19,7%	-19,7%
Dermato-vénéréologie	11	9	20	11	8	19	0,0%	-2,3%	-1,0%
Endocrinologie	2	1	3	3	3	6	0,0%	24,6%	10,8%
Gastro-entérologie	2	15	17	3	15	18	8,4%	-1,4%	0,0%
Gériatrie		1	1	3	2	5	p.m.	14,9%	38,0%
Gynécologie et obstétrique	13	41	54	19	48	67	2,9%	2,8%	2,8%
Maladies contagieuses							p.m.	p.m.	p.m.
Médecin généraliste	26	52	78	47	69	116	3,6%	2,9%	3,1%
Médecin-dentiste	4	17	21	6	20	26	8,4%	1,1%	2,7%
Médecine interne	13	60	73	18	59	77	5,5%	0,7%	1,6%
Médecine nucléaire	2	13	15	3	11	14	0,0%	0,0%	0,0%
Médecine physique et réadaptation	4	9	13	6	12	18	0,0%	4,1%	2,9%
Microbiologie-bactériologie	1		1	1		1	0,0%	p.m.	0,0%
Néphrologie	2	6	8	3	6	9	0,0%	0,0%	0,0%
Neurochirurgie	1	7	8	1	11	12	0,0%	7,4%	6,6%
Neurologie	4	21	25	4	24	28	-5,6%	1,8%	0,8%
Neuropsychiatrie		8	8		8	8	p.m.	0,0%	0,0%
Ophthalmologie	12	27	39	11	28	39	-1,7%	0,7%	0,0%
Orthopédie	2	30	32	2	37	39	0,0%	1,9%	1,8%
Oto-rhino-laryngologie	3	30	33	3	30	33	0,0%	-0,7%	-0,6%
Pédiatrie	29	28	57	29	34	63	1,3%	2,1%	1,7%
Pneumologie	5	13	18	7	14	21	3,7%	1,5%	2,1%
Psychiatrie	9	23	32	15	29	44	5,9%	3,3%	4,0%
Psychiatrie infantile	3	2	5	3	5	8	-7,8%	14,9%	3,7%
Radiodiagnostic	7	39	46	11	40	51	5,2%	-0,5%	0,4%
Radiothérapie	2	2	4	3	2	5	8,4%	0,0%	4,6%
Rhumatologie	3	6	9	5	6	11	5,9%	-3,6%	0,0%
Stomatologie		2	2	1	2	3	p.m.	0,0%	0,0%
Urologie	1	19	20	1	18	19	0,0%	0,0%	0,0%
Total médecins agréés ²⁾	199	640	839	269	715	984	3,0%	1,1%	1,6%
Internes ³⁾	45	39	84	30	33	63	-9,1%	-10,0%	-9,5%
TOTAL médecins agréés + internes	244	679	923	299	748	1047	1,2%	0,6%	0,7%

Tableau 14. - Evolution démographique des médecins hospitaliers ¹⁾ de 2008 à 2013 - Classement par spécialité et par sexe (unité : personnes physiques)

Source : IGSS.

Situation au 1er janvier.

1) Médecins libéraux et salariés.

2) Elimination de doubles comptages concernant médecins exerçant sur plusieurs sites.

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

Le nombre de médecins hospitaliers agréés (sans les internes) a augmenté de 8,5% entre 2012 et 2013.

3. LES SOINS DE SANTÉ

Remarque méthodologique

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

1. 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 l'autre et se prêtent donc mal à une analyse statistique des prestations de l'année sous revue.

2. Le deuxième point de vue suit l'évolution du coût des soins de santé en se basant sur la date de prestation sans tenir compte du moment de liquidation des frais. Cette approche fournit des séries statistiques plus régulières et permet de mieux comprendre l'évolution des prestations. Cette approche nécessite toutefois un certain recul dans le temps pour fournir des résultats satisfaisants.

Dans la première partie (3.1. - 3.3.) l'évolution des soins de santé est analysée d'un point de vue financier, sur base des données comptables ajustées.

La deuxième partie (3.4) présente des statistiques des soins de santé établies sur base de la date de prestation, et non pas de la date de liquidation des frais. Il faut préciser que ces statistiques restent provisoires dans la mesure où les fichiers de base subissent des mises à jour continues.

3.1. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ ET DE MATERNITÉ : ÉVOLUTION FINANCIÈRE GLOBALE

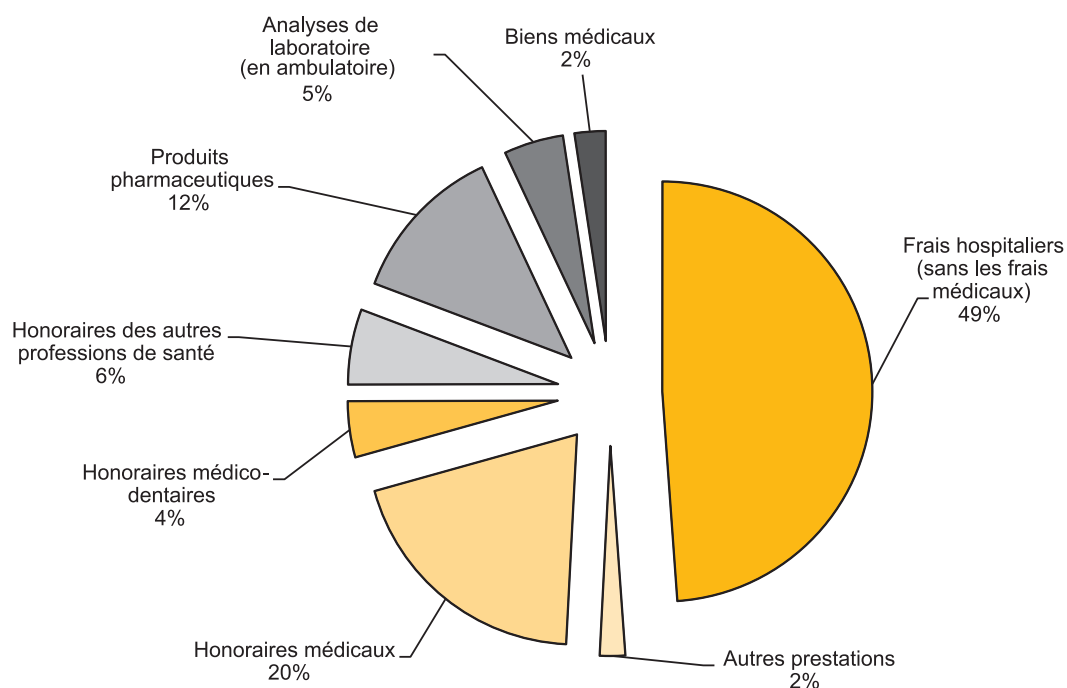
Les données présentées dans la suite sont issues des décomptes comptables et ont été ajustées, pour les besoins statistiques, sur deux points :

- **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. donnent lieu à une provision. 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. Ainsi les frais hospitaliers ont connu un " saut " d'environ 20 millions d'euros en 2011 suite à l'incorporation des frais de maternité respectives. Toutefois, et pendant une période transitoire, des prestations de maternité non comprises dans les frais hospitaliers sont encore présentées séparément dans les décomptes de la CNS (3,7 millions d'euros pour 2012). Pour des raisons de cohérence ces frais de maternité ont eux aussi été reclassés dans les autres soins de santé respectifs, en occurrence pour 2012 : honoraires médicaux (2,6 millions d'euros), produits pharmaceutiques (0,9 millions d'euros) et honoraires des autres professions de santé (0,1 millions d'euros).

Le détail des prestations de soins ainsi ajustées est représenté dans le tableau 18.

En 2012, l'assurance maladie-maternité a liquidé 1 892 millions d'euros pour soins de santé, dont 80,9 % soit 1 530 millions d'euros pour la population protégée résidente. La répartition entre les différents types de prestations est illustrée dans le graphique suivant.

Graphique 10. - Ventilation des frais pour soins de santé au Luxembourg en 2012



Note : Le poste de soins de santé " Autres prestations " regroupe la rééducation et les cures, la réadaptation en foyer de psychiatrie, les frais de transports, la médecine préventive et les indemnités funéraires.

Source : Données CNS ajustées.

Les frais hospitaliers représentent près de la moitié des dépenses (49%) 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 seul 81% de l'ensemble des dépenses en soins de santé au Luxembourg et 66% des dépenses en soins de santé totales.

Tableau 15. - Evolution des frais pour soins de santé¹⁾ (en millions EUR)

	Décompte		Estimations actualisées ²⁾	
	2012	2013	2013	2014
Frais hospitaliers	747,4	764,5	786,9	786,9
Honoraires médicaux	303,4	318,6	342,1	342,1
Honoraires médico-dentaires	65,9	68,9	72,6	72,6
Produits pharmaceutiques	187,7	191,4	197,7	197,7
Biens médicaux (en dehors des hôpitaux)	36,8	39,3	41,3	41,3
Analyses de laboratoire (en ambulatoire)	70,0	74,9	79,8	79,8
Honoraires des autres professions de santé	88,7	97,6	108,8	108,8
Autres prestations	30,1	32,4	33,7	33,7
Total des prestations au Luxembourg³⁾	1 530,0	1 587,6	1 662,9	1 662,9
Prestations à l'étranger³⁾	362,1	380,2	402,2	402,2
Total soins de santé	1 892,1	1 967,8	2 065,1	2 065,1
Taux de variation annuel	6,54%	4,00%	4,94%	4,94%

1) La série 2012 a été redressée pour éliminer le biais introduit par la liquidation de prestations provisionnées à la fin de l'exercice précédent respectif.

2) Source : estimations CNS octobre 2013.

3) Les " anciennes " prestations de maternité ont été intégrées dans le régime général à partir de 2011.

Entre 2011 et 2012, les frais pour soins de santé ont augmenté de 6,5%, le taux pour les seules prestations au Luxembourg étant de 5,1%. Ainsi, après deux années à taux de croissance modéré (moins que 3%) - dues notamment à une politique de stand-still et des mesures d'économies -, les dépenses ont de nouveau progressé à un rythme comparable à l'évolution connue auparavant (p.ex. 2007 - 2009).

Pour 2012, les croissances les plus importantes sont observées au niveau des analyses de laboratoire (+19,7%) et des prestations à l'étranger (14,8%). L'évolution des honoraires des autres professions de santé et des frais pour les produits pharmaceutiques dépasse légèrement la moyenne (respectivement 9,0% et 8,2%), tandis que pour les frais hospitaliers, les honoraires médico-dentaires et les biens médicaux, la croissance annuelle se chiffre à environ 3%. Une légère baisse est observée pour les autres prestations.

Pour les années à venir, une croissance plus modérée est estimée (4,0% pour 2013, 4,9% pour 2014).

Le tableau suivant montre l'évolution des différents postes de frais pour soins de santé par rapport à leurs montants en 2002 (index 100).

Il convient pourtant de préciser que le biais lié au reclassement des frais de maternité à partir de 2011 n'a pas été redressé. Ainsi pour certains postes (e.a. frais hospitaliers et honoraires médicaux), la valeur de référence 2002 exclut les frais de maternité, tandis que ces montants sont compris dans les valeurs 2012. Il peut être estimé que sans les frais de maternité, la valeur pour les frais hospitaliers en 2012 (182,6) serait moindre de 5-6 points. Pour les honoraires médicaux la différence serait de 1,5 -2 points. L'index du total des prestations n'est toutefois pas touché par le reclassement des frais de maternité.

Indicateur de variation (2002=100)	Décomptes				Estimations ³⁾		
	2002	2005	2008	2011	2012	2013	2014
Frais hospitaliers	100,0	129,6	156,1	(r) 176,7	182,6	186,7	192,2
Honoraires médicaux	100,0	139,4	154,8	176,0	186,0	195,3	209,7
Honoraires médico-dentaires	100,0	127,6	143,7	166,2	170,0	177,8	187,3
Produits pharmaceutiques	100,0	118,2	133,6	150,1	162,4	165,6	171,0
Biens médicaux (en dehors des hôpitaux)	100,0	121,9	155,7	165,8	169,5	181,0	190,2
Analyses de laboratoire (en ambulatoire) ⁴⁾	100,0	114,4	158,2	(r) 209,4	250,5	268,1	285,6
Honoraires des autres professions de santé	100,0	136,5	192,1	238,4	260,1	286,2	319,0
Autres prestations ⁵⁾	100,0	92,0	112,7	121,7	117,0	125,9	131,0
Prestations de maternité ⁶⁾	100,0	125,1	157,2				
Total des prestations au Luxembourg	100,0	128,2	152,5	170,8	179,6	186,3	195,2

Tableau 16. - Evolution des différents postes de frais pour soins de santé^{1) 2)} (Indicateur de variation 2002=100)

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

2) Sans les prestations à l'étranger.

3) Source : estimations CNS (octobre 2013).

4) Rupture de série à partir de 2011.

5) Regroupe les postes suivants : médecine préventive, frais de transports, indemnités funéraires, cures de convalescence, foyers de psychiatrie (à partir de 2008) et prestations diverses.

6) A partir de 2011 ces prestations ont été intégrées dans le régime général : d'où une rupture de série pour les postes honoraires médicaux et frais hospitaliers.

Comme pour 2011, l'augmentation la plus forte est observée au niveau des frais pour analyses de laboratoire. Deux faits permettent d'expliquer ce phénomène : une rupture de série en raison de la débudgétisation, à partir d'avril 2011, des analyses de laboratoire à l'hôpital pour des patients

ambulatoires - ces frais débudgétisés du secteur hospitalier viennent donc gonfler le montant des frais de laboratoires en ambulatoire - et une croissance substantielle des frais des laboratoires privés qui sera présentée en détail un peu plus loin.

3.2. ANALYSE DU DÉTAIL DES PRESTATIONS AU LUXEMBOURG EN 2012

A noter que l'analyse de la partie 3.2. se limite aux soins dispensés au Luxembourg. Les prestations à l'étranger seront détaillées dans la partie 3.3.

Le tableau suivant illustre le détail des principales prestations de soins au Luxembourg, et leur taux

de croissance annuel moyen depuis 2004. La remarque sur l'effet du reclassement des frais de soins de maternité reste valable (voir 3.1.). Dans la suite, les postes frais hospitaliers et analyses de laboratoire sont présentés plus en détail.

Tableau 17. - Les soins de santé au Luxembourg en 2012 (en millions EUR)

	Montant 2012	Taux moyen de variation 2004/2012
Coût du secteur hospitalier ²⁾	747,40	4,5%
Honoraires médicaux		
Consultations	95,01	4,0%
Visites	7,33	-0,8%
Autres actes généraux	37,69	4,9%
Actes techniques	159,33	4,3%
Soins médicaux - Prestations de maternité ³⁾	2,68	3,7%
Ajustement provisions ¹⁾	1,34	
Sous-total	303,38	4,3%
Honoraires médico-dentaires		
Consultations	9,60	4,4%
Visites	0,10	9,6%
Autres actes généraux	0,01	p.m.
Actes techniques	33,60	3,6%
Soins dentaires	22,60	4,4%
Sous-total	65,91	4,0%
Produits pharmaceutiques ^{2) 4)}		
	187,73	4,4%
Biens médicaux (en dehors des hôpitaux)		
Prothèses et autres moyens accessoires	26,04	7,1%
Opticiens	10,17	1,6%
Ajustement provisions ¹⁾	0,57	
Sous-total	36,78	4,8%
Analyses de laboratoire (en ambulatoire) ²⁾		
	70,00	7,9%
Honoraires des autres professions de santé		
Soins infirmiers (secteur extrahospitalier)	37,20	7,6%
Massages-kinésithérapie	47,00	10,7%
Orthophonie	1,40	16,8%
Psychomotriciens	1,20	12,5%
Sages-femmes ⁴⁾	0,54	11,8%
Ajustement provisions ¹⁾	1,40	
Sous-total	88,74	9,6%
Cures et traitements de réadaptation psychiatrique		
Cures thérapeutiques et de convalescence	10,10	64,0%
Réadaptation en foyer de psychiatrie	4,90	p.m.
Ajustement provisions ¹⁾	-0,88	
Sous-total	14,12	p.m.
Autres prestations		
Médecine préventive	3,80	-0,3%
Frais de voyage et de transport	8,50	2,7%
Indemnités funéraires	3,20	-1,8%
Prestations diverses	0,50	29,9%
Sous-total	16,00	1,2%
TOTAL	1 530,05	4,1%

1) Ajustement afin de tenir compte des dotations aux provisions pour prestations de l'année. Les prélèvements aux provisions N-1 sont retranchés.

2) Y inclus ajustement provisions.

3) Depuis 2011, les "anciennes" prestations maternité sont incluses dans le régime général. On les retrouve dans soins médicaux, médicaments remboursés et autres professions de santé.

4) Y inclus part "anciennes" prestations maternité : 0,9 dans médicaments ; 0,2 dans sages femmes.

3.2.1. L'évolution du coût des soins hospitaliers

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

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

Le nombre d'entités budgétisées s'établit à 13 unités pour 2012^{a)}.

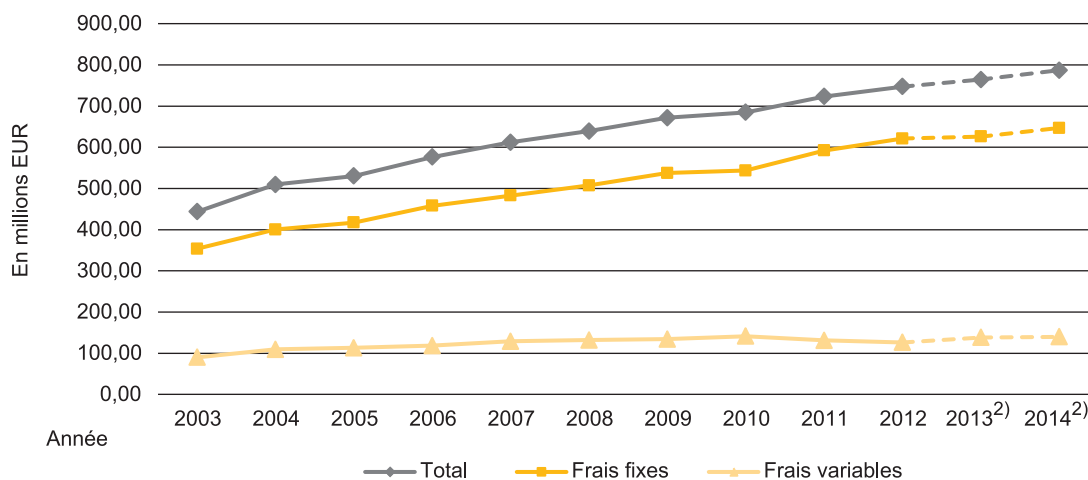
Dans le **secteur hospitalier**, tout en maintenant le financement budgétisé, la réforme a instauré de nouveaux mécanismes tels que l'établissement des budgets sur deux ans et l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale. Pour 2011 et 2012, la progression de l'enveloppe budgétaire globale avait été fixée par voie légale. Sur base d'un rapport de l'IGSS, le Conseil de Gouvernement avait fixé en 2012, la croissance nominale de l'enveloppe budgétaire pour 2013 et 2014 à respectivement 3,5% et 3,0%.

En tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale, la CNS prend en charge les prestations du secteur hospitalier, d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque établissement, sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir. Les frais opposables à la CNS sont ceux qui découlent des activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière. Les budgets comprennent également l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au plan hospitalier et n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. (Art. 60 et Art. 74 du CSS)

En 2012 les coûts du secteur hospitalier^{b)} augmentent de 3,3% contre 5,6% en 2011.

Pour 2013 et 2014 on s'attend à une augmentation de respectivement 1,7% et 3,8%.

Les frais fixes constitués pour la majeure partie par des frais de personnel (1er poste de frais), représentent 83,1% du total des frais hospitaliers.



Graphique 11. - Evolution des budgets hospitaliers de 2003 à 2014¹⁾

1) Rupture de série: Intégration des soins de maternité.

2) Source: Estimations CNS (octobre 2013).

Surtout au niveau des frais variables, on peut remarquer l'effet de la politique du stand-still en 2010. En effet, après de légères baisses en 2011 et 2012, il est estimé que les frais variables vont de nouveau monter pour atteindre en 2014 le niveau de 2010. Du côté des frais fixes, on peut observer pour 2011 la rupture causée par le transfert de charges du poste " maternité ", suite

à l'intégration de la gestion " maternité " dans le régime général. L'impact de ce transfert a toutefois été contrebalancé en majeure partie par la débudgétisation partielle d'autres postes de frais à l'hôpital, comme certains médicaments ou les analyses de laboratoires pour patients ambulatoires.

a) Détail voir section 2 : Les ressources humaines du secteur de la santé.

b) Données comptables ajustées.

3.2.2. Les examens de laboratoire

Tableau 18. - Les analyses de laboratoire - secteur ambulatoire (en millions EUR)

Exercice	Montant	Evolution en %
2000	23,0	
2001	26,7	16,1%
2002	27,9	4,6%
2003	32,3	15,7%
2004	38,2	18,1%
2005	32,0	-16,3%
2006	36,4	13,9%
2007	39,2	7,8%
2008	44,2	12,6%
2009	39,9	-9,7%
2010	41,0	2,7%
2011	58,5	42,7%
2012	70,0	19,7%
2013 ¹⁾	74,9	6,9%
2014 ¹⁾	79,8	13,9%

1) Estimations pour 2013 et 2014.

Jusqu'en 2008, les analyses de laboratoire ont connu une croissance extrêmement soutenue atteignant un taux de 7,5% en moyenne annuelle. Le recul en 2009 est dû à une diminution de la valeur de la lettre-clé à partir du 1.1.2009 qui a entraîné une réduction des tarifs de 19,36%. On constate qu'une large partie de cette réduction a été compensée par une hausse en volume des analyses de laboratoire et une croissance substantielle des frais à partir de 2011.

Comme cela avait été mentionné plus haut, une partie de la croissance extraordinaire des frais de laboratoire en 2011 (et partiellement en 2012) est à attribuer à la débudgétisation, à partir d'avril 2011, des analyses de laboratoire à l'hôpital pour des patients ambulatoires. Cependant les augmentations constatées pour 2012 et estimées pour les années subséquentes restent significatives.

3.3. LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER

Avec 362,1 millions d'euros, les prestations à l'étranger représentent 19,1% du total des frais pour soins de santé liquidés en 2012. 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 14,8% en 2012, contre une quasi-stagnation en 2011.

Tableau 19. - Les soins de santé servis à l'étranger (en millions EUR)

	Montant 2012	Taux moyen de variation 2004/12
Prestations de soins de santé, dont :	361,9	11,9%
- Conventions internationales (tiers payant)	352,2 ¹⁾	12,1%
- Autres prestations à l'étranger : (remboursement de prestations)	8,6	5,4%
Prestations de maternité ²⁾		p.m.
Indemnités funéraires	0,1	4,4%
TOTAL DES PRESTATIONS	362,1	11,4%

1) Montants ajustés en fonction des dotations aux provisions.

2) 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 883/2004^{a)}. La très grande majorité de ces trans-

ferts est destinée aux trois pays limitrophes (Allemagne, Belgique, France). Environ la moitié des cas sont traités en l'Allemagne et un quart en Belgique.

Code diagnostic	TOTAL	
	Nombre	En % du total
Ophthalmologie	3 101	17,4%
Rhumatologie	2 840	16,0%
Tumeurs malignes	2 598	14,6%
Cardiologie	1 920	10,8%
Psychiatrie	1 242	7,0%
Neurologie	962	5,4%
Gynécologie	877	4,9%
Gastro-entérologie	720	4,0%
Malformations congénitales	630	3,5%
ORL	479	2,7%
Néphrologie	469	2,6%
Dermatologie	380	2,1%
Endocrinologie	257	1,4%
Fractures et lésions	217	1,2%
Médecine dentaire	213	1,2%
Pneumologie	193	1,1%
Hématologie	186	1,0%
Obstétrique périnatale	177	1,0%
Urologie	93	0,5%
Diagnostics inconnus	85	0,5%
Maladies infectueuses	59	0,3%
Tumeurs bénignes	56	0,3%
Symptômes ²⁾	17	0,1%
Cures thermales	7	0,0%
Total	17 778	100%

Tableau 20. - Nombre de cas de transferts¹⁾ autorisés en 2012 par groupes de pathologie

Source : CNS.

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

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

a) 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.

3.4. LES SOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION RÉSIDENTE : POINT DE VUE STATISTIQUE

Remarque méthodologique

Les données statistiques ci-après concernent uniquement la population résidente ainsi que les prestataires de soins pratiquant au Luxembourg. Cette limitation du champ d'observation s'explique par le fait que les différences structurelles entre les systèmes d'assurance maladie avec des nomenclatures, tarifs et prises en charges divergents, ne permettent pas d'établir des statistiques détaillées incluant les prestations à l'étranger.

Les données ont été obtenues à partir de fichiers basés sur la date de la prestation des soins. Ces fichiers subissent des mises à jour continues. Étant donné que les assurés bénéficient d'un délai de 2 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 à considérer comme données provisoires.

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

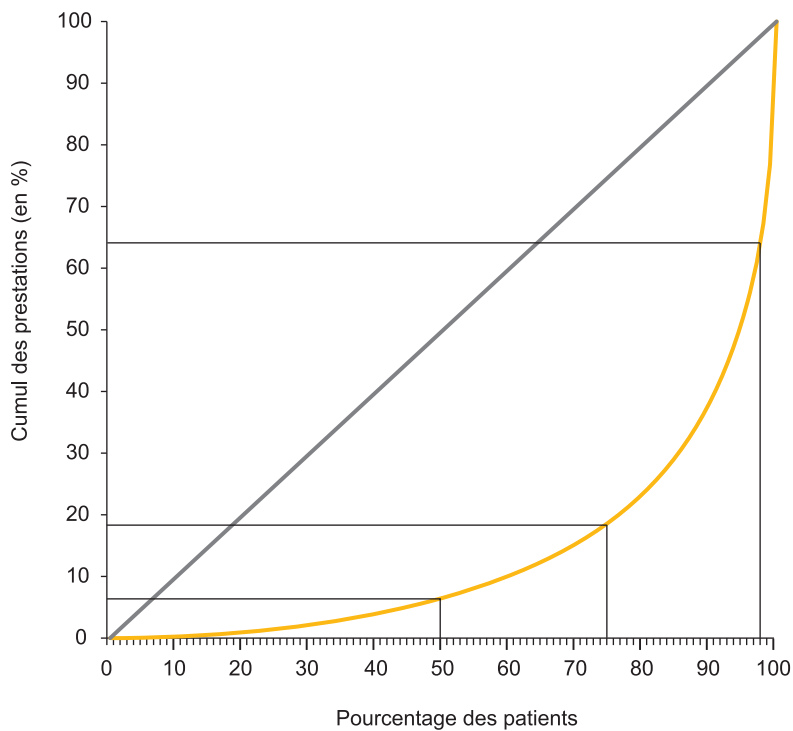
En 2012, la CNS a remboursé en moyenne 3 016,70 EUR pour soins de santé à 479 138 bénéficiaires résidents différents. Il convient de préciser qu'il s'agit de la moyenne remboursée pour l'ensemble des prestations en 2012 par personne bénéficiaire, et non pas d'une moyenne par acte ou par prestation.

La répartition des remboursements par personne est pourtant assez inégale :

- La moitié des bénéficiaires a touché un remboursement inférieur à 920,41 EUR (remboursement médian).
- Environ quatre cinquièmes des bénéficiaires (79%) ont touché un montant inférieur au remboursement moyen (3 016,70 EUR).

- 2% des patients (9 582 personnes) ont eu droit à un remboursement supérieur à 21 921,50 EUR.
- Le remboursement le plus élevé pour une seule personne en 2012 était de 640 779,19 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.

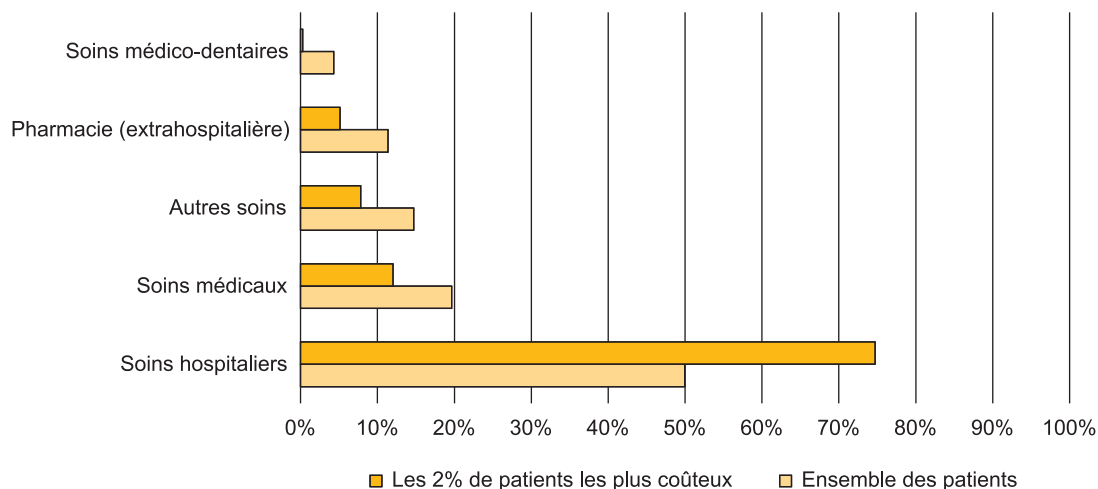


Graphique 12. - Prestations de soins de santé en 2012

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 18,9%, tandis que celle destinée à 98% des patients est de 67,3%.

Ceci veut dire que les 2% des patients les plus coûteux ont totalisé un tiers (32,7%) des remboursements de soins de santé. Dans ce contexte, il est intéressant de comparer, par type de soins de santé, la composition des remboursements pour l'ensemble des patients à la composition des remboursements de ces 2%.

Graphique 13. - Répartition des soins de santé pour l'ensemble des patients et pour les 2% de malades ayant eu la consommation la plus élevée en 2012 (en % du total)



On peut constater que les frais d'hospitalisation représentent 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.

Le remboursement en frais d'hospitalisation de ces 2% de patients est en moyenne 15 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.

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

Il nous semble 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.

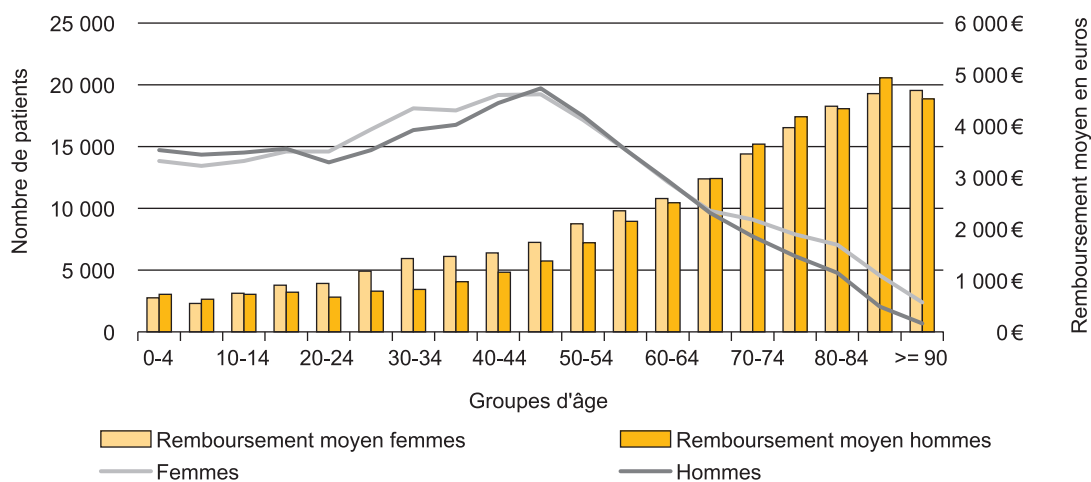
A noter que des traitements en policlinique par exemple font partie des soins ambulatoires, même si physiquement prestés dans un hôpital.

En 2012, un total de 479 138 bénéficiaires de prestations, 65 282^{a)} personnes ont subi au moins un traitement à l'hôpital. Le nombre de pa-

tients bénéficiaires de traitements hospitaliers sans prestation ambulatoire est très minime.

Le graphique suivant illustre par sexe et par tranches d'âge, le nombre de bénéficiaires et le montant moyen remboursé pour les soins ambulatoires en 2012. 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 de nouveau en majorité, sans doute surtout à cause de leur espérance de vie plus élevée.

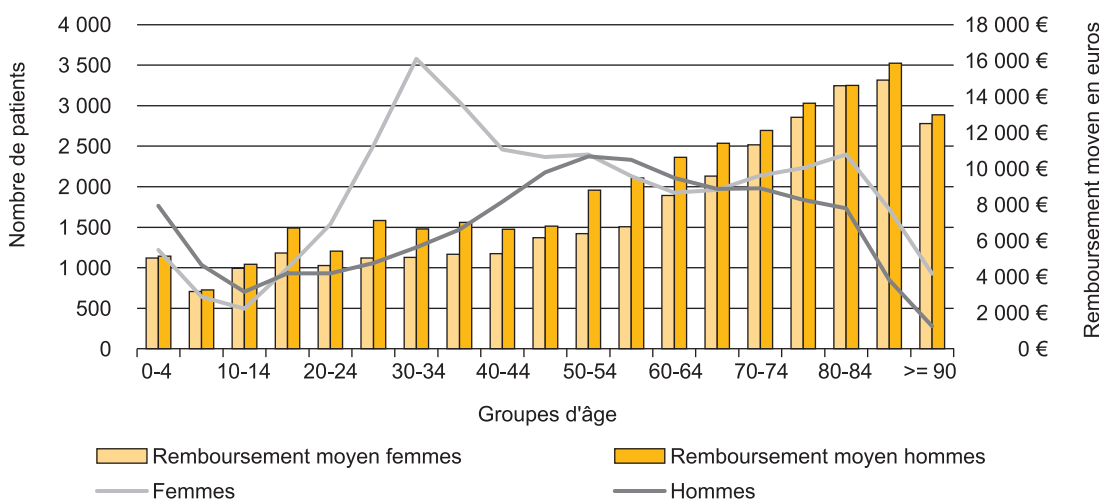
a) Données provisoires.



Graphique 14. - Les soins de santé ambulatoires (au Luxembourg) : nombre de patients et remboursement moyen en 2012 (par sexe)

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 la tranche d'âge située 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.

Pour les deux types de soins, les montants remboursés par patient tendent à augmenter avec l'âge du patient.



Graphique 15. - Les soins de santé à l'hôpital (au Luxembourg) : nombre de patients et remboursement moyen en 2012 (par sexe)

3.4.3. Soins hospitaliers

Pour 2012, 750 410 journées ont été 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 hospitali-

sations 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.

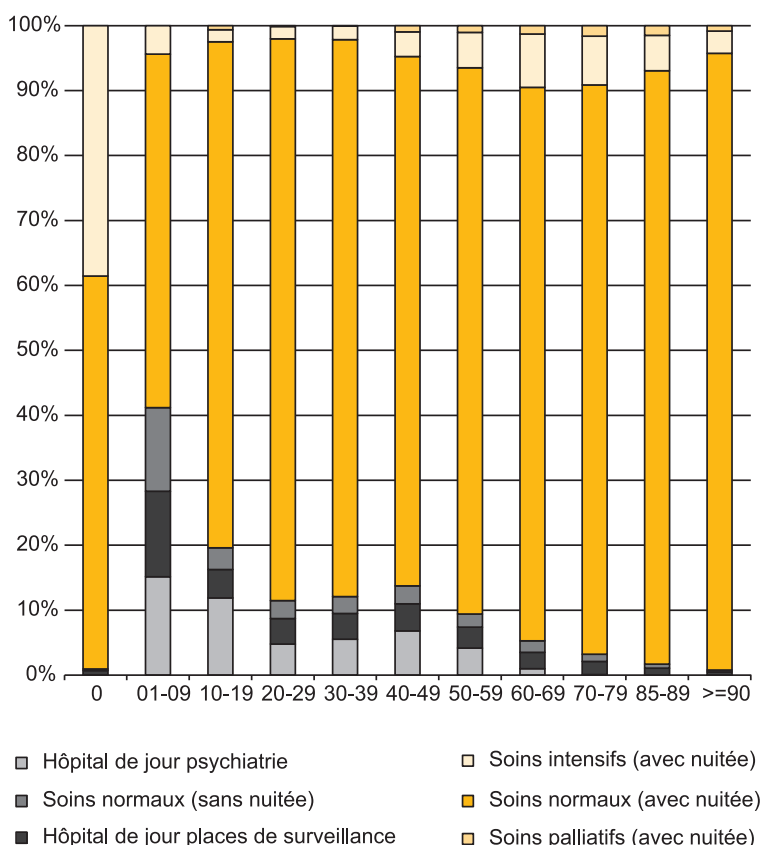
Pour les hospitalisations sans nuitée, un quart concerne des soins dits normaux, le reste étant réparti à parts égales entre les places de surveillance et les traitements de psychiatrie. 93% des

jours avec nuitée (hospitalisation complète) sont relatives à des soins normaux, 6% se rapportent aux soins intensifs et 1% aux soins palliatifs.

Le graphique suivant illustre, par tranche 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 16. - Répartition (en %) des types de journées prestées par groupes d'âge en 2012



Par contre la part des soins sans nuitée pour les enfants (-10 ans) et adolescents (-20 ans) est de respectivement 41% et 20%, pour ensuite diminuer graduellement avec l'âge des patients.

Les journées pour soins normaux (avec ou sans nuitée) représentent 87% de toutes les journées facturées. Avec respectivement 60%, 66% et 95%, on n'observe des écarts substantiels à cette moyenne que pour les groupes des bébés,

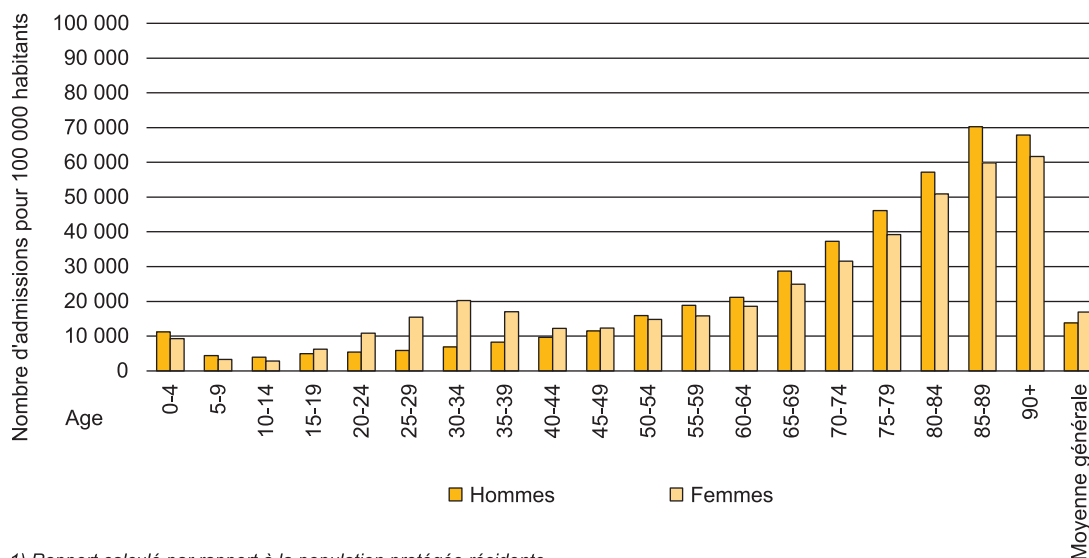
des enfants de moins de 10 ans et des patients de plus de 90 ans.

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, ...).

3.4.4. Les admissions à l'hôpital

En moyenne 15 320 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 17. - Nombre d'admissions pour 100 000 habitants par groupes d'âge et sexe en 2012 ¹⁾

1) Rapport calculé par rapport à la population protégée résidente.

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.

3.4.4.1. Les diagnostics de sortie

Le tableau suivant indique le classement^{a)} en ordre décroissant des 10 premières causes d'hospitalisation pour hommes et femmes. Ces 10 causes couvrent en 2012 pour les hommes et les femmes, 38,4% de toutes les admissions en hospitalisation complète (au moins un jour et une nuit), respectivement 42,3% des hospitalisations à diagnostic de sortie connu/disponible.

En effet, il faut noter qu'au moment de l'établissement de ces statistiques, pour 9,3 % des cas, le diagnostic de sortie était encore inconnu, respectivement les données non encore disponibles. Ce taux élevé illustre encore une fois l'importance du projet en cours qui vise l'amélioration de la documentation médicale hospitalière.

a) Le classement a été effectué par chapitre de pathologie.

Tableau 21. - Les 10 premières causes d'hospitalisation en 2012 dans les hôpitaux aigus¹⁾²⁾

	Hommes	En % du total	Femmes	En % du total	TOTAL	En % du total
1	Tumeurs malignes C00-C97	8,7%	Accouchement O80-O84	9,9%	Tumeurs malignes C00-C97	7,6%
2	Arthropathies M00-M25	4,8%	Tumeurs malignes C00-C97	6,6%	Arthropathies M00-M25	5,5%
3	Cardiopathies ischémiques I20-I25	4,0%	Arthropathies M00-M25	6,0%	Accouchement O80-O84	5,4%
4	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3,8%	Dorsopathies M40-M54	3,1%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	3,3%
5	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	3,7%	Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme N80-N98	3,1%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	3,2%
6	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	3,5%	Affections du cristallin H25-H28	3,1%	Dorsopathies M40-M54	3,2%
7	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	3,3%	Autres formes de cardiopathies I30-I52	2,9%	Affections du cristallin H25-H28	2,8%
8	Dorsopathies M40-M54	3,2%	Autres maladies des voies respiratoires supérieures J30-J39	2,8%	Affections épisodiques et paroxystiques G40-G47	2,6%
9	Maladies des organes génitaux de l'homme N40-N51	3,1%	Tumeurs bénignes D10-D36	2,2%	Cardiopathies ischémiques I20-I25	2,6%
10	Hernies K40-K46	2,6%	Autres maladies de l'intestin K55-K63	2,0%	Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives F10-F19	2,2%
	% par rapport au total des admissions	40,9%		41,8%		38,4%

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

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

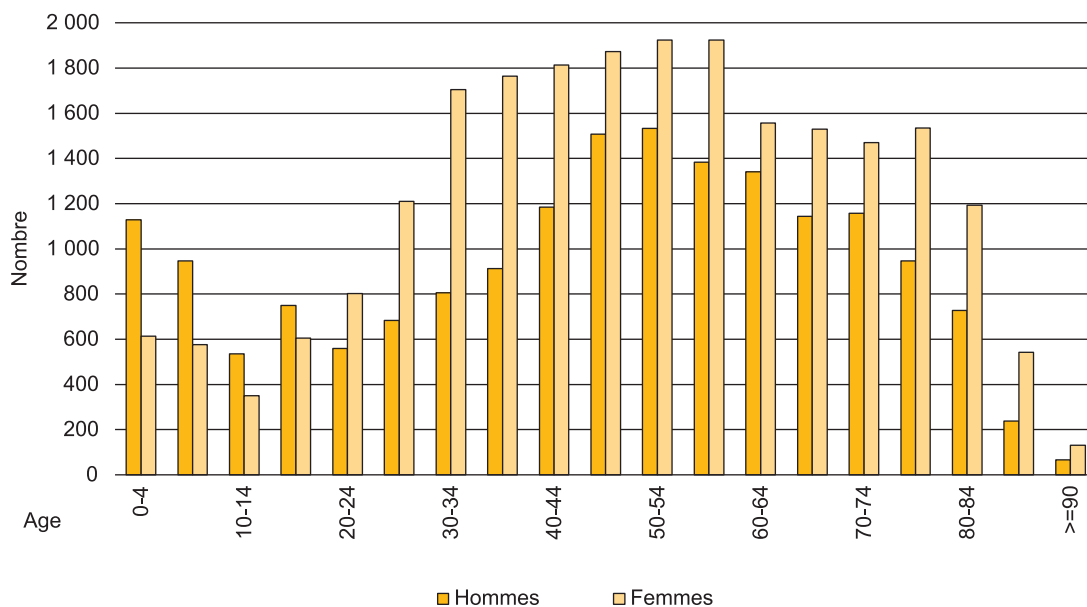
Mise à part la problématique des diagnostics de sortie non connus/non disponibles, le classement des premières causes d'hospitalisation par chapitre, n'a que peu changé aux cours des dernières années.

Les tumeurs malignes restent la première cause d'hospitalisation des hommes. Pour les femmes ce sont les arthropathies si on fait abstraction de l'accouchement. Dans l'ensemble (hommes et femmes) et sans les accouchements, les trois premières causes sont : les tumeurs malignes, les arthropathies et les cardiopathies. Ces causes d'hospitalisation représentent 16,4% du total des admissions, respectivement 18,0% 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.

3.4.4.2. La durée de séjour dans les hôpitaux aigus

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

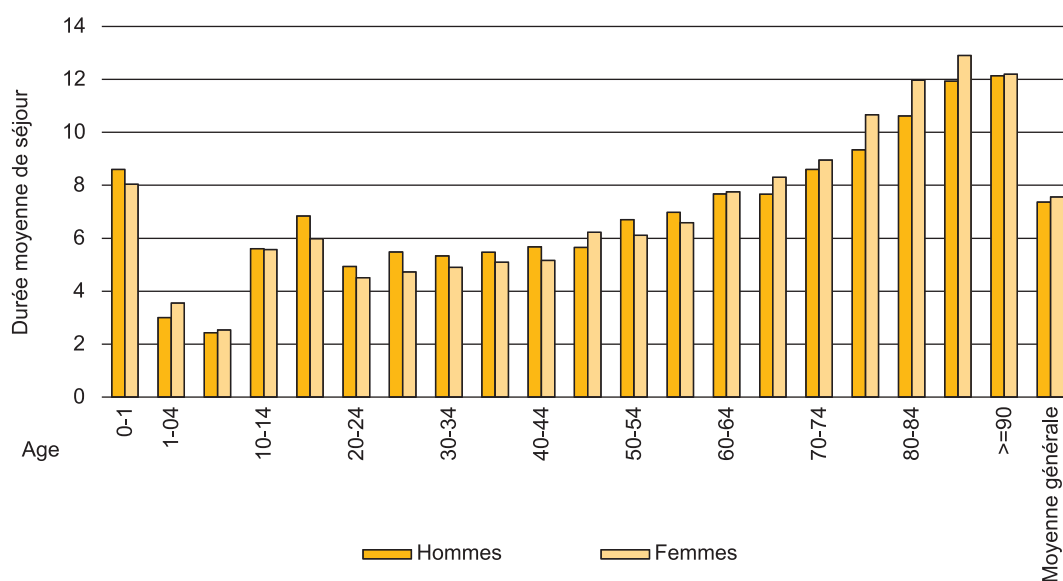
L'analyse par sexe et par âge des 76 491 hospitalisations complètes et 40 668 hospitalisations de jour (y compris places de surveillance) montre que les femmes dominent pour les deux types d'hospitalisation dans quasiment toutes les tranches d'âge. Le graphique suivant visualise ainsi bien deux causes qui permettent d'expliquer ce phénomène : les accouchements et l'espérance de vie.



Graphique 18. - Nombre de cas d'hospitalisations de jour en 2012 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 19. - Durée moyenne de séjour en 2012 par groupes d'âge et par sexe

Tableau 22. - Evolution de la durée de séjour dans les hôpitaux aigus¹⁾

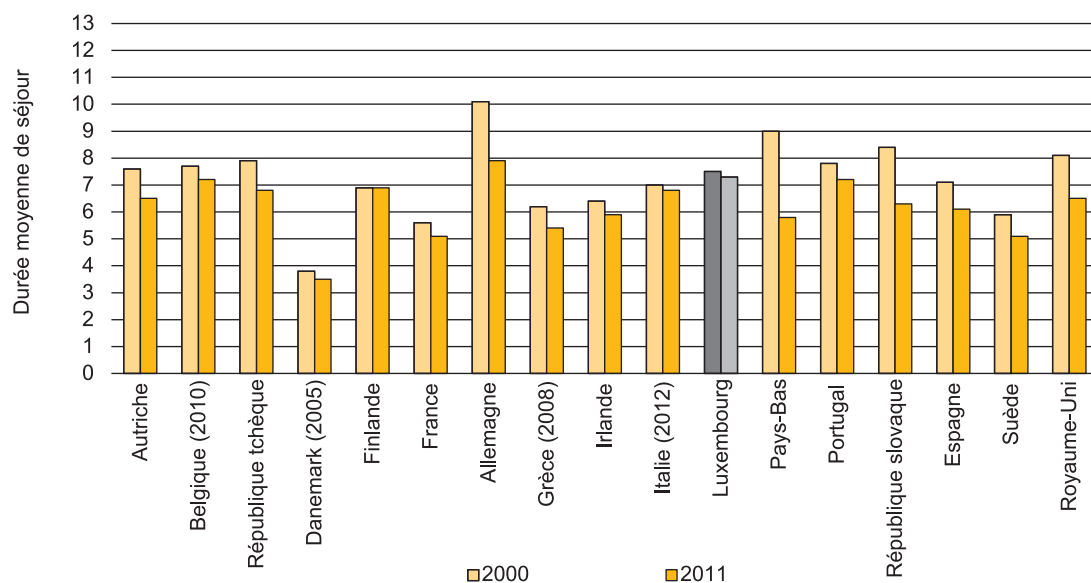
	2009	2010	2011	2012
Nombre de cas d'hospitalisation complète	76 808	74 716	77 074	76 491
Durée moyenne de séjour ²⁾	7,5	7,6	7,3	7,5
Taux d'hospitalisation avec une durée <= 4 jours	63%	62%	64%	63%
Taux d'hospitalisation avec une durée <= 7 jours	77%	76%	78%	78%
Nombre de cas d'hospitalisation de jour (HDJ)	13 732	13 169	15 151	15 179
Evolution annuelle en %	1,5%	-4,1%	15,1%	0,2%
Nombre de patients admis en place de surveillance	20 003	20 061	22 286	25 489
Evolution annuelle en %	9,8%	0,3%	11,1%	14,4%
Rapport nombre HDJ/Nombre total d'hospitalisations	15,2%	14,9%	16,4%	16,6%

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

2) 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 20. - La durée moyenne de séjour dans l'UE de 2001 à 2011¹⁾



1) Source: OCDE iLibrary

On constate que depuis 2000 la durée moyenne de séjour a diminué de façon plus ou moins prononcée dans tous les pays en question. Les baisses les plus marquées peuvent être observées aux Pays-Bas, en Allemagne, et en Slovaquie. 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 (Etats-Unis, 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 avoisinant les 50% se situe en 2010 parmi les pays les moins performants, largement au-dessous de la moyenne OCDE.

3.4.5. La consommation de médicaments en 2012

En 2012 les frais pharmaceutiques dans le secteur extrahospitalier s'élèvent à 177,1 millions EUR et ont progressé de 6,9% par rapport à l'année précédente.

Pour 2013 et 2014 les taux de progression sont estimés respectivement à 2,4% et 3,3%.

Les groupes de médicaments les plus prescrits dans le secteur extrahospitalier ^{a)}

Les quatre groupes de médicaments suivants, classés en fonction de la classification internationale ATC^{b)}, représentent 65% du montant net total des médicaments pris en charge en 2012 :

- A Système gastro-intestinal / métabolisme (15%)
- C Système cardio-vasculaire (22%)

L Agents anti-néoplasiques et immunomodulateurs (traitements anticancéreux) (14%)

N Système nerveux central (14%)

Bilan de la prescription des médicaments génériques

En date du 13 février 2006, le Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, de concert avec l'AMMD et le Syndicat des pharmaciens, avait lancé une première campagne d'information promouvant les médicaments génériques. Les mesures qui se sont limitées à des recommandations ou consignes n'ont eu qu'un effet très limité.

Cette situation devrait évoluer sous peu avec l'ouverture cadrée à la pratique de la substitution par le pharmacien, qui débutera en 2014.

3.4.6. 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.

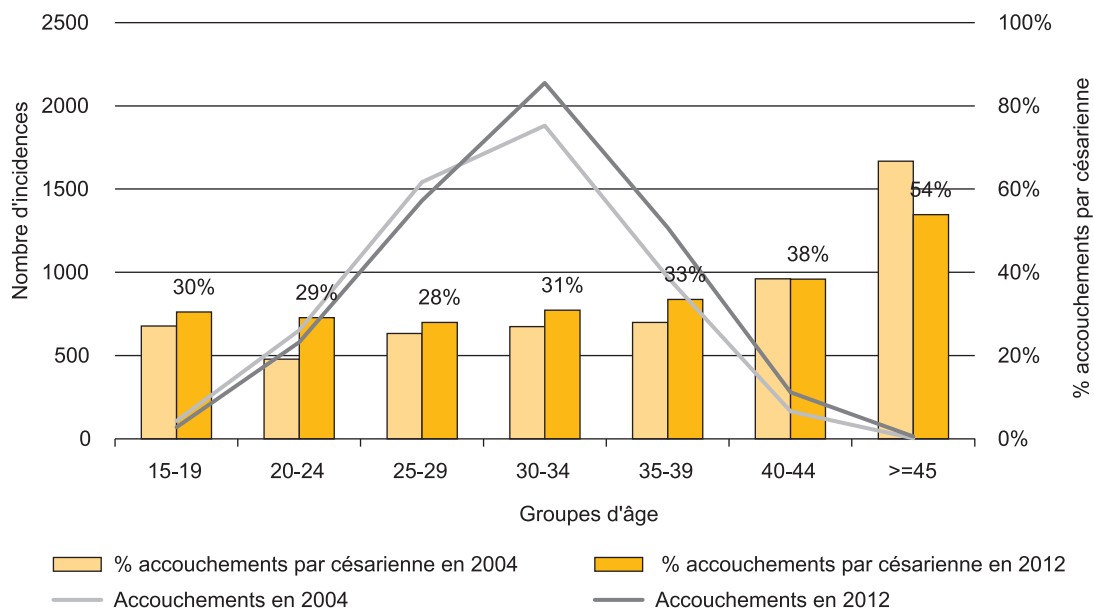
Le graphique suivant indique, en fonction de l'âge de la femme, le nombre d'accouchements de femmes résidentes pris en charge par l'assurance

maladie-maternité pour les années 2004 et 2012. 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.

a) Source : CNS.

b) Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System.

Graphique 21. - Nombre d'accouchements et part des accouchements par césarienne en fonction de l'âge de la mère en 2004 et 2012



En 2012, le nombre total des accouchements remboursés par l'assurance maladie-maternité était de 5 776. Comparé à 2004, ceci représente une augmentation de 8,5%. Sur cette période, on constate un net transfert des accouchements vers les groupes d'âge 30+. Ainsi dans le groupe des femmes de moins de 30 ans on compte par rapport à 2004 quasiment 10% moins d'accouchements en 2012.

Le taux de césariennes calculé par rapport au nombre total d'accouchements est de 31% en 2012 contre 26% en 2004. Ce taux a augmenté de façon considérable (+10 points) chez les femmes de 20-24 ans. La baisse significative du taux des césariennes observés dans la tranche d'âges des 45+ ans semble étonnante, mais est à relativiser du fait du faible nombre de cas observés. En effet, dans la tranche d'âge des 40+ ans, les taux 2004 et 2012 restent inchangés à 39%.

4. 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 2008^{a)}, a introduit le statut unique pour tous les travailleurs salariés du secteur privé à partir du 1.1.2009. 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 d'une mutuelle 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.

Suite à ces importants changements structurels, liés notamment à l'introduction du statut unique, il n'est plus possible de comparer l'évolution financière actuelle des prestations en espèces de maladie à celle d'avant 2009.

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

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.

4.1. EVOLUTION DES PRESTATIONS EN ESPÈCES EN CAS DE MALADIE PRISES EN CHARGE PAR LA CNS

Types de prestations (en millions d'euros)	Décomptes		Estimations actualisées ¹⁾	
	2011	2012	2013	2014
Indemnités pécuniaires proprement dites	97,2	112,7	-	-
(dont anciens cas <2009)	0,0	-	-	-
Indemnités liées à des périodes d'essai	8,2	8,5	-	-
Indemnités liées à un congé d'accompagnement	0,1	0,1	-	-
Total	105,5	121,3	128,3	135,3
Taux de cotisation	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%

1) Source : Estimations CNS (octobre 2013).

Tableau 23. - Evolution à partir de 2011 des prestations en espèces de maladie (en millions EUR)

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

b) 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.

c) Le congé d'accompagnement a été introduit en 2009 par la " Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anti-cipée et à l'accompagnement en fin de vie ..."

4.2. ANALYSE DE L'ABSENTÉISME POUR CAUSE DE MALADIE

4.2.1. Introduction

Dans le contexte de l'introduction du statut unique en 2009, le Gouvernement a affiché sa volonté de faire de la maîtrise de l'absentéisme une priorité. A cette fin, un groupe de haut de niveau, constitué des Ministres de la Sécurité Sociale et du Travail et de l'Emploi, des partenaires sociaux

et de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale, a été créé. La mission du Groupe de Haut Niveau est d'analyser l'évolution et les causes de l'absentéisme et de déterminer les mesures à mettre en œuvre afin de maîtriser le phénomène. Sous son impulsion, l'observatoire de l'absentéisme a vu le jour en mai 2011. Ce dernier permet aux entreprises de dresser un diagnostic de leur absentéisme et de se comparer aux sociétés qui composent leur secteur d'activité.

Méthodologie

1. Champs étudiés

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 périodes relatives à la maternité et aux accidents sont écartées.

2. Définitions

Taux d'absentéisme

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

Taux d'absentéisme de courte et de longue durée

Le taux d'absentéisme de courte durée est défini par le rapport entre le nombre de jours civils de maladie, dans la période comprise entre le 1er et le 21ème jour de chaque absence le cas échéant, et le nombre de jours civils correspondant à la durée d'occupation.

Le taux d'absentéisme de longue durée est défini par le rapport entre le nombre de jours civils de maladie, dans la période comprise entre 22ème et le dernier jour de chaque absence, et le nombre de jours civils correspondant à la durée d'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.

3. Sélection des périodes de maladie

Approche "comptable"

L'optique comptable consiste à considérer uniquement les jours de maladie compris entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année étudiée. Cette approche est retenue pour le calcul des taux d'absentéisme. Cette approche ne permet pas d'analyser de façon optimale les durées des épisodes de maladie, étant donné que les épisodes commençant et/ou finissant en dehors de l'année sont tronqués.

Approche "durée"

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

4.2.2. L'absentéisme maladie en quelques chiffres

Les trois composantes du taux d'absentéisme sont :

- L'occurrence de la maladie : % de personnes non malades au cours de l'année

- La récurrence de la maladie : nombre moyen d'épisodes de maladie pour les personnes concernées par au moins un épisode.
- La durée moyenne des épisodes de maladie (en jours civils)

Taux d'absentéisme maladie	3,7%
Proportion des personnes non concernées par un épisode de maladie	46,8%
Nombre moyen d'épisodes de maladie, par personne concernée par un épisode au moins	2,5
Durée moyenne des épisodes de maladie (en jours civils)	8,8

Tableau 24. - Le taux d'absentéisme 2012 et ses trois composantes

4.2.3. Taux d'absentéisme selon le statut, la résidence et le sexe

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

Tableau 25. - Taux d'absentéisme 2012 selon la résidence, le sexe et le statut

On constate que ce sont les femmes frontalières, possédant le statut d'ancien ouvrier, qui affichent le taux d'absentéisme le plus fort (7,0%). A l'opposé, les hommes résidents, possédant le statut d'anciens employés, présentent le taux le plus faible (2,0%).

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

Afin d'éviter tout biais, la comparaison des taux d'absentéisme par secteur d'activité nécessite de tenir compte du fait qu'il existe des différences de taux d'absentéisme intrinsèques à l'âge, au sexe, à la résidence ainsi qu'au statut socioprofession-

nel. A cette fin, les taux d'absentéisme vont être normalisés. L'idée est de neutraliser les écarts entre les taux des différents secteurs, dus à la structure de la population qui les compose.

Le tableau ci-après reprend les taux d'absentéisme par secteur avant et après normalisation ainsi que le poids que représente le secteur dans l'économie. Ce poids est mesuré par le nombre de jours civils correspondant à l'ensemble des durées d'occupation du secteur considéré, rapporté au nombre de jours civils correspondant à l'ensemble des durées d'occupation de tous les secteurs.

Secteur d'activité	Taux normalisé	Taux non normalisé	Poids
Q Santé humaine et action sociale	4,5%	4,6%	9,1%
N Activités de services administratifs et de soutien	3,9%	4,3%	6,8%
E Production et distribution d'eau	3,9%	4,8%	0,4%
G Commerce; réparation d'automobiles	3,9%	3,8%	13,3%
H Transports et entreposage	3,9%	4,3%	6,8%
I Hébergement et restauration	3,8%	4,6%	4,9%
F Construction	3,8%	4,3%	11,6%
C Industrie manufacturière	3,7%	4,2%	9,4%
D Production et distribution d'électricité, de gaz	3,5%	2,8%	0,4%
K Activités financières et d'assurance	3,4%	2,5%	12,5%
B Industries extractives	3,2%	4,1%	0,1%
R Arts, spectacles et activités récréatives	3,2%	2,8%	0,5%
U Activités extra territoriales	3,2%	2,8%	0,2%
S Autres activités de services	3,1%	3,5%	1,7%
M Activités spécialisées, scientifiques et techniques	3,1%	2,3%	8,4%
L Activités immobilières	3,1%	2,8%	0,7%
J Information et communication	3,1%	2,0%	4,0%
O Administration publique *)	2,9%	3,4%	2,9%
A Agriculture, sylviculture et pêche	2,7%	3,2%	0,4%
T Activités des ménages en tant qu'employeurs	2,4%	3,1%	4,8%
P Enseignement *)	2,3%	1,7%	1,0%
Non-déterminés	3,0%	2,7%	0,3%

Tableau 26. - Taux d'absentéisme selon le secteur d'activité

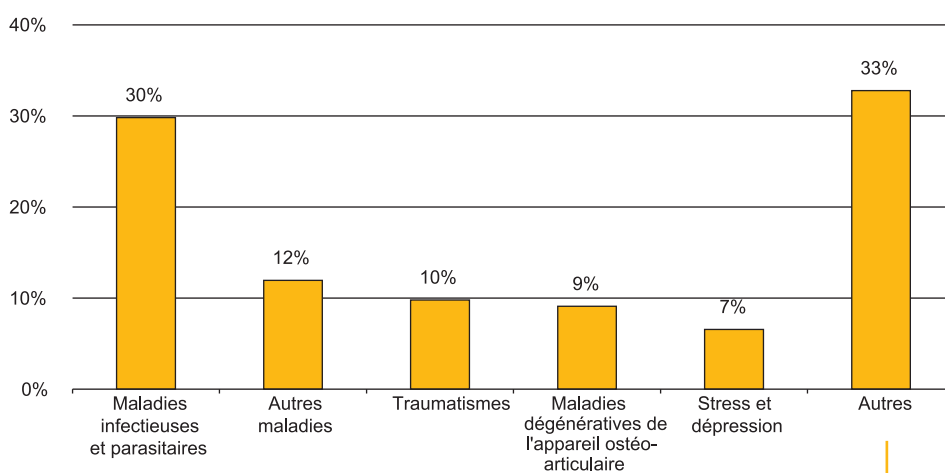
*) Les données du secteur Administration publique ne concernent ni les fonctionnaires ni les employés de l'Etat, qui bénéficient de la continuation de la rémunération en cas de maladie ou de maternité. Le secteur P "Enseignement" ne concerne que l'enseignement privé.

Le tableau ci-avant révèle que le secteur Q (Santé humaine et action sociale) présente le taux d'absentéisme normalisé le plus fort avec 4,5%. A noter que le nombre de jours civils correspondant à l'ensemble des durées d'occupation du secteur

représente 9,1% du nombre de jours civils correspondant à l'ensemble des durées d'occupation de tous les secteurs.

4.2.5. Raisons médicales des absences des résidents^{a) b)}

Graphique 22. - Répartition des jours de maladie liés à des absences de courte durée (< 21 jours) selon la raison médicale

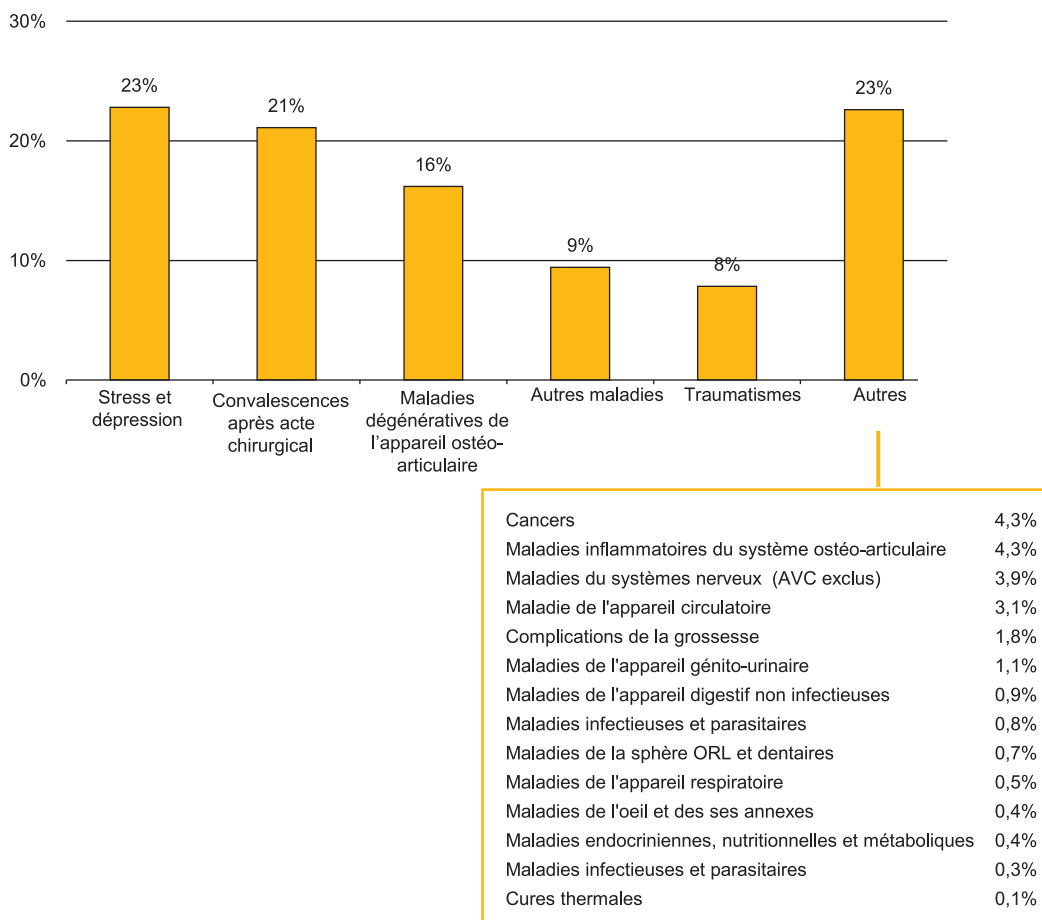


Maladies inflammatoires du système ostéo-articulaire	6%
Convalescences après actes chirurgicales	5%
Maladies du système nerveux (AVC exclus)	4%
Maladies de la sphère ORL et dentaires	4%
Cures thermales	3%
Maladies de l'appareil digestif non infectieuses	3%
Complications de la grossesse	2%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2%
Maladie de l'appareil circulatoire	1%
Maladies de l'appareil respiratoire	1%
Maladies de l'oeil et de ses annexes	1%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0%
Cancers	0%

La figure ci-avant révèle que 30% des jours de maladie liés à des absences de courte durée sont dus à des maladies infectieuses et parasitaires

comme la grippe, les gastro-entérites, les sinusites ou les otites.

- a) *Exploitation des diagnostics issus 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.*
- b) *Ne concernent ni les accidents du travail ni les maladies professionnelles.*



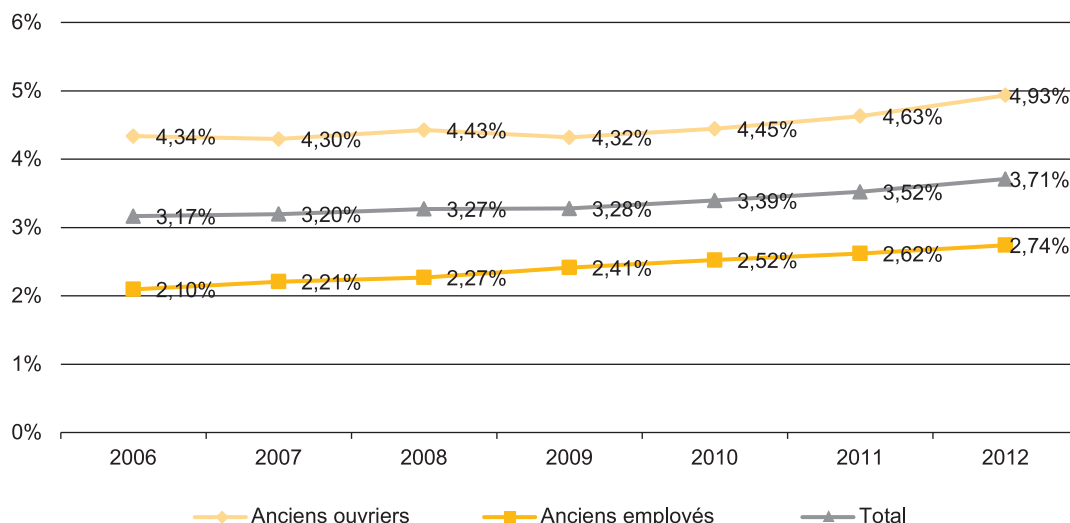
Graphique 23. - Répartition des jours de maladie liés à des absences de longue durée (≥ 21 jours) selon la raison médicale

La figure ci-avant révèle que, si on écarte les absences associées au motif " Autres maladies ", il existe quatre raisons principales pour les absences de longue durée : les dépressions et autres problèmes liés au stress, les convalescences après acte chirurgical, les maladies dégé-

neratives de l'appareil ostéo-articulaire ainsi que les traumatismes. Les absences associées à ces quatre types de diagnostics concentrent 68% des jours de maladie liés à des absences de longue durée.

4.2.6. Evolution de l'absentéisme depuis 2006

Graphique 24. - Evolution du taux d'absentéisme entre 2006 et 2012 selon le statut



L'augmentation du taux d'absentéisme observée en 2012 s'inscrit dans une tendance de long terme légèrement croissante. Il est toutefois à noter que le taux d'absentéisme des anciens ou-

vriers a connu une légère diminution en 2009, année de la généralisation de la continuation de la rémunération^{a)}.

Tableau 27. - Evolution des trois composantes du taux d'absentéisme

Année	Proportion de personnes non malades	Nombre moyen d'épisodes (personnes concernées par au moins un épisode)	Durée moyenne (en jours civils)
2006	51,0%	2,38	8,4
2007	49,6%	2,44	8,0
2008	48,6%	2,43	8,7
2009	46,8%	2,46	7,9
2010	48,0%	2,47	8,3
2011	47,6%	2,45	8,5
2012	46,8%	2,50	8,8

La durée moyenne d'un épisode de maladie a augmenté en 2012 passant de 8,5 à 8,8 jours civils. Le nombre moyen d'épisodes est passé de 2,45 à 2,50 tandis que la proportion de personnes non malades est passée de 47,6% à 46,8%.

Le tableau qui suit présente les taux d'absentéisme des différents secteurs d'activité pour les années 2011 et 2012. Afin de relativiser l'impact sur le taux global de l'évolution des taux sectoriels, le poids que représente chacun des sec-

teurs au sein de l'économie est également indiqué. Le tableau est classé de manière décroissante, selon le taux d'absentéisme affiché en 2012. On rappelle que le poids est mesuré ici par le nombre de jours civils correspondant à l'ensemble des durées d'occupation du secteur considéré, rapporté au nombre de jours civils correspondant à l'ensemble des durées d'occupation de tous les secteurs.

a) Avant 2009, l'intégralité des indemnités pécuniaires de maladie des ouvriers était à charge de la caisse tandis que pour les employés, le patron 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 au patron.

Secteur d'activité	Taux		Poids	
	2011	2012	2011	2012
E Production et distribution d'eau	4,1%	4,8%	0,4%	0,4%
I Hébergement et restauration	4,3%	4,6%	4,7%	4,8%
Q Santé humaine et action sociale	4,4%	4,6%	8,7%	9,1%
N Activités de services administratifs et de soutien	4,1%	4,3%	7,0%	6,8%
H Transports et entreposage	4,2%	4,3%	7,1%	6,8%
F Construction	4,0%	4,3%	11,8%	11,6%
C Industrie manufacturière	4,0%	4,2%	9,8%	9,4%
B Industries extractives	3,5%	4,1%	0,1%	0,1%
G Commerce; réparation d'automobiles	3,6%	3,8%	13,3%	13,3%
S Autres activités de services	3,1%	3,5%	1,7%	1,7%
O Administration publique *)	3,3%	3,4%	2,9%	3,0%
A Agriculture, sylviculture et pêche	3,5%	3,2%	0,4%	0,4%
T Activités des ménages en tant qu'employeurs	3,2%	3,1%	4,6%	4,8%
L Activités immobilières	2,5%	2,8%	0,6%	0,7%
U Activités extra territoriales	3,1%	2,8%	0,2%	0,2%
D Production et distribution d'électricité, de gaz	2,9%	2,8%	0,4%	0,4%
R Arts, spectacles et activités récréatives	2,5%	2,8%	0,5%	0,5%
Non-déterminés	2,0%	2,7%	0,3%	0,3%
K Activités financières et d'assurance	2,4%	2,5%	12,4%	12,5%
M Activités spécialisées, scientifiques et techniques	2,2%	2,3%	8,3%	8,4%
J Information et communication	2,0%	2,0%	3,9%	4,0%
P Enseignement *)	1,8%	1,7%	0,9%	1,0%

Tableau 28. - Evolution du taux d'absentéisme selon le secteur d'activité

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

Le taux d'absentéisme du secteur E " Production et distribution d'eau " affiche l'une des augmentations du taux d'absentéisme les plus importantes entre 2011 et 2012. Toutefois, étant donné que le poids de secteur est très faible (0,4% en 2011 et 2012), l'impact de l'augmentation de son taux d'absentéisme sur le taux global est négligeable.

A l'opposé, le secteur Q " Santé humaine et action sociale " est un des moteurs de l'augmentation du taux global, et ce pour quatre raisons :

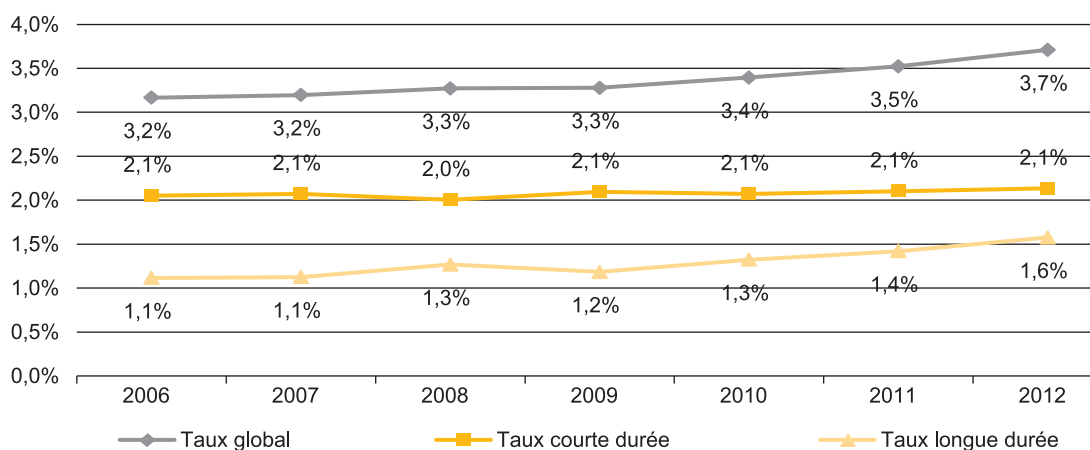
- Son taux d'absentéisme est l'un des plus importants (4,6% en 2012)
- Son taux d'absentéisme a augmenté en 2012 (4,4% en 2011)
- Son poids dans l'économie est l'un des plus importants (9,1% en 2012)
- Son poids dans l'économie a augmenté en 2012 (8,7% en 2011)

4.2.7. Absentéisme de courte et de longue durée

Alors que le taux d'absentéisme de courte durée est relativement stable depuis 2006, le taux d'absentéisme de longue durée affiche une augmentation constante depuis 2010.

sentéisme de longue durée affiche une augmentation constante depuis 2010.

Graphique 25. - Evolution des taux d'absentéisme de courte et de longue durée



4.2.8. Poids des différentes raisons médicales dans l'augmentation du taux d'absentéisme de longue durée et dans l'augmentation du coût des prestations en espèces de maladie à charge de la CNS

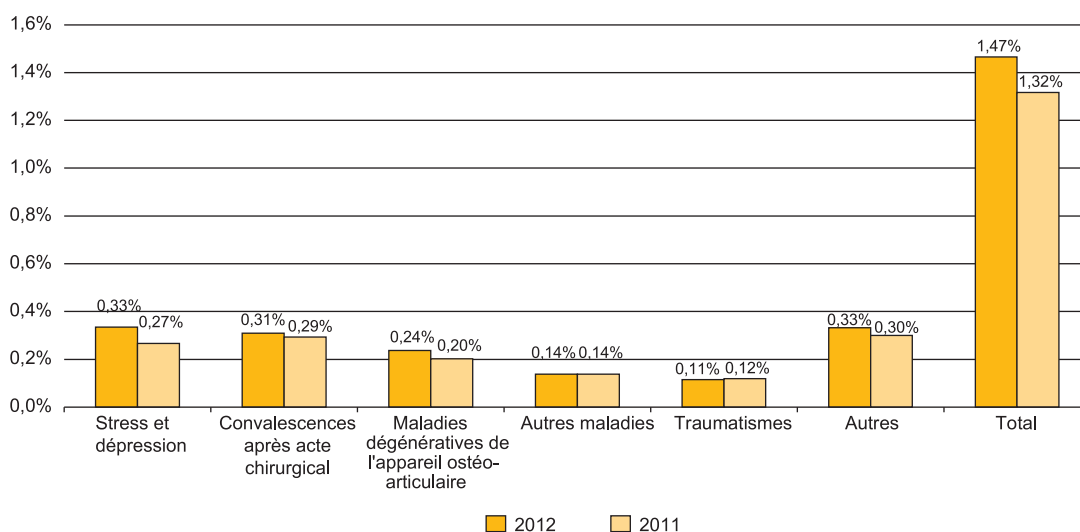
des jours de maladie en 2011, ce poids est passé à 23% en 2012.

L'analyse des raisons médicales des absences de longue durée des salariés résidents révèle que ce sont les dépressions et les troubles liés au stress qui contribuent le plus à l'augmentation du taux d'absentéisme de longue durée. En effet, alors que cette raison médicale concentrait 20%

En multipliant cette proportion par le taux d'absentéisme de longue durée, on obtient la part du taux d'absentéisme de longue durée qui se rattache aux dépressions et aux troubles liés au stress, soit 0,33% en 2012.

Le graphique qui suit présente ce résultat pour chacune des raisons médicales.

Graphique 26. - Décomposition du taux d'absentéisme de longue durée des salariés résidents selon la raison médicale



Entre 2011 et 2012, le taux d'absentéisme de longue durée des salariés résidents est passé de 1,32% à 1,47% (+ 0,15 point de pour cent). Sur la même période, la part du taux d'absentéisme de longue durée, qui se rattache aux dépressions et aux troubles liés au stress, est passée de 0,27% à 0,33% (+ 0,07 point de pour cent). Par conséquent, l'évolution de la part du taux d'absentéisme de longue durée, qui se rattache aux dépressions et aux troubles liés au stress, explique 46% de l'évolution du taux d'absentéisme de longue durée (46% = 0,07/0,15).

En termes de coût pour la CNS, le montant des prestations en espèces de maladie versées aux salariés résidents est passé, entre 2011 et 2012, de 43,8 à 52 millions d'euros (+ 8,2 millions d'euros). Sur la même période, la part du montant des prestations en espèces de maladie, qui se rattache aux dépressions et aux troubles liés au stress, est passée de 9,7 à 13,4 millions d'euros (+ 3,7 millions d'euros). Par conséquent, l'évolution de la part du montant des prestations en espèces de maladie, qui se rattache aux dépressions et des troubles liés au stress, explique 45% de l'évolution du montant des prestations en espèces de maladie versées par la CNS aux salariés résidents (45% = 3,7/8,2).

4.2.9. Absentéisme et crise économique

Savoir si un ralentissement de l'activité économique engendre une diminution ou une augmentation du taux d'absentéisme relève plus de l'empirisme que de la théorie. Certaines études scientifiques ont mis en évidence une corrélation positive entre l'activité économique et le taux d'absentéisme tandis que d'autres ont montré le contraire.^{a) b)}

Les études ayant conclu à un caractère " procyclique " de l'absentéisme (le taux d'absentéisme diminue quand l'activité économique ralentit) avancent les deux explications suivantes :

- La crainte des salariés de perdre leur emploi les pousserait à continuer à travailler malgré un état de maladie pour lequel ils se seraient absentés en temps normal. On peut alors parler d'un effet disciplinant dans le cas de l'absentéisme abusif ou dans le cas de maladies bénignes ne nécessitant pas nécessairement un arrêt de travail.
- En temps de crise, les entreprises tendraient à n'embaucher que les personnes en bonne

santé et à se séparer en priorité des personnes les plus susceptibles de tomber malade. On parle alors d'un effet de composition.

Les études ayant conclu à un caractère " anticyclique " de l'absentéisme (le taux d'absentéisme augmente quand l'activité économique ralentit) avancent également comme argument la crainte des salariés de perdre leur emploi. Toutefois, l'effet disciplinant avancé dans l'explication " procyclique " jouerait dans une moindre mesure et la crainte en question aurait des conséquences négatives sur l'état de santé des salariés, ce qui contribuerait à une augmentation du taux d'absentéisme. Les pathologies les plus caractéristiques de cette situation seraient alors les dépressions et autres troubles liés au stress et concerneraient essentiellement les absences de longue durée.^{c)}

On voit bien que les deux effets que peut avoir la crise économique sur l'évolution du taux d'absentéisme ne sont pas contradictoires puisque la crainte des salariés de perdre leur emploi peut expliquer aussi bien l'un que l'autre. La question est de savoir quelle conséquence va avoir cette crainte sur le taux d'absentéisme. L'effet disciplinant va-t-il dominer ou sera-t-il réduit voir neutralisé par une détérioration significative de l'état de santé des salariés ?

A la lumière de ces éléments théoriques et des constats concernant la situation au Luxembourg selon lesquels, seul l'absentéisme de longue durée augmente et que cette augmentation s'explique en grande partie par les dépressions et autres problèmes liés au stress, on peut émettre l'hypothèse du caractère anticyclique de l'absentéisme au Luxembourg.

Cette hypothèse peut s'appuyer sur une observation faite en 2003 par l'Union des caisses de maladie luxembourgeoise (UCM) dans une analyse de l'évolution des indemnités pécuniaires de maladie réalisée entre 1999 et 2002.

Selon l'auteur de cette analyse, se posait la question de savoir " si l'augmentation anormale du taux de morbidité entre 1999 et 2002 est liée à l'évolution de la conjoncture économique "... L'auteur poursuivait en constatant qu'il " est indéniable que cette augmentation s'est produite d'abord en 2001 et ensuite de façon massive en 2002. Or, ce sont précisément ces deux années qui sont marquées par une très faible croissance

a) C.A.M. Roelen, W van Rhenen, P.C. Koopmans, U. Bültmann, J.W. Groothoff and J.J.L. van der Klink (Jully 2012) - *Sickness absence due to mental health disorders - a societal perspective - Occupational medicine.*

b) Trond Bliksvär and Anne Helliesen (April 1997) - *Luxembourg Employment Study - Working Paper Series (n°3) : Sickness Absence : A study of 11 LES Countries.*

c) Lyn Winters, Sharon McAteer and Alex Scott-Samuel (February 2012) - *Assessing the impact of the Economic Downturn on health and Wellbeing - Liverpool public health observatory.*

en volume du PIB ". Enfin, il était mentionné que " L'analyse de l'existence d'une relation entre conjoncture économique et variation du taux de morbidité reste à être entreprise " .

L'hypothèse d'un caractère anticyclique de l'absentéisme au Luxembourg reste à être étudiée plus en détail. L'étude qui permettrait de la valider ou de l'invalider devrait couvrir une période comprenant les crises de 2002 et de 2009 et tenir compte, entre autre, des difficultés légales rencontrées par le Contrôle médical pour effectuer sa mission de contrôle au cours de la période de continuation de la rémunération. En effet, à l'heure actuelle, aucune suite ne peut être réservée à la constatation d'éventuels abus par le Contrôle médical pendant les 13 premières semaines. Cette situation devrait toutefois changer prochainement. Un avant-projet de loi modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité social est sur le point d'être présenté en conseil de gouvernement.

4.3. LES CONGÉS DE MATERNITÉ ET AUTRES PRESTATIONS ASSIMILÉES

Les bénéficiaires :

Les prestations en espèces de maternité et prestations assimilées constituent des remplacements de salaire servis à tous/toutes assuré(e)s actives, résident(e)s et non-résident(e)s, assuré(e)s à titre obligatoire et ne profitant pas de la conservation de leur rémunération en cas de maladie ou de maternité en vertu de dispositions statutaires ou conventionnelles, (p.ex. fonctionnaires).

Les prestations liées à la fonction maternité :

A part le congé légal de maternité, il faut mentionner également la dispense de travail pour femmes

enceintes, ainsi que le congé d'accueil et le congé pour raisons familiales qui sont des prestations assimilées aux prestations de maternité. Le bénéficiaire du congé d'accueil et du congé pour raisons familiales s'étend aux assurés des deux sexes.

La durée d'indemnisation des prestations en espèces de maternité ou prestations assimilées :

La période d'indemnisation du congé légal de maternité est de 8 semaines avant et de 8 semaines après l'accouchement. Le congé postnatal est prolongé pour une durée de 4 semaines en cas d'accouchement prématuré ou multiple ainsi que pour les mères allaitantes.

Le congé d'accueil en cas d'adoption d'un jeune enfant est de huit semaines.

La rémunération à charge de l'assurance maladie d'une *dispense de travail pour femmes enceintes* a été introduite en 1998.^{a)}

Le *congé pour raisons familiales* est destiné aux parents d'enfants malades âgés de moins de 15 ans (ou moins de 18 ans dans le cas d'un enfant handicapé). Il ouvre droit à un arrêt de travail rémunéré de 2 jours par enfant et par an, ou de 4 jours s'il s'agit d'un enfant handicapé. Dans des cas exceptionnellement graves, et sur avis du CMSS^{b)}, cette période peut être prolongée.

Le financement :

Les prestations de maternité, financées jadis directement par l'Etat, ont été intégrées dans le régime général de l'assurance maladie-maternité à partir de 2011. A titre de compensation, l'Etat a augmenté sa participation au niveau des cotisations de l'assurance maladie-maternité.

Tableau 29. - Evolution des prestations en espèces de maternité par genre de prestation (en millions EUR)

Genre de prestation	Décomptes					Estimations actualisées ¹⁾		Variation moyenne annuelle 2000/12
	2000	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Congé légal	40,4	75,3	81,2	78,6	84,7			6,4%
Congé d'accueil	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2			1,6%
Dispense de travail pour femmes enceintes et allaitantes	4,2	20,2	20,6	20,4	22,4			15,0%
Congé pour raisons familiales	0,5	5,8	5,9	7,3	7,6			26,4%
TOTAL	45,2	101,5	108,0	106,5	114,8	121,3	129,8	8,1%

1) Source : Estimations CNS (octobre 2013).

a) Loi modifiée du 1er août 2001 concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes, remplaçant la loi modifiée du 3 juillet 1975 concernant la protection de la maternité de la femme au travail.

b) Contrôle Médical de la Sécurité Social.

4.3.1. Les bénéficiaires des congés de maternité

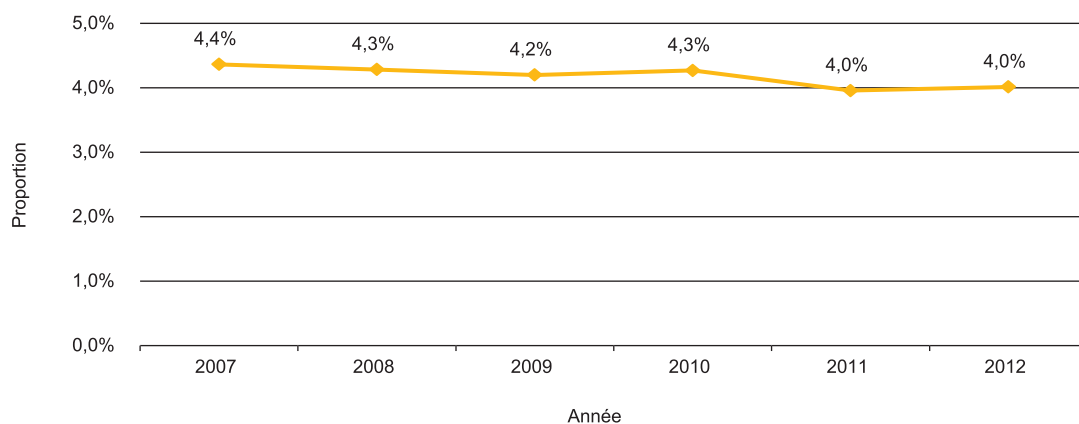
Le tableau suivant montre l'évolution annuelle de la répartition par âge des femmes ayant bénéficié d'un congé de maternité se terminant au cours de l'année considérée.

Groupes d'âge	2009		2010		2011		2012		Variation annuelle moyenne 2009/12
	Nombre	En% du total	Nombre	En% du total	Nombre	En% du total	Nombre	En% du total	
<20 ans	6	0,1%	6	0,1%	10	0,2%	4	0,1%	-12,6%
20-24	331	5,7%	351	5,8%	318	5,5%	372	6,1%	4,0%
25-29	1 715	29,6%	1 658	27,5%	1 588	27,4%	1 559	25,6%	-3,1%
30-34	2 213	38,2%	2 372	39,3%	2 344	40,4%	2 462	40,4%	3,6%
35-39	1 260	21,8%	1 303	21,6%	1 227	21,2%	1 368	22,5%	2,8%
=> 40 ans	261	4,5%	339	5,6%	311	5,4%	325	5,3%	7,6%
TOTAL	5 786	100,0%	6 029	100,0%	5 798	100,0%	6 090	100,0%	1,7%
Variation annuelle	0,8%		4,2%		-3,8%		5,0%		

Tableau 30. - Nombre de bénéficiaires d'un congé de maternité¹⁾ par groupe d'âge

1) Concerne uniquement les prestations se rapportant au congé légal de maternité.

Le graphique qui suit présente l'évolution, entre 2007 et 2012 de la part des femmes actives ayant bénéficié d'un congé de maternité qui a pris fin au cours de l'année considérée.



Graphique 27. - Evolution de la proportion des femmes actives ayant bénéficié d'un congé de maternité

On constate que la proportion est restée stable en 2012 par rapport à 2011. Il est important de souligner le fait que la diminution observée en 2011 ne peut pas être mise en relation avec le taux de natalité au Luxembourg pour les deux raisons suivantes :

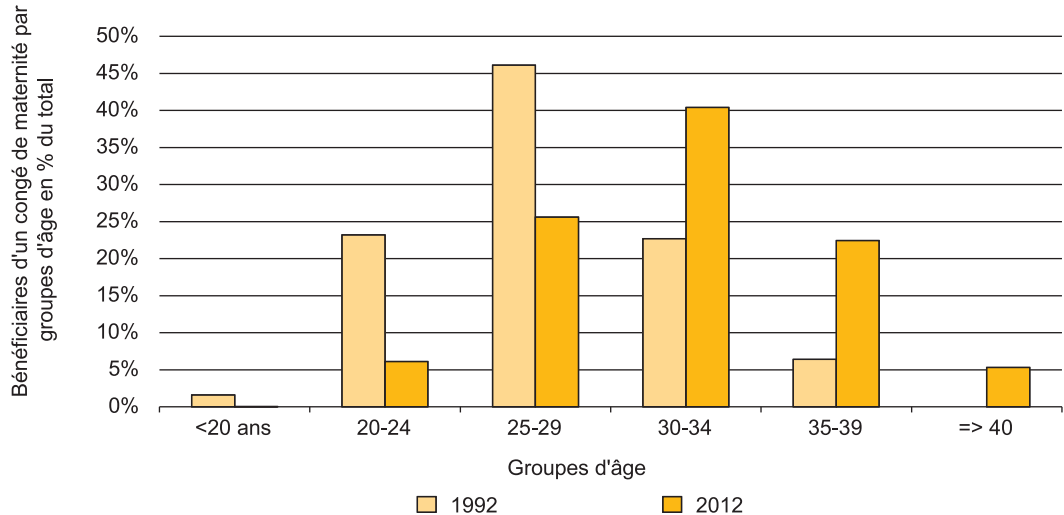
- Elle se rapporte uniquement au nombre de femmes actives bénéficiant d'un congé de

maternité et non pas au nombre de naissances.

- Parmi les bénéficiaires il y a un grand nombre d'assurées non-résidentes.

Le graphique suivant présente l'évolution de la distribution de l'âge des bénéficiaires d'un congé de maternité entre 1992 et 2012.

Graphique 28. - Evolution de la distribution par âge des bénéficiaires d'un congé de maternité entre 1992 et 2012



Il apparaît très clairement que les comportements en termes de natalité ont profondément changé en 20 ans. Si en 1992, la très large majorité (71%) des bénéficiaires avait moins de 30 ans, on constate que dorénavant, 68% des bénéficiaires sont âgées de 30 ans et plus.

4.3.2. Prolongation du congé de maternité : accouchements multiples et accouchements prématurés

La proportion d'accouchements prématurés, liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2012, est de 7,5%. La proportion d'accouchements multiples est, quant à elle, de 1,5%. Le tableau qui suit présente la répartition des accouchements par type et par groupe d'âge.

Tableau 31. - Accouchements liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2012, selon le type et le groupe d'âge

Groupes d'âge	Multiple	Prématuré	Normal	TOTAL
<20 ans			4	4
20-24	3	25	344	372
25-29	24	118	1 417	1 559
30-34	35	182	2 245	2 462
35-39	22	103	1 243	1 368
=> 40 ans	6	31	288	325
TOTAL	90	459	5 541	6 090

4.3.3. Congé d'allaitement

La proportion d'accouchements, liés à un congé de maternité ayant pris fin en 2012, qui ont été suivis d'une période d'allaitement est de 81%. Le

tableau qui suit présente la répartition par groupe d'âge de la proportion des congés de maternité suivis d'un congé d'allaitement.

Tableau 32. - 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 2012

Groupes d'âge	Proportion	Nombre
<20 ans	50%	2
20-24	72%	268
25-29	79%	1 230
30-34	84%	2 062
35-39	83%	1 134
=> 40 ans	79%	257
TOTAL	81%	4 953

4.3.4. Les dispenses de travail pour femmes enceintes

Une analyse sectorielle des dispenses de travail pour femmes enceintes révèle que la proportion

des dispenses parmi les congés de maternité varie fortement d'un secteur économique à un autre.

Secteur d'activité	Congés de maternité		Dispenses		Rapport DISP/MAT
	Nombre	En% du total	Nombre	En% du total	
Q Santé humaine et action sociale	1 022	17%	796	1%	78%
I Hébergement et restauration	460	8%	335	0%	73%
N Activités de services administratifs et de soutien	442	7%	252	2%	57%
G Commerce; réparation d'automobiles et de motocycles	885	15%	499	2%	56%
S Autres activités de services	202	3%	93	3%	46%
T activités des ménages en tant qu'employeurs ; activités indifférenciées des ménages en tant que producteurs de biens et services pour usage propre	159	3%	67	0%	42%
C Industrie manufacturière	190	3%	61	3%	32%
R Arts, spectacles et activités récréatives	42	1%	13	4%	31%
H Transports et entreposage	130	2%	37	14%	28%
O Administration publique *	194	3%	54	0%	28%
A Agriculture, sylviculture et pêche	14	0%	3	0%	21%
U Activités extra territoriales	5	0%	1	0%	20%
P Enseignement *	107	2%	10	34%	9%
L Activités immobilières	34	1%	3	1%	9%
F Construction	115	2%	9	21%	8%
K Activités financières et d'assurance	1 002	16%	74	0%	7%
M Activités spécialisées, scientifiques et techniques	753	12%	35	11%	5%
J Information et communication	183	3%	8	3%	4%
Non-détermines	136	2%	5	0%	4%
D Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné	9	0%		0%	0%
E Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution	6	0%		0%	0%
TOTAL	6 090	100%	2 355	100%	39%

(*) 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.

Si on s'intéresse à la répartition, par groupe d'âges et sans considération pour le secteur économique, de la proportion des dispenses parmi

les congés de maternité, on constate que celle-ci a tendance à diminuer avec l'âge.

Groupes d'âge	Congés de maternité		Dispenses		Rapport DISP/MAT
<25 ans	376	6%	263	11%	70%
25-29	1 559	26%	780	33%	50%
30-34	2 462	40%	855	36%	35%
35-39	1 368	22%	356	15%	26%
>=40 ans	325	5%	101	4%	31%
TOTAL	6 090	100%	2 355	100%	39%

Tableau 33. - Répartition sectorielle de la proportion des dispenses parmi les congés de maternité ayant pris fin en 2012

Tableau 34. - Répartition par groupe d'âge de la proportion des dispenses parmi les congés de maternité ayant pris fin en 2012

La proportion de femmes de moins de 25 ans qui ont bénéficié d'un congé de maternité ayant pris fin en 2012 et qui ont également bénéficié d'une dispense de travail est de 70%. Cette proportion chute à 31% pour les femmes de plus de 40 ans.

4.3.5. Le congé pour raisons familiales

Le tableau, ci-après, présente le nombre de congés pour raison familiales ayant pris fin en 2012 selon le sexe et le secteur d'activité du bénéficiaire.

Tableau 35. - Répartition des congés pour raison familiale ayant pris fin en 2012 selon le sexe et le secteur d'activité du bénéficiaire

Secteur d'activité	Femmes	Hommes	Total
A Agriculture, sylviculture et pêche	13	7	20
B Industries extractives	2	4	6
C Industrie manufacturière	495	877	1 372
D Production et distribution d'électricité, de gaz...	24	56	80
E Production et distribution d'eau	20	44	64
F Construction	211	973	1 184
G Commerce; réparation d'automobiles	1 320	732	2 052
H Transports et entreposage	271	413	684
I Hébergement et restauration	589	171	760
J Information et communication	373	578	951
K Activités financières et d'assurance	2 828	1 669	4 497
L Activités immobilières	58	33	91
M Activités spécialisées, scientifiques et techniques	1 309	725	2 034
N Activités de services administratifs et de soutien	1 118	278	1 396
O Administration publique *	391	175	566
P Enseignement *	158	42	200
Q Santé humaine et action sociale	2 210	335	2 545
R Arts, spectacles et activités récréatives	51	28	79
S Autres activités de services	303	52	355
T Activités des ménages en tant qu'employeurs	624	2	626
U Activités extra territoriales	29	4	33
Non-détermines	56	54	110
TOTAL	12 453	7 252	19 705

(*) 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.

5. DONNÉES FINANCIÈRES

Remarque introductive :

Comme cela a été déjà expliqué dans les commentaires au début de ce chapitre, 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 1.1.2009. Cela a eu comme conséquence une restructuration complète de la gestion "prestations en espèces" de l'assurance maladie.

- **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 et elle a institué un taux de cotisation unique pour couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité. Par cette même réforme, les prestations de maternité ont été intégrées dans le régime général. A partir de 2011, celles-ci ne sont plus financées directement par l'Etat qui intervient essentiellement au niveau des cotisations dans le financement de l'assurance maladie.

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 in-

férieure à 3 mois par la mutuelle des employeurs. L'intégration des prestations de maternité dans le régime général à partir de 2011, impacte sur le niveau des cotisations étant donné que l'Etat participe dorénavant uniquement aux cotisations et n'intervient plus du côté des prestations.

5.1. LE SYSTÈME DE FINANCEMENT

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).

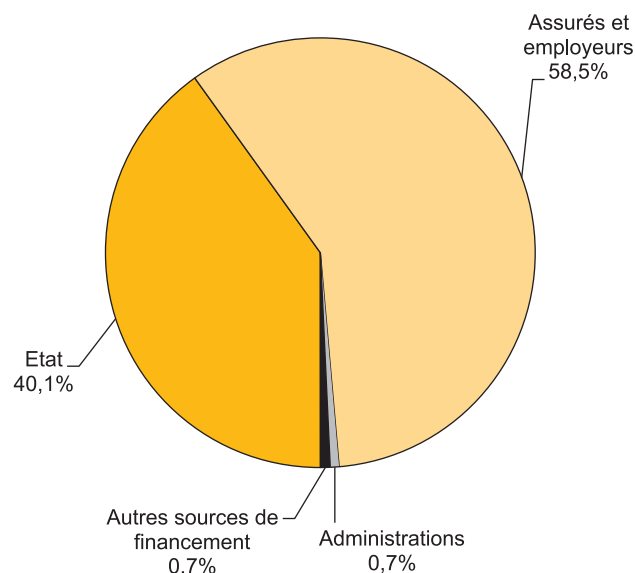
Par dérogation à cette disposition, la loi budgétaire avait abaissé pour 2010 le seuil inférieur de la réserve à 5,5% du montant annuel des dépenses courantes. La loi du 17 décembre 2010 a prorogé cette mesure pour 2011. Le niveau du seuil inférieur de la réserve a été relevé à 6,5%

pour 2012, et à 7,5% pour 2013. Le projet de budget de la CNS pour 2014 table sur une réserve minimale de 8,5%. A partir de 2015 la réserve devrait regagner le seuil de 10%.

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 ménages (assurés actifs et pensionnés et employeurs). Le taux de participation de l'Etat au niveau des cotisations, fixé par la loi, s'élève à 40%.

Graphique 29. - Taux de participation financière des différents intervenants en 2012 ¹⁾²⁾

Le graphique suivant illustre, pour l'année 2012, la répartition de la participation financière des différents intervenants.



1) Sans les prélèvements aux provisions.
2) Source: Estimations CNS (octobre 2013).

Le tableau ci-après montre l'évolution des différentes sources de financement à partir de 2010.

Tableau 36. - Les sources de financement de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

Exercice	Décomptes			Estimations actualisées ¹⁾	
	2010	2011	2012	2013	2014
Etat	841,0	864,0	911,0	951,9	973,0
Assurés et employeurs	1 152,4	1 260,1	1 330,0	1 390,4	1 452,0
Administrations	12,8	14,2	14,8	16,9	17,4
Autres sources de financement	18,0	21,7	16,7	14,3	14,7
TOTAL RECETTES COURANTES ²⁾	2 024,2	2 160,1	2 272,5	2 373,5	2 457,1
<i>En % du total</i>					
Etat	41,5%	40,0%	40,1%	40,1%	39,6%
Assurés et employeurs	56,9%	58,3%	58,5%	58,6%	59,1%
Administrations	0,6%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%
Autres sources de financement	0,9%	1,0%	0,7%	0,6%	0,6%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1) Source : Estimations CNS (octobre 2013).
2) Sans les prélèvements aux provisions.

Si on considère le poids des différents intervenants dans le financement, on constate que les rapports demeurent assez stables au fil des années. La légère diminution de l'engagement financier de l'Etat à partir de 2011, s'explique par une modification de la participation financière de l'Etat qui n'intervient plus à la fois au niveau des cotisations et au niveau du remboursement des prestations de maternité. Dorénavant sa participation se limite aux seules cotisations avec un taux fixe porté à 40%, pour englober le finance-

ment des prestations de maternité. A côté de cette participation, l'Etat verse depuis 2011 (et provisoirement jusqu'en 2013) une dotation annuelle de 20 millions pour compenser les frais supplémentaires causés à la CNS du fait de l'intégration des frais de maternité dans le régime général. Cette dotation a été réévaluée par l'IGSS. L'analyse a conclu à une charge supplémentaire de la CNS du fait de l'intégration des prestations en espèces de maternité estimée à 42 millions EUR pour l'exercice budgétaire 2014.

5.2. SITUATION FINANCIÈRE : RÉSULTATS ET PRÉVISIONS À COURT TERME

5.2.1. Analyse financière globale

Le tableau ci-après retrace l'évolution financière globale de l'assurance maladie-maternité à partir de 2009 et présente des estimations actualisées

pour l'année en cours ainsi que pour l'exercice budgétaire 2014.

Exercice	Décomptes			Estimations actualisées ¹⁾	
	2010	2011	2012	2013	2014
RECETTES COURANTES ²⁾	2 024,2	2 160,1	2 272,5	2 373,5	2 457,1
DEPENSES COURANTES ²⁾	2 029,0	2 081,8	2 228,4	2 366,9	2 452,9
Solde des opérations courantes	-4,8	78,3	44,1	6,6	4,2
Réserve globale	194,5	272,8	317,0	323,6	327,8
Fonds de roulement minimum ³⁾	111,6	114,5	144,8	177,5	208,5
Taux réserve minimum / dépenses courantes	5,5%	5,5%	6,5%	7,5%	8,5%
Excédent/découvert cumulé (après opérations sur réserve)	82,9	158,3	172,1	146,1	119,3

Tableau 37. - Equilibre financier de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)

1) Source : estimations CNS (octobre 2013).

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

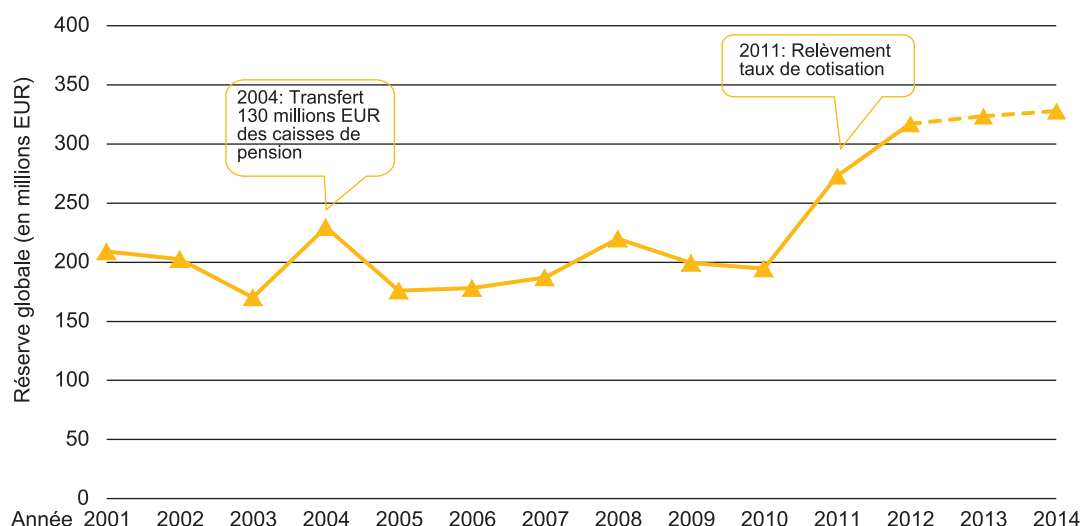
3) Le niveau de la réserve minimale a été abaissé de 10% des dépenses courantes à 5,5% pour les exercices 2010 et 2011. Pour 2012, la réserve est fixée à 6,5%, pour 2013 à 7,5% et pour 2014 à 8,5%.

L'année 2012 a été clôturée avec un excédent cumulé de 172 millions euros. Comme en 2011, cet excédent est en grandes parties imputable à l'abaissement temporaire du niveau de la réserve. Cette mesure temporaire avait été prise afin de redresser les finances de l'assurance maladie-maternité tout en évitant le recours à des mesures drastiques.

En ce qui concerne les opérations courantes, un équilibre fragile est prévu pour les exercices 2013 et 2014. Après dotation à la réserve légale minimale, les résultats estimés de l'exercice sont cependant déficitaires pour les deux années et l'excédent cumulé sera progressivement absorbé.

Graphique 30. - La réserve globale en fin d'année en valeur absolue

Le graphique ci-après trace l'évolution de la réserve à partir de 2001, tout en illustrant la sensibilité du système aux aléas de l'évolution économique.



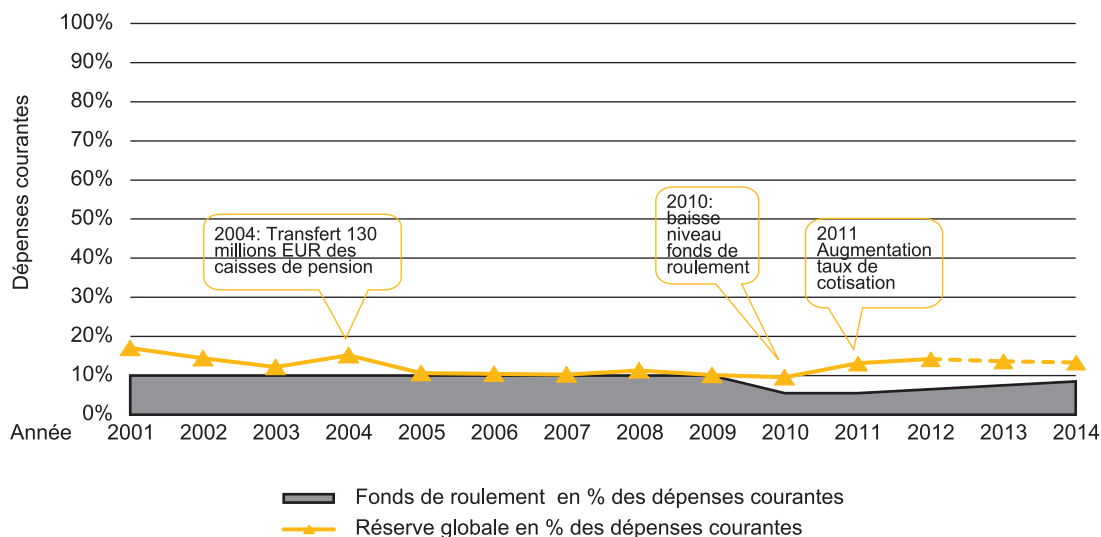
Sources: Décomptes, estimations 2013 et 2014 CNS (octobre 2013).

En 2001, en présence d'une situation financière saine et d'une réserve confortable, la décision est prise de baisser le taux de cotisation alors qu'un ralentissement économique se dessine. La situation financière globale s'aggrave en 2003 où suite au ralentissement des recettes, le niveau de la réserve chute dangereusement. Confronté fin 2003 à un déséquilibre budgétaire massif prévu pour 2004, un transfert de fonds de 130 millions euros du régime des pensions vers l'assurance maladie-maternité sauve la mise pour 2004. La reprise économique à partir de 2004 ainsi qu'une augmentation du taux de cotisation en 2005 (5,1% => 5,4%) réussissent à redresser la situation. Cependant l'équilibre financier demeure précaire.

A partir de 2009, la crise économique et la situation tendue sur le marché de l'emploi provoquent à nouveau un ralentissement spectaculaire des rentrées en cotisations (voir graphique 33 ci-après) et menacent sérieusement l'équilibre financier de la CNS.

Afin de faire face aux problèmes structurels auprès de l'assurance maladie-maternité et d'assainir durablement l'assise financière, le Gouvernement décide d'engager une réforme en profondeur, votée en décembre 2010.

L'implémentation de cette réforme débute en 2011. En attendant que les changements structurels prévus par la loi montrent leurs effets, des mesures financières intermédiaires, mentionnées dans l'introduction, doivent maintenir l'équilibre.



Graphique 31. - La réserve globale en fin d'année en % des dépenses courantes

Sources: Décomptes, estimations 2013 et 2014 CNS (octobre 2013).

Le graphique précédent visualise le niveau et l'évolution de la réserve globale par rapport aux dépenses courantes. Ce rapport illustre qu'un excédent de financement qui peut paraître important en valeur absolue, ne représente en fait 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% (2010, 2011), 6,5% (2012), 7,5% (2013) et 8,5% (2014).

5.2.2. Les perspectives concernant la situation de l'emploi et des cotisations

Bref bilan de la dernière décennie :

Si on fait le bilan de la dernière décennie, on constate qu'après chaque crise, la situation économique et l'emploi se sont certes redressés et

consolidés, mais sur un palier chaque fois nettement plus bas.

Malgré une évolution négative du PIB en 2012 (-0,2%), l'emploi résiste encore relativement bien.

Graphique 32. - Evolution de l'emploi, des masses des salaires cotisables¹⁾ ainsi que du PIB de l'économie luxembourgeoise (évolution en %)



Source: IGSS (estimations pour 2013 et 2015).

1) Optique "facturé", peut différer de l'optique "perçu".

Perspectives économiques au-delà de 2013 :

Pour les années 2013 à 2015 une croissance modérée, comprise entre 1,5% et 2%, de la masse des cotisations est attendue.

Ayant été systématiquement supérieure à celle de l'emploi, l'évolution des masses cotisables s'y

aligne depuis 2009. A partir de 2015 on prévoit même un début d'inversion de tendance. Ainsi, avec un taux de 2,0%, la croissance de la masse cotisable serait légèrement inférieure à celle de l'emploi, estimée à 2,2% pour 2015.

5.2.3. Evolution globale des recettes et des dépenses

Exercice	Décomptes				Estimations actualisées ²⁾	
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes						
Cotisations	1 110,3	1 155,1	1 262,8	1 332,6	1 393,3	1 455,0
Cotisations forfaitaires Etat	641,7	668,0	841,3	888,2	928,9	970,0
Autres contributions de l'Etat	155,0	170,3	20,1 ³⁾	20,1 ³⁾	20,1 ³⁾	0,1
Autres recettes	33,3	30,9	35,9	31,6	31,2	32,1
TOTAL DES RECETTES COURANTES	1 940,3	2 024,2	2 160,1	2 272,5	2 373,5	2 457,1
Variation annuelle en %	-1,9%	4,3%	6,7%	5,2%	4,4%	3,5%
Dépenses						
Frais d'administration	66,1	68,8	67,4	70,9	75,7	80,6
Prestations en espèces ⁴⁾	216,2	217,0	232,5	258,9	273,9	291,0
Prestations en nature	1 674,7	1 734,9	1 775,9	1 892,2	1 967,7	2 065,0
Autres dépenses	3,8	8,4	5,9	6,5	49,6	16,3
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	1 960,7	2 029,0	2 081,8	2 228,4	2 366,9	2 452,9
Variation annuelle en %	0,8%	3,5%	2,6%	7,0%	6,2%	3,6%
Solde des opérations courantes	-20,4	-4,8	78,3	44,1	6,6	4,2

Tableau 38. - Evolution des recettes et dépenses globales de l'assurance maladie-maternité (en millions EUR)¹⁾

1) Sans les prélèvements ou provisions pour prestations à liquider.

2) Source : Estimations CNS (octobre 2013).

3) L'Etat n'intervient plus directement au niveau du financement des prestations de maternité, mais il a renforcé son intervention au niveau des cotisations et verse, à titre transitoire jusqu'en 2013, une dotation annuelle de 20 millions pour compenser les charges supplémentaires incombant à la CNS, du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général.

4) Y compris la part patronale dans les prestations.

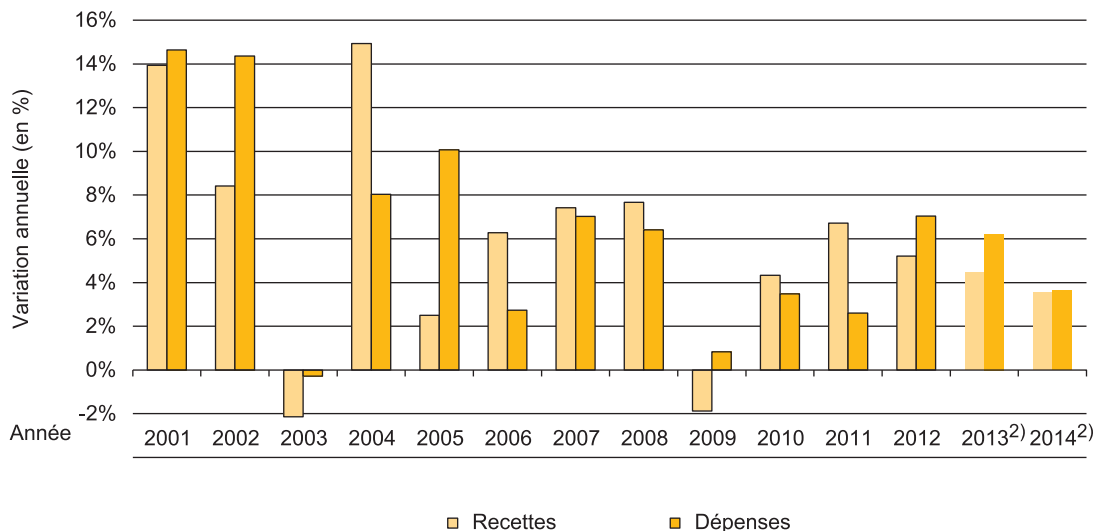
La baisse des recettes et le ralentissement simultané des dépenses en 2009 s'expliquent en partie par l'introduction du statut unique et la réforme du système des prestations en espèces entraînant la généralisation du principe de la continuation des salaires en cas de maladie. Cette modification du Code du travail s'est traduit par un transfert de recettes et de dépenses vers la mutualité des employeurs. Du côté des recettes on note également un ralentissement des rentrées en cotisations suite à la crise économique qui com-

mence à sortir ses effets. La croissance des recettes en 2011 est surtout imputable au relèvement du taux de cotisation.

Les dépenses courantes ont pu être contenues en 2010 et 2011, grâce à une série de mesures d'économies à court et moyen terme, destinées à garantir la stabilité du système.

Le résultat 2012, et les estimations actualisés pour 2013 et 2014, montrent à nouveau une accélération des dépenses.

Graphique 33. - Evolution des recettes et dépenses courantes¹⁾ à partir de 2001



1) Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions pour prestations.
 2) Estimations CNS pour 2013 et 2014.

Grâce à une série de mesures d'économies à court et moyen terme, l'évolution de dépenses courantes a pu être freinée depuis 2010.

Comme, les prévisions pour 2013 et au-delà ne sont pas trop optimistes au niveau des recettes, il convient pourtant de rester vigilant et de ne pas mettre en cause ces mesures, d'autant plus que :

- Les gains d'efficacité attendus suite à la réforme du secteur de la santé ne pourront se faire ressentir qu'à moyen, ou long terme, après la mise en place effective de toutes les mesures structurelles prévues.

- Le retour progressif du niveau minimal de la réserve légale, à son niveau initial, est prévu pour 2015. Il causera des charges supplémentaires.
- Il faut suivre avec attention l'évolution des prestations à l'étranger notamment en raison de leur croissance très dynamique, mais également à cause des échéances de paiement très irrégulières et difficilement prévisibles.

Pour de plus amples informations ou statistiques concernant l'Assurance maladie-maternité, veuillez consulter notre site internet www.statsecu.public.lu.



ASSURANCE DÉPENDANCE



1. INTRODUCTION

1.1. 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).

1.2. 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.

1.3. LE CHAPITRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE DANS LE RAPPORT GÉNÉRAL 2012

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 16 septembre 2013. 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.

2. 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 services^{a)}.

2.1. 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.

2.1.1. 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 per-

sonnes physiques ou morales, assurant la prise en charge de la personne dépendante à domicile.

Au 31 décembre 2012, seize prestataires ont conclu un contrat en tant que réseau d'aides et de soins. On y compte cinq 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 handicapées^{b)}. 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.

2.1.2. Les centres semi-stationnaires

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

En décembre 2012, on comptait 50 centres semi-stationnaires, sous l'égide de 17 prestataires différents. 38 exercent leur activité sur base d'un agrément de centre psycho-gériatrique et douze sont des centres de jour pour personnes handicapées^{b)}.

2.1.3. 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 en 2012, 52 établissements de ce type, dont 19 maisons de soins et 33 centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS^{b)}.

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

b) Source: CNS.

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

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

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

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

Au 31 décembre 2012, on compte 38 structures disposant d'un contrat d'aide et de soins du type de l'établissement à séjour intermittent.

2.2. 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 2012, l'assurance dépendance s'adresse à près de 170 fournisseurs spécialisés.

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

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

La présente section porte sur le personnel présentant 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.

2.3.1. 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. Nous attirons l'attention sur le fait que contrairement aux autres tableaux du rapport, ces chiffres sont limités à l'année 2011. Les chiffres utilisés pour établir ces tableaux sont les 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 8 059 unités (équivalents temps plein/ moyenne annuelle). 60,5% 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 8,1% entre 2010 et 2011 pour l'ensemble des prestataires. La hausse la plus importante en termes d'ETP est constatée en 2011 auprès des établissements d'aides et de soins à séjour continu.

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

	2009	En % du total	2010	En % du total	2011	En % du total
Réseaux d'aides et de soins	1 829,7	25,7%	1 857,1	24,9%	1 940,6	24,1%
Centres semi-stationnaires	321,0	4,5%	349,0	4,7%	377,9	4,7%
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	4 163,3	58,4%	4 426,0	59,4%	4 876,4	60,5%
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	813,8	11,4%	821,9	11,0%	864,2	10,7%
TOTAL	7 127,8	100,0%	7 454,0	100,0%	8 059,0	100,0%

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

2) Moyenne annuelle.

3) Source: données CNS.

Tableau 1. - Prestataires d'aides et de soins: Evolution des effectifs du personnel entre 2009 et 2011 ¹⁾²⁾³⁾

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

Type de prestataire	2009	2010	2011
Réseaux d'aides et de soins	1 829,7	1 857,1	1 940,6
Personnel d'assistance et de soins	1 652,6	1 681,5	1 755,3
Personnel socio-éducatif	33,5	33,3	37,2
Personnel administratif	129,5	127,6	127,9
Personnel technique et logistique	14,1	14,7	20,2
Centres semi-stationnaires	321,1	349,0	377,9
Personnel d'assistance et de soins	178,3	195,8	210,2
Personnel socio-éducatif	70,9	72,2	84,2
Personnel administratif	19,4	22,8	22,7
Personnel technique et logistique	52,4	58,2	60,8
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	4 163,2	4 426,0	4 876,4
Personnel d'assistance et de soins	2 728,0	2 918,0	3 432,5
Personnel socio-éducatif	90,7	104,0	113,3
Personnel administratif	215,8	227,0	235,3
Personnel technique et logistique	1 128,7	1 177,0	1 095,2
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	813,8	821,9	864,2
Personnel d'assistance et de soins	312,7	311,2	328,3
Personnel socio-éducatif	353,1	362,3	385,5
Personnel administratif	45,1	43,0	46,5
Personnel technique et logistique	102,9	105,4	103,9
TOTAL	7 127,8	7 454,0	8 059,0
Variation en %	2,9%	4,6%	8,1%
Nombre d'ETP prestant des soins	4 871,6	5 106,5	5 726,3
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	68,3%	68,5%	71,1%

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

2) Moyenne annuelle.

3) Source: données CNS.

Tableau 2. - Prestataires d'aides et de soins: Evolution du personnel par qualification de 2009 à 2011 ¹⁾²⁾³⁾

Le tableau 2 montre, après un ralentissement global de l'augmentation du personnel employé dans le secteur des soins de longue durée en 2009, une reprise des recrutements à partir de

2010. Entre 2008 et 2009, on a pu relever une légère croissance de 2,9%. Cette croissance passe à 4,6% entre 2009 et 2010 et à 8,1% entre 2010 et 2011.

Le ralentissement en 2009 s'explique essentiellement par un stand-still du nombre de personnel dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu (ESC), les autres prestataires continuaient à engager du personnel. En 2011, la plus forte croissance au niveau des ETP (+10,2%) est constatée pour les établissements d'aides et de soins à séjours continu, suivis des centres semi-stationnaires (+8,3%) et des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (+5,2%). La croissance la plus faible est observée pour les réseaux d'aides et de soins (+4,5%). 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 re-

présente 90,5% de l'ensemble du personnel employé.

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.

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

Tableau 3. - Evolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire¹⁾
(en millions EUR)

	2009	2010	2011
Etablissement à séjour continu	192,3	212,6	230,7
Etablissement à séjour intermittent	25,4	26,6	30,0
Réseau d'aides et de soins	78,9	86,3	97,4
Centre semi-stationnaire	15,9	17,3	18,4
Fournisseur d'aides techniques y compris SMA	9,1	10,0	11,4
Fournisseur dans le cadre des adaptations du logement	1,7	1,6	2,8
International ²⁾	1,5	0,6	1,0
Pas de prestataire ³⁾	58,3	60,2	63,5
TOTAL	383,2	415,1	455,3
Variation en %	8,9%	8,3%	9,7%

1) Statistiques établies selon la date prestation.

2) Caisses de maladie étrangères.

3) 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 2011, le coût total des prestations s'élève à 455,3 millions EUR, ce qui représente une augmentation de 9,7% par rapport à 2010. 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 2009, 2010 ou 2011, plus que la moitié de l'ensemble des dépenses engagées par l'assurance dépendance pour les prestataires d'aides et de soins.

3. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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 2012 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.

3.1. AUGMENTATION DE LA POPULATION DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE: +4,9% EN 2012

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%	9 985	97,4%
2008	10 621	3,6%	10 328	97,2%
2009	11 159	5,1%	10 859	97,3%
2010	11 847	6,2%	11 511	97,2%
2011	12 388	4,6%	12 031	97,1%
2012 ²⁾	12 991	4,9%	12 613	97,1%

1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

Tableau 4. - Evolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance depuis 2000¹⁾

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%. Depuis 2009, et après 3 ans de croissance inférieure à 4%, l'augmentation annuelle observée semble se stabiliser autour de 5% pour atteindre 4,9% en 2012. Avec une croissance totale de 125%, le nombre de bénéficiaires a plus que doublé en 12 ans. Le tableau 4. illustre que la part des bénéficiaires non-résidents est restée relativement stable depuis 2008. 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 ...).

3.2. TAUX DE DÉPENDANCE ^{a)} DE LA POPULATION PROTÉGÉE: 1,75% EN 2012

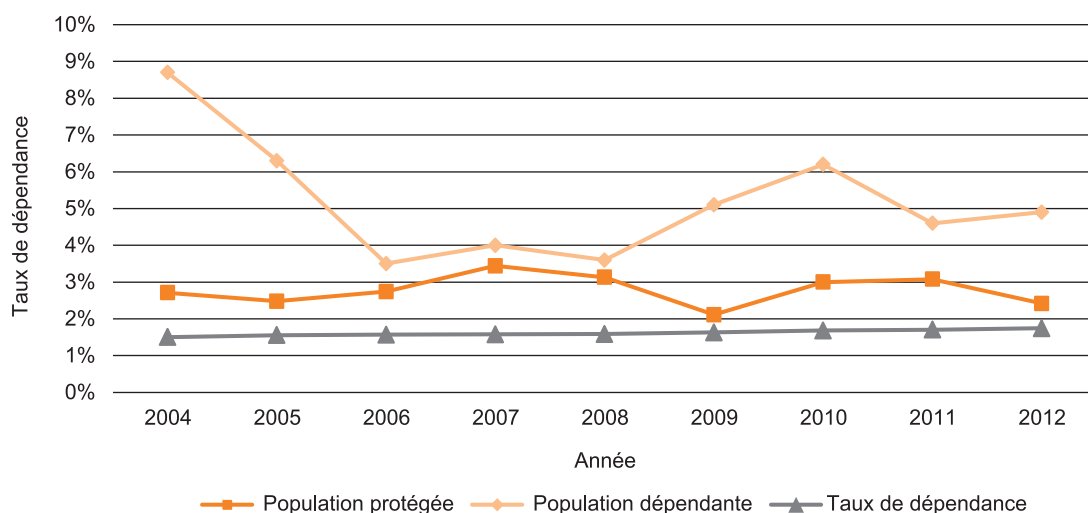
Le graphique 1 met en parallèle le taux de croissance de la population protégée et celui de la population dépendante, dont les taux exceptionnellement élevés jusqu'en 2005 s'expliquent en premier lieu par le fait qu'après son instauration en 1998, l'assurance dépendance a mis plusieurs

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.

Depuis 2009 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.

Le taux de dépendance quant à lui n'évolue que très lentement (+0,04% en 2012) pour atteindre 1,75% de la population protégée en 2012. 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 2012, 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 augmente de 0,4% de 2011 à 2012, et s'élève à 13,9% fin 2012.

Graphique 1. - Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance ¹⁾²⁾



1) Situation au 31 décembre.
2) Données provisoires pour 2012.

a) Le taux de dépendance est défini par le rapport entre la population dépendante et la population protégée.

3.3. PLUS DE DEUX BÉNÉFICIAIRES SUR TROIS VIVENT À DOMICILE

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.

Il convient cependant d'attirer l'attention sur le fait que, malgré un certain ralentissement observé en 2011 (+1,3%), la population des bénéficiaires en établissement croît plus vite (+5,6% en 2012) que l'ensemble des bénéficiaires.

Année	Domicile	En % du total	Variation en %	Etablissement	En % du total	Variation en %	Total	Variation en %
2010	7 966	67,2	+5,2	3 881	32,8	+8,1	11 847	+6,2
2011	8 457	68,3	+6,2	3 931	31,7	+1,3	12 388	+4,6
2012 ²⁾	8 841	68,1	+4,5	4 150	31,9	+5,6	12 991	+4,9

1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

Tableau 5. - Evolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour ¹⁾

3.4. QUATRE FOIS PLUS D'HOMMES DÉPENDANTS À DOMICILE QU'EN ÉTABLISSEMENT

Année	Domicile		Etablissement		Total		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
2010	3 197	4 769	886	2 995	4 083	7 764	11 847
2011	3 408	5 049	911	3 020	4 319	8 069	12 388
2012 ²⁾	3 626	5 215	985	3 165	4 611	8 380	12 991

1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

Tableau 6. - Evolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour ¹⁾

En 2012, sur les 12 991 bénéficiaires, on recense 8 380 femmes, soit 64,5% de la population dépendante, et 4 611 hommes. Ce rapport est resté relativement stable depuis 2008. Avec 78,6%, la grande majorité des hommes réside à domicile, tandis que chez les femmes ce même taux n'est que de 62,2%. Ainsi, les hommes représentent 41,0% des bénéficiaires à domicile, alors qu'ils ne représentent que 35,5% de l'ensemble des bénéficiaires. Sachant que l'âge moyen des bénéficiaires en établissement est beaucoup plus élevé, ce phénomène s'explique notamment par l'espérance de vie plus élevée des femmes.

3.5. L'ÂGE MOYEN DES BÉNÉFICIAIRES EST BEAUCOUP PLUS ÉLEVÉ EN ÉTABLISSEMENT QU'À DOMICILE: +18,8 ANS

Entre 2010 et 2012, on constate peu de variation au niveau des groupes d'âge et du lieu de séjour. Depuis 2008 une légère baisse de l'âge moyen des bénéficiaires à domicile et une légère hausse de celui des bénéficiaires dans un établissement peut être observée. Si en 2008, la différence d'âge moyen entre bénéficiaires à domicile et dans un établissement s'élevait à 17,3 ans, elle a augmenté de 1,5 ans pour atteindre en 2012 18,8 ans.

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 intermittent^{a)}). 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 30% résident à domicile.

Tableau 7. - Evolution du nombre de bénéficiaires par âge et lieu de séjour ¹⁾

Groupe d'âge	2010			2011			2012 ²⁾		
	Domicile	Etablissement	Total	Domicile	Etablissement	Total	Domicile	Etablissement	Total
0-19	745	1	746	797	0	797	856	0	856
20-39	496	0	496	526	0	526	565	0	565
40-59	1 037	46	1 083	1 136	38	1 174	1 199	39	1 238
60-69	871	149	1 020	927	162	1 089	992	159	1 151
70-79	1 735	681	2 416	1 787	640	2 427	1 825	690	2 515
80-89	2 533	2 096	4 629	2 700	2 136	4 836	2 787	2 235	5 022
>=90	549	908	1 457	584	955	1 539	617	1 027	1 644
Total	7 966	3 881	11 847	8 457	3 931	12 388	8 841	4 150	12 991

1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

Tableau 8. - Evolution de l'âge moyen et de l'âge médian de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance de 2010 à 2012 ¹⁾

	2010			2011			2012 ²⁾		
	Domicile	Etablissement	Total	Domicile	Etablissement	Total	Domicile	Etablissement	Total
Age moyen ³⁾	66,0	84,1	71,9	65,9	84,4	71,7	65,6	84,4	71,6
Age médian ⁴⁾	75	85	80	75	85	80	75	85	80

1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

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

4) 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".

3.6. 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 2012, on recense 431 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 surdité et de troubles de la communication, le groupe des aveugles représente environ 40%.

a) 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.

Depuis 2007, 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 femmes sont plus nombreuses à présenter un déficit auditif, alors que les hommes sont plus nombreux 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 surdité et de troubles de la communication présentent l'âge moyen le plus élevé.

Type	2010			2011			2012 ⁴⁾		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Cécité	94	74	168	93	78	171	86	76	162
Surdité / troubles de la communication	93	134	227	92	137	229	92	141	233
Spina bifida	18	14	32	18	14	32	21	15	36
TOTAL	205	222	427	203	229	432	199	232	431

1) Art 305 point 3 du CSS.

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

3) Nombre annuel.

4) Données provisoires.

Tableau 9. - Répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et type de forfait ¹⁾²⁾³⁾

Année	Cécité	Surdité / troubles de la communication	Spina bifida	Ensemble des bénéficiaires
	Age moyen	Age moyen	Age moyen	Age moyen
2010	50,7	63,6	28,8	55,9
2011	50,7	62,8	27,5	55,4
2012 ⁴⁾	51,0	63,1	28,7	55,7

1) Art 305 point 3 du CSS.

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

3) Nombre annuel.

4) Données provisoires.

Tableau 10. - Age moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type de prestation ¹⁾²⁾³⁾

3.7. LES BÉNÉFICIAIRES QUI NE RÉSIDENT PAS AU LUXEMBOURG

Année	Nombre de bénéficiaires non-résidents	En pourcentage du total des bénéficiaires
2010	336	2,8%
2011	354	2,9%
2012 ²⁾	376	2,9%

1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

Tableau 11. - Les bénéficiaires non-résidents ¹⁾

Pays de résidence	Nombre	En pourcentage du total
Autriche	3	0,8%
Belgique	72	19,1%
Allemagne	186	49,5%
France	106	28,2%
Italie	0	0,0%
Portugal	8	2,1%
Pologne	1	0,3%
TOTAL	376	100,0%

1) Situation au 31 décembre 2012.

2) Données provisoires.

Tableau 12. - Répartition des bénéficiaires non-résidents par pays de résidence en 2012 ¹⁾²⁾

3.8. 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 2012 (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.

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

Chapitre de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (ICD10)	Genre		
	Hommes	Femmes	Total
Chapitre I.			
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0,8	1,1	1,0
Chapitre II.			
Tumeurs	3,3	2,4	2,7
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	1,7	1,6
Chapitre V.			
Troubles mentaux et du comportement	21,7	20,8	21,1
Chapitre VI.			
Maladies du système nerveux	24,1	15,0	18,2
Chapitre VII.			
Maladies de l'œil et de ses annexes	2,7	3,0	2,9
Chapitre VIII.			
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1,2	0,9	1,0
Chapitre IX.			
Maladies de l'appareil circulatoire	7,2	6,6	6,8
Chapitre X.			
Maladies de l'appareil respiratoire	2,0	1,5	1,7
Chapitre XI.			
Maladies de l'appareil digestif	0,5	0,3	0,4
Chapitre XII.			
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,2	0,2	0,2
Chapitre XIII.			
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	7,7	20,3	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	4,9	2,1	3,1
Chapitre XVIII.			
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	9,3	12,3	11,2
Chapitre XIX.			
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	3,8	5,5	4,9
Chapitre XX.			
Causes externes de morbidité et de mortalité	0,3	0,4	0,4
Chapitre XXI.			
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	2,3	1,4	1,7
Cause non codée	5,7	4,2	4,7
TOTAL	100	100	100

Tableau 13. - Répartition des bénéficiaires de l'assurance dépendance par cause de dépendance principale et sexe en 2012 ¹⁾²⁾ (en % du total)

1) Situation au 31 décembre 2012.

2) Données provisoires.

3.8.2. 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.

Les médecins de la CEO ont recodé les différents diagnostics de la classification internationale dans une classification spécifique regroupant les diagnostics d'après leur pertinence pour le domaine de la dépendance.

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

Le cumul des effectifs de ces trois groupes représente 61,3% de la population dépendante au 31 décembre 2012, 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 ex aequo par la démence et troubles des fonctions cognitives et par les maladies du système nerveux.

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.

Classification CEO	Groupes d'âge							Total
	0-19	20-39	40-59	60-69	70-79	80-89	90+	
Groupe 1.								
Démence et troubles des fonctions cognitives	0,2%	0,5%	1,3%	5,8%	16,4%	26,2%	29,3%	17,2%
Groupe 2.								
Troubles psychiatriques	22,3%	7,4%	8,9%	13,0%	8,1%	4,0%	3,2%	7,2%
Groupe 3.								
Maladie du système cardio-vasculaire	0,1%	0,4%	2,2%	6,0%	8,3%	9,3%	8,1%	6,8%
Groupe 4.								
Maladie du système nerveux	21,5%	30,6%	32,8%	29,1%	20,7%	12,3%	6,2%	17,7%
Groupe 5.								
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	41,5%	29,9%	13,4%	5,6%	1,7%	0,3%	0,1%	6,2%
Groupe 6.								
Maladie du système ostéo-articulaire	2,0%	4,1%	13,8%	18,2%	27,3%	34,4%	41,7%	26,4%
Groupe 7.								
Troubles sensoriels	2,5%	11,5%	7,0%	4,3%	2,4%	3,5%	3,9%	3,9%
Groupe 8.								
Tumeurs malignes	0,9%	1,2%	4,1%	4,2%	3,7%	2,2%	1,7%	2,6%
Groupe 9.								
Autres	3,5%	2,7%	6,9%	8,8%	7,4%	4,5%	2,5%	7,1%
Cause non codée	5,5%	11,7%	9,5%	5,0%	3,9%	3,6%	3,2%	4,7%
Nombre de bénéficiaires	856	565	1 238	1 151	2 458	4 897	1 572	12 991

1) Situation au 31 décembre 2012.

2) Données provisoires.

Classification CEO	Femmes			Hommes		
	Etablissement	Domicile	Total	Etablissement	Domicile	Total
Groupe 1.						
Démence et troubles des fonctions cognitives	33,8%	10,9%	19,5%	30,7%	8,2%	13,0%
Groupe 2.						
Troubles psychiatriques	6,4%	5,5%	5,9%	10,4%	9,5%	9,7%
Groupe 3.						
Maladie du système cardio-vasculaire	4,4%	8,1%	6,7%	7,2%	7,0%	7,0%
Groupe 4.						
Maladie du système nerveux	11,0%	15,5%	13,8%	19,7%	26,3%	24,9%
Groupe 5.						
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	0,3%	6,7%	4,3%	1,3%	12,0%	9,7%
Groupe 6.						
Maladie du système ostéo-articulaire	30,0%	33,4%	32,1%	17,2%	15,8%	16,1%
Groupe 7.						
Troubles sensoriels	2,3%	4,8%	3,8%	1,6%	4,8%	4,1%
Groupe 8.						
Tumeurs malignes	1,2%	2,9%	2,2%	1,6%	3,7%	3,3%
Groupe 9.						
Autres	6,5%	8,0%	7,4%	5,7%	6,8%	6,5%
Cause non codée	4,0%	4,3%	4,2%	4,7%	5,9%	5,7%
Nombre de bénéficiaires	3 165	5 215	8 380	985	3 626	4 611

1) Situation au 31 décembre 2012.

2) Données provisoires.

Tableau 15. - Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et âge en 2012 ¹⁾²⁾
(en % du total)

Tableau 16. - Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2012 ¹⁾²⁾
(en % du total)

4. 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

4.1. 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'aide 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^{a)}. 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^{b)} 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.

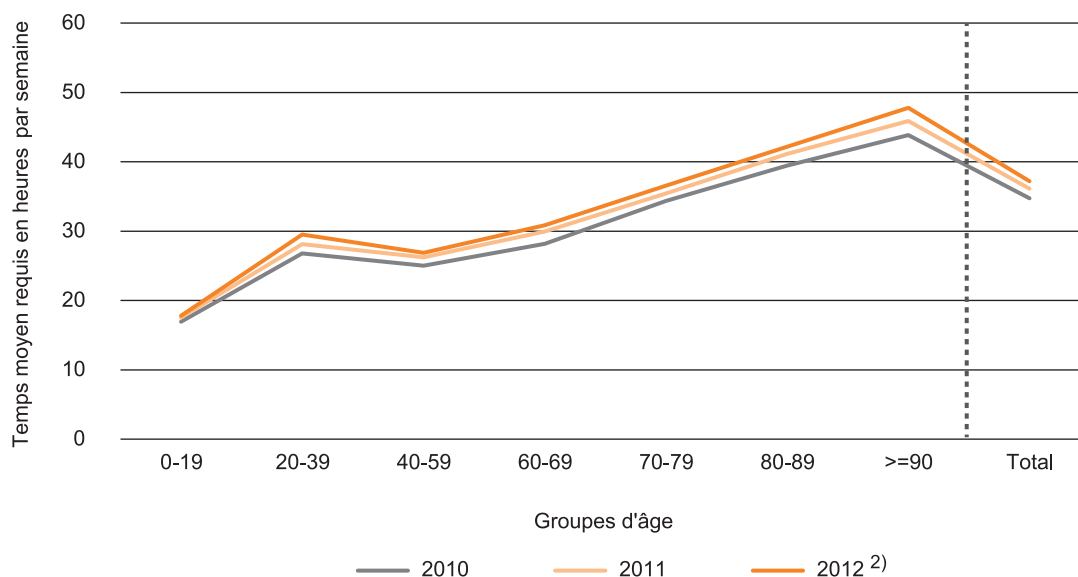
a) La valeur monétaire des prestations est pondérée par deux coefficients: le coefficient de qualification et le coefficient d'intensité. Le coefficient de qualification permet de tenir compte de la qualification requise par le professionnel pour exécuter l'acte. La qualification minimale requise pour la prestation des actes essentiels de la vie est celle de l'aide socio-familiale ou auxiliaire de vie dont le coefficient est égal à 1. Pour les tâches domestiques il s'agit de l'aide-ménagère (personnel sans qualification) dont le coefficient est égal à 0,7.

b) Le coefficient d'intensité détermine le nombre de personnes prises en charge par un professionnel durant une séance.

4.1.1. Temps total non pondéré requis: augmentation depuis 2009

Le temps moyen non pondéré requis par semaine continue à croître pour atteindre 37,2 heures en 2012. 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 2012 23,4% 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 36,5 heures. Les nonagénaires bénéficient d'un temps moyen requis équivalant à 47,8 heures par semaine, soit presque 10 heures de plus que la moyenne générale.



Graphique 2. - Temps moyen requis par semaine et âge du bénéficiaire ¹⁾

1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

Le temps moyen requis pour les femmes est également supérieur à la moyenne générale. Il est de 38,8 heures par semaine contre 34,2 heures par semaine pour les hommes.

Le temps moyen requis pour les bénéficiaires accueillis en établissement d'aide et de soins correspond à 57,3 heures par semaine alors qu'il re-

présente 27,7 heures pour les bénéficiaires séjournant à domicile.

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

Classes de temps	2010	En % du total	2011	En % du total	2012 ²⁾	En % du total
De 3,5 à 13,99 h	3 721	31,4%	3 913	31,6%	4 123	31,7%
De 14 à 23,99 h	1 878	15,9%	1 915	15,5%	1 927	14,8%
De 24 à 33,99 h	932	7,9%	789	6,4%	774	6,0%
De 34 à 43,99 h	1 092	9,2%	1 067	8,6%	1 060	8,2%
De 44 à 63,99 h	2 054	17,3%	2 038	16,5%	2 063	15,9%
>= 64h	2 170	18,3%	2 666	21,5%	3 044	23,4%
TOTAL	11 847	100,0%	12 388	100,1%	12 991	100,0%

1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

Tableau 17. - Répartition des bénéficiaires par temps total non pondéré requis par semaine ¹⁾

Tableau 18. - Temps total moyen requis par semaine ¹⁾

Année	En minutes	En heures	Variation en %	Nombre de bénéficiaires
2010	2 083	34,7	6,3%	11 847
2011	2 169	36,1	4,1%	12 388
2012 ²⁾	2 231	37,2	2,9%	12 991

1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

4.1.2. Analyse du détail des prestations requises

4.1.2.1. 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, prescrire 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 1,5% 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 745 minutes en 2012. L'écart entre le temps requis pour les femmes et les hommes diminue de 16 minutes en 2011 à 5 minutes en 2012.

Le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie des bénéficiaires en établissement affiche une légère augmentation par rapport à 2011 de 0,3 heures pour atteindre 16,9 heures en 2012. Le temps moyen requis pour les bénéficiaires à domicile par contre est resté constant et s'élève à 10,3 heures.

Tableau 19. - Répartition des bénéficiaires par classes de temps requis pour les actes essentiels de la vie ¹⁾

Classe de temps	2010	En % du Total	2011	En % du Total	2012 ²⁾	En % du Total
De 3,5 à 6,99 h	3 780	31,9%	4 078	32,9%	4 347	33,5%
De 7 à 10,49 h	2 030	17,1%	2 083	16,8%	2 174	16,7%
De 10,5 à 13,99 h	1 411	11,9%	1 467	11,8%	1 462	11,3%
De 14 à 17,49 h	1 169	9,9%	1 172	9,5%	1 184	9,1%
De 17,5 à 20,99 h	1 091	9,2%	1 087	8,8%	1 122	8,6%
De 21 à 24,49 h	810	6,8%	838	6,8%	871	6,7%
De 24,5 h à 38,5 h	1 165	9,8%	1 264	10,2%	1 425	11,0%
Prestation forfaitaire	391	3,3%	399	3,2%	406	3,1%
TOTAL	11 847	100,0%	12 388	100,0%	12 991	100,0%

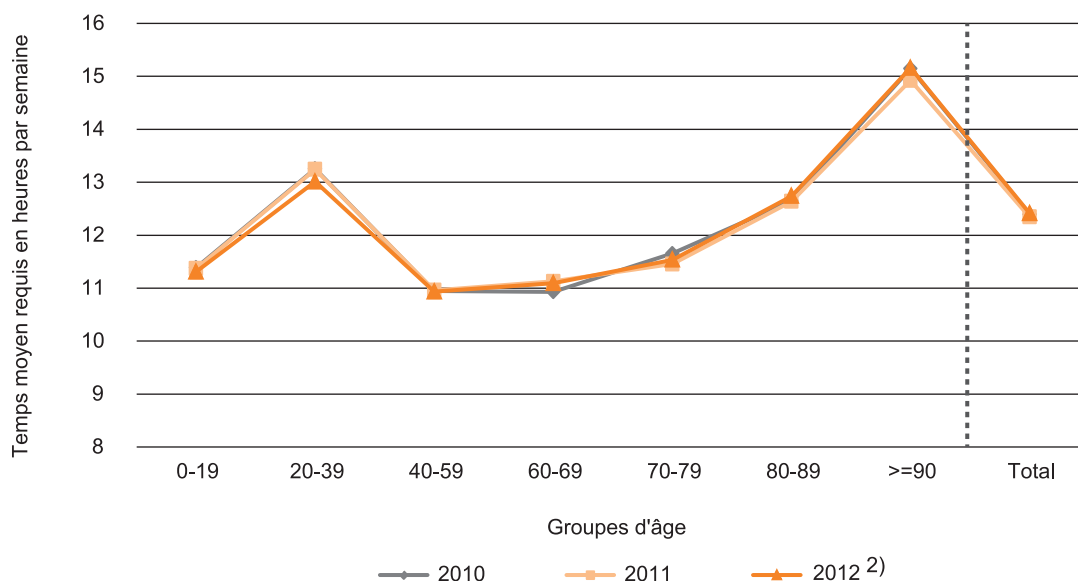
1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

Année	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
2010	744	12,4	11 847
2011	741	12,3	12 388
2012 ²⁾	745	12,4	12 991

- 1) Situation au 31 décembre.
2) Données provisoires.

Tableau 20. - Temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie ¹⁾



Graphique 3. - Temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupes d'âge ¹⁾

- 1) Situation au 31 décembre.
2) Données provisoires.

4.1.2.2. 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 96,2% des bénéficiaires d'aides et soins. Parmi ceux-ci, on retrouve également 2,0% 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.

Faisant suite à la réaction des prestataires, le gouvernement a décidé de réaliser une étude sur les coûts de la prise en charge dans les établissements. Dans l'attente de la finalisation de l'étude, une mesure transitoire avait été prise. Ainsi, par dérogation à l'article 357, paragraphe 2 du Code des assurances sociales, l'assurance dépendance prend 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.

Pour les années 2010 - 2013, la loi concernant le budget des dépenses et recettes 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).

Dans le cadre de l'étude précitée, des recensements d'activités ont été effectués par le person-

nel des établissements en 2010, 2011 et 2012. L'analyse de ces recensements tend à montrer que ce surplus se situe nettement en deçà des 2,5 heures prise en charge^{a)}.

Or le dispositif prévu pour déterminer le surplus s'est relevé comme lourd dans sa mise en œuvre, et a soulevé de nouvelles questions. Il ressort des discussions qui ont eu lieu autour de la problématique des tâches domestiques, que les réponses à apporter sont plutôt de nature politique.

4.1.2.3. 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 6,3%, le nombre de bénéficiaires concernés par les activités de soutien continue à croître plus vite que le nombre total des bénéficiaires (4,9%). Ainsi en 2012, 81% 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 2012 la classe de plus de 48 heures gagne davantage en importance, ceci principalement au détriment de la classe des 39 à 48 heures. 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 36% de 2011 à 2012, tandis que celle des 39 à 48 heures a "perdu" 41%. Pour les bénéficiaires à domicile ces mêmes taux sont de respectivement +16% et -12%.

Si, les années précédentes, le temps moyen requis pour les activités de soutien a encore augmenté de 2 heures respectivement 1,7 heures, la croissance observée pour 2011/2012 s'élève à 0,8 heures.

Bien que les temps requis les plus élevés relèvent des classes d'âge élevé, l'augmentation la plus importante est observée dans la tranche 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 2,5 heures en faveur des femmes.

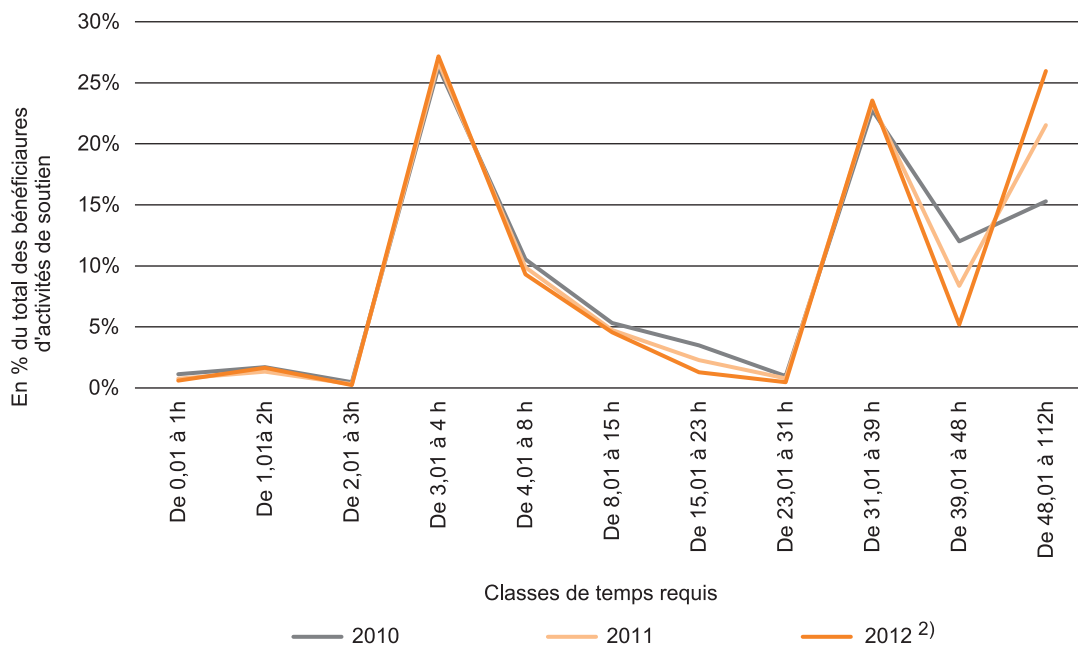
La comparaison selon le lieu de séjour est quant à elle avantageuse aux établissements et ceci de manière tout à fait significative. L'écart entre les deux formes de séjour continue à se creuser davantage : 10,5 heures en 2008, 15,58 heures en 2010, 18,8 heures en 2011 et 20,2 heures en 2012.

a) *Courrier de la CNS à l'attention du Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale en date du 22 octobre 2012.*

	2010	2011	2012 ²⁾
Nombre de bénéficiaires	9 372	9 886	10 511
En % du total des bénéficiaires	79%	80%	81%

- 1) Situation au 31 décembre.
2) Données provisoires.

Tableau 22. - Les bénéficiaires d'activités de soutien ¹⁾



Graphique 4. - Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de soutien par classes de temps requis non pondéré ¹⁾

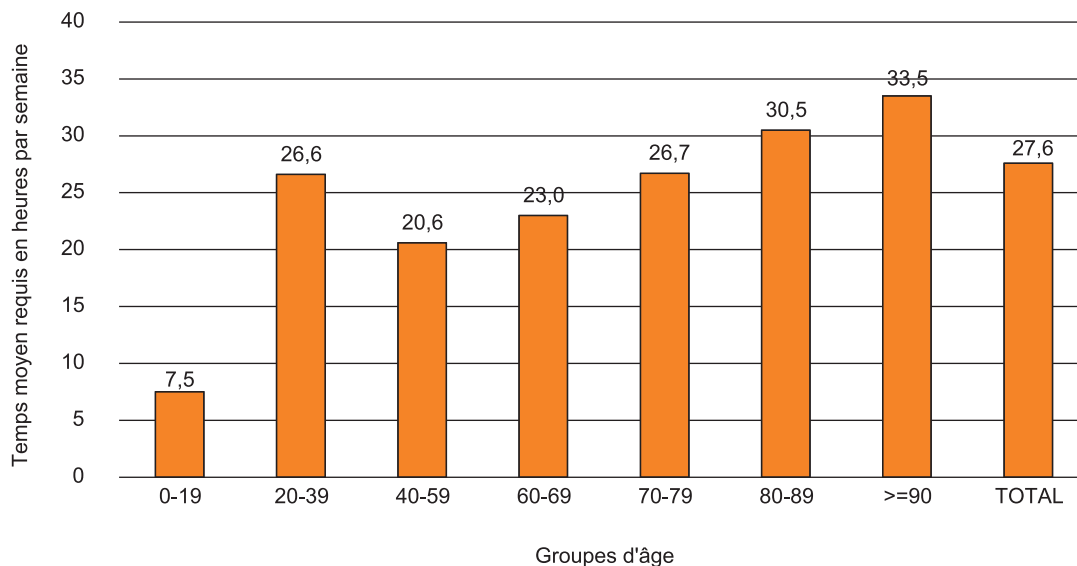
- 1) Situation au 31 décembre.
2) Données provisoires.

Année	Temps moyen requis en heures par semaine	Nombre de bénéficiaires d'activités de soutien
2010	25,1	9 372
2011	26,8	9 886
2012 ²⁾	27,6	10 511

- 1) Situation au 31 décembre.
2) Données provisoires.

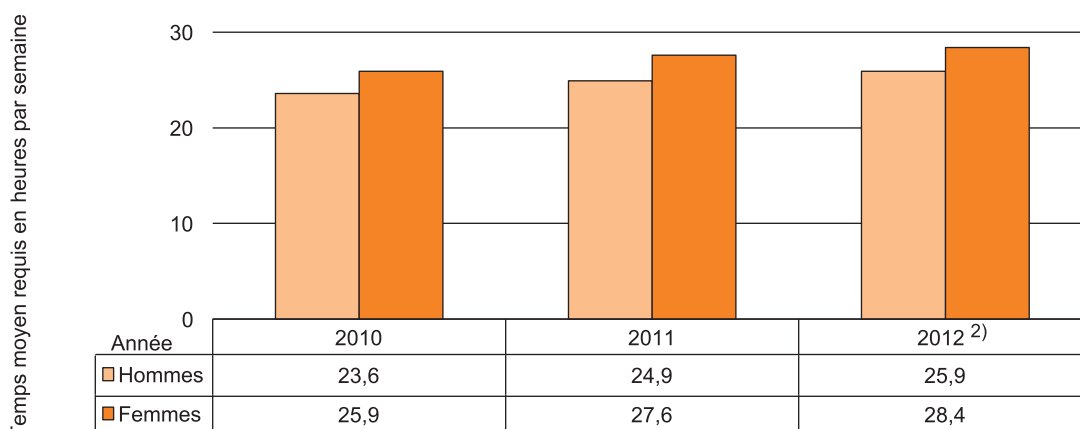
Tableau 23. - Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien ¹⁾

Graphique 5. - Temps moyen requis par groupes d'âge en 2012
1)2)



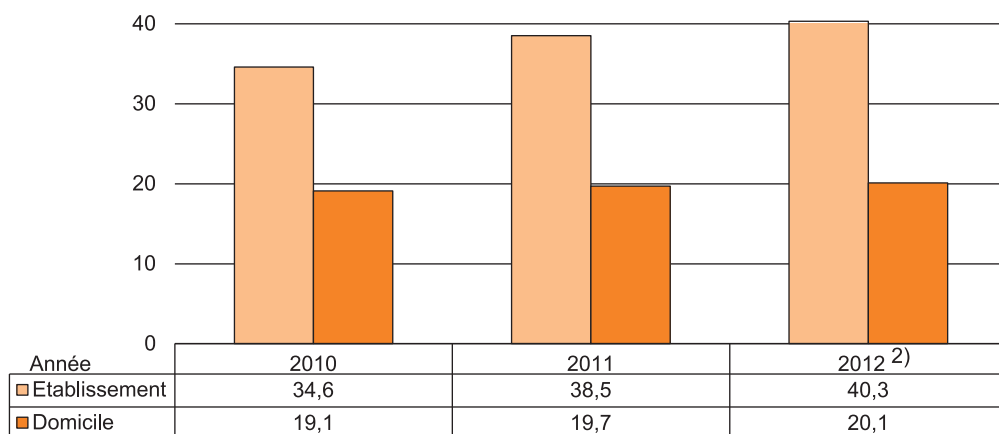
1) Situation au 31 décembre.
2) Données provisoires.

Graphique 6. - Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien - comparaison selon le sexe¹⁾



1) Situation au 31 décembre.
2) Données provisoires.

Temps moyen requis en heures par semaine



Graphique 7. - Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien - comparaison selon le lieu de séjour ¹⁾

1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

4.1.2.4. 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 réali-

ser 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.

Au 31 décembre 2012, 327 personnes sont titulaires d'une décision comportant des activités de conseil.

Classe de temps	2010	En % du total	2011	En % du total	2012 ²⁾	En % du total
1 h	2	0,0%	3	0,0%	5	0,1%
2 h	16	0,2%	23	0,3%	25	0,3%
3 h	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
4 h	25	0,3%	17	0,2%	15	0,2%
Plus de 4 h	282	3,5%	292	3,5%	282	3,2%
Sous-total	325		335		327	
Aucune prestation de conseil	7 641	95,9%	8 122	96,0%	8 514	96,3%
TOTAL	7 966	100,0%	8 457	100,0%	8 841	100,0%

1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

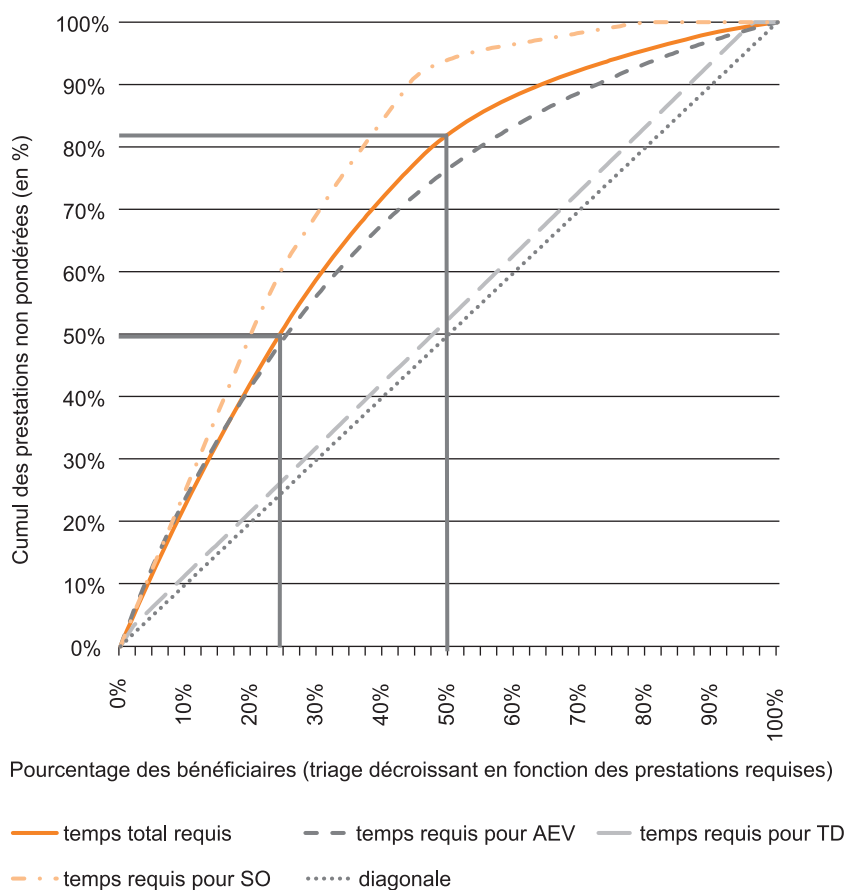
Tableau 24. - Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de conseil ¹⁾

4.1.2.5. 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 2012, 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 17,9% 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



4.1.2.6. 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.

Classification CEO	Actes essentiels de la vie	Tâches domestiques	Activités de soutien	Temps total requis
Groupe 1.				
Démence et troubles des fonctions cognitives	15,7	2,5	45,7	62,5
Groupe 2.				
Troubles psychiatriques	11,7	2,6	29,9	40,0
Groupe 3.				
Maladie du système cardio-vasculaire	9,3	2,5	18,9	27,1
Groupe 4.				
Maladie du système nerveux	15,0	2,5	23,3	35,9
Groupe 5.				
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	11,5	2,6	23,8	29,1
Groupe 6.				
Maladie du système ostéo-articulaire	10,9	2,5	21,4	31,3
Groupe 7.				
Troubles sensoriels	8,8	2,5	24,5	19,6
Groupe 8.				
Tumeurs malignes	9,8	2,5	15,9	24,2
Groupe 9.				
Autres	11,1	2,5	22,3	31,2

1) Situation au 31 décembre 2012.

2) Données provisoires.

Tableau 25. - Temps moyen requis (en heures) pour les différents types de prestations de l'assurance et cause principale de dépendance en 2012 ¹⁾²⁾

4.1.2.7. 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 2009 par voie d'acquisition sera comptée sur plusieurs années

tandis qu'une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2009 par voie de location ne peut pas se trouver chez une personne au 31.12.2009 (p.ex. en réparation chez SMA) mais le sera de nouveau au 31.12.2010.

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 2012, 61 186 aides techniques étaient mises à disposition par l'assurance dépendance, 58,1% sous forme d'acquisition et 41,9% sous forme de location. Le nombre total d'aides techniques mises à disposition a donc augmenté de 14,8% par rapport à 2011.

Les aides techniques mises le plus fréquemment à disposition sont les aides pour la mobilité personnelle. En second lieu viennent les aides pour les soins personnels et la protection, parmi lesquelles les aides pour l'hygiène occupent la première place. Enfin, on note les aménagements et adaptations des maisons et immeubles où l'on remarque la part importante 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 ¹⁾²

Code ISO	Libellé_ISO	2011			2012		
		En acquisition	En location	Total	En acquisition	En 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)	578	3 377	3 955	672	3 730	4 402
0348	Equipements pour l'apprentissage du mouvement, de la force et de l'équilibre	142	91	233	183	94	277
SOUS-TOTAL		729	3 468	4 197	864	3 824	4 688
0900	Aides pour les soins personnels et la protection						
0903	Vêtements et chaussures	185	0	185	216	0	216
0906	Aides de protection portées sur le corps	1 048	0	1 048	1 334	0	1 334
0909	Aides pour s'habiller et se déshabiller	250	0	250	300	0	300
0912	Aides pour l'hygiène	7 831	0	7 831	9 596	0	9 596
0927	Collecteurs d'urine	165	0	165	184	0	184
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher	3 850	2 189	6 039	4 611	2 337	6 948
0936	Aides pour manucure et pédicure	29	0	29	33	0	33
0939	Aides pour les soins des cheveux	27	22	49	30	30	60
0942	Aides pour les soins des dents	8	0	8	8	0	8
0945	Aides pour se raser et miroirs	164	0	164	238	0	238
SOUS-TOTAL		13 557	2 211	15 768	16 550	2 367	18 917
1200	Aides pour la mobilité personnelle						
1203	Aides de marche manipulées par un bras	508	188	696	579	201	780
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)	0	5 776	5 776	0	6 438	6 438
1212	Adaptations pour voitures automobiles	1 241	0	1 241	1 400	0	1 400
1215	Cyclomoteurs	0	1	1	0	0	0
1218	Cycles	0	161	161	0	168	168
1221	Fauteuils roulants	0	6 087	6 087	0	6 628	6 628
1224	Accessoires de fauteuils roulants	488	433	921	530	487	1 017
1227	Véhicules	0	65	65	0	63	63
1230	Aides pour le transfert	496	1 157	1 653	582	1 253	1 835
1233	Aides pour tourner	13	0	13	16	0	16
1236	Aides pour lever	5	267	272	5	278	283
1239	Aides pour s'orienter	83	0	83	97	0	97
SOUS-TOTAL		2 834	14 135	16 969	3 209	15 516	18 725
1500	Aides pour les activités domestiques						
1503	Aides pour préparer la nourriture et les boissons	191	0	191	213	0	213
1509	Aides pour manger et boire	757	0	757	937	0	937
1512	Aides pour nettoyer la maison	4	0	4	5	0	5
1515	Aides pour la confection et l'entretien du linge	11	0	11	14	0	14
SOUS-TOTAL		963	0	963	1 169	0	1 169

1) Situation au 31 décembre.

2) Calcul IGSS

Tableau 26. - (Suite)

Code ISO	Libellé_ISO	2011			2012		
		En acquisition	En location	Total	En acquisition	En location	Total
1800	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles						
1803	Tables		314	314	0	365	365
1806	Equipements d'éclairage	181	0	181	212	0	212
1809	Mobilier d'assise	209	72	281	215	76	291
1812	Lits	21	2 714	2 735	24	2 847	2 871
1815	Aides pour régler la hauteur du mobilier	95	0	95	107	0	107
1818	Dispositifs de soutien	4 097	0	4 097	5 045	0	5 045
1821	Dispositifs d'ouverture et de fermeture de portes, de fenêtres et de rideaux	158	0	158	182	0	182
1827	Echelles et escabeaux	109	0	109	140	0	140
1830	Dispositifs de changement de niveau	2 413	596	3 009	2 834	614	3 448
1833	Barrières de sécurité	7	0	7	7	0	7
SOUS-TOTAL		7 290	3 696	10 986	8 766	3 902	12 668
2100	Aides pour la communication, l'information et la signalisation						
2103	Aides optiques	1 115	0	1 115	1 274	0	1 274
2106	Aides électro-optiques	668	0	668	768	0	768
2109	Dispositifs d'entrée et de sortie et accessoires pour ordinateurs, machines à écrire et calculatrices	334	0	334	376	0	376
2112	Ordinateurs	23	0	23	23	0	23
2115	Machines à écrire et de traitements de textes	16	0	16	17	0	17
2124	Aides pour dessiner et écrire	15	0	15	16	0	16
2127	Aides de lecture non optiques	0	21	21	0	21	21
2130	Magnétophones et récepteurs radio	5	0	5	5	0	5
2136	Téléphones et aides pour téléphoner	201	0	201	208	0	208
2139	Systèmes de transmission de son	47	0	47	49	0	49
2142	Aides pour la communication face-à-face	152	0	152	165	0	165
2145	Aides auditives	75	0	75	81	0	81
2148	Aides de signalisation et d'indication	359	0	359	399	0	399
2151	Systèmes d'alarmes	4	0	4	4	0	4
SOUS-TOTAL		3 014	21	3 035	3 385	21	3 406
2400	Aides pour manipuler les produits et les biens						
2404	Matériels et outils de marquage	20	0	20	23	0	23
2406	Aides pour manipuler les récipients	128	0	128	147	0	147
2409	Manettes et dispositifs de commande	31	0	31	31	0	31
2412	Systèmes de contrôle de l'environnement	179	0	179	208	0	208
2418	Aides pour compenser et/ou pour remplacer la fonction du bras, de la main et/ou des doigts	84	0	84	96	0	96
2421	Aides pour saisir à distance	818	0	818	933	0	933
2427	Aides pour fixer	136	0	136	172	0	172
2436	Aides pour porter et transporter (à roulettes)	0	2	2	0	3	3
SOUS-TOTAL		1 396	2	1 398	1 610	3	1 613
TOTAL		29 783	23 533	53 316	35 553	25 633	61 186
Variation en %		20,1%	9,9%	15,4%	19,4%	8,9%	14,8%

1) Situation au 31 décembre.

2) Calcul IGSS

4.1.2.8. Les adaptations du logement

Tableau 27. - Evolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement ¹⁾³⁾

Année	Nombre	Variation en %
2010	149	11,2%
2011	165	10,7%
2012 ²⁾	193	17,0%

1) Données établies selon la date de prestation.

2) Données provisoires.

3) Source: Décompte CNS.

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 (3,5 heures par semaine cf. art. 349 du CSS).

Le tableau 27 présente l'évolution du nombre de titulaires d'une ou plusieurs décisions positives depuis 2010 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.

4.1.2.9. 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^{a)}.

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.

Tableau 28. - Répartition des bénéficiaires par type de partage ¹⁾

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
2010	1 261	17,3%	1 140	15,7%	4 878	67,0%	7 279	100,0%
2011	1 357	17,5%	1 142	14,7%	5 246	67,7%	7 745	100,0%
2012 ²⁾	1 457	18,0%	1 093	13,5%	5 550	68,5%	8 100	100,0%

1) Situation au 31 décembre.

2) Données provisoires.

a) 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.

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	47	3,2%	144	13,2%	442	8,0%	633	7,8%
20-39	134	9,2%	98	9,0%	211	3,8%	443	5,5%
40-59	380	26,1%	180	16,5%	470	8,5%	1 030	12,7%
60-69	210	14,4%	166	15,2%	549	9,9%	925	11,4%
70-79	251	17,2%	223	20,4%	1 291	23,3%	1 765	21,8%
80-89	342	23,5%	242	22,1%	2 124	38,3%	2 708	33,4%
>=90	93	6,4%	40	3,7%	463	8,3%	596	7,4%
TOTAL	1 457	100,0%	1 093	100,0%	5 550	100,0%	8 100	100,0%

Tableau 29. - Répartition des bénéficiaires par type de partage et par groupe d'âge en 2012 ¹⁾²⁾

1) Situation au 31 décembre 2012.

2) Données provisoires.

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	603	41,4%	527	48,2%	2 116	38,1%	3 246	40,1%
Femmes	854	58,6%	566	51,8%	3 434	61,9%	4 854	59,9%
TOTAL	1 457	100,0%	1 093	100,0%	5 550	100,0%	8 100	100,0%

Tableau 30. - Répartition des bénéficiaires par type de partage et par sexe en 2012 ¹⁾²⁾

1) Situation au 31 décembre 2012.

2) Données provisoires.

4.1.2.10. 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.

Groupes d'âge	Hommes	Femmes	Total	En % du total
<15 ans		1	1	0
15-19	2	7	9	0,4
20-24	5	33	38	1,6
25-29	8	131	139	5,7
30-34	13	229	242	9,9
35-39	23	333	356	14,6
40-44	31	344	375	15,4
45-49	45	379	424	17,4
50-54	54	398	452	18,5
55-59	24	278	302	12,4
60-64	6	81	87	3,6
65-69		9	9	0,4
70-74		3	3	0,1
75-79		2	2	0,1
TOTAL	211	2 228	2 439	100

Tableau 31. - Prise en charge de la cotisation assurance pension entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2012 - répartition des aidants informels par groupe d'âge et sexe

4.2. 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 expérimentales^{a)}. 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.

4.2.1. 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		122,6	99,3%
2001	150,7	22,1%	149,4	99,2%
2002	177,5	17,8%	175,8	99,0%
2003	211,1	18,9%	208,9	99,0%
2004	260,0	23,2%	256,8	98,8%
2005	291,1	11,9%	287,3	98,7%
2006	312,5	7,4%	308,4	98,7%
2007	321,9	3,0%	317,8	98,7%
2008	351,8	9,3%	347,4	98,8%
2009	383,2	8,9%	378,6	98,8%
2010	415,1	8,3%	410,4	98,9%
2011	455,3	9,7%	450,1	98,9%

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.

a) Art. 361 du CSS.

La variation de ces différents facteurs est elle-même liée à la variation d'une série d'éléments sous-jacents. Pour bien comprendre la dynamique financière de l'assurance dépendance, il serait important de se pencher sur chacun de ces éléments.

En moyenne annuelle, 98,9% des dépenses sont imputables aux bénéficiaires résidents. Le poste des bénéficiaires non-résidents se révèle plutôt instable. Les variations s'expliquent par des retards dans l'introduction des factures en provenance d'institutions étrangères mais aussi par le petit nombre de bénéficiaires concernés (354 au 31 décembre 2011). 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 2009 à 2011 une croissance annuelle moyenne de 9,5% pour la prise en charge à domicile et de 8,7% 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: ils représentent en 2011 79,0% de l'ensemble des dépenses, 84,3% des dépenses pour les bénéficiaires en établissement, et 71,5% pour le domicile.

ciaires en établissement, et 71,5% 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 3,0 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 2011 (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 légèrement au-dessus de 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.

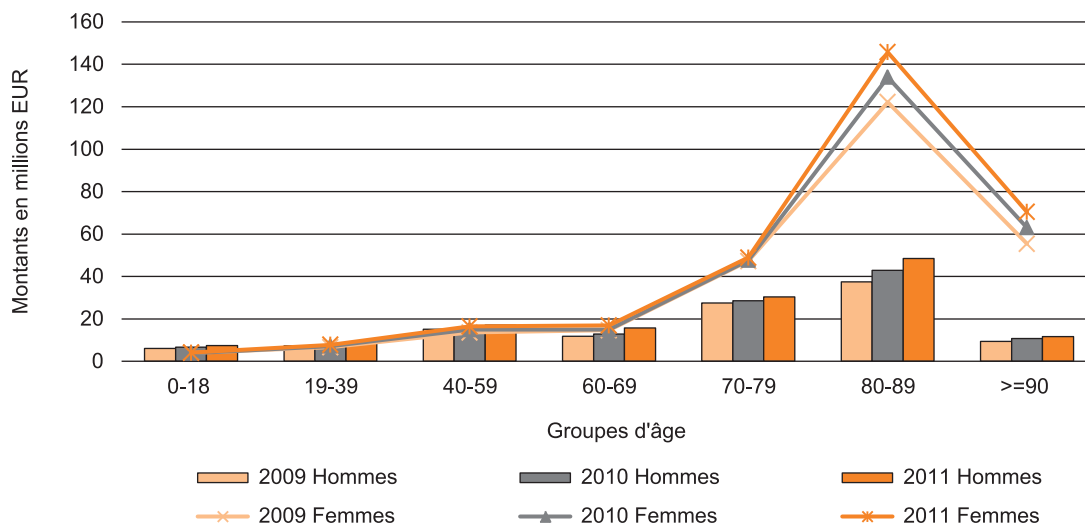
Groupes d'âge	2009		2010		2011	
	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement
0-19	8,8	1,4	9,2	1,4	9,8	1,8
20-39	7,1	6,9	7,9	6,9	9,2	7,4
40-59	13,0	15,7	13,9	16,5	16,0	17,7
60-69	14,8	11,7	15,9	11,9	18,3	14,4
70-79	37,4	37,4	38,6	37,6	41,2	38,1
80-89	60,6	99,1	65,9	110,9	73,2	121,0
>=90	16,4	48,3	18,0	55,8	19,6	62,5
TOTAL	158,1	220,4	169,4	241,0	187,3	262,9
Variation en %	10,7%	7,7%	7,1%	9,3%	10,6%	9,1%

1) Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

2) Calcul IGSS.

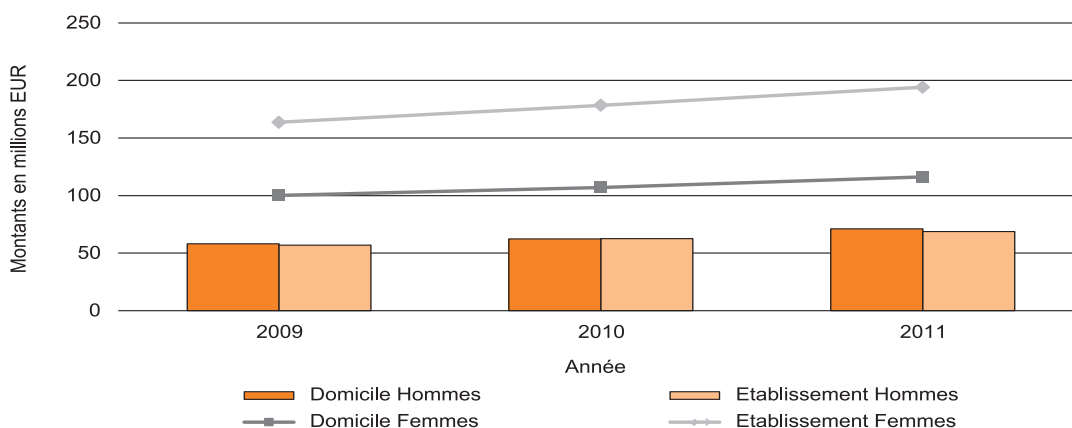
Tableau 33. - Evolution des prestations par âge et lieu de séjour du bénéficiaire¹⁾²⁾
(en millions EUR)

Graphique 9. - Evolution du coût des prestations par âge et sexe du bénéficiaire ¹⁾²⁾



1) Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
2) Calcul IGSS.

Graphique 10. - Evolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire ¹⁾²⁾



1) Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
2) Calcul IGSS.

Le tableau 34 présente l'évolution des dépenses de l'assurance dépendance pour les différents postes.

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 in-

tégralement 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 prestation en espèce, 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*.

Le tableau 34 met en évidence la croissance des dépenses en 2011 (+9,7 % par rapport à 2010). Le nombre de bénéficiaires entre 2010 et 2011 augmente quant à lui de 4,6% 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.

Type de prestation	Variation en %				
	2009	2010	2011	2009/10	2010/11
MAINTIEN A DOMICILE	158,1	169,4	187,3	7,1%	10,6%
Prestation en nature	92,7	101,4	113,6	9,3%	12,0%
Période transitoire	6,0	4,9	4,9	-18,1%	-0,3%
Prestations en espèces	45,4	48,2	51,0	6,0%	6,0%
Produits nécessaires aux aides et soins	3,2	3,4	3,5	5,5%	4,7%
Aides techniques	9,1	9,9	11,4	9,7%	14,3%
Adaptations de logement	1,7	1,6	2,8	-5,4%	79,6%
ETABLISSEMENT	220,4	241,0	262,9	9,3%	9,1%
Prestation en nature	220,4	241,0	262,9	9,3%	9,1%
Projet d'actions expérimentales ²⁾	0,0	0,0	0,0		
TOTAL	378,6	410,4	450,1	8,4%	9,7%

1) Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

2) < 50 000 EUR.

3) Calcul IGSS.

Tableau 34. - Le coût des prestations en nature par type de prestation au Luxembourg ¹⁾³⁾
(en millions EUR)

4.2.2. 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 2009, des dépenses pour les différents types de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance.

4.2.2.1. Les dépenses pour les prestations en nature

Cette sous-section est consacrée aux dépenses pour les prestations en nature, c'est-à-dire l'ensemble des prestations payées aux prestataires. Ces dépenses 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 2010 à 2011 des actes essentiels de la vie et des tâches domestiques est légè-

rement inférieure aux croissances observées pendant les années précédentes. La croissance de 15,1% observée pour les activités de soutien implique cependant que la croissance totale des prestations en nature se situe au même niveau que les années précédentes (à savoir $\pm 10\%$).

En 2011, les dépenses pour les actes essentiels de la vie représentent 229,9 millions d'EUR, soit 61,2% de l'ensemble des dépenses pour les prestations en nature. Elles sont suivies par les activités de soutien, qui représentent 118,2 millions d'EUR, soit 31,5% 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 27,6 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 2011, les dépenses pour ces groupes d'âge représentent 83,1% du total des dépenses pour les actes essentiels de la vie, 81,0% des dépenses totales pour les tâches domestiques et 82,3% des dépenses pour les activités de soutien.

Tableau 35. - Evolution des dépenses pour les différents types de prestations en nature (en millions EUR) ¹⁾³⁾

Type de prestation	2009	2010	2011	Variation en %	
				2009/10	2010/11
Actes essentiels de la vie	196,9	213,8	229,9	8,6%	7,5%
Tâches domestiques	23,1	25,4	27,6	10,2%	8,5%
Activités de soutien	91,7	102,6	118,2	11,9%	15,1%
Activités de conseil ²⁾	0,0	0,0	0,0	42,7%	-0,8%
TOTAL	311,7	341,9	375,7	9,7%	9,9%

1) Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

2) <50 000 EUR.

3) Calcul IGSS.

Tableau 36. - Les dépenses pour les prestations en nature en 2010 selon l'âge du bénéficiaire (en millions EUR) ¹⁾²⁾³⁾

Groupes d'âge	Actes essentiels de la vie		Tâches domestiques		Activités de soutien		Activités de conseil ²⁾	
	En	% du total	En	% du total	En	% du total	En	% du total
0-19	1,7	0,7%	0,3	1,0%	2,3	2,0%	0,0	3,5%
20-39	7,1	3,1%	0,8	2,9%	3,5	3,0%	0,0	1,4%
40-59	15,2	6,6%	2,2	7,9%	7,3	6,2%	0,0	12,7%
60-69	14,8	6,4%	2,0	7,3%	7,7	6,5%	0,0	14,3%
70-79	38,4	16,7%	4,8	17,4%	20,5	17,3%	0,0	29,0%
80-89	103,8	45,2%	12,4	44,9%	54,4	46,0%	0,0	32,5%
>=90	48,8	21,2%	5,1	18,6%	22,5	19,0%	0,0	6,5%
TOTAL	229,9	100,0%	27,6	100,0%	118,2	100,0%	0,0	100,0%

1) Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

2) <50 000 EUR.

3) 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 englobent ainsi les trois domaines 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 ainsi 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 2011 que 17,1% 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 2011, ces dépenses représentent plus de 71,2% 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 2010.

Type d'AEV	Variation en %				
	2009	2010	2011	2009/10	2010/11
Nutrition	34,4	36,8	39,3	7,0%	6,8%
Mobilité	84,9	93,0	100,2	9,5%	7,8%
Hygiène corporelle	77,7	84,0	90,3	8,2%	7,6%
TOTAL	196,9	213,8	229,9	8,6%	7,5%

1) Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

2) Calcul IGSS.

Tableau 37. - Evolution des dépenses pour les actes essentiels de la vie par domaine¹⁾²⁾
(en millions d'EUR)

Type de soutien	Variation en %				
	2009	2010	2011	2009/10	2010/11
En groupe	62,7	72,2	84,1	15,1%	15,1%
Activité en groupe non spécialisée	12,7	16,9	21,4	32,9%	33,2%
Activité en groupe spécialisée	50,0	55,3	62,7	10,5%	10,5%
Individuel	29,0	30,4	34,1	5,1%	3,0%
Activité individuelle non spécialisée	22,3	24,3	28,0	9,3%	6,6%
Activité individuelle spécialisée	6,7	6,1	6,1	-8,7%	-9,0%
TOTAL	91,7	102,6	118,2	11,9%	11,2%

1) Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

2) Calcul IGSS.

Tableau 38. - Evolution des dépenses pour les activités de soutien par type de prestation¹⁾²⁾
(en millions d'EUR)

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

Type de prestation	Variation en %				
	2009	2010	2011	2009/10	2010/11
Prestations en nature uniquement	20,0	21,0	24,7	5,3%	17,7%
Prestations en espèces uniquement	23,1	24,0	25,2	4,0%	5,1%
Prestations combinées dont	95,1	104,5	114,7	9,9%	9,7%
- Prestations en nature	72,8	80,4	88,9	10,4%	10,6%
- Prestations en espèces	22,4	24,2	25,8	8,1%	6,9%
TOTAL dont	138,2	149,5	164,6	8,2%	10,1%
- Prestations en nature	92,7	101,4	113,6	9,3%	12,0%
- Prestations en espèces	45,4	48,2	51,0	6,0%	6,0%

1) Sont considérées les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques.

2) Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

3) Calcul IGSS.

Tableau 39. - Répartition des prestations à domicile par type de partage¹⁾²⁾³⁾
(en millions EUR)

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 4.1.2.9.

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 (9,1%) augmentent fortement en 2011, tout comme celles du maintien à domicile (10,6%). Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en nature augmente de 17,7% en 2011. Le coût des plans de partage comportant des prestations combinées augmente quant à lui de 9,7%. Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en espèces augmente de 5,1%.

4.2.2.3. 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 forfaitaires¹⁾²⁾ (en milliers d'EUR)

Type	2009	2010	2011
Surdité / troubles de la communication	1 164,6	1 149,6	1 096,3
Cécité	1 523,1	1 520,2	1 585,4
Spina bifida	205,7	232,3	232,3
TOTAL	2 893,4	2 902,1	2 914,0

1) Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
2) Calcul IGSS.

Tableau 41. - Evolution des dépenses pour les aides techniques entre 2008 et 2010¹⁾²⁾ (en millions d'EUR)

Mise à disposition	2009	2010	2011	Variation en %	
				2009/10	2010/11
Location	4,5	4,8	5,2	7,7%	8,6%
Acquisition	4,6	5,1	6,1	11,7%	19,6%
TOTAL	9,1	9,9	11,4	9,7%	14,3%

1) Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
2) Calcul IGSS.

Tableau 42. - Les 10 postes de dépenses les plus importants pour les aides techniques¹⁾²⁾ (EUR)

	Montant 2011	Rang 2010	Rang 2009
1830 Dispositifs de changement de niveau	4 073 956	1	1
1221 Fauteuils roulants	2 618 628	2	2
1224 Accessoires de fauteuils roulants	1 157 284	3	3
0333 Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériel anti-escarres)	598 360	4	4
1812 Lits	442 834	5	6
1212 Adaptations pour voitures automobiles	424 456	6	5
1230 Aides pour le transfert	396 397	7	7
0933 Aides pour se laver, se baigner, se doucher	227 149	8	8
2106 Aides électro-optiques	200 212	9	9
0912 Aides pour l'hygiène	168 464	11	12

1) Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
2) Calcul IGSS.

Tableau 43. - Evolution du nombre d'adaptations du logement par montant d'intervention¹⁾²⁾³⁾

Montant d'intervention (EUR)	2009	2010	2011
<5 000	24	39	35
<10 000	31	36	49
<12 000	14	16	16
<20 000	47	48	53
>=20 000	18	10	15
TOTAL	134	149	168
TOTAL dépenses	1 645 373	1 551 831	1 820 184
Montant moyen	12 279	10 415	10 834

1) Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
2) Calcul IGSS.
3) Les frais d'experts et les subventions de loyer ne sont pas compris (1 million en 2011).

5. LES DONNÉES FINANCIÈRES

5.1. LE SYSTÈME DE FINANCEMENT

Pour faire face aux charges qui lui incombent, l'assurance dépendance applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10% 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 professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine des personnes assurés.

Depuis le 1.01.2007, le taux de la contribution dépendance est fixé à 1,4%.

- Une **contribution annuelle de l'Etat**.

Pour 2012 la contribution, que la loi a fixé à 35% des dépenses totales y compris la dotation des réserves, s'élève à 179,2 millions d'euros. Le taux prévu à partir de l'année

2013 est de 40% des dépenses. Pour les exercices 2006 - 2011 la contribution étatique était fixée à 140 millions d'euros par an.

- Une **redevance** assurance dépendance **du secteur de l'énergie**.

5.2. LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Remarque méthodologique préliminaire :

*Les données comptables n'illustrent pas forcément une situation réaliste de l'évolution effective des dépenses et recettes de l'assurance dépendance. Ainsi l'élaboration de décomptes **rectifiés** et d'une **situation fictive** permet sur certains aspects une analyse plus pertinente.*

a) Situation comptable

Le tableau 44 reprend les chiffres clés de la situation financière de l'assurance dépendance pour les années 2008 - 2012 selon le décompte de la CNS.

Exercice	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre indice du coût de la vie	682,39	699,44	711,07	724,34	742,44
Recettes courantes	580,8	411,5	701,6	539,2	566,0
Dépenses courantes	241,9	695,3	729,1	582,0	553,2
Solde des opérations courantes	338,9	-283,9	-27,5	-42,8	12,8
Excédent / découvert cumulé	456,3	109,6	106,7	60,5	70,6
Taux de cotisation appliqué	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%
Taux d'équilibre de l'exercice	-0,59%	3,19%	1,41%	1,62%	1,36%

Historiquement, après un " bon " départ, l'assurance dépendance a connu une première période déficitaire pour les années 2004 - 2006. Sa situation financière s'est alors graduellement rétablie, à cause notamment des modifications de la loi en 2005 et la hausse du taux de la contribution dépendance en 2007.

Les résultats (selon décomptes) à caractère extrême pour les exercices 2008 et 2009 sont principalement dus à la problématique de l'absence de provisions en 2008. En effet, à raison d'un dépassement du délai autorisé pour effectuer les écritures comptables nécessaires, une provision à constituer en hauteur de 290,5 millions d'euros fait défaut dans le décompte pour cet exercice. Cette non-comptabilisation explique le taux d'équilibre très bas pour 2008 et le taux d'équilibre très élevé pour 2009.

Dès l'exercice 2010 par contre, des résultats déficitaires réapparaissent, et des recours aux réserves constituées les années précédentes ont

été nécessaires pour compenser les découverts successifs.

Pour l'exercice 2012, l'assurance dépendance réalise un excédent, après dotation à la réserve légale, de 10,1 millions d'euros. Le décompte renseigne sur une augmentation des recettes courantes et une importante baisse des dépenses courantes, qui se traduisent par un solde des opérations courantes excédentaire de 12,8 millions d'euros.

Le surplus de l'exercice implique que le taux de contribution dépendance d'équilibre théorique de 1,36% est inférieur aux taux effectif de 1,4%. De même il permet d'alimenter les réserves, qui pourtant restent inférieures au niveau de 2004.

Malgré ces apparences positives, ces chiffres doivent être analysés de façon plus nuancée comme les résultats comptables ne permettent pas de dégager des conclusions fiables sur l'évolution effective de l'assurance dépendance.

Tableau 44. - Situation financière de l'assurance dépendance selon le décompte de la CNS (en millions EUR)

Ainsi par exemple le niveau des dépenses courantes est largement dépendant des écritures de provisions et ne retrace donc pas le vrai niveau du coût des prestations de l'année. Du côté des recettes courantes, il faut souligner le caractère exceptionnel de l'exercice 2012 qui est caractérisé par deux événements saillants : le versement " litige relibi " (30 millions d'euros) et l'augmentation de la participation de l'Etat (39,2 millions d'euros).

Le " litige relibi "

Pour l'exercice 2012, les recettes de la contribution dépendance contiennent un montant exceptionnel de 30 millions d'euros correspondant à un virement de l'Etat relatif au " litige relibi ". L'assurance dépendance (i.e. la CNS) et l'Etat ont convenu sur ce paiement en dédommagement du préjudice subi par l'assurance dépendance dans les exercices 2006 - 2012 du fait de la non-perception de la contribution dépendance sur les revenus d'intérêts soumis à la retenue à la source libératoire (relibi).

A partir de 2013 l'Etat s'engage à verser annuellement un montant correspondant à 1,4% de l'assiette " relibi ".

b) Décomptes rectifiés

Exercice	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre indice du coût de la vie	682,39	699,44	711,07	724,34	742,44
Taux de cotisation	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
Recettes courantes	405,5	411,5	421,5	439,9	522,0
Recettes courantes (CNS)	580,8	411,5	701,6	539,2	566,0
Prélèvement aux provisions (n)	-175,3	-290,5	-280,1	-99,3	-44,0
Dépenses courantes	357,1	404,8	449,0	482,7	509,3
Dépenses courantes (CNS)	532,4	695,3	729,1	582,0	553,2
Prélèvement aux provisions (n+1)	290,5	280,1	99,3	44,0	45,1
Prélèvement aux provisions (n)	-175,3	-290,5	-280,1	-99,3	-44,0
Dotations aux provisions (n)	-290,5	-280,1	-99,3	-44,0	-45,1
Solde des opérations courantes	48,4	6,7	-27,5	-42,8	12,8
Dotation au fonds de roulement	2,3	4,8	-	3,4	2,7
Prélèvement au fonds de roulement	-	-	4,4	-	-
Excédent / découvert de l'exercice	46,1	1,9	-31,9	-46,2	10,1
Réserve	172,4	179,1	151,6	108,8	121,5
Minimum légal	35,7	40,5	44,9	48,3	50,9
Excédent / découvert cumulé	136,7	138,6	106,7	60,5	70,6
Rapport réserve / dépenses courantes	48,3%	44,2%	33,8%	22,5%	23,9%

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

Pour la situation rectifiée, les écritures de provisions^{a)} ont été neutralisées. Les recettes et dépenses courantes " nettes " ainsi trouvées permettent une vue plus réaliste sur l'évolution effective des coûts sur l'année de prestation et non pas sur l'année de facturation.

Le fait que le niveau des provisions a connu d'importantes fluctuations depuis quelques années - retard considérable dans la facturation des prestations qui a conduit à des montants de provisions dépassant 50% des dépenses courantes nettes entre 2007 et 2009 ; manque de provision dans le décompte 2008 ; diminution graduelle du niveau de provisions depuis lors - illustre bien son effet disproportionné sur le résultat comptable et souligne la nécessité et l'intérêt d'une analyse des positions " nettes ".

Avec 45,1 millions d'euros le montant des prestations provisionnées en 2012 reste similaire à la dotation 2011, et donc nettement inférieure aux niveaux connus les années antérieures. Le ratio des provisions par rapport aux dépenses courantes nettes est, pour la deuxième année de suite, inférieure à 10%.

Les tableaux 45 et 46 représentent ainsi la situation rectifiée de l'évolution de la situation financière.

Tableau 45. - Evolution financière de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié ¹⁾
(en millions EUR)

a) Les écritures de provision en assurance dépendance (simplification)

Les prestations de l'exercice N qui ne sont facturées qu'en N+1 donnent lieu à une provision en N. Les prestations non-facturées en N-1, et donc provisionnées en N-1, sont incluses dans les prestations N (dépenses courantes). En contrepartie, la provision respective N-1 est extournée en N.

Ainsi, ces tableaux mettent en évidence une augmentation plutôt régulière des recettes courantes de l'assurance dépendance sur la période en question, avec toutefois un saut de 18,7% en 2012. Cette hausse exceptionnelle provient essentiellement des deux faits saillants décrits ci-avant - le litige relibi et la hausse de la contribution de l'Etat - et sera analysée plus en détail

dans la partie sur les recettes et dépenses globales.

Les dépenses courantes quant à eux continuent à croître. Toutefois, on peut observer un ralentissement du taux de croissance, qui passe de 7,5% en 2011 à 5,5% en 2012. Depuis 2008 les dépenses courantes ont connu une augmentation de 46%, tandis que les recettes n'ont progressé " que " de 29% sur cette même période.

Exercice	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre indice du coût de la vie	682,39	699,44	711,07	724,34	742,44
Taux de cotisation	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
Recettes courantes	405,5	411,5	421,5	439,9	522,0
Variation en %	6,1%	1,5%	2,4%	4,4%	18,7%
Dépenses courantes	357,1	404,8	449,0	482,7	509,3
Variation en %	6,8%	13,4%	10,9%	7,5%	5,5%
Solde des opérations courantes	48,4	6,7	-27,5	-42,8	12,8
Excédent / découvert de l'exercice	46,1	1,9	-31,9	-46,2	10,1
Réserve	172,4	179,1	151,6	108,8	121,5

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

c) Décomptes fictifs

A titre d'illustration, et afin d'éliminer l'impact disproportionné de la recette " litige relibi " sur le seul résultat 2012, l'idée de situation " fictive " est d'imputer à parts égales les 30 millions d'euros

sur les résultats des 7 exercices concernés par cet versement (2006-2012). Ceci conduit à un scénario théorique (et simplifié) où la contribution dépendance des ménages aurait effectivement été prélevée aux " revenus relibi " dès 2006.

Exercice	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre indice du coût de la vie	653,52	668,46	682,39	699,44	711,07	724,34	742,44
Taux de cotisation	1,0%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
Recettes courantes (sit. rectifiée)	312,5	382,3	405,5	411,5	421,5	439,9	522,0
							-30,0
	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3
Recettes courantes (situation fictive)	316,8	386,6	409,8	415,8	425,8	444,2	496,3
Dépenses courantes	329,4	334,3	357,1	404,8	449,0	482,7	509,3
Variation en %		1,5%	6,8%	13,4%	10,9%	7,5%	5,5%
Solde des opérations courantes	-12,6	52,3	52,7	11,0	-23,2	-38,5	-13,0

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

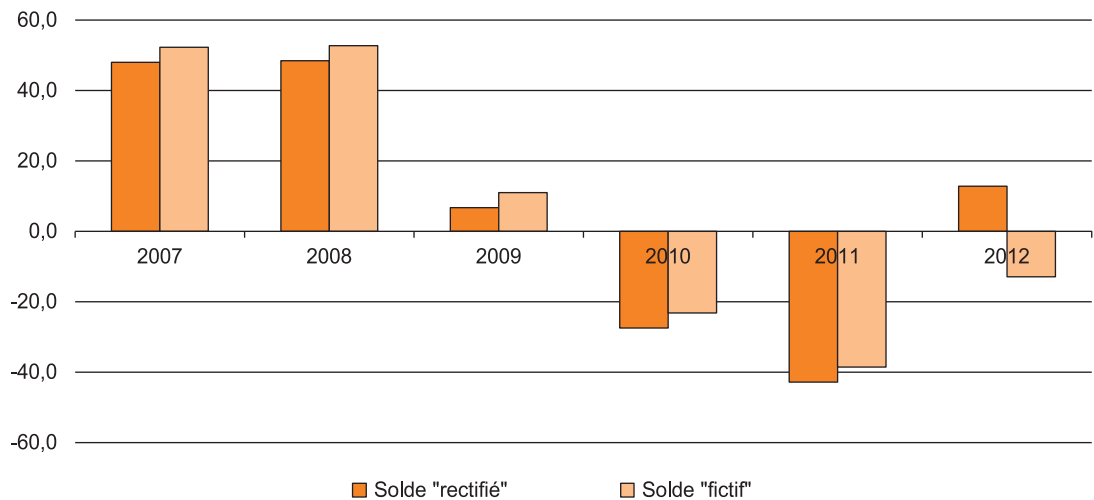
Selon ce scénario, le solde des opérations courantes 2012 serait négatif de 13 millions d'euros et confirme la tendance déficitaire de l'assurance dépendance observée depuis quelques années.

A noter que cette répartition fictive n'a évidemment, sur l'ensemble de la période en question, aucun effet sur les résultats cumulés et le niveau des réserves.

Tableau 46. - Evolution financière de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié¹⁾ - résumé (en millions EUR)

Tableau 47. - Evolution financière de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié¹⁾ fictif (en millions EUR)

Graphique 11. - Evolution des soldes des opérations courantes "rectifiés" et "fictifs" (en millions EUR)



5.3. LES RECETTES ET DÉPENSES GLOBALES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Tableau 48. - Evolution des recettes courantes de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié¹⁾ (en millions EUR)

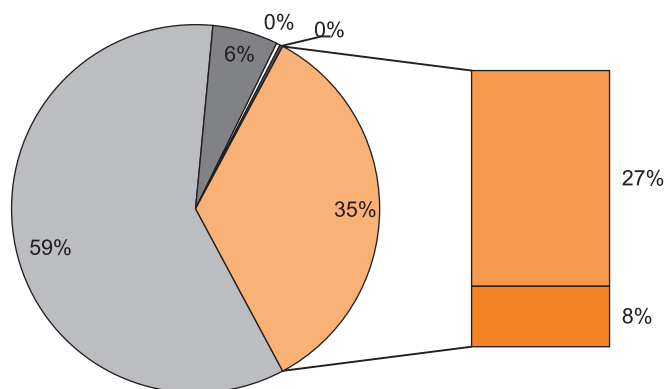
Exercice						Variation en %	
	2008	2009	2010	2011	2012	2010/11	2011/12
Contributions des ménages	256,0	266,9	278,2	294,5	339,8	5,9%	15,4%
<i>dont " litige Relibi "</i>					30,0		
<i>contribution nette (hors " litige relibi ")</i>					309,8		5,2%
Contribution de l'Etat	140,0	140,0	140,0	140,0	179,2	0,0%	28,0%
Redevance AD du secteur de l'énergie	1,8	2,0	1,8	1,9	1,7	5,6%	-8,3%
Recettes diverses	7,7	2,6	1,5	3,5	1,3	125,3%	-61,6%
TOTAL DES RECETTES COURANTES	405,5	411,5	421,5	439,9	522,0	4,4%	18,7%

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

Le saut des recettes courantes de 18,7% en 2012 s'explique en grandes parties par l'augmentation de la contribution étatique et par une hausse de 15,4% du poste contribution des ménages. Or il faut rappeler que ce poste inclut le versement " litige relibi " de 30 millions d'euros. Sans cette recette exceptionnelle (relative aux années 2006-2012), la croissance nette aurait été de 5,2%, donc un taux comparable à ceux relativement bas observés les années précédentes (5,9% en 2011,

4,2% en 2010). A noter que dans la période avant la crise, les augmentations étaient largement supérieures (p.ex : 9% en 2009).

La croissance nette est imputable aux variations de la masse des revenus cotisables et du nombre d'assurés cotisants. L'augmentation du nombre indice de l'échelle mobile des salaires est de 2,5% en 2012 (1,9% en 2011).



- Contributions "nette" des ménages
- Contribution des ménages exceptionnelle - "litige Relibi"
- Redevance AD du secteur de l'énergie
- Recettes diverses
- Contribution de l'Etat - niveau 2007-2011
- Contribution de l'Etat supplémentaire 2012

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

Le graphique 2 illustre la répartition des différentes sources de financement dans les recettes courantes nettes pour l'exercice 2012. La contribution étatique s'élève à 35% des recettes.

A noter que les deux faits " exceptionnels " pour 2012, à savoir l'augmentation de la contribution de l'Etat et la recette " relibi " représentent plus de 13% des recettes totales de l'année.

Exercice	Variation en %						
	2008	2009	2010	2011	2012	2010/11	2011/12
Frais d'administration	5,6	11,1	11,5	12,8	13,5	11,4%	5,1%
Prestations en espèces	7,2	6,3	6,6	6,8	6,0	2,6%	-11,0%
Prestations en nature	340,8	382,8	425,9	457,5	483,5	7,4%	5,7%
Prestations à domicile	151,3	147,0	161,0	186,3	193,4	15,7%	3,8%
Prestations en milieu stationnaire	179,7	224,1	252,8	263,2	280,8	4,1%	6,7%
Prestations à l'étranger	9,2	11,3	11,8	8,1	9,3	-31,8%	15,3%
Actions expérimentales	0,6	0,4	0,3	-0,1	0,0	-143,3%	-100,0%
Transfert de cotisations	3,6	4,1	4,5	4,8	5,7	7,2%	18,4%
Dépenses diverses	0,2	0,5	0,5	0,8	0,5	59,8%	-94,3%
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	357,5	404,8	449,0	482,7	509,3	7,5%	5,4%

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

Le tableau 49 démontre bien l'intérêt de l'établissement d'une situation rectifiée. En effet, contrairement à l'évolution observée dans la situation comptable, il illustre que les dépenses courantes nettes ont davantage augmenté en 2012 et dépassent pour la première fois la barrière de 500 millions d'euros. Néanmoins on peut constater que la vitesse de croissance, 5,4% pour 2012, tend à baisser depuis plusieurs exercices (10,9% en 2010 et 7,5% en 2011). Malgré ce ralentissement, l'augmentation des dépenses reste légère-

ment supérieure à la croissance " nette " (c.-à-d. hors " litige relibi ") de la contribution dépendance des ménages, qui est de 5,2%.

Parmi les prestations en nature, représentant 95% de l'ensemble des dépenses, on constate une évolution modérée des prestations à domicile (après une forte augmentation observée en 2011). Par contre la croissance des coûts pour les prestations en milieu stationnaire a regagné en vitesse.

Graphique 12. - Part de différentes sources dans les recettes courantes rectifiées¹⁾ 2012

Tableau 49. - Evolution des dépenses courantes de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié¹⁾ (en millions EUR)

Les progressions les plus importantes sont observées au niveau international, c.-à-d. les prestations à l'étranger^{a)} (+15,3%) et les transferts de cotisations (+18,4%). En tout le surcoût s'élève en 2012 à environ 2 millions d'euros.

Pour les frais administratifs la hausse massive en 2009 est la conséquence indirecte de la fusion des caisses de maladie suite à l'introduction du statut unique. Après une augmentation de 11%

en 2011, la croissance en 2012 suit l'évolution globale de l'assurance dépendance.

Une baisse de 11% est observée au niveau des prestations en espèces. A noter que ce poste ne contient que les prestations allouées aux personnes gravement handicapées et non pas les prestations en espèces subsidiaires en cas d'aidants informels - incluses dans les prestations en nature -, et qu'il ne représente que 1,2% des dépenses courantes totales.

Tableau 50. - Evolution annuelle des prestations de l'assurance dépendance d'après la date de la prestation (en millions EUR)

Exercice	Montant	Variation en %
2007	321,9	3,0%
2008	351,8	9,3%
2009	383,2	8,9%
2010	415,1	8,3%
2011	455,3	9,7%

5.4. LA CONTRIBUTION DÉPENDANCE

La série statistique suivante présente l'évolution des contributions à l'assurance dépendance depuis 2007.

Tableau 51. - 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	Evolution du taux de contribution
2007	195,47	32,00	7,33	234,81	35,13	216,8	1,4%
2008	212,96	33,76	9,32	256,03	37,52	231,6	1,4%
2009	218,54	36,43	11,89	266,85	38,15	235,5	1,4%
2010	228,27	38,10	11,79	278,17	39,12	241,5	1,4%
2011	239,60	41,00	13,90	294,50	40,66	251,0	1,4%
2012	253,83	42,48	43,46 ¹⁾	339,77	45,76	282,5	1,4%

1) Y compris 30 " litige relibi ".

A préciser que pour 2012, le montant de la partie contribution sur le patrimoine contient les 30 millions d'euros issus du " litige relibi ". Sans ce ver-

sement exceptionnel, la contribution nette collectée en 2012 s'élève à 309,77 millions d'euros, ce qui correspond à 41,72 unités indice 100.

a) Malgré l'importante chute constatée en 2011 suite à l'introduction du règlement 883 en 2010.

5.5. LA CONTRIBUTION DE L'ÉTAT AU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Par la loi du 16 décembre 2011 (Budget 2012), l'apport financier de l'Etat à l'assurance dépendance a été porté pour 2012 à 35% des dépenses totales (y compris la dotation à la réserve),

et à 40% pour les années subséquentes. Entre 2007 et 2011 l'apport avait été fixé à 140 millions d'euros.

Exercice	En valeur nominale	Variation annuelle en %	En valeur n.i. 100	Variation annuelle en %
2007	140,0	-6,3%	20,9	-8,7%
2008	140,0	0,0%	20,5	-1,9%
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%

Tableau 52. - Evolution de la contribution de l'Etat aux recettes de l'assurance dépendance

5.6. LES VALEURS MONÉTAIRES

Le montant des prestations en nature est déterminé en multipliant la durée hebdomadaire des aides et soins requis au plan de prise en charge par les valeurs monétaires négociées, en principe annuellement, entre la CNS et la COPAS, organisme représentatif des prestataires.

Par dérogation à la loi sur l'assurance dépendance, la loi sur le budget de l'Etat 2013 précise que pour l'année 2013 les valeurs monétaires négociées pour 2012 restent valables. Ces valeurs sont fixées au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Année	Etablissements d'aides et de soins		Maintien à domicile	
	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
1999	35,20		37,20	
2000	35,20		37,70	
2001	33,70		44,60	
2002	34,50		45,30	
2003	35,80		47,70	
2004	35,80		48,00	
2005	37,80		49,98	
2006	39,93		51,27	
2007	41,4		52,4	46,0
2008	43,4		53,2	47,6
2009	44,6		57,4	48,1
2010	44,9		59,3	48,2
2011	44,8		61,6	50,2
2012	46,3		63,6	51,9
2013	47,5		65,2	53,2

Tableau 53. - Evolution des valeurs monétaires des aides et soins depuis 1999 ¹⁾

1) 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.

Tableau 54. - Evolution de la valeur horaire pour prestations en espèces ¹⁾

Année	Valeur selon ancien calcul		Valeur horaire	
	Valeur nominale	Valeur réelle	Valeur nominale	Valeur réelle
1999	18,59	3,35		
2000	18,84	3,31		
2001	22,31	3,80		
2002	22,65	3,78		
2003	23,85	3,90		
2004	24,00	3,84		
2005	24,99	3,90		
2006			25,00	3,83
2007			25,00	3,74
2008			25,00	3,66
2009			25,00	3,57
2010			25,00	3,52
2011			25,00	3,45
2012			25,00	3,37
2013			25,00	3,29

1) Jusqu'au 1er janvier 2006, les prestations en espèces étaient calculées au prorata de la valeur monétaire du maintien à domicile et correspondaient 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.

Tableau 55. - Evolution du forfait journalier d'actes infirmiers ¹⁾ prestés dans les établissements d'aides et de soins (en EUR)

Année	Date d'échéance	Indice	Forfait Maisons de soins (pos. N81)	Forfait Autres établissements d'aides et de soins (pos. N82)
2004	1.10	636,26	8,30	4,15
2005	1.10	652,16	8,07	4,03
2006	1.12	668,46	8,27	4,13
2008	1.03	685,17	8,47	4,24
2009	1.03	702,29	8,69	4,34
2010	1.07	719,84	8,90	4,45
2011	1.01	719,84	9,02	4,51
2011	1.10	737,83	9,24	4,62
2012	1.11	756,37	9,47	4,74
2013	1.11	775,28	9,71	4,86

1) Ces actes sont fixés dans la nomenclature des actes et services des infirmiers en application du chapitre V du livre 1er du Code de la sécurité sociale.

Pour de plus amples informations ou statistiques concernant l'Assurance dépendance, veuillez consulter notre site internet www.statsecu.public.lu.

■ ■ ■ **ASSURANCE PENSION**



INTRODUCTION

Au Grand-Duché de Luxembourg, le régime général d'assurance pension 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),
- 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 2012 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 2012, il faut citer:

La loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension et modifiant :

1. le Code de la sécurité sociale ;
2. la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que

pour les agents de la Société nationale des Chemins de fer luxembourgeois ;

3. la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat ;
4. la loi modifiée du 7 août 1912 concernant la création d'une caisse de prévoyance pour les fonctionnaires et employés des communes et établissements publics ;
5. le Code du travail.
(2012, A279, p.4370)

Le règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 fixant les facteurs de revalorisation prévus à l'article 220 du Code de la Sécurité sociale.
(2012, A298, p.4715)

Le règlement grand-ducal du 12 décembre 2012 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.
(2012, A265, p.3488)

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 essentiellement des recettes en cotisations et des dépenses pour prestations, qui elles dépendent directement des variables démographiques précitées. Les revenus de la fortune et les dotations aux réserves, bien que n'étant pas négligeables, ne présentent qu'une importance secondaire.

Les données concernant l'évolution des assurés actifs du régime général figurent au chapitre 2 "Personnes protégées".

Les nombres et montants relatifs aux bénéficiaires de prestations et les données financières de l'assurance pension suivent dans le présent chapitre.

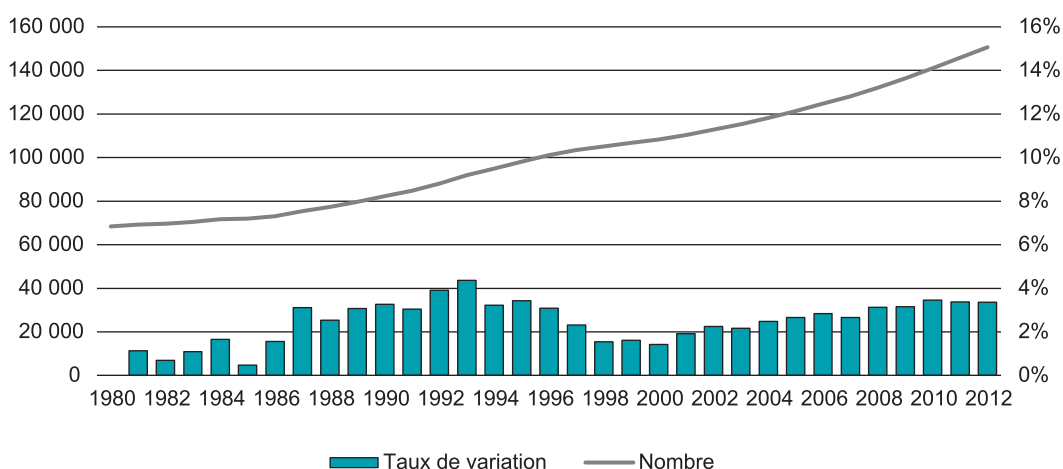
1. LES BÉNÉFICIAIRES DE PENSION

1.1. LE NOMBRE DE PENSIONS

Le nombre de pensions en cours de paiement au mois de décembre 2012 atteint 150 660 unités et il est en augmentation de 3,4% par rapport à l'année précédente. Ce taux de croissance résulte

d'une augmentation du nombre des pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée de 4,8%, des pensions de survie du conjoint de 1,4%, des pensions d'orphelin de 4,4% et d'une diminution des pensions d'invalidité de -0,4%.

Graphique 1. - Evolution du nombre de pensions (mois de décembre)



Les raisons de la reprise du taux de croissance du nombre de pensions, amorcée en 1987 après une période de croissance très modérée au début des années quatre-vingt, sont multiples.

D'abord il faut retenir la faible croissance du nombre de pensions au début des années quatre-vingt, qui est le résultat du creux dans la pyramide des âges correspondant aux générations nées entre 1915 et 1925, en raison du faible taux de natalité durant la Première Guerre mondiale et du nombre élevé de victimes durant la Seconde Guerre mondiale. Aussi, le nombre de pensions de vieillesse et de vieillesse anticipée a-t-il carrément stagné entre 1980 et 1985, oscillant entre

31 100 et 31 600 unités, pour augmenter ensuite jusqu'à 49 272 unités en 1996, ce qui représente une augmentation dépassant 50% en 15 ans. Cette évolution a été amplifiée par la loi du 27 juillet 1987 qui a abrogé la condition du maintien des droits pour l'octroi d'une pension de vieillesse et qui a prévu, pour une période transitoire de 5 ans, l'octroi d'une pension avec un stage d'assurance de 5 ans au lieu du stage normal de 10 ans. Cette mesure a entraîné une augmentation substantielle des attributions de pensions de vieillesse aux assurés latents féminins (assurés qui avaient déjà quitté l'assurance).

Catégorie/ Année		1980	1990	2000	2005	2010	2011	2012	Taux de variation moyenne 2011/12 2000/12	Variation moyenne 2000/12
Invalidité	-hommes	8 754	12 010	13 590	11 567	10 526	10 274	10 145	-1,3%	-2,4%
	-femmes	3 001	4 470	6 797	6 461	6 666	6 618	6 680	0,9%	-0,1%
Vieillesse	-hommes	20 800	25 766	40 534	49 414	60 612	63 078	65 545	3,9%	4,1%
	-femmes	10 740	11 784	14 970	19 023	25 362	27 010	28 857	6,8%	5,6%
Pension personnelle	-hommes	29 554	37 776	54 124	60 981	71 138	73 352	75 690	3,2%	2,8%
	-femmes	13 741	16 254	21 767	25 484	32 028	33 628	35 537	5,7%	4,2%
Survie -conjoints	-hommes	*	*	797	1 166	1 700	1 829	1 946	6,4%	7,7%
	-femmes	22 081	26 037	29 286	31 000	33 146	33 667	34 060	1,2%	1,3%
Survie -orphelins	-masculin	*	*	1 175	1 361	1 514	1 662	1 727	3,9%	3,3%
	-féminin	3 074	2 196	1 181	1 344	1 475	1 621	1 700	4,9%	3,1%
Toutes catégories		68 450	82 263	108 330	121 336	141 001	145 759	150 660	3,4%	2,8%

*) Données comprises dans la rubrique femmes.

Un deuxième facteur était la hausse continue du nombre des pensions d'invalidité. Cette croissance était déjà anormalement élevée depuis 1975, en raison des conditions extrêmement favorables prévues par la loi du 26 mars 1974 portant fixation de suppléments de pension à allouer aux personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant en cas d'invalidité ou de décès précoces (complément différentiel). Cette évolution a été renforcée par le remplacement du critère de l'invalidité générale par celui de l'invalidité professionnelle à partir du 1er juillet 1987.

Ainsi, à partir de 1988 le stock des pensions a augmenté fortement d'année en année jusqu'au 28 novembre 1996 où l'arrêt de la Cour de cassation dans l'affaire Thill c/AVI a décidé que l'appré-

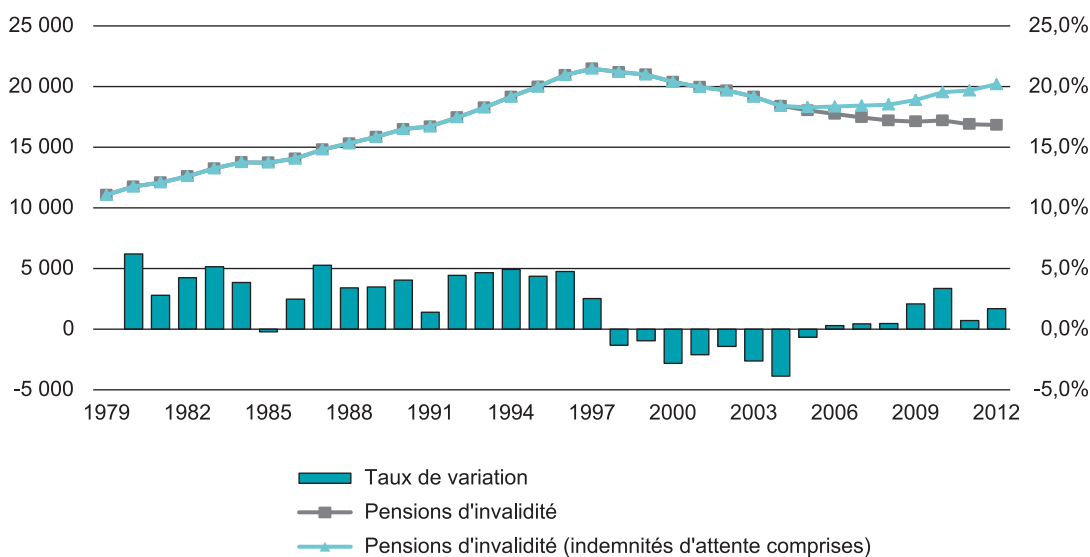
ciation de l'invalidité d'un assuré ne se limite pas seulement à l'inaptitude pour son dernier poste de travail mais aussi par rapport au marché de l'emploi en général.

Cette précision de la Cour a provoqué une régression immédiate dans l'attribution des pensions d'invalidité.

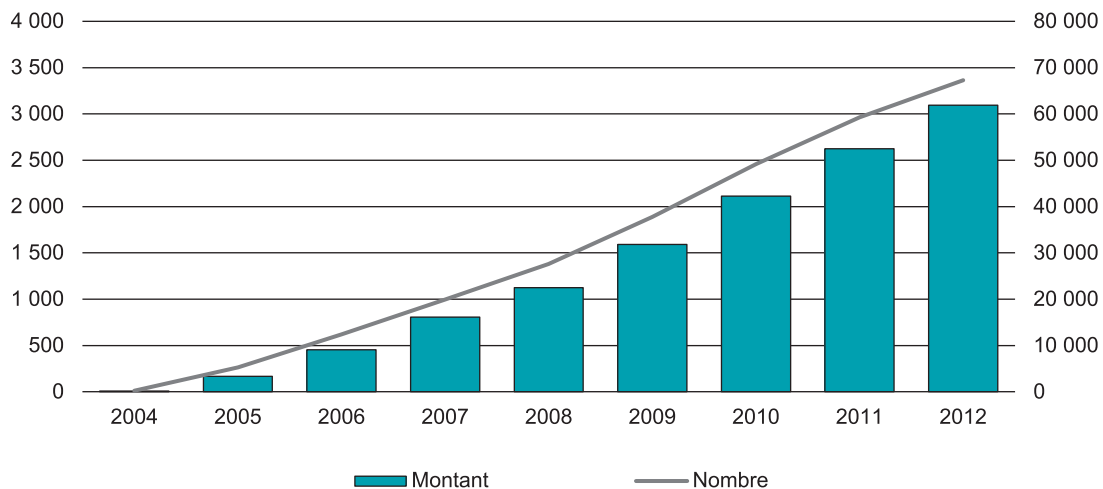
La loi du 25 juillet 2002 a essayé d'améliorer la protection sociale de ceux qui souffrent d'une incapacité de travail tout en assurant le maintien de l'emploi, là où il est possible, par des mesures de réinsertion interne dans l'entreprise du travailleur ou externe, sur le marché du travail, par l'intermédiaire de l'Administration de l'emploi.

Tableau 1. - Evolution du nombre de pensions par catégorie - mois de décembre (avances comprises à partir de 1990)

Graphique 2. - Evolution du nombre des pensions d'invalidité (au 31 décembre)



Graphique 3. - Evolution du nombre et du coût de l'indemnité d'attente (en milliers EUR)

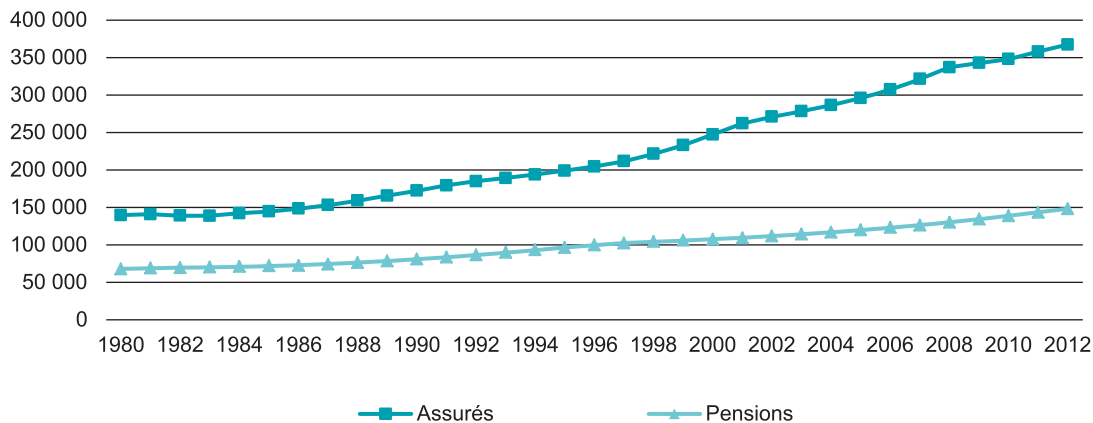


Une indemnité d'attente est allouée au travailleur qui n'a pas pu être reclassé sur le marché du travail par l'Administration de l'emploi pendant la période légale de l'octroi de l'indemnité de chômage complet. Cette indemnité d'attente correspond à une pension d'invalidité et elle est à charge de la caisse de pension.

Le graphique 2 montre bien l'impact de l'arrêt de la Cour de cassation sur le nombre de pensions

d'invalidité qui entame une évolution régressive prononcée, mais il est visible aussi que l'évolution des pensions d'invalidité et des indemnités d'attente prise ensemble commence à progresser sensiblement. Ceci illustre les difficultés rencontrées en matière de reclassement et engage les responsables de reprendre la législation y relative sur le métier.

Graphique 4. - Evolution du nombre moyen des assurés et des pensions



Jusqu'en 1991 le nombre total de pensions a évolué plus lentement que celui des assurés. Ceci était dû à une croissance assez modérée du nombre de pensions de survie du conjoint et à la régression du nombre de pensions d'orphelin. L'introduction de la pension de veuf à partir de 1988 ne s'est manifestée avec une certaine ampleur que dans le régime agricole. En 1995 et

1996, le taux de croissance du nombre 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.

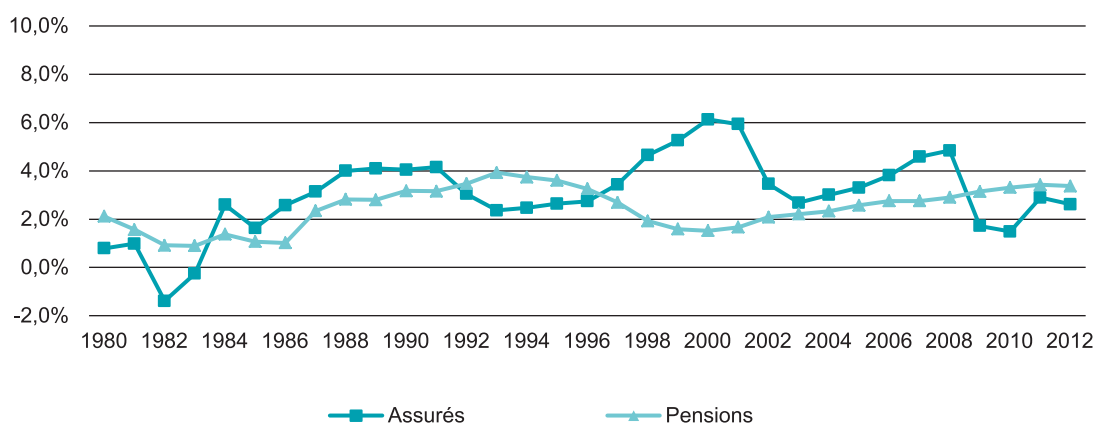
En 2002 les deux évolutions se sont rapprochées de nouveau, celle du nombre moyen d'assurés ayant marqué le pas dans un contexte de fléchissement conjoncturel, celle du nombre de pensions étant freinée par la régression des pensions d'invalidité, risque mieux encadré par les dispositions de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle.

De 2003 à 2008 les deux tendances évoluent dans le même sens. Les pensions ont connu une progression annuelle légère et régulière, le

nombre d'assurés a augmenté plus fortement jusqu'en 2008, ce qui a prononcé l'écart entre les deux évolutions.

Leur point d'intersection sur le graphique 5 montre bien le départ où le coefficient de charge commence à inverser la tendance, régressif depuis 1996, il entame un mouvement progressif à partir de 2009.

En 2011 et 2012, la progression des assurés actifs est proche de celle des pensions.



Graphique 5. - Variations annuelles du nombre moyen des assurés et des pensions

1.2. LE COEFFICIENT DE CHARGE

Les années quatre-vingt avaient connu, pour le régime unique pris dans son ensemble, une croissance du nombre moyen des assurés cotisants plus importante que celle du nombre moyen des pensions, ce qui avait eu pour effet de réduire le coefficient de charge (nombre moyen de pensions pour 100 assurés cotisants). Cette évolution s'est 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. A partir de 2003, conformément aux évolutions parallèles que montre bien le graphique 3, le coefficient de charge a diminué plus lentement.

Tableau 2. - Coefficient de charge

Caisse	1980	1990	2000	2005	2008	2009	2010	2011	2012
AVI	53,2	59,1	62,6	59,0	57,5	.	.	.	.
CPEP	23,7	19,5	17,9	18,1	17,9	.	.	.	.
CPACI	77,8	89,1	90,0	88,0	92,1	.	.	.	.
CPA	99,7	140,4	200,7	193,2	196,1	.	.	.	.
Total	48,6	47,0	43,5	40,5	38,6	39,2	39,9	40,1	40,4

De 2006 à 2008, avec l'écart plus prononcé entre actifs et pensionnés, le coefficient de charge a pu descendre à 40,0, 39,3 et 38,6.

En 2009, le coefficient de charge se ressent des effets de la crise, il progresse sensiblement de 38,6 à 39,2.

Avec une progression des pensions dépassant significativement celle des assurés le coefficient de charge de 2010 monte à 39,9.

2011 montre bien que la progression du nombre des pensions s'accroît d'année en année, que l'évolution des assurés actifs est beaucoup moins linéaire et suit le mouvement volatile de l'emploi.

Le coefficient de charge affiche 40,1 pour monter à 40,4 en 2012.

Pour ce qui est de l'interprétation du niveau absolu du coefficient de charge, il y a lieu d'attirer l'attention sur la particularité que le nombre de pensions comporte de nombreuses pensions partielles relevant de l'assurance migratoire internationale. Si, du point de vue démographique, ce coefficient est correct, il ne permet pas de déduire immédiatement le niveau de la charge financière, en raison du montant réduit de ces pensions partielles.

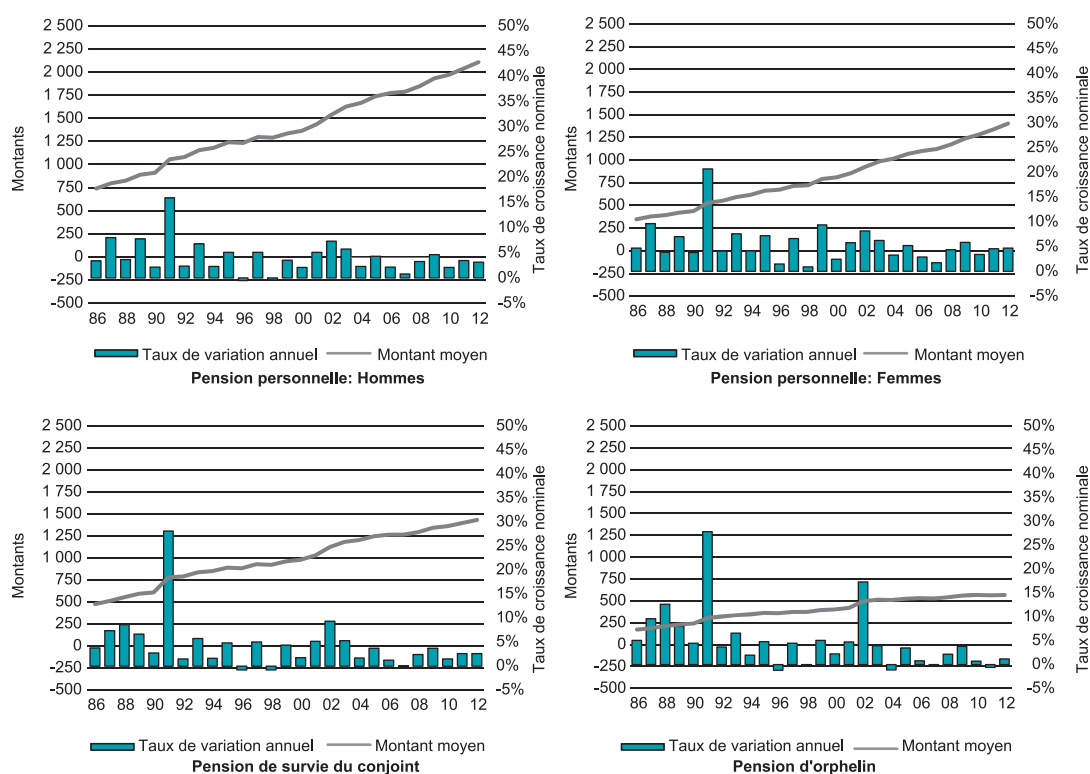
2. CARACTÉRISTIQUES DES PRESTATIONS

2.1. LE NIVEAU MOYEN DES PENSIONS

Le niveau moyen des pensions personnelles en cours de paiement en décembre 2012 s'élève à

2 106,19 EUR pour les bénéficiaires masculins, 1 404,74 EUR pour les bénéficiaires féminins, 1 435,04 EUR pour les conjoints survivants et 570,04 EUR pour les orphelins.

Graphique 6. - Evolution des montants moyens des pensions (mois de décembre, sans les avances)

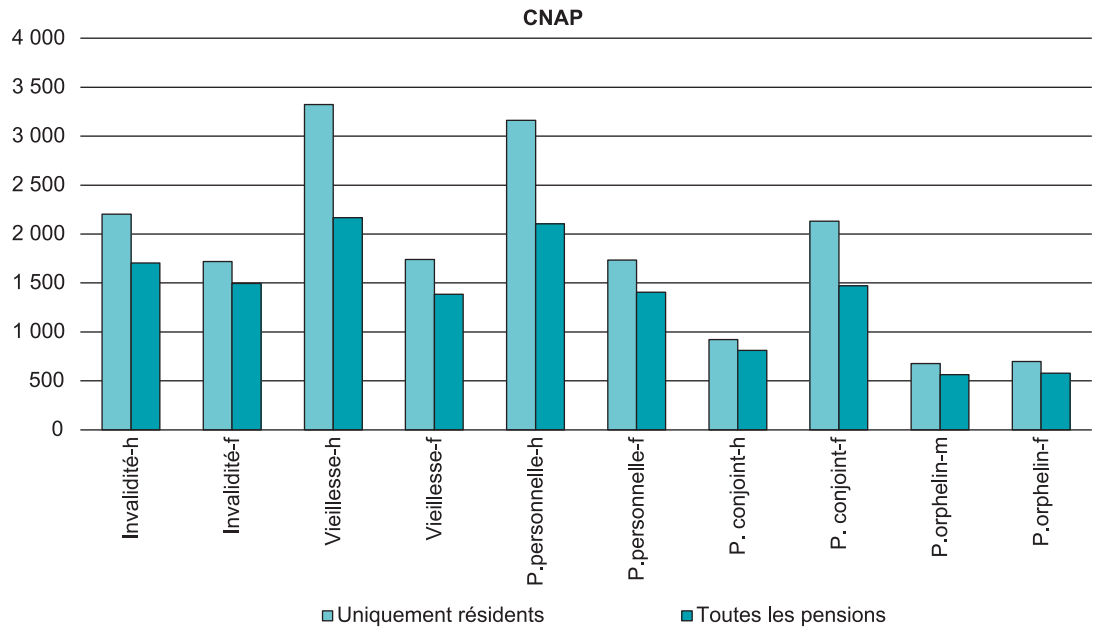


A première vue, le niveau moyen de ces pensions paraît excessivement faible, notamment eu égard à la formule de calcul des pensions et au niveau des rémunérations cotisables.

L'explication de ce phénomène réside dans le fait que ces montants moyens considèrent la totalité des pensions et, ainsi, comprennent aussi toutes les pensions partielles versées dans le cadre de l'assurance migratoire internationale à des bénéficiaires qui ne peuvent justifier que de courtes

périodes d'assurance au Luxembourg. Ces montants moyens ne tiennent pas compte non plus du montant de la pension étrangère à laquelle ces bénéficiaires ont également droit. Si l'on prend en considération l'ampleur progressive du phénomène de l'assurance migratoire, qui en 2012 concerne une pension sur deux, on comprend aisément l'importance de la réduction de ces montants moyens provoquée par les pensions partielles.

Graphique 7. - Comparaison des montants moyens des pensions attribuées aux seuls résidents par rapport à ceux de toutes les pensions (mois de décembre 2011, sans les avances)



En ne considérant que les pensions moyennes attribuées aux seuls résidents, les pensions de vieillesse pour les bénéficiaires masculins augmentent de 3 213,80 EUR à 3 323,75 EUR.

En outre, sont encore comprises les pensions qui ont été réduites en vertu d'une disposition de non cumul avec d'autres pensions, rentes ou revenus professionnels, alors que ces bénéficiaires disposent par définition d'un revenu supérieur à la pension réduite. Ces réductions de pension sont particulièrement fréquentes dans les pensions de

survie du conjoint, en cas de concours avec un revenu professionnel ou avec une pension personnelle.

Si le niveau absolu des pensions moyennes ne peut guère être considéré comme représentatif du niveau de protection garanti par le régime général, l'évolution des montants moyens prend une grande importance, à côté de l'évolution du nombre de pensions, pour déterminer la croissance des dépenses pour prestations.

Tableau 3. - Taux de croissance du montant moyen des pensions (mois de décembre, sans les avances)

Catégorie	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	Variation 2011/12	Variation moyenne 2000/12
Pension personnelle/hommes	715,05	910,86	1 241,32	1 366,07	1 737,25	1 973,88	2 041,84	2 106,19	3,2%	3,7%
Pension personnelle/femmes	330,32	438,00	662,21	810,56	1 071,28	1 282,63	1 341,80	1 404,74	4,7%	4,7%
Pension de survie du conjoint	459,17	608,68	891,29	978,35	1 248,84	1 363,03	1 398,55	1 435,04	2,6%	3,2%
Pension d'orphelin	164,23	240,53	363,54	403,29	527,05	566,70	563,38	570,04	1,2%	2,9%

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 79,1% entre décembre 1985 et décembre 2012.

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 "Rentendësch".

Les faibles taux de progression constatés de 2006 à 2008 résultent du fait que l'indice du coût de la vie applicable aux pensions n'a pas varié entre décembre 2006 et décembre 2007 et que 2007 n'a connu que la moitié de l'adaptation de la valeur du nouveau facteur d'ajustement retardée au 1er juillet, et que la deuxième moitié de l'adaptation n'est intervenue qu'au 1er juillet 2008.

En 2009 les montants moyens des différentes catégories de pensions augmentent sensiblement d'abord, suite à l'adaptation de 2% du facteur d'ajustement au 1er janvier et ensuite à l'échéance au 1er mars d'une tranche indiciaire et ensuite, à la présentation à l'échéance du risque. De façon générale les montants moyens augmentent avec les carrières de plus en plus complètes présentées à l'échéance du risque.

Après 2010, une année sans ajustement, avec une progression de l'indice moyen annuel de 1,66%, 2011 a connu une variation de l'indice moyen de 1,87 %, l'adaptation du facteur d'ajustement de 1,9% a été scindée en deux avec effet au 1.1.2011 et au 1.1.2012 et a influencé les prestations des exercices respectifs pour 0,95%. 2012 a connu une seule adaptation indiciaire au

mois d'octobre, soit une augmentation de l'indice moyen de 2,5%. Les pensions personnelles, avances comprises, ont ainsi augmenté en 2011 pour l'homme de 3,4% et pour la femme de 4,6%, en 2012 de 3,2%, respectivement 4,7%.

Finalement, le montant moyen des pensions évolue avec la proportion croissante des pensions partielles relevant de l'assurance migratoire internationale, qui augmentent en fonction de la longueur progressive des carrières, renforçant ainsi la tendance générale ascendante.

2.2. LES 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 2012, les pensions transférées ont représenté 44,3% 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 5,1% par rapport à l'année précédente. Depuis 1985, ce nombre a plus que quadruplé.

Catégorie	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	Variation 2011/12	Variation moyenne 2000/12
Nombre total de pensions	71 984	79 233	97 235	107 207	120 515	139 979	144 737	149 613	3,4%	2,8%
Nombre de pensions transférées à l'étranger	15 911	21 054	29 667	37 395	46 906	59 857	63 093	66 307	5,1%	4,9%
Proportion	22,10%	26,57%	30,51%	34,88%	38,92%	42,8%	43,6%	44,3%		
Montant total des pensions	480,2	698,9	1 193,0	1 472,4	2 124,3	2 842,1	3 021,6	3 232,4	7,0%	6,8%
Montant des pensions transférées	48,7	84,6	165,6	235,3	385,7	609,7	670,9	740,4	10,4%	10,0%
Proportion	10,14%	12,11%	13,88%	15,98%	18,16%	21,5%	22,2%	22,9%		

Tableau 4. - Evolution des transferts de pensions à l'étranger (mois de décembre, sans les avances/en millions EUR)

Le montant des pensions transférées passe de 671 millions EUR en 2011 à 740 millions EUR en 2012, pour dépasser un cinquième du montant total des pensions. Que ce pourcentage soit inférieur à la moitié de celui du nombre de pensions transférées, s'explique par le fait que les pensions transférées ne sont actuellement que des pensions partielles calculées sur des carrières d'as-

surance incomplètes. On remarque cependant que la progression annuelle des montants transférés dépasse largement celle du nombre.

Les principaux pays destinataires sont évidemment les trois pays limitrophes, à savoir la Belgique, l'Allemagne, la France ainsi que l'Italie et le Portugal.

3. DONNÉES FINANCIÈRES

3.1. APPRÉCIATION GLOBALE DES OPÉRATIONS COURANTES

En 2012 les recettes courantes dépassent les dépenses courantes de 1 320,6 millions EUR. Ce résultat a été obtenu malgré une progression des dépenses, qui se situait à 7,3%. En éliminant l'évolution de l'échelle mobile des salaires, les dé-

penses progressent de 4,6%, tandis que les recettes augmentent de 23,3%. Cette progression exceptionnelle est due essentiellement à la performance des revenus sur capitaux.

Tableau 5. - Opérations courantes (en milliers EUR)

Année	Dépenses courantes	Variation nominale	Variation réelle	Recettes courantes	Variation nominale	Variation réelle	Excédent
1970	94 571,4			117 328,0			22 756,6
1975	196 331,7	15,7%	7,9%	235 746,7	15,0%	7,2%	39 415,1
1980	362 395,5	13,0%	6,4%	412 519,6	11,8%	5,3%	50 124,1
1985	517 304,2	7,4%	1,8%	618 717,4	8,4%	2,9%	101 413,2
1990	781 881,0	8,6%	6,6%	993 309,4	9,9%	7,9%	211 428,4
1995	1 265 694,8	10,1%	6,9%	1 449 954,0	7,9%	4,7%	184 259,3
1996	1 309 423,2	3,5%	2,6%	1 482 576,8	2,2%	1,4%	173 153,6
1997	1 411 927,1	7,8%	5,4%	1 586 369,8	7,0%	4,6%	174 442,7
1998	1 443 607,9	2,2%	2,0%	1 686 593,2	6,3%	6,1%	242 985,2
1999	1 509 763,3	4,6%	3,5%	1 798 556,6	6,6%	5,5%	288 793,3
2000	1 567 815,4	3,8%	1,1%	2 028 314,2	12,8%	9,8%	460 498,8
2001	1 695 595,7	8,2%	4,9%	2 315 128,2	14,1%	10,7%	619 532,5
2002*	1 981 036,7	16,8%	14,5%	2 388 346,2	3,2%	1,1%	407 309,4
2003	2 015 803,1	1,8%	-0,3%	2 501 530,1	4,7%	2,6%	485 727,0
2004**	2 229 130,6	10,6%	8,3%	2 627 720,9	5,0%	2,9%	398 590,3
2005	2 264 488,5	1,6%	-0,9%	2 798 570,4	6,5%	3,9%	534 081,9
2006	2 388 122,7	5,5%	3,3%	3 023 493,6	8,0%	5,8%	635 370,9
2007	2 487 196,9	4,1%	1,8%	3 303 755,0	9,3%	6,8%	816 558,1
2008	2 640 830,6	6,2%	4,0%	3 491 426,0	5,7%	3,5%	850 595,4
2009	2 865 256,4	8,5%	5,9%	3 722 390,4	6,6%	4,0%	857 134,0
2010	3 020 640,3	5,4%	3,7%	4 027 465,9	8,2%	6,4%	1 006 825,6
2011	3 210 153,6	6,3%	4,3%	3 770 991,4	-6,4%	-8,1%	560 837,8
2012	3 443 302,0	7,3%	4,6%	4 763 924,6	26,3%	23,3%	1 320 622,7

* Compris en dépenses le transfert des cotisations baby-year au montant total de 111 425 695,77 EUR.

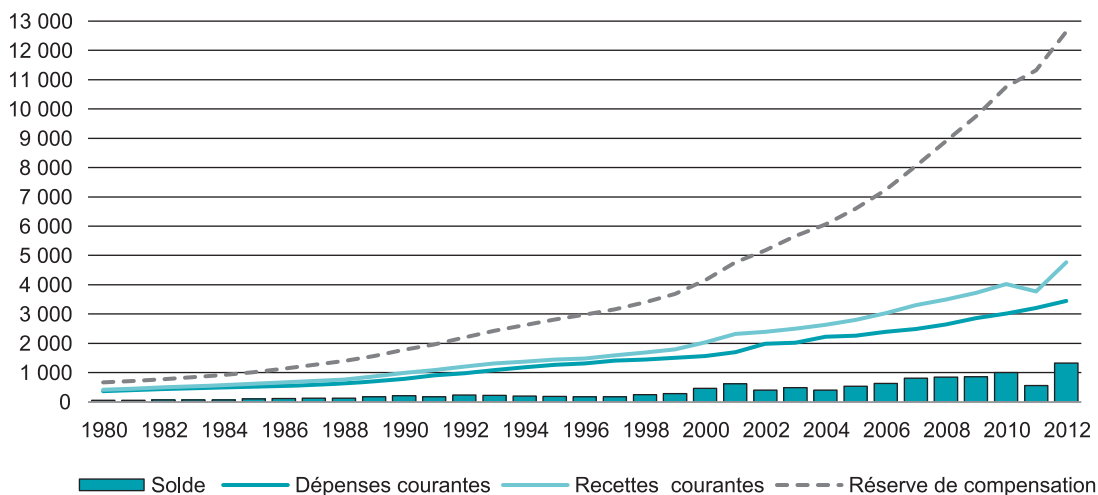
** Compris en dépenses le montant compensatoire de 130 000 000,00 EUR transféré à l'UCM.

En général l'évolution des recettes suit celle de la conjoncture économique, soit du développement de l'emploi par le nombre des affiliés et par le niveau des revenus et salaires.

Les dépenses augmentent en fonction, d'une part, de la croissance du nombre des bénéficiaires et, d'autre part, de celle du niveau moyen des prestations. Ce dernier, en dehors de l'impact

des réformes de 1991 et de 2002 concernant les prestations, augmente avec l'évolution du coût de la vie et suivant les échéances des ajustements.

Les recettes courantes atteignent un pourcentage exceptionnel de 10,7% du PIB en 2012, tandis que les dépenses courantes ont représenté 7,8%. Les valeurs respectives actualisées pour 2011 affichent 8,8% et 7,5%. (PIB ; source : STATEC)



Graphique 8. - Evolution des recettes, des dépenses et de la réserve du régime général (en millions EUR)

3.2. LES RECETTES COURANTES

Les cotisations globales (y compris les cotisations à charge des pouvoirs publics) représentent avec 3 871,2 millions EUR 81,3% des recettes courantes, les revenus de la fortune exprimés avec leur valeur évaluée au 31 décembre de l'exercice, après avoir régressé substantiellement

de 2010 à 2011 pour n'atteindre plus que 102,5 millions EUR et représenter 2,7% des recettes courantes se sont élevés à 884,0 millions EUR au 31 décembre 2012 ce qui équivaut à 18,6% du total, le reste est constitué par les transferts et les recettes diverses.

	Montants	En % du total
Cotisations des assurés et des employeurs	2 581 387,2	54,2%
Cotisations des pouvoirs publics	1 289 804,3	27,1%
Autres contributions de l'Etat	0,0	0,0%
Revenus de la fortune	883 961,0	18,6%
Transferts et recettes diverses	8 772,2	0,2%
Total des recettes courantes	4 763 924,6	100,0%

Tableau 6. - Structure des recettes courantes (en milliers EUR)

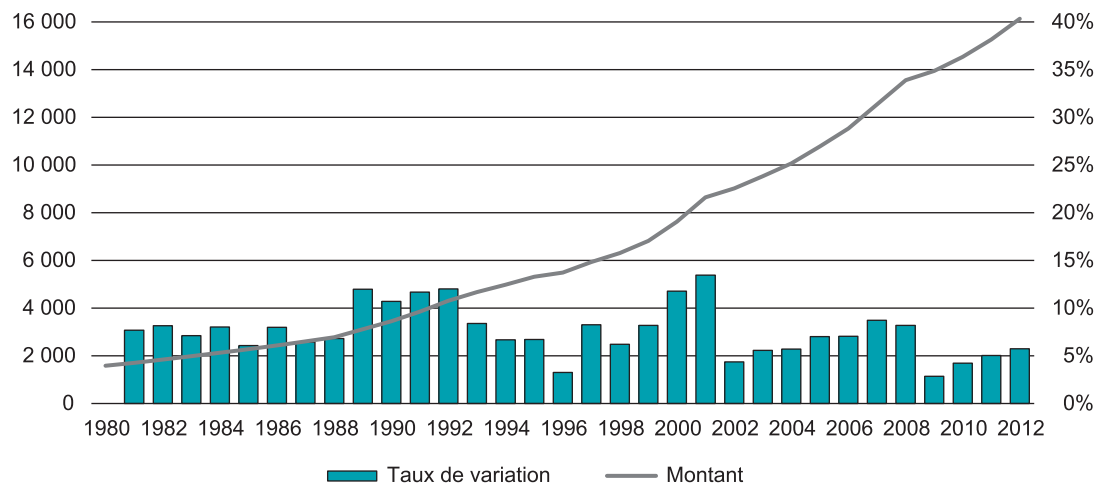
3.2.1. Les cotisations des assurés et des employeurs

Les cotisations des assurés et des employeurs se sont chiffrées à 2 581,4 millions EUR face à 2 441,3 millions EUR en 2011. La progression est de 5,7% par rapport à 5,0% en 2011, soit un taux de croissance réel de 3,2% contre 3,1%.

La progression moyenne annuelle du montant des cotisations pendant la période de couverture allant de 1992 à 1998 se situait à 7,2%, ou 5,4% en valeur réelle.

La progression moyenne annuelle pendant la dernière période de couverture de 1999 à 2006 s'est maintenue à 7,9%, ou 5,4% en valeur réelle.

Graphique 9. - Evolution de la masse cotisable (en millions EUR)



L'évolution du volume des cotisations à charge des assurés et des employeurs s'explique exclusivement par l'évolution de la masse des revenus cotisables puisque le taux de cotisation est resté constant à 16%.

En 2012, le montant total des cotisations a augmenté de 5,7% face à 5,0% en 2011. L'évolution du nombre moyen des assurés cotisants, qui subit les aléas économiques avec un certain retard, affiche une progression de 2,6% face à 2,9% en 2011. Si l'on élimine l'adaptation des salaires à l'évolution du coût de la vie, qui était de 2,50% en 2012 (1,87% en 2011) la cotisation moyenne, régressive de -1,3% en 2009 et qui avait progressé en 2010 de 1,0%, est restée au même niveau en 2011 (+0,2%) pour augmenter légèrement (+0,5%) en 2012.

3.2.2. La contribution des pouvoirs publics

La contribution des pouvoirs publics concerne essentiellement la prise en charge d'un tiers (8%)

des cotisations globales. L'Etat intervient encore dans le paiement de certaines cotisations des assurés (cotisations relatives au congé parental, intervention du fonds d'orientation économique et social pour l'agriculture, cotisations des volontaires de l'Armée et de la police et périodes de service militaire obligatoire, cotisations sur activités de volontariat).

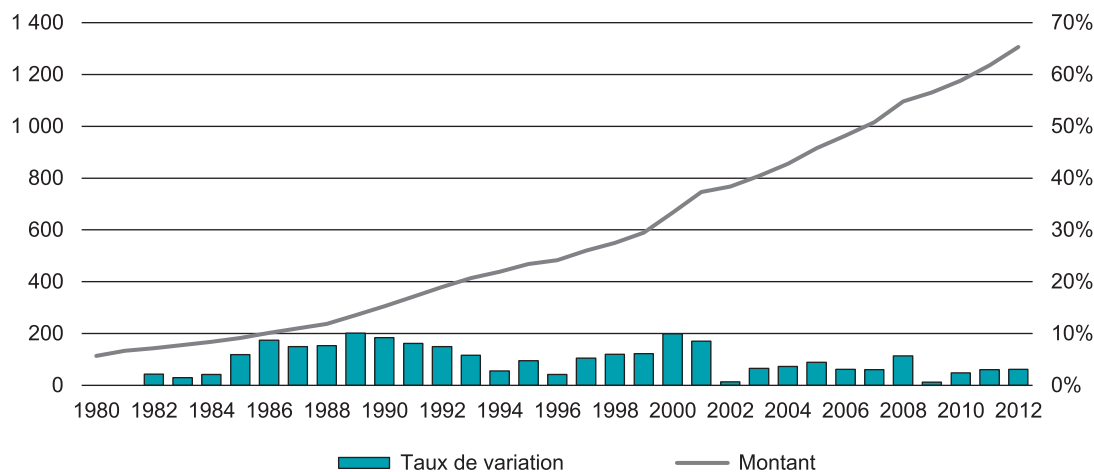
Depuis 2006 les frais d'administration sont à charge des organismes et les participations de l'Etat dans les prestations, compléments différentiels et majorations proportionnelles baby-year ont été abrogées à partir de l'exercice 2007.

Après considération de la part de l'Etat dans les décharges et extournes de cotisations des exercices antérieurs, la contribution nette des pouvoirs publics au financement de l'assurance pension pour 2012 s'élève à 1 305,5 millions EUR et accuse une augmentation de 70,1 millions EUR, soit de 3,10% par rapport à 2011.

Tableau 7. - Contribution nette des pouvoirs publics (en milliers EUR)

	2011	2012
Cotisations des pouvoirs publics	1 219 683,1	1 289 804,3
FOA et autres cotisations	16 517,0	16 329,2
Frais d'administration	6,1	0,0
Contribution brute	1 236 206,2	1 306 133,5
à déduire	845,1	1 230,0
Contribution nette	1 235 361,1	1 304 903,5

Graphique 10. - Evolution de la charge budgétaire nette des pouvoirs publics (en millions EUR)



3.2.3. Les autres cotisations

Les cotisations prises en charge par l'assurance dépendance

Il s'agit des cotisations, relatives aux périodes pendant lesquelles des personnes ont assuré des aides et des soins à une personne dépendante prises en charge par l'assurance dépendance, conformément à l'article 357 de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance (art 171.13 CSS).

Ces cotisations ont encore fortement augmenté en 2012 pour s'élever à 5 719,8 milliers EUR face à 4 840,4 milliers EUR en 2011. Cette augmentation de 18,2% s'inscrit dans le contexte général de l'assurance dépendance avec son nombre croissant de bénéficiaires et son évolution progressive en matière de dépenses.

Les cotisations de l'assistance maternelle

Ces cotisations sont à charge des organismes agréés œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique et concernent les personnes assurant l'accueil d'un enfant en placement de jour et de nuit ou en placement de jour (art.171.14 CSS).

Le montant y relatif s'élève en 2012 à 547,9 milliers EUR, soit une diminution de 4,7% par rapport à 2011.

Les cotisations de l'assurance volontaire

Les cotisations de l'assurance volontaire se sont chiffrées en 2012 à 11 615,1 milliers EUR face à 10 523,7 milliers EUR en 2011 (+10,4%).

3.2.4. Les autres recettes

Les autres recettes concernent principalement les revenus sur immobilisations, les bénéfices de réalisation sur titres et sur immeubles, les produits divers en provenance de tiers, les produits financiers et les recettes diverses.

En 2011, les revenus bruts de la fortune n'avaient atteint que 102,5 millions EUR, soit ¼ de la valeur de l'exercice précédent. En 2012 les fonds investis par le FDC à travers la SICAV-FIS, évalués aux prix du marché au 31 décembre et comprenant aussi bien des pertes que des gains non réalisés, ont affiché un rendement autrement plus élevé de 883,9 millions EUR.

Les intérêts de retard sur cotisations en recettes et les frais de gestion du patrimoine en dépenses se chiffrent tous les deux à 2,7 millions EUR, les revenus nets s'élèvent ainsi à 883,9 millions EUR. Le taux de rendement moyen calculé par rapport à la réserve globale de compensation progresse ainsi de 0,93% à 7,66%.

Tableau 8. - Evolution du taux de rendement moyen de la fortune (en milliers EUR)

Année	Revenus bruts de la fortune	Intérêts de retard sur cotisations	A déduire: frais de gestion du patrimoine et pertes diverses	Revenus nets de la fortune	Réserve au 31 décembre	Taux de rendement moyen
1980	43 160,7	565,2	1 135,4	42 590,6	664 733,9	6,89%
1985	66 046,3	1 244,4	3 190,4	64 100,3	1 016 167,6	6,87%
1990	127 890,7	374,3	1 779,9	126 485,2	1 783 328,7	7,83%
1995	134 903,7	2 464,1	2 020,3	135 347,4	2 809 377,3	5,11%
1996	125 545,7	2 340,1	2 555,8	125 330,0	2 982 540,9	4,42%
1997	121 909,1	2 253,4	3 019,3	121 143,1	3 156 988,5	4,03%
1998	132 256,2	2 384,7	3 758,1	130 882,8	3 399 958,8	4,07%
1999	123 076,7	1 462,6	4 164,6	120 374,6	3 688 752,3	3,48%
2000	159 663,3	1 581,6	4 276,2	156 968,7	4 149 249,3	4,09%
2001	198 493,0	2 114,1	6 882,7	193 724,4	4 768 782,8	4,44%
2002	181 176,1	2 644,1	8 577,2	175 243,0	5 176 092,2	3,59%
2003	174 200,0	2 712,2	4 411,4	172 500,8	5 661 819,2	3,23%
2004	167 607,1	2 322,5	4 470,6	165 459,0	6 060 409,5	2,86%
2005	158 731,0	2 836,8	6 953,2	154 614,6	6 594 491,4	2,47%
2006	220 734,4	2 745,4	3 422,0	220 057,8	7 229 862,3	3,24%
2007	288 796,2	2 315,8	2 133,3	288 978,6	8 046 420,4	3,86%
2008	229 397,9	2 318,7	1 987,0	229 729,5	8 897 015,8	2,75%
2009	369 110,9	2 744,4	3 166,2	368 689,1	9 754 149,8	4,03%
2010	533 527,6	2 366,9	2 595,8	533 298,7	10 760 975,4	5,34%
2011	102 471,9	2 437,3	2 462,1	102 447,1	11 321 813,3	0,93%
2012	883 961,0	2 654,1	2 699,2	883 915,9	12 642 435,9	7,66%

A savoir que ce taux de rendement est sous-évalué, étant donné que la réserve de compensation contient une partie non négligeable de recettes dues mais non encore encaissées (débiteurs de cotisations, solde de la contribution de l'Etat).

Par ailleurs, le taux de rendement de la fortune est largement influencé par les résultats de la SICAV-FIS. Il comporte ainsi un élément hautement vola-

til, qui est déterminé par les cours boursiers affichés au 31 décembre de l'exercice.

3.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les dépenses pour pensions atteignent en 2012 un montant de 3 151,5 millions EUR et représentent ainsi 91,5% des dépenses courantes. Le reste se compose des frais d'administration et des transferts et dépenses diverses.

Tableau 9. - Structure des dépenses courantes (en milliers EUR)

	Montants	En % du total
Frais d'administration	39 645,3	1,2%
Pensions	3 151 538,6	91,5%
Autres prestations	90 799,1	2,6%
Transferts et dépenses diverses	161 319,0	4,7%
Total des dépenses courantes	3 443 302,0	100,0%

3.3.1. Les frais d'administration

Les frais d'administration s'élèvent à 39,6 millions EUR, soit à 1,2% des dépenses courantes.

3.3.2. Les prestations

En 2012 le nombre moyen des pensions atteint 148 210 face à 143 380, soit une augmentation de 3,4% par rapport à 2011.

Le nombre des assurés actifs a progressé de 357 934 à 367 292 unités, soit une évolution moins prononcée de seulement 2,6%.

	2011	2012	Variation nominale	Variation réelle
Avances	552,8	-485,8	-	-
Majorations proportionnelles	2 146 790,1	2 310 662,4	7,6%	5,0%
Majorations proportionnelles spéciales	121 632,8	126 723,0	4,2%	1,6%
Majorations proportionnelles baby-year	19 176,7	23 214,2	21,1%	18,1%
Majorations forfaitaires	397 063,4	423 592,7	6,7%	4,1%
Majorations forfaitaires spéciales	47 241,5	49 539,2	4,9%	2,3%
Majorations forfaitaires transitoires	41 350,5	40 668,3	-1,6%	-4,0%
Majorations assurance supplémentaire	3 049,5	3 025,3	-0,8%	-3,2%
Suppléments enfants	145,4	138,3	-4,9%	-7,2%
Compléments différentiels	18 029,0	16 798,1	-6,8%	-9,1%
Compléments pensions minima	89 032,9	92 360,1	3,7%	1,2%
Compléments divers	5 905,5	5 636,9	-4,5%	-6,9%
Allocations trimestrielles	326,2	301,5	-7,6%	-9,8%
Allocations de fin d'année	55 623,1	59 364,5	6,7%	4,1%
Pensions brutes	2 945 919,7	3 151 538,6	7,0%	4,4%
Indemnité d'attente (non comprise dans les éléments de pension)	52 596,3	61 906,0	17,7%	14,8%
Prétraite (non comprise dans les éléments de pension)	28 538,7	25 960,2	-9,0%	-11,3%

Tableau 10. - Evolution des éléments de pension (en milliers EUR)

Entre 2010 et 2011 les pensions brutes ont augmenté de 6,1%, soit de 4,2% en valeur réelle, en 2012 la progression atteint 7,0% respectivement 4,4%.

Ce sont encore les majorations proportionnelles baby-year, qui connaissent l'évolution la plus progressive. Plus significatives néanmoins se font remarquer les progressions des éléments classiques, qui font partie de chaque pension, comme les majorations forfaitaires et les allocations de fin d'année, qui augmentent de 6,7%, où les majorations proportionnelles, qui progressent même de 7,6%, ce qui laisse entendre que les pensions nouvelles reposent sur des carrières plus complètes avec des revenus plus élevés, preuve supplémentaire à l'appui, la régression des compléments divers, des allocations trimestrielles et des majorations forfaitaires transitoires.

Les dépenses pour indemnités d'attente progressent allègrement, 24,5% entre 2010 et 2011, 17,7% en 2012. Ainsi les taux de progression moins élevés des majorations proportionnelles et forfaitaires spéciales sont à relativiser. Les prestations du contexte "pension d'invalidité" pris ensemble affichent un taux de progression plus que significatif de 7,5%.

3.3.3. Les autres dépenses

Le poste "décharges et restitutions de cotisations" se réfère à des décharges accordées par le comité-directeur ainsi qu'à des redressements dus à des recalculs de cotisations. Le montant des décharges et extournes de l'exercice 2012 s'est élevé à 14,9 millions EUR face à 13,8 millions EUR en 2011.

3.4. LES OPÉRATIONS SUR RÉSERVES ET SUR REPORTS

L'excédent des opérations courantes qui constitue la dotation nette à la réserve totale du régime de pension, se chiffre à 1 320,6 millions EUR, dont 27,1 millions EUR figurent en tant que dotation au fonds de roulement de la CNAP. La dotation totale correspond à 38,4% des dépenses courantes.

Le Fonds de compensation enregistre ainsi une dotation à la réserve de compensation de 1 293,5 millions EUR, qui se décompose en excédent propre du FDC résultant du rendement sur le patrimoine placé au montant de 871,5 millions EUR et en excédent des recettes sur les dépenses transféré par la Caisse nationale d'assurance pension au montant de 422,0 millions EUR.

3.5. LES VALEURS IMMOBILISÉES

Le montant des valeurs immobilisées s'élève à 581,4 millions EUR face à 625,3 millions EUR en 2011.

Au 31 décembre 2012 figurent en outre 10 465,7 millions EUR au bilan qui sont placés par le FDC

en titres de placement et 674,8 millions EUR en placements bancaires à moins d'un an, dont 434,8 millions EUR par la CNAP, constituant en gros la réserve financière disponible de la caisse.

3.6. LES TITRES ET COMPTES FINANCIERS

Les avoirs financiers au montant total de 11 150,8 milliards EUR accusent une progression de 13,7% par rapport à 2011. Le poids des obligations augmente dans le respect de la stratégie d'investissement retenue au détriment des compartiments monétaires.

Au 31.12.2012 figurent ainsi 1 477,6 millions EUR dans le compartiment des placements monétaires de la SICAV face à 2 352,6 millions EUR au 31.12.2011. Les résultats ont été modérés suite à des taux d'intérêt historiquement bas. Les placements en obligations ont augmenté de 3 754,0 à 5 306,8 millions EUR avec un bon rendement des obligations européennes, tempéré quelque peu par celui des obligations Monde.

Le compartiment actions de la SICAV a évalué en valeur placée de 3 037,0 à 3 674,5 millions EUR.

Tableau 11. - Les opérations sur réserves de l'exercice 2012

	CNAP	FDC	TOTAL
I. Couverture des charges courantes			
Dépenses courantes	3 433 431,2	9 870,7	3 443 302,0
Recettes propres	3 882 537,1	881 387,6	4 763 924,6
Excédent	449 105,8	871 516,8	1 320 622,7
II. Fonds de roulement			
Prestations de l'exercice précédent	3 030 246,8		
15% des prestations de l'exercice précédent	454 537,0		
Fonds de roulement au 1er janvier de l'exercice	427 420,4		
Dotation au fonds de roulement	27 116,6		
Fonds de roulement au 31 décembre de l'exercice	454 537,0		454 537,0
III. Réserve administrée par la CNAP			
Montant figé de la réserve administrée	393 878,9		393 878,9
IV. Dotation à la réserve de compensation			
Excédent CNAP	449 105,8		
Dotation au fonds de roulement	27 116,6		
Transfert à effectuer vers le FDC	421 989,3	421 989,3	
Excédent du FDC avant transfert		871 516,8	
Dotation à la réserve de compensation		1 293 506,1	
V. Réserve de compensation			
Réserve de compensation au 1er janvier de l'exercice		10 500 513,9	
Dotation à la réserve de compensation		1 293 506,1	
Réserve de compensation après opérations de clôture		11 794 020,0	11 794 020,0
VI. Réserve totale du régime			
Réserve totale au 1er janvier de l'exercice			11 321 813,3
Dotation au fonds de roulement	27 116,6		27 116,6
Dotation à la réserve administrée de la CNAP	0,0		0,0
Dotation à la réserve de compensation		1 293 506,1	1 293 506,1
Réserve totale du régime au 31 décembre après opérations de clôture			12 642 435,9

	FDC	2011	2012
Placement en actions	SICAV	3 037 000,2	3 674 536,3
	Hors SICAF	21 607,4	6 771,4
	Total	3 058 607,6	3 681 307,8
	En % du total	29,13%	31,21%
Placement en obligations	SICAV	3 753 972,4	5 306 780,4
	Hors SICAF	0,0	0,0
	Total	3 753 972,4	5 306 780,4
	En % du total	35,75%	45,00%
Placements monétaires	SICAV	2 352 583,8	1 477 591,8
	Hors SICAF	273 000,0	240 000,0
	Total	2 625 583,8	1 717 591,8
	En % du total	25,00%	14,56%
Immeubles		208 653,4	209 914,2
	En % du total	1,99%	1,78%
Prêts		416 620,8	371 441,9
	En % du total	3,97%	3,15%
Trésorerie et intérêts courus		3 549,0	6 950,0
	En % du total	0,03%	0,06%
Solde débiteur/créditeur		433 526,8	500 033,9
	En % du total	4,13%	4,24%
TOTAL	SICAV	9 143 556,5	10 458 908,5
	Hors SICAF	1 356 957,4	1 335 111,5
	Total	10 500 513,9	11 794 020,0
Revenu annuel (FDC)		95 434,9	881 332,6
Taux de rendement annuel (FDC)		0,84%	8,14%
Trésorerie CNAP		366 275,7	438 121,8
Revenu annuel		7 037,0	2 628,4
Total des valeurs placées		10 433 262,8	11 732 107,9
Réserve du régime général		11 321 813,3	12 642 435,9

Tableau 12. - Structure des réserves (en milliers EUR)

3.7. LA RÉSERVE DE COMPENSATION

La réserve de compensation dépasse depuis 2010 les 10 milliards EUR et se chiffre à 12 642,4 millions EUR au 31 décembre 2012. Elle est en progression de 1 320,6 millions EUR par rapport au 31 décembre 2011. Elle est constituée d'une part de la réserve de compensation proprement dite

auprès du FDC et de l'autre du fonds de roulement et des liquidités au niveau de la CNAP. Comparée au montant de 3 242,3 millions EUR de dépenses pour prestations à charge du régime, la réserve de compensation représente actuellement 3,9 fois le montant des prestations annuelles.

4. APPRÉCIATION GLOBALE DE LA SITUATION DU RÉGIME GÉNÉRAL

Tableau 13. - 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
1996	48,7	24,1	2,46
1997	48,4	24,1	2,41
1998	47,1	23,2	2,55
1999	45,5	22,4	2,64
2000	43,5	20,8	2,85
2001	41,8	19,6	3,04
2002	41,2	22,0	2,97
2003	41,0	21,2	2,99
2004	40,7	22,1	3,08
2005	40,5	21,0	3,14
2006	40,0	20,7	3,28
2007	39,3	19,8	3,42
2008	38,6	19,5	3,56
2009	39,2	20,6	3,60
2010	39,9	20,8	3,78
2011	40,1	21,0	3,74
2012	40,4	21,3	3,90

Paramètres démographiques

Le coefficient de charge, décroissant pendant 10 ans à partir de 1997, en raison d'une progression des assurés dépassant significativement celle du nombre des pensions, a entamé un mouvement inverse en 2009. Les effets cumulés de la crise économique sur l'emploi et de la maturité du régime sur le nombre de pensions confirment cette tendance.

Paramètres financiers

La prime de répartition pure progresse encore légèrement en 2012, d'une part en raison de dépenses pour prestations, qui ont augmenté avec le nombre des bénéficiaires et aussi avec l'application d'un demi-ajustement sur les pensions à partir du 1er janvier de l'exercice et de l'autre, en présence d'une évolution moins prononcée des cotisations en recettes.

Le niveau relatif et réel de la réserve de compensation reflète toujours la bonne santé financière actuelle du régime général. Il y a lieu de noter que l'évolution du niveau relatif de la réserve, progressive depuis 10 ans, avait régressé au 31 décembre 2011 en raison aussi d'un faible rende-

ment sur la fortune et que l'effet inverse avec un excédent financier exceptionnel à la clé a relevé le niveau de la réserve de manière sensible en 2012.

Les trajectoires futures du nombre des bénéficiaires de pension sont connues, celles des cotisants dépendent surtout de facteurs économiques, le rendement du patrimoine est tributaire de la profitabilité générale du marché financier, de l'envergure des valeurs placées et d'une politique de placement judicieuse en deçà des limites restrictives légales.

A court terme le régime de pension affiche une bonne santé, à moyen terme la réforme de 2012 de l'assurance pension devra confirmer la bonne direction des redressements retenus.

A long terme il faudra surveiller de près les évolutions des indicateurs du tableau ci-haut afin d'être prêt de rectifier le tir en cas de besoin, en fonction des développements démographiques futurs de la population des actifs et des pensionnés et compte tenu de l'environnement social et économique du régime.

Pour de plus amples informations ou statistiques concernant l'Assurance pension, veuillez consulter notre site internet www.statsecu.public.lu.



 **ASSURANCE ACCIDENTS**



INTRODUCTION

La gestion de l'assurance accident est assurée par l'Association d'assurance accident, 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 annuel-

lement 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 et a réformé en profondeur l'indemnisation de l'assurance accident, ce volet de la réforme étant 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 a pour conséquence qu'à partir de l'exercice 2011, le régime général de l'assurance accident est financé solidairement par les 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 est publié au Mémorial après approbation 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,

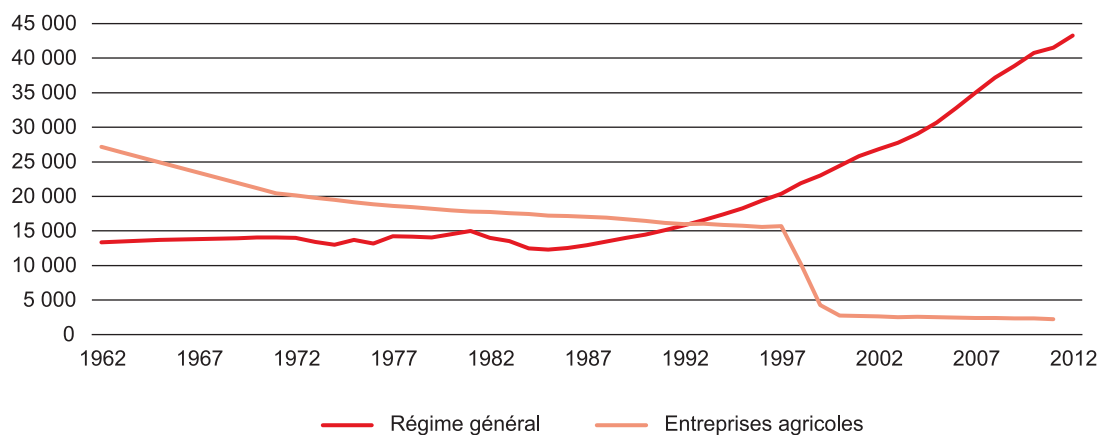
aux personnes handicapées inscrites dans un service de formation et aux délégués professionnels.

Le financement des régimes spéciaux se fait directement par le budget de l'Etat.

Aux prestations en nature et aux prestations en espèces en cas d'incapacité de travail totale pendant les premières 52 semaines de l'assurance accident s'ajouteront dorénavant l'indemnisation des pertes de revenu, (rente complète, rente partielle et rente d'attente), et les dommages extra-patrimoniaux (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 dès le début des années quatre-vingt. Grâce à la reprise de la conjoncture économique, le nombre a augmenté en moyenne de plus de 5% par année. Malgré la crise financière et économique qui a atténué cette croissance, le nombre des entreprises a néanmoins dépassé 43 000 unités en 2012, une augmentation de 4,3% face à 1,8% en 2011 et 4,8% en 2010.

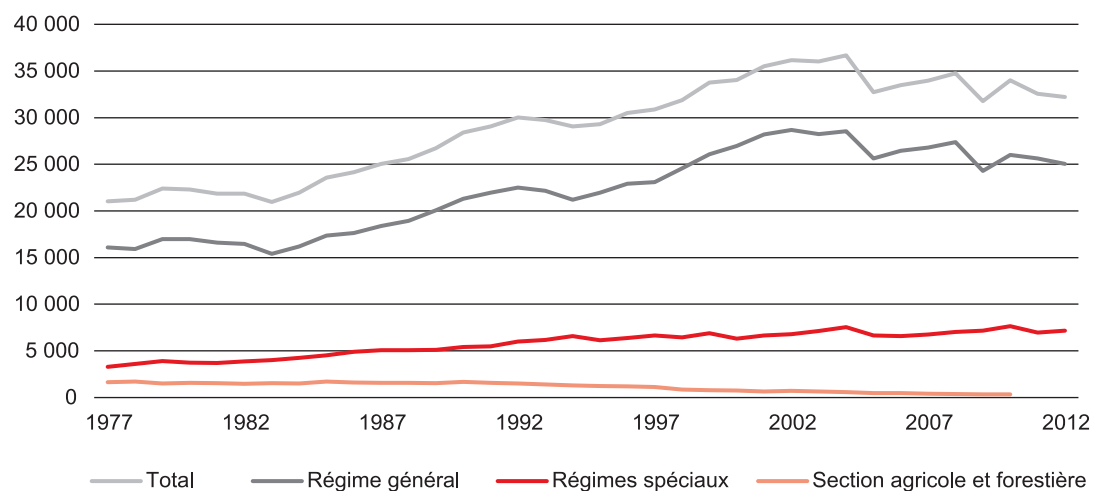
Le nombre d'entreprises affiliées à la section agricole et forestière subit une diminution régulière

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 se situer 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.

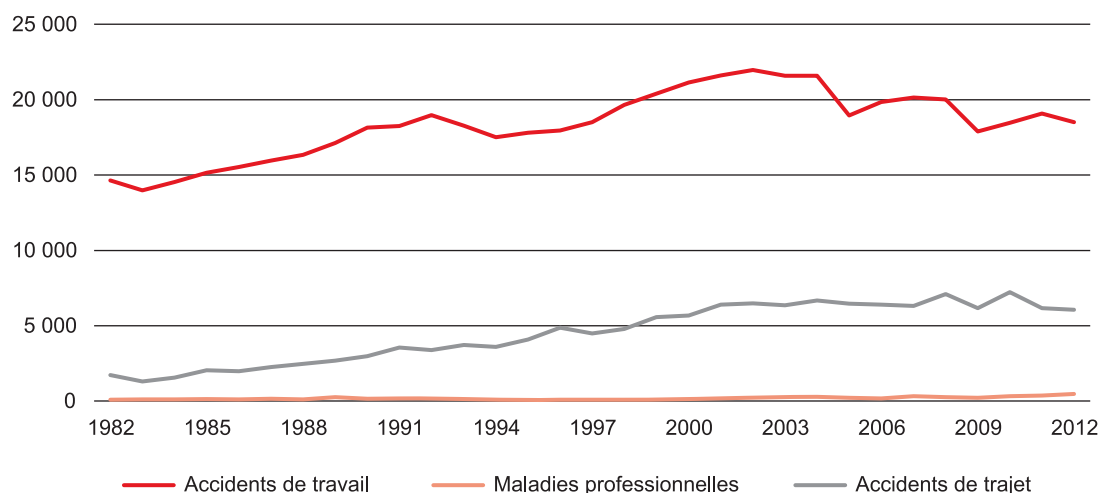
1.2. LES STATISTIQUES SUR LES ACCIDENTS

Graphique 2. - Evolution du nombre d'accidents déclarés



Le nombre d'accidents déclarés en 2012 s'élève à 32 223 dont 25 049 (77,7%) pour le régime gé-

néral, et 7 174 (22,3%) pour les régimes spéciaux. Le nombre d'accidents mortels est de 14 unités.



Graphique 3. - Evolution du nombre d'accidents déclarés du régime général selon types d'accidents

1.3. LES RENTES

Parmi les cas déclarés au régime général, 73,9% concernent des accidents de travail proprement dits, 24,2% des accidents de trajet et 1,9% des maladies professionnelles.

Le nombre total des rentes s'élève en 2012 à 14 107 unités contre 14 177 en 2011. La répartition de ces rentes suivant le régime et la catégorie se présente comme suit :

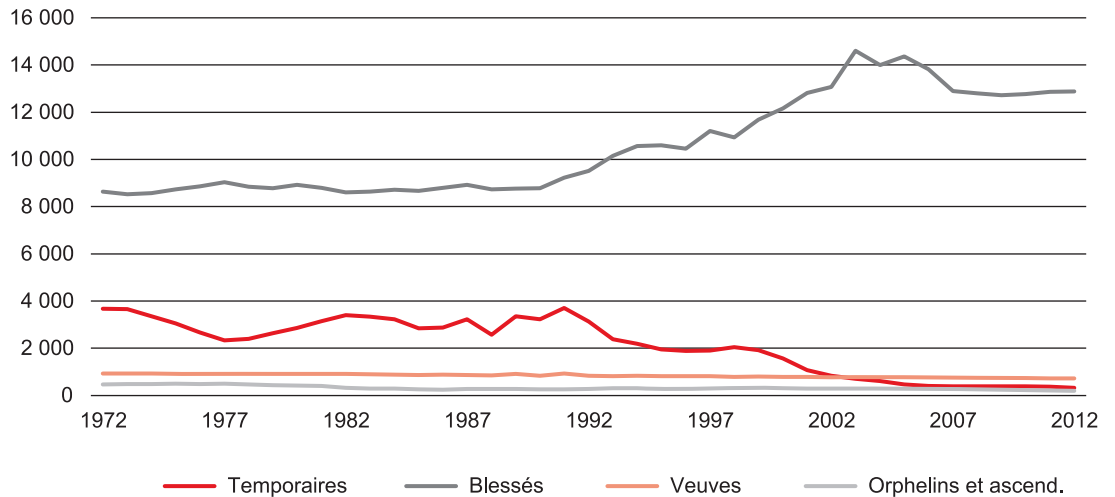
Catégorie	Régime général	dont Régimes spéciaux
Rentes temporaires	315	-
Rentes de blessés	12 884	313
Rentes de conjoints survivants	714	3
Rentes d'orphelins	192	1
Rentes d'ascendants	2	-
TOTAL	14 107	317

Tableau 1. - Répartition selon les différents types de rentes (situation au 31 décembre)

En se limitant aux seules rentes de la section industrielle, qui déterminent l'évolution du nombre total, on constate que le nombre de rentes s'est maintenu pratiquement à un niveau constant entre 1975 et 1990, l'augmentation massive de l'emploi depuis le milieu des années 80 a entraî-

né, une croissance du nombre des accidents et celui des rentes avec un certain retard. Le régime de l'assurance accident n'est guère influencé par le phénomène de maturation et le vieillissement de la population, n'a pas de prise sur ce régime.

Graphique 4. - Evolution du nombre des rentes (situation au 31 décembre)



La majorité des rentes viagères présentent un taux d'incapacité assez faible. Environ 82% des rentes du régime général présentent un degré d'incapacité de moins de 30%, et pour plus d'un tiers des rentes le degré d'incapacité est compris

entre 10% et 20%. La diminution constante des rentes temporaires depuis 1996, est due à un traitement plus rapide des demandes, permettant une allocation plus prompte des rentes viagères.

Tableau 2. - Répartition du nombre de rachats de rentes viagères

	Nombre de rachats							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^{*)}	2012
Rachats de rentes inférieures à 10%	1 242	2 426	900	801	879	943	972	603
Rachats de rentes supérieures aux précédentes	215	259	247	240	251	243	275	225
Autres	15	11	8	13	11	9	5	4
Indemnités de remariage	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1 472	2 696	1 155	1 054	1 141	1 195	1 252	832

^{*)} Inclusion des fonctionnaires et employés publics ainsi que des exploitants agricoles.

Les effets de l'entrée en vigueur au 1er mai 2005 de la loi du 21 décembre 2004, concernant la suppression du délai d'attente triennal pour les rachats des rentes inférieures à 10%, ainsi que de la décision de l'assemblée générale de l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, du 20 janvier 2006 d'appliquer la suppression du délai également aux accidents survenus avant le 21 mai 2005, se sont répercutés dans le nombre de rachats de l'année 2006.

Après cette année de transition où le nombre de rachats (2 696) a affiché une progression importante de 74%, il revient à un niveau comparable à ceux des années 2004 et 2005. A partir de 2011 l'évolution positive du nombre de rachats s'explique par l'intégration des fonctionnaires et employés publics et des assurés de l'ancienne section agricole dans le régime général, mais à partir de 2012 ce nombre connaîtra une réduction rapide dans les années à venir suite à la réforme de l'assurance accident.

Pays de résidence	Nombre de rentes	Montants
<i>Luxembourg</i>	9 578	76 486 756,62
Autres pays de l'UE	5 167	48 541 101,58
Allemagne	856	7 686 080,09
Autriche	6	81 163,55
Belgique	1 149	11 056 068,86
Danemark	3	27 534,93
Espagne	62	656 630,12
Finlande	-	-
France	2 446	23 243 174,82
Grèce	-	-
Irlande	-	-
Italie	228	2 186 567,89
Pays-Bas	8	56 969,64
Portugal	408	3 538 942,90
Royaume-Uni	-	-
Suède	1	7 968,78
Autres pays hors UE	56	666 278,66
TOTAL	14 801	125 694 136,86

Tableau 3. - Répartition des rentes et rachats de rentes par pays de résidence

Le nombre de rentes versées à l'étranger représente environ 36% du nombre total des rentes.

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'as-

semblée générale du 20 janvier 2006 concernant le rachat des rentes, un prélèvement de 17,8 millions EUR a été nécessaire en 2006. Les années suivantes, des prélèvements ou des dotations à la réserve légale ont été effectués pour équilibrer le compte d'exploitation. Pour l'exercice 2012 le montant de la dotation à la réserve s'élève à 18,4 millions EUR.

2.2. LES DÉPENSES COURANTES

Tableau 4. - Opérations courantes de l'AAA (en milliers EUR)

Année	AAI			AAA			Total		
	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde	Dépenses	Recettes	Solde
1975	28 507,76	33 961,41	5 453,66	2 330,20	1 363,41	-966,78	30 837,95	35 324,83	4 486,87
1980	46 033,83	49 677,86	3 644,03	3 693,61	2 206,25	-1 487,36	49 727,44	51 884,11	2 156,67
1985	65 419,10	74 467,21	9 048,11	4 883,50	2 974,72	-1 908,78	70 302,60	77 441,94	7 139,33
1986	61 428,02	72 831,12	11 403,10	5 329,71	3 148,25	-2 181,46	66 757,73	75 979,37	9 221,64
1987	63 733,43	71 814,75	8 081,33	5 528,03	3 123,46	-2 404,57	69 261,45	74 938,21	5 676,76
1988	66 584,20	72 855,91	6 271,71	5 751,13	3 197,83	-2 553,30	72 335,33	76 053,73	3 718,40
1989	70 525,71	82 722,07	12 196,36	6 370,86	3 396,14	-2 974,72	76 896,57	86 118,21	9 221,64
1990	74 541,58	86 415,68	11 874,10	6 519,60	3 644,03	-2 875,56	81 061,18	90 059,72	8 998,53
1991	82 424,60	86 961,05	4 536,45	6 643,55	3 891,93	-2 751,62	89 068,14	90 852,98	1 784,83
1992	90 778,61	97 174,26	6 395,65	7 015,39	4 115,03	-2 900,35	97 794,00	101 289,29	3 495,30
1993	95 538,16	108 403,84	12 865,67	7 610,33	4 362,93	-3 247,41	103 148,50	112 766,76	9 618,27
1994	103 222,86	109 246,68	6 023,81	7 089,75	4 486,87	-2 602,88	110 312,62	113 733,55	3 420,93
1995	110 287,83	127 342,90	17 055,07	7 635,12	4 685,19	-2 949,93	117 922,95	132 028,09	14 105,14
1996	119 410,31	127 243,75	7 833,44	7 883,01	4 536,45	-3 346,56	127 293,32	131 780,20	4 486,87
1997	124 888,76	113 931,86	-10 956,89	7 684,70	4 635,61	-3 049,09	132 573,46	118 567,47	-14 005,98
1998	127 107,43	125 049,24	-2 058,19	7 701,48	3 742,47	-3 959,01	134 808,91	128 791,72	-6 017,19
1999	136 068,68	135 478,22	-590,46	6 289,13	3 572,57	-2 716,57	142 357,81	139 050,79	-3 307,02
2000	146 697,02	144 836,63	-1 860,39	6 401,23	3 581,86	-2 819,37	153 098,25	148 418,49	-4 679,76
2001	162 746,90	168 589,14	5 842,24	6 287,55	3 704,52	-2 583,03	169 034,45	172 293,66	3 259,21
2002	172 330,77	185 959,31	13 628,54	7 357,75	4 594,20	-2 763,55	179 688,52	190 553,51	10 864,99
2003	181 911,39	206 182,60	24 271,21	7 171,31	4 734,39	-2 436,92	189 082,70	210 916,99	21 834,29
2004	190 314,43	215 754,54	25 440,11	7 326,49	4 707,36	-2 619,13	197 640,91	220 461,90	22 820,98
2005	191 382,05	214 057,50	22 675,45	8 471,83	5 879,39	-2 592,44	199 853,88	219 936,89	20 083,01
2006	218 365,57	200 583,43	-17 782,13	7 557,74	4 625,25	-2 932,49	225 923,31	205 208,68	-20 714,62
2007	193 423,86	204 823,48	11 399,62	7 281,49	4 423,84	-2 857,66	200 705,35	209 247,32	8 541,97
2008	202 600,30	208 905,41	6 305,11	7 621,47	4 798,42	-2 823,05	210 221,77	213 703,82	3 482,05
2009	198 506,09	188 477,10	-10 028,99	7 474,18	4 731,46	-2 742,72	205 980,27	193 208,57	-12 771,70
2010	207 824,80	198 839,62	-8 985,17	7 801,67	4 947,50	-2 854,17	215 626,46	203 787,12	-11 839,34
2011	214 645,45	224 749,44	10 103,99	-	-	-	-	-	-
2012	216 624,41	235 032,09	18 407,68	-	-	-	-	-	-

Les dépenses courantes représentent 0,49% du PIB en 2012, 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 1986 et 2012 n'atteint

que 4,0% (au nombre indice 100) ce qui témoigne, comparé aux autres branches de la sécurité sociale, d'une progression plus lente des dépenses.

Catégorie	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
AAI - prest. nat.	34 924 329	32 795 144	35 073 200	37 444 908	35 626 358	36 079 924	33 298 362
AAI - prest. esp.	167 329 075	142 248 335	148 558 408	148 689 747	158 248 018	165 904 895	169 538 286
AAA - prest. nat.	815 192	816 708	1 108 167	1 019 660	1 063 651		
AAA - prest. esp.	6 193 681	5 778 067	6 108 755	6 177 522	6 464 412		
Total prestation nature	35 739 521	33 611 852	36 181 367	38 464 568	36 690 009	36 079 924	33 298 362
Total prestation espèce	173 522 756	148 026 402	154 667 163	154 867 269	164 712 430	165 904 895	169 538 286
Total prestations	209 262 277	181 638 254	190 848 530	193 331 837	201 402 439	201 984 819	202 836 648
n.i. moyen	653,52	668,46	682,39	699,44	711,07	724,34	742,34
Total prestations au n.i.100	32 020 792	27 172 644	27 967 662	27 640 947	28 323 855	27 885 360	27 323 955
Var. prestations nature	-2,00%	-5,95%	7,64%	6,31%	-4,61%	-1,66%	-7,71%
Var. prestations espèce	17,37%	-14,69%	4,49%	0,13%	6,36%	0,72%	2,19%
Var. total au n.i.100	11,23%	-15,14%	2,93%	-1,17%	2,47%	-1,55%	-2,01%

Tableau 5. - Dépenses en prestation de l' AAA

En 2012, les dépenses pour prestations de l'association d'assurance accident atteignent 202 836,7 milliers EUR, soit une diminution de 2% au nombre indice 100 par rapport à 2011. Elles représentent 93,6% du total des dépenses courantes de l'AAA.

Les importantes variations des prestations en nature sont en partie dues aux prestations fournies à l'étranger. La comptabilisation de ces prestations dépend des décomptes (E125) introduits de manière irrégulière par les institutions étrangères.

Après la création de la Mutuelle des employeurs, 80% du montant des indemnités pour incapacités de travail pendant les 13 premières semaines consécutives à des accidents du travail (Lohnfortzahlung) sont à charge de l'AAA, y compris les cotisations patronales. Après la période de 13 semaines, les indemnités pour incapacités de travail (indemnités pécuniaires) sont entièrement à charge de l'AAA.

2.2.1. Prestations du régime général

Tableau 6. - Evolution des prestations du régime général (régime spéciaux exclus)

	2008	2009	2010	2011	2012
A. Prestations en espèces	141 460 115,34	142 530 734,72	150 742 923,82	163 991 043,23	167 176 179,95
1. Indemnités pécuniaires	28 355 684,68	21 974 994,33	28 303 299,85	29 479 855,99	32 857 379,49
Lohnfortzahlung (LFZ)	-	12 759 976,32	17 180 816,53	18 020 109,62	18 825 336,10
Indemnités pécuniaires (IP)	27 979 516,01	9 215 018,01	10 597 659,73	10 944 235,93	13 512 467,33
Assurance dépendance	376 168,67	-	524 823,59	515 510,44	519 576,06
2. Rentes	84 921 241,32	89 447 137,37	91 197 338,93	102 644 305,40	106 845 061,27
Rentes viagères	58 187 859,67	61 000 340,27	62 377 907,93	72 757 680,53	75 658 617,51
Rentes de survie	14 723 305,76	15 171 703,50	15 168 073,01	15 872 447,18	15 989 087,24
Rentes transitoires	4 445 231,67	5 248 501,86	5 469 378,06	5 585 140,43	4 496 930,65
Paiements uniques	7 564 844,22	8 026 591,74	8 181 979,93	7 238 478,66	5 039 134,42
<i>Nouvelle législation</i>					
Rentes complètes				1 186 213,95	4 141 296,96
Rentes partielles				-	-
Rentes d'attentes				-	491 544,48
Rentes de survie				4 344,65	
Nouvelle législation					1 028 450,01
<i>Indemnités pour préjudices extra-patrimoniaux</i>				170 476,92	4 763 601,00
Préjudice physiologique et d'agrément <= 20 %				137 770,04	3 398 185,23
Préjudice physiologique et d'agrément > 20 %				3 604,22	110 930,72
Douleurs physiques				22 963,16	976 743,63
Préjudice esthétique				6 139,50	277 741,42
3. Rachats de rentes	28 158 632,74	31 104 161,55	31 228 257,36	31 693 094,16	22 692 846,30
Rachats d'office	15 993 342,13	18 369 382,96	19 300 158,11	20 162 845,79	13 261 601,79
Rachats sur demande	11 852 889,11	12 541 809,04	11 790 095,14	11 465 044,51	9 347 906,91
Autres	312 401,50	192 969,55	138 004,11	65 203,86	83 337,60
4. Autres	24 556,60	4 441,47	14 027,68	3 310,76	17 291,89
Autres secours en espèces	11 022,49	2 365,54	1 057,52	2 576,93	2 826,85
Intérêts moratoires sur prestations	13 534,11	2 075,93	12 970,16	733,83	14 465,04
B. Prestations en nature	30 811 678,86	33 001 435,82	31 193 654,12	32 645 915,03	29 671 297,12
AAA -Dégâts matériel	4 093 347,72	4 338 604,12	3 427 450,10	2 195 815,84	2 038 971,63
AAA -Soins	336 863,40	236 285,62	334 326,00	374 154,10	379 540,77
Indemnité pour dommage moral				320 436,78	-
CNS - Prestations lux.	21 682 417,49	21 636 559,13	21 170 074,12	23 610 965,97	23 008 737,58
CNS - Prestations étrang.	4 364 251,06	6 445 035,08	5 233 866,47	4 869 447,42	3 009 777,55
CNS - Assurance dépendance	334 799,19	344 951,87	1 027 937,43	1 275 094,92	1 234 269,59
TOTAL DES PRESTATIONS	172 271 794,20	175 532 170,54	181 936 577,94	196 636 958,26	196 847 477,07

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 dans le régime général des fonctionnaires et employés publics ainsi que des exploitants agricoles.

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 vont évoluer vers le bas.

2.2.2. Prestations des régimes spéciaux

	2009	2010	2011	2012
A. Prestations en espèces	6 196 614,32	7 517 615,07	1 922 882,58	2 362 105,66
Fonctionnaires	3 297 262,41	4 287 861,78	-	-
Employés communaux	662 818,65	929 372,26	-	-
Etablissement publics	336 615,69	236 857,23	-	-
Scolaires	1 106 964,53	1 137 815,17	1 018 257,29	1 173 934,37
Délégués professionnels	-	-	-	-
Travaux en régie	79 683,62	81 008,34	83 298,30	86 177,40
Pompiers volontaires	201 666,49	158 274,60	172 839,68	172 808,07
Protection civile et autres	129 342,56	103 176,14	67 030,17	71 759,74
Action de mise au travail	335 870,27	536 088,29	532 962,90	619 454,94
Mandataires publics	39 659,02	40 318,32	41 457,99	226 759,75
Activités bénévoles	6 731,08	6 842,94	7 036,25	7 279,53
Formation personnes handicapées	-	-	-	0
Ass. Dép. Trajet	-	-	-	3 931,86
B. Prestations en nature	4 444 472,78	4 432 704,68	3 434 009,19	3 627 065,33
Fonctionnaires	926 849,82	788 317,98	-	-
Employés communaux	182 408,88	208 135,26	-	-
Etablissement publics	121 731,85	117 787,24	-	-
Scolaires	2 645 351,91	2 755 844,31	2 890 018,06	2 977 527,22
Délégués professionnels	-	-	-	-
Travaux en régie	-	-	245	-
Pompiers volontaires	30 608,08	45 741,00	40 165,43	40 486,48
Protection civile et autres	52 865,25	53 985,45	35 796,14	25 585,39
Action de mise au travail	481 246,71	445 517,22	461 802,24	566 375,00
Mandataires publics	1 014,30	17 376,22	2 998,02	2 751,33
Mesures pénales	-	-	-	864,41
Activités bénévoles	2 395,98	745,96	2 448,57	11 825,48
Formation personnes handicapées	-	16 630,26	535,73	1 650,02
Ass. Dép. Trajet	-	-	-	-
TOTAL	10 641 087,10	11 950 319,75	5 356 801,77	5 989 170,99

Tableau 7. - Evolution des prestations des régimes spéciaux

A partir de 2011, la diminution des montants pour prestations des régimes spéciaux provient de l'exclusion des fonctionnaires et employés public des régimes spéciaux.

	AAA	En % du total
Frais d'administration	10 216,81	4,7%
Prestations en espèces	169 538,29	78,3%
Prestations en nature	33 298,36	15,4%
Dépenses diverses	3 570,95	1,6%
TOTAL	216 624,41	100,0%

Tableau 8. - Structure des dépenses courantes de l'AAA (régimes spéciaux inclus) (en milliers EUR)

Les frais d'administration représentent 4,7% des dépenses courantes.

2.3. LES RECETTES COURANTES

L'assurance accident est financée à raison de 85,9% par des cotisations, de 10,0% par des contributions publiques et de 4,1% par des revenus sur la fortune et des recettes diverses.

En 2012 les cotisations ont augmenté de 3,9% au nombre indice 100 par rapport à 2011.

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 9. - Structure des recettes courantes de l'AAA (régimes spéciaux inclus) (en milliers EUR)

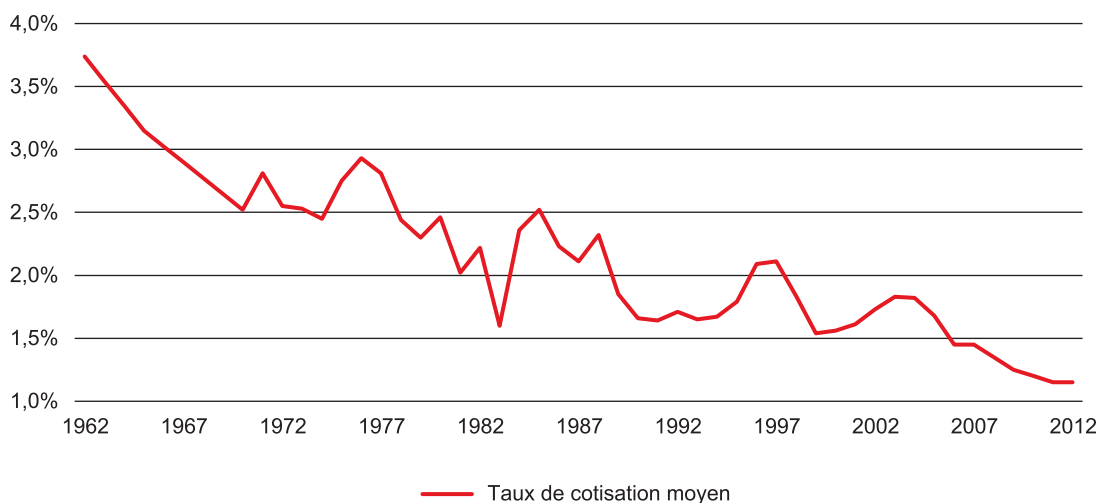
	AAA	En % du total
Cotisations	202 006,10	85,9%
Participation de l'Etat	23 467,75	10,0%
Produits financiers et recettes diverses	9 558,24	4,1%
TOTAL	235 032,09	100,0%

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 portant introduction d'un taux de cotisation unique dans l'assurance accident a eu pour conséquence qu'à partir de l'exercice 2011, le régime général de l'assurance accident est financé solidairement par les 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. Le taux de cotisation est retombé en 2012 comme en 2011 à son niveau le plus bas pour atteindre 1,15%.

Graphique 5. - Evolution du taux de cotisation moyen de l'AAA



Pour de plus amples informations ou statistiques concernant l'Assurance accident, veuillez consulter notre site internet www.statsecu.public.lu.



 **PRESTATIONS FAMILIALES**



1. INTRODUCTION

1.1. 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 1926^{a)}. Ce n'est qu'en 1947 que fut créée 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 1947^{b)} 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 introduit^{c)} afin de régler la question du financement : dorénavant, les prestations de naissance étaient 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 1964^{d)} afin d'uniformiser les prestations familiales et de corriger la diminution du niveau de vie des familles avec enfants. Bien que modifiée en 1975^{e)}, 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 obligatoire^{f)} pour pouvoir bénéficier

des allocations de naissance. Le but de cette mesure était de réduire la mortalité prénatale et infantile.

Les années quatre-vingt étaient 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 1980^{g)}, les allocations de maternité furent introduites. En 1985^{h)}, 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 introduiteⁱ⁾. En 1988 suivit l'allocation d'éducation^{j)} pour donner aux parents la possibilité d'être plus disponibles pour l'éducation des enfants en bas âge.

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 1999^{k)} 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.

-
- a) Source : Exposé des motifs du Projet de loi déposé en 1945 concernant les allocations familiales pour les salariés - N°3.
 - b) Loi du 20 octobre 1947 concernant les allocations familiales pour les salariés. Citation de l'exposé des motifs.
 - c) Loi du 10 août 1959 concernant les allocations familiales des salariés et ayant pour objet la création d'un régime général des allocations familiales.
 - d) Loi du 29 avril 1964 concernant les prestations familiales.
 - e) 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.
 - f) 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.
 - g) Loi du 30 avril 1980 portant création d'une allocation de maternité.
 - h) Loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales.
 - i) Loi modifiée du 14 juillet 1986 concernant la création d'une allocation de rentrée scolaire.
 - j) Loi modifiée du 1^{er} août 1988 portant création d'une allocation d'éducation.
 - k) Loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales.

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 2007^{a)}, une réforme de la loi relative à l'impôt sur le revenu^{b)} supprima les modérations d'impôts pour enfants et instaura un boni pour enfants, qui a l'avantage que tous les enfants peuvent en profiter indépendamment des impôts payés par leurs parents.

L'introduction de la loi du 26 juillet 2010^{c)}, 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, les allocations familiales, le boni pour enfants et l'allocation de rentrée scolaire ne sont plus versées 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'adhésion 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, 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.

1.2. 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 étaient 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'établir^{d)}. 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.

a) Loi du 21 décembre 2007 portant création d'un boni pour enfant.

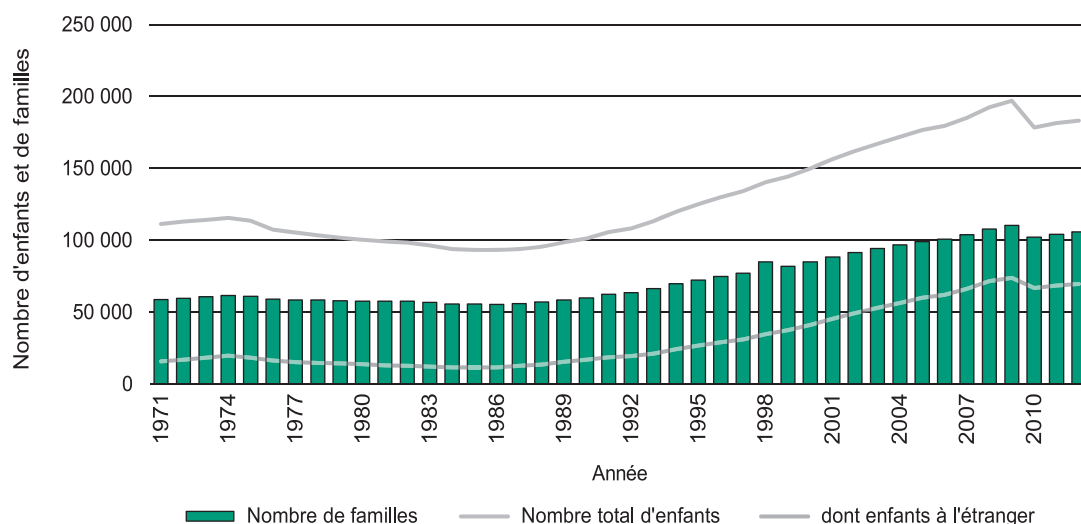
b) Loi modifiée du 16 août 1947 portant révision de la charge fiscale des contribuables au titre de l'impôt sur le revenu respectivement de la retenue d'impôt sur les salaires (L.I.R.).

c) 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).

d) Loi du 8 mars 1984 portant création d'un régime de prêts aux jeunes époux.

2. LES BÉNÉFICIAIRES

2.1. LES ALLOCATIONS FAMILIALES



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, les années 1975 à 1986 étaient marquées par une régression systématique du nombre des enfants bénéficiaires, du nombre des familles attributaires et de la taille des groupes familiaux. Cette diminution résultait, d'une part, de la baisse du nombre des naissances à partir du milieu des années soixante à un niveau sans précédent. Ainsi, l'indicateur conjoncturel de fécondité (descendance finale dans une génération fictive qui aurait à chaque âge successif la fécondité empruntée à chacune des 35 générations de 15 à 49 ans réelles observées au cours d'une année donnée) est passé de 2,3 au début des années soixante à 1,5 en 1975 et s'est pratiquement stabilisé à ce niveau ; le taux de natalité (nombre annuel de naissances pour 1 000 habitants) est descendu de 16 pour 1 000 aux alentours de 11 pour 1 000. Au cours des dernières années, ces deux indicateurs se sont cependant légèrement redressés. Ainsi pour 2012, le taux de fécondité a atteint 1,57 et le taux de natalité 11,35 (Source : STAT-TEC, 2012).

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 d'enfants a diminué fortement, ce qui provoque une rupture de série dans les statistiques ci-après.

En décembre 2012, la caisse nationale des prestations familiales a payé des allocations familiales pour 183 287 enfants issus de 105 748 familles, ce qui équivaut respectivement à un accroissement du nombre des enfants de 1 872 unités (1,0%) et du nombre des familles de 1 563 unités (1,5%) par rapport à l'année antérieure.

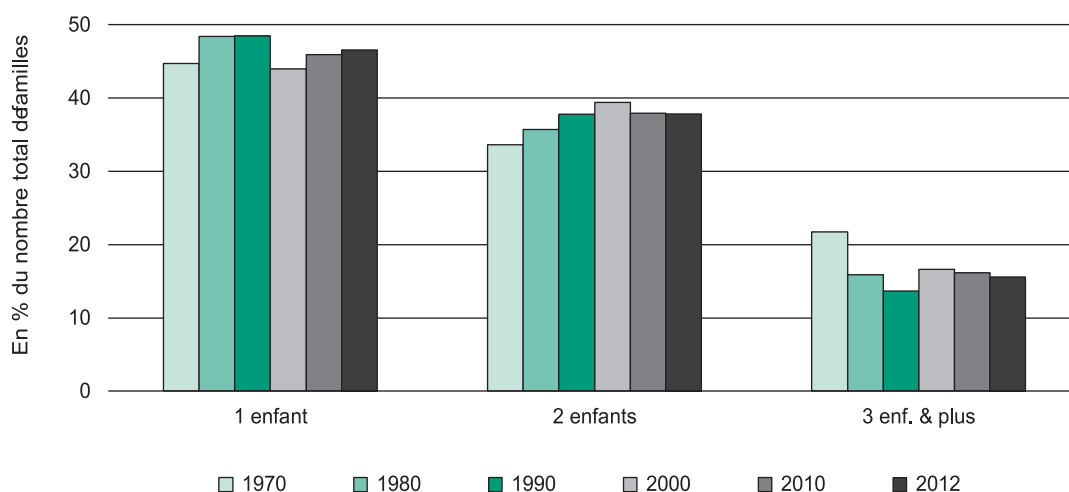
Le nombre des enfants résidant à l'étranger, et bénéficiant d'allocations luxembourgeoises, s'est accru en moyenne de 6,8% par an entre 1990 et 2012, pour atteindre 69 587 enfants au 31 décembre 2012, soit un accroissement de 1 020 unités par rapport à l'année 2011. Entre 2009 et 2010, ce nombre avait diminué de 7 123 unités. Cette diminution était due à l'introduction de la loi du 26 juillet 2010 au 1^{er} octobre 2010 (voir 1.1.). Les variations antérieures ont suivi l'évolution de l'emploi (voir chapitre PERSONNES PROTEGÉES). Le nombre d'enfants au Luxembourg bénéficiaires des allocations familiales a augmenté de 852 unités pour atteindre 113 700 unités en 2012, ce qui correspond à une augmentation de 0,8%.

A noter que les statistiques ne tiennent pas compte des bénéficiaires d'allocations différen-

tielles 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.

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 2012 on compte 1,73 enfants bénéficiaires par famille.

Graphique 2. - Répartition des familles attributaires d'allocations familiales selon le nombre des enfants



La diminution entre les années soixante-dix et quatre-vingt-dix était essentiellement due à la régression de la proportion des familles avec trois enfants et plus, qui est passée de 21,7% en 1970 à un minimum de 13,3% en 1986. Depuis lors, cette proportion a de nouveau augmenté pour atteindre 17,3% en 2009. En 2010, suite à l'introduction de la loi du 26 juillet 2010, une légère baisse dans les proportions est visible d'autant pour les familles avec 2 enfants (passant de 39,0% en 2009 à 37,9% en 2010) que pour les familles avec 3 enfants et plus (passant de 17,3% en 2009 à 16,2% en 2010), étant donné que les enfants majeurs ne sont, en règle générale, plus bénéficiaires d'allocations familiales. En 2012, il y a une légère diminution dans la proportion des familles avec 3 enfants ou plus, et une légère aug-

mentation dans la proportion des familles avec 1 enfant.

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.

2.2. LES ALLOCATIONS DE RENTRÉE SCOLAIRE

Le nombre des allocations de rentrée scolaire, payées au mois d'août, s'établit pour 2012 à 121 894 unités, soit une augmentation de 2,4% par rapport à 2011. Il faut relever que depuis 2003, 10 000 à 15 000 dossiers d'étudiants, en train de terminer un cycle d'études, n'ont pas été pris en compte dans la liquidation du mois d'août. Les allocations concernant ces dossiers traités au cours des mois suivants, ont été payées sous forme d'arrérages et ne figurent donc pas dans les nombres courants renseignés.

2.3. 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. 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 (ne sont pas considérés les dossiers liquidés par des paiements uniques) 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 2012 se chiffre à 3,7% par rapport à 2011, le nombre de bénéficiaires descendant à 8 424 personnes.

Prestations	2011**)	2012	Variation 2011/12
Allocations familiales normales	181 415	183 287	1,0%
Majorations d'âge	129 784	131 196	1,1%
Allocations spéciales supplémentaires	2 107	2 217	5,2%
Allocations de rentrée scolaire *)	119 061	121 894	2,4%
Allocations d'éducation	8 744	8 424	-3,7%
Indemnité pour congé parental	3 921	4 025	2,7%
Boni pour enfant	189 056	190 941	1,0%

*) Situation au 31 août pour les allocations de rentrée scolaire.

**) A partir du 1^{er} octobre 2010, plus d'allocations familiales pour les étudiants.

2.4. 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 2012, cette prestation compte 4 025 bénéficiaires, une augmentation de 2,7% par rapport aux 3 921 bénéficiaires de 2011.

2.5. 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, et a le double caractère d'une mesure fiscale et d'une prestation familiale. Il est également attribué aux familles qui n'ont pas pu profiter de la modération d'impôt dans le passé. En 2012, 190 941 enfants ont bénéficié du boni pour enfants contre 189 056 enfants en 2011 (bénéficiaires au 31 décembre), soit une augmentation de 1,0%.

Tableau 1. - Evolution du nombre des prestations (situation au 31 décembre)

2.6. LES ALLOCATIONS DE MATERNITÉ ET LES ALLOCATIONS DE NAISSANCE

En 2012, les allocations de maternité liquidées sont au nombre de 1 237, ce qui constitue une augmentation de 29 unités par rapport à 2011.

L'évolution du nombre des bénéficiaires d'allocations de naissance suit le mouvement des naissances, mais en raison des conditions d'attribution non remplies relatives aux visites médicales,

le nombre des naissances a toujours dépassé légèrement le nombre des allocations. 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 6 026 naissances enregistrées par le STATEC en 2012, la caisse a liquidé 6 351 allocations prénatales, 6 586 allocations de naissance proprement dites et 5 967 allocations postnatales.

3. SITUATION FINANCIÈRE

Le système de financement des prestations familiales a subi certaines modifications. Depuis toujours, les prestations uniques (allocations de naissance et de maternité) ainsi que les frais d'administration ont été entièrement à charge de l'Etat. A partir du 1^{er} janvier 1986, les autres prestations sont financées à moitié par des cotisations et à moitié par une contribution de l'Etat. Une réserve doit pallier aux difficultés passagères de trésorerie.

Le relèvement important des montants de l'allocation de rentrée scolaire en 1992, ainsi que des allocations familiales normales et de l'allocation d'éducation en 1993, a rendu nécessaire une intervention supplémentaire de l'Etat : depuis 1992, l'allocation de rentrée scolaire, et depuis le 1^{er} juillet 1993, l'allocation d'éducation, sont à charge du budget de l'Etat.

En outre, l'Etat a pris à sa charge les cotisations dues pour les salariés des entreprises du secteur privé pour la période postérieure au 1^{er} juillet 1994, ainsi que 50% de celles dues par les non-salariés agriculteurs ou viticulteurs pour l'exercice 1994 et 100% à partir de 1995. Toutefois, cette modification législative est restée sans effet sur l'équilibre financier de la caisse puisqu'elle n'a opéré qu'un transfert de la charge des cotisations sans toucher au calcul de ces cotisations.

La loi budgétaire de 1996 a modifié le système de financement des prestations familiales en deux points. D'une part, l'Etat met à disposition de la caisse nationale des prestations familiales pour l'exercice 1995 un fonds de roulement. D'autre part, 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.

Finalement la loi du 12 février 1999, concernant la mise en œuvre du plan d'action national en faveur de l'emploi 1998, a transféré la charge des cotisa-

tions dues par les non-salariés intégralement à l'Etat. Cette disposition est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1999.

En résumé, par la prise en charge de l'excédent des dépenses sur les recettes, en plus de sa participation quasiment exclusive aux recettes courantes (au niveau des cotisations, des prestations et des frais d'administration), l'Etat couvre près de 100% des dépenses de la Caisse nationale des prestations familiales.

3.1. DÉPENSES COURANTES

L'évolution des dépenses courantes dépend exclusivement de l'évolution des prestations et varie en fonction de l'évolution du niveau de ces prestations et du nombre de bénéficiaires.

L'analyse du développement des dépenses montre que, sauf pour les années qui ont vu l'application de modifications législatives, les taux de variation des dépenses exprimés au nombre indice 100 de l'échelle mobile des salaires ont été faibles, voire même négatifs.

La période de 1965 à 1980 est caractérisée par la création de nouvelles prestations ainsi que par des améliorations pour les prestations "classiques". Ces mesures se sont traduites par une importante progression des dépenses : ainsi, le taux moyen annuel de croissance des dépenses globales, exprimé au nombre indice 100 du coût de la vie, atteint 3,6% pour la période de 1965 à 1980.

A partir de 1975, l'évolution du nombre des enfants bénéficiaires devient régressive. Ce mouvement à la baisse 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'at-

teint plus que 0,2% au cours de la première moitié des années quatre-vingt.

La forte croissance enregistrée en 1986 est le résultat de l'introduction de l'allocation de rentrée scolaire et de l'augmentation de certains montants de base des allocations familiales normales. La hausse de 1987 reflète le renversement de tendance dans l'évolution du nombre des enfants bénéficiaires, nombre qui progresse à nouveau. La forte augmentation du nombre des bénéficiaires ainsi que l'extension du bénéfice de l'allocation de rentrée scolaire aux familles avec un enfant et la revalorisation des montants de cette allocation expliquent la croissance de 1988.

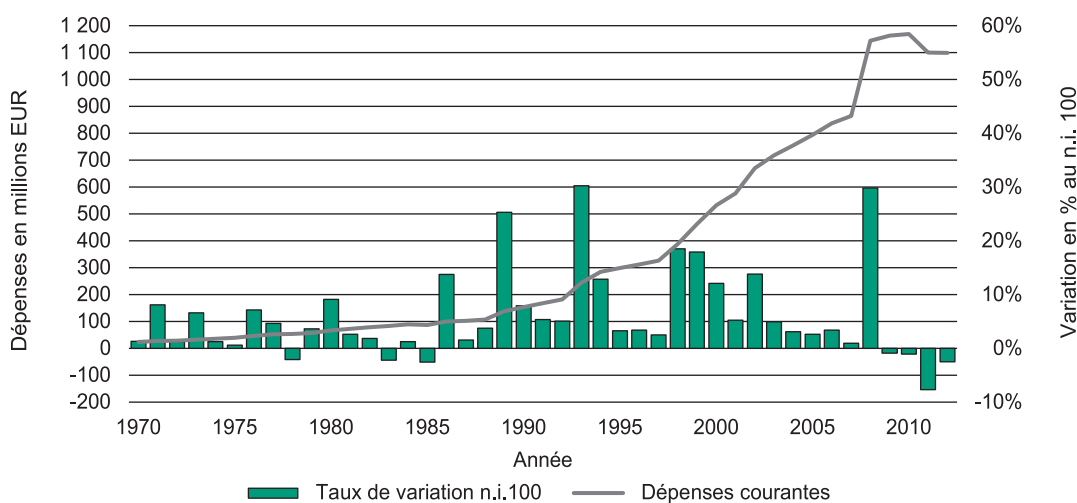
La progression exceptionnelle des dépenses courantes de plus d'un quart, relevée en 1989, reflète les mesures législatives entrées en vigueur en 1989, à savoir la création d'une allocation d'éducation et la hausse des montants des majorations d'âge. S'y ajoutent les effets de la croissance du nombre des enfants bénéficiaires et de l'extension du bénéfice des prestations luxembourgeoises aux ressortissants portugais et espagnols travaillant au Grand-Duché en faveur de leurs enfants résidant dans leur pays d'origine.

L'augmentation des dépenses est principalement imputable à la croissance continue du nombre des bénéficiaires des allocations familiales et 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 ; les augmentations en 1999 et en 2000 sont principalement dues 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 2012, les dépenses courantes s'élèvent à 1 098,6 millions EUR, contre 1 099,3 millions EUR en 2011. Les frais d'administration ne représentant que 1,5% du total, ce sont les prestations qui constituent presque la totalité des dépenses courantes.



Graphique 3. - Evolution des dépenses courantes

3.1.1. Frais d'administration

En 2012, les frais d'administration affichent 16,2 millions EUR par rapport à 15,4 millions EUR en 2011. Les frais de personnel représentent 57,7% du montant total des frais d'administration.

3.1.2. Prestations

En 2012, le montant total des prestations payées par la CNPF atteint 1 076,3 millions EUR contre 1 077,8 millions EUR pour l'année précédente (-2,5%).

Tableau 2. - Evolution des dépenses courantes (en milliers EUR)

Dépenses	2011	2012	Variation au n.i. 100
Frais d'administration	15 431,17	16 235,13	2,6%
Prestations	1 077 840,81	1 076 254,78	-2,6%
<i>Allocations familiales</i>	<i>712 466,82</i>	<i>711 392,34</i>	<i>-2,6%</i>
- Allocations familiales normales	607 996,56	606 955,93	-2,6%
- Majorations d'âge	63 730,95	63 784,40	-2,4%
- Allocations spéciales supplémentaires	6 315,04	6 726,19	3,9%
- Allocations de rentrée scolaire	34 424,28	33 925,82	-3,9%
Allocations d'éducation	71 390,90	71 027,99	-2,9%
Indemnité pour congé parental	69 108,02	67 840,39	-4,2%
Prestations de naissance	10 741,10	11 095,65	0,8%
Allocations de maternité	3 677,59	3 777,68	0,2%
Boni pour enfant	210 456,38	211 120,73	-2,1%
Dépenses diverses *)	6 030,01	6 077,74	-1,7%
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	1 099 301,99	1 098 567,65	-2,5%

*) Décharges, restitutions et extournes de cotisations et frais de gestion du patrimoine.

3.1.2.1. Allocations familiales, allocations de rentrée scolaire et allocations d'éducation

Les dépenses pour les prestations d'allocations familiales (allocations familiales classiques, majorations d'âge, allocations spéciales supplémentaires, allocations de rentrée scolaire) ont diminué en 2012 de 1,1 millions EUR pour atteindre 711,4 millions EUR contre 712,5 millions EUR en 2011, soit une baisse en n.i. de 2,6%. Les dépenses pour l'allocation d'éducation affichent une diminution de 2,9% en 2012 par rapport à 2011.

La dépense moyenne nominale par an et par enfant a diminué en 2012. De 4 342,75 EUR en 2011, elle passe à 4 280,99 EUR en 2012 ; soit une augmentation en n.i. 100 de 3,9%. La dépense moyenne annuelle par famille, par contre, a diminué. Sa valeur nominale a atteint 7 441,70 EUR en 2012 par rapport à 7 577,30 EUR en 2011, soit une diminution en n.i. 100 de 4,2%.

3.1.2.2. Indemnité pour congé parental

La prise en charge de l'indemnité de congé parental est assurée en partie par le fonds pour l'emploi, le solde est à charge de l'Etat.

L'augmentation du nombre de bénéficiaires, de 3 921 en 2011 à 4 025 en 2012, ne se reflète pas dans les dépenses relatives au congé parental, qui affichent une diminution en n.i. de 4,2% en 2012, et passent à 67,8 millions EUR en 2012, contre 69,1 millions EUR en 2011. 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.

3.1.2.3. Boni pour enfant

Les dépenses pour le boni pour enfant pour l'année 2012 s'élèvent à 211,1 millions EUR, dont 100,9 millions EUR (47,8%) sont versés aux bénéficiaires non-résidents. En 2011, les dépenses s'élevaient à 210,5 millions EUR, dont 101,2 millions EUR (48,1%) étaient versés aux bénéficiaires non-résidents. En 2012, les dépenses totales augmentent de 0,3% (en valeur nominale) par rapport à 2011, et les dépenses pour les bénéficiaires non-résidents diminuent de 0,3% (en valeur nominale) par rapport à 2011. Cette diminution est due au fait que depuis le 1^{er} juillet 2012, le paiement mensuel des prestations familiales à destination d'une partie des travailleurs frontaliers français fut arrêté. Dans le cas du boni pour enfant, la CNPF estime le montant restant (qui sera compris dans la dépense de l'exercice 2013) à 3,0 millions EUR.

3.1.2.4. Allocations de maternité et allocations de naissance

Parallèlement au nombre de bénéficiaires des allocations de maternité, qui augmente en 2012, pour atteindre 1 237 unités, contre 1 208 unités en 2011, les dépenses relatives à ces allocations affichent une hausse de 0,2%, et passent de 3,68 millions EUR en 2011 à 3,78 millions EUR en 2012.

Le montant total des prestations de naissance passe de 10,74 millions EUR en 2011 à 11,10 millions EUR en 2012, soit une hausse de 0,8%. Cette hausse est due en partie à l'augmentation du nombre de naissances au Luxembourg, qui passe de 5 639 en 2011 à 6 026 en 2012 (Source : STATEC).

3.1.2.5. Prestations transférées à l'étranger

En 2012, les allocations familiales transférées à l'étranger, payées en faveur des travailleurs migrants et des travailleurs frontaliers pour des enfants résidant à l'étranger, ont atteint 336,3 millions EUR ou 47,2% du montant total des allocations familiales. Il s'agit d'une augmentation

de 0,9% par rapport à l'exercice 2011. Le nombre des enfants résidant à l'étranger a enregistré une progression 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 2012, mais que les dépenses se rapportent à tout l'exercice 2012.

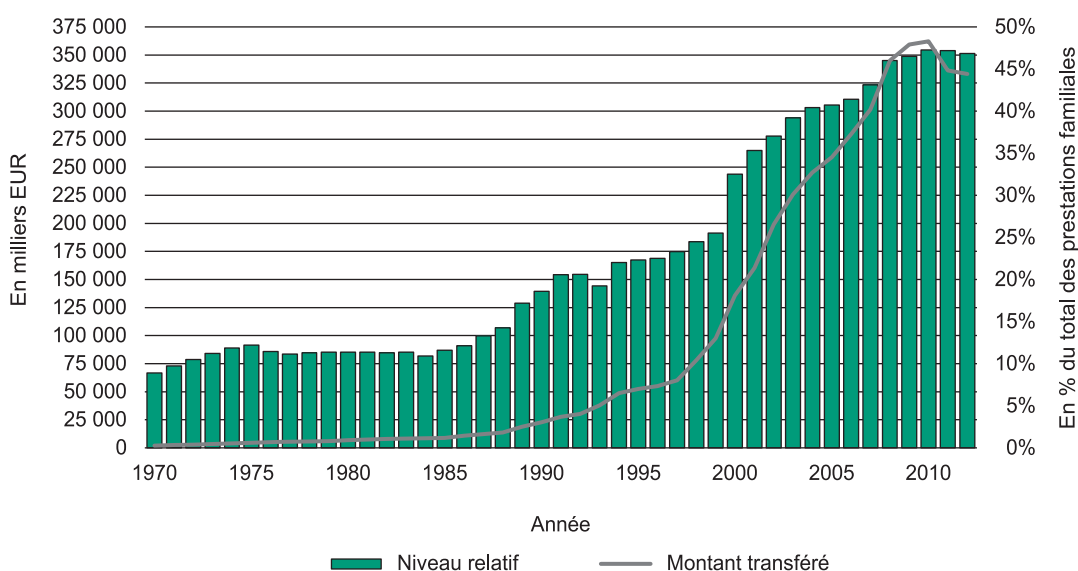
Année	Nombre d'enfants**)			Montants payés***)		
	Total	dont à l'étranger		Total	dont à l'étranger	
1985	93 365	11 498	12,3%	76,50	8,88	11,6%
1990	101 116	17 041	16,9%	123,14	22,87	18,6%
1995	125 006	26 884	21,5%	235,06	52,48	22,3%
2000 *)	150 038	41 128	27,4%	417,02	135,63	32,5%
2005	176 627	59 971	34,0%	636,81	258,91	40,7%
2006	179 586	61 971	34,5%	673,95	279,32	41,4%
2007	185 234	66 345	35,8%	699,57	301,50	43,1%
2008	192 428	71 635	37,2%	750,50	345,12	46,0%
2009	197 020	73 918	37,5%	772,77	359,36	46,5%
2010	178 490	66 795	37,4%	766,71	362,26	47,2%
2011	181 415	68 567	37,8%	711,39	333,12	46,8%
2012	183 287	69 587	38,0%	712,47	336,26	47,2%

*) A partir de 2000 la méthodologie des statistiques se base sur les montants effectivement liquidés par la CNPF.
 **) Nombre d'enfants mois courant au 31 décembre.
 ***) Montant annuel en millions EUR incluant allocations différentielles.

Tableau 3. - Evolution des allocations familiales transférées à l'étranger

Le montant total des prestations transférées à l'étranger (allocations familiales, allocations d'éducation, congé parental, allocations de maternité, primes de naissances et boni pour enfant)

se chiffre en 2012 à 502,9 millions EUR (contre 490,0 millions EUR en 2011), représentant 45,8% de la dépense totale (45,5% en 2011).



Graphique 4. - 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. L'instauration d'un congé parental au 1^{er} janvier 1999, qui, dès le début, a été exporté, et l'expor-

tation de l'allocation d'éducation à partir de cette date, ont provoqué des taux d'accroissement importants des montants virés à l'étranger. A partir de 2011, on voit les effets de la loi du 26 juillet 2010.

3.2. FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES

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. En 2012, les dépenses pour prestations familiales ont atteint 2,5% de ce même PIB (Source : STAT-TEC, note de conjoncture juillet 2013).

La CNPF applique le système de répartition des charges avec constitution d'une réserve.

Les ressources nécessaires pour le paiement des allocations familiales normales, des majorations d'âge et des allocations spéciales supplémentaires sont constituées pour moitié par des cotisations et pour moitié par une contribution de l'Etat.

En outre, l'Etat a mis à la disposition de la caisse un fonds de roulement de 10,9 millions EUR et enfin, il s'engage à éponger annuellement le découvert comptable des dépenses courantes sur les recettes courantes.

3.2.1. Recettes courantes

En 2012, les recettes en cotisations, prises en charge par l'Etat, représentent 26,5%, la participation de l'Etat dans les prestations, la participa-

tion de l'Etat dans le déficit de la CNPF et les frais d'administration s'élèvent à 73,5%.

Tableau 4. - Evolution des recettes courantes (en milliers EUR)

Recettes	2011	2012	Variation au n.i.100
Cotisations	278 174,36	291 381,70	2,2%
<i>dont</i>			
à charge des employeurs	62 756,80	65 564,91	1,9%
à charge de l'Etat	215 417,56	225 816,79	2,3%
Participation de l'Etat	693 918,48	707 125,47	-0,6%
Participation de l'Etat-déficit	126 938,28	99 959,83	-23,2%
Revenus de la fortune et divers	270,87	100,64	-63,7%
TOTAL DES RECETTES COURANTES	1 099 301,99	1 098 567,65	-2,5%

3.2.2. Cotisations

Les modifications successives de la base légale ont fortement influencé le mode de la prise en charge des cotisations.

La loi du 19 juin 1985, concernant les allocations familiales et portant création de la 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 291,4 millions EUR en 2012, soit une augmentation réelle de 2,2% par rapport à 2011.

3.2.3. 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 291,4 millions EUR en 2012. En outre, la prise en charge se compose des allocations de rentrée scolaire (34,0 millions EUR en 2012 contre 34,5 millions EUR en 2011), des allocations d'éducation (71,2 millions EUR en 2012 contre 71,5 millions EUR en 2011), des prestations de naissance et de maternité (respectivement 11,1 et 3,8 millions EUR), du boni pour enfant pour 211,6 millions EUR et des frais d'administration de l'organisme (16,2 millions EUR en 2012 contre 15,4 millions EUR en 2011).

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 2012, le Fonds pour l'emploi prend en charge 11,5 millions EUR contre 12,0 millions EUR en 2011, le solde, à savoir 56,4 mil-

lions EUR en 2012, contre 57,1 millions EUR en 2011, 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 2012, l'Etat a dû ainsi éponger un déficit de 100,0 millions EUR, contre 126,9 millions EUR en 2011.

Tableau 5. - Evolution de la participation de l'Etat dans le financement des prestations familiales

	2010	2011	2012
Au niveau des prestations :			
Participation brute dans le financement des prestations d'allocations familiales	261 928 917,05	278 174 359,13	291 381 701,70
- décharges sur cotisations irrécouvrables	-801 423,19	-80 006,40	-83 196,80
- extournes de cotisations indues	-78 140,54	-631 669,08	-89 980,81
- restitution de cotisations	-	-	-
Participation nette	261 049 353,32	277 462 683,65	291 208 524,09
Prise en charge des :			
Allocations de rentrée scolaire	35 656 156,66	34 473 617,48	33 989 546,95
Allocations d'éducation	72 056 190,55	71 503 982,25	71 183 078,99
Allocations de naissance	11 233 981,99	10 741 483,53	11 097 203,83
Allocations de maternité	3 989 778,99	3 677 640,63	3 778 558,58
Indemnités pour le congé parental	69 105 682,12	69 117 527,95	67 873 446,28
Participation Etat	57 187 303,86	57 146 342,52	56 360 365,16
Participation Fonds pour l'emploi	11 918 378,26	11 971 185,43	11 513 081,12
Boni pour enfant	223 479 562,67	210 798 703,92	211 586 806,39
Participation Etat - déficit	212 181 683,82	126 938 280,89	99 959 832,18
Frais d'administration	17 570 560,61	15 431 167,84	16 235 125,70
Total (I)	906 322 950,73	820 145 088,14	806 912 122,99
Au niveau des cotisations :			
Cotisations à charge de l'Etat (II)	204 524 703,38	215 417 559,80	225 816 787,88
Participation nette de l'Etat (I+II)	1 110 847 654,11	1 035 562 647,94	1 032 724 859,18
Recettes courantes de la caisse	1 169 253 601,87	1 099 301 992,72	1 098 567 646,73
Participation nette en % des recettes courantes	95,0%	94,2%	94,0%
Au niveau de la réserve :			
Participation Etat - déficit	-	-	-
Total (III)	-	-	-
Participation totale de l'Etat (I+II+III)	1 110 847 654,11	1 035 562 647,94	1 032 724 859,18

Pour de plus amples informations ou statistiques concernant les prestations familiales, veuillez consulter notre site internet www.statsecu.public.lu.



■ ■ ■ **INCLUSION SOCIALE**



1. INTRODUCTION

1.1. 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.

1.2. 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),
- l'allocation de vie chère (anc.: allocation de chauffage),
- l'avance de pensions alimentaires,
- le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique,
- le forfait d'éducation,
- le revenu pour personnes gravement handicapées.

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.

2. LES BÉNÉFICIAIRES

2.1. 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.

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.

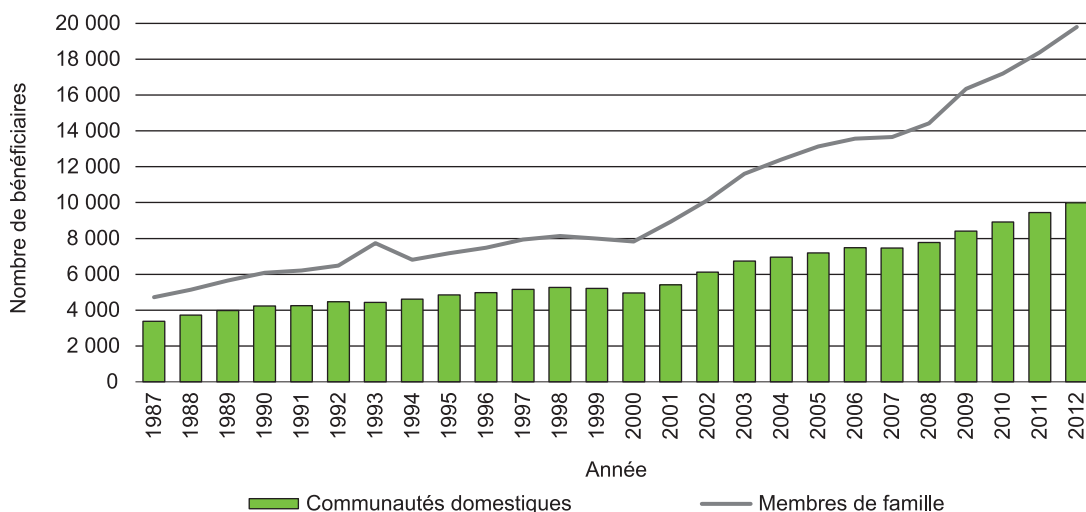
Cependant à partir de 1999, pour des raisons de simplification administrative, toute nouvelle demande faite par un bénéficiaire de pension est traitée par le fonds et les anciennes prestations de bénéficiaires de pension y sont transférées également pour toute modification. En 2001 les derniers dossiers traités par les caisses de pension ont été transférés au fonds, qui depuis a la compétence exclusive dans ce domaine. Sur le

graphique qui suit, il n'y aura plus de distinction entre les anciens bénéficiaires du FNS et les anciens bénéficiaires d'une caisse de pension. Un graphique montrant cette distinction peut être trouvé sur notre site internet www.statsecu.etat.lu.

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 données statistiques RMG ne tiennent cependant pas compte des communautés domestiques bénéficiaires d'allocations de la part d'un office social, dont le service n'a pas encore été repris par le FNS. Les données relatives aux indemnités d'insertion proviennent du Service national d'action sociale (SNAS) et sont reprises ci-dessous. Les renseignements détaillés figurent dans les rapports d'activité correspondants du SNAS.

Graphique 1. - Evolution du nombre de communautés domestiques et du nombre de membres de famille (au 31 décembre de chaque année)



En décembre 2012, le FNS a compté 9 989 communautés domestiques composées de 19 790 membres de famille, contre 9 449 communautés et 18 383 membres de famille en décembre 2011. Le nombre de communautés a augmenté de 540 unités, soit une augmentation de 5,7%.

Les fichiers statistiques prennent en compte les demandes actuelles en traitement ou en suspens,

ce qui peut provoquer des différences avec le nombre de bénéficiaires retenu par la chaîne de liquidation. Ainsi, au 31 décembre 2012, le FNS a effectué 9 158 paiements d'allocations complémentaires contre 8 965 paiements en 2011.

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 du 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 service national d'action sociale (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 "...bénéficiaire d'un droit de séjour...", élargit le cercle des personnes

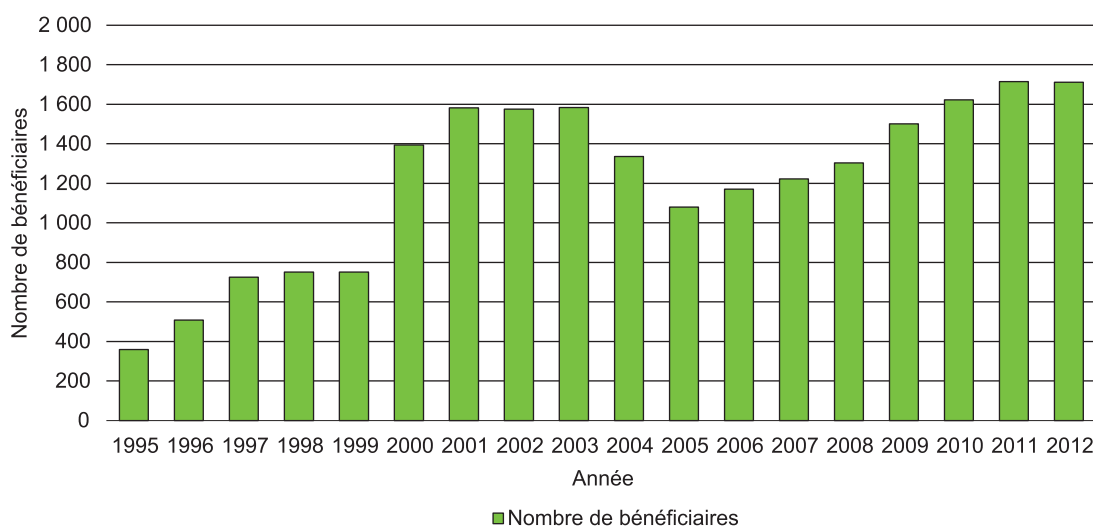
exemptes de la condition de résidence de 5 ans sur le territoire luxembourgeois, aux membres de la famille du ressortissant luxembourgeois ou d'un Etat membre de l'Union Européenne ou d'un autre Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, nonobstant leur 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 29.4.1999 applicable à partir du 1.3.2000) 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.

Pour plus de détails sur les chiffres présentés ci-dessus, prière de voir les tableaux correspondants sur le site <http://www.statsecu.public.lu>.

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.



Graphique 2. - Evolution du nombre de bénéficiaires d'une indemnité d'insertion (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 depuis 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'in-

demnité 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 2.2. 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'im-

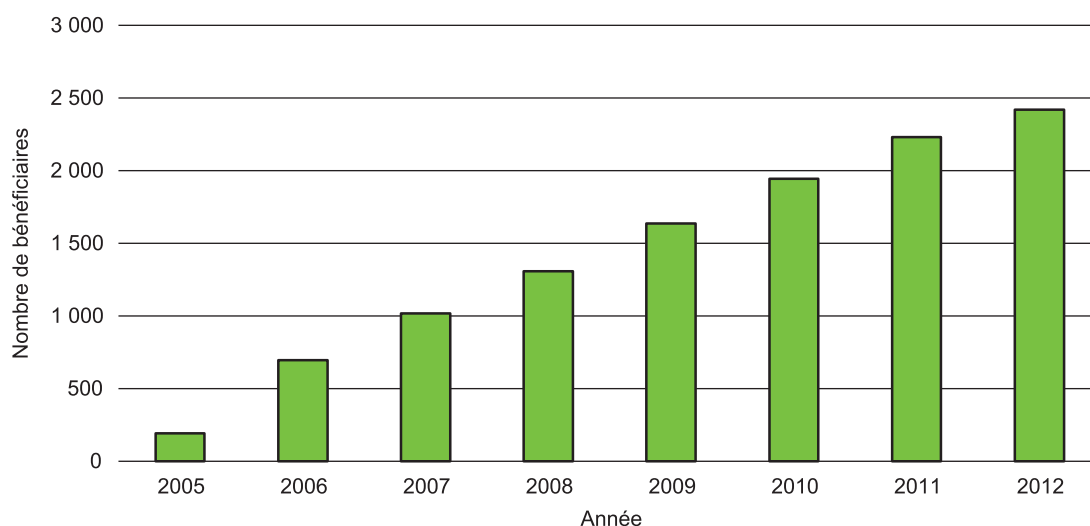
migration, qui modifie l'ouverture au droit des prestations RMG, s'est traduit par une augmentation du nombre des personnes actives dans les mesures d'insertion, par l'application du traitement d'égalité aux membres de famille.

En 2012, le nombre des activités d'insertion professionnelle (AIP) a été stable (1 711 par rapport à 1 715 en 2011). Les nouvelles demandes concernant les personnes handicapées ne sont plus traitées par le SNAS, mais directement par le FNS.

Parmi les 1 711 AIP, 1 024 sont des activités temporaires indemnisées, 367 sont des stages en entreprises et 320 des contrats de travail subsideés suivant les dispositions de l'article 13, alinéa 3. Les femmes effectuent 47,4% des AIP (47,8% en 2011).

2.2. LE REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES

Graphique 3. - Evolution du nombre de bénéficiaires du revenu pour personnes gravement handicapées (au 31 décembre de chaque année)

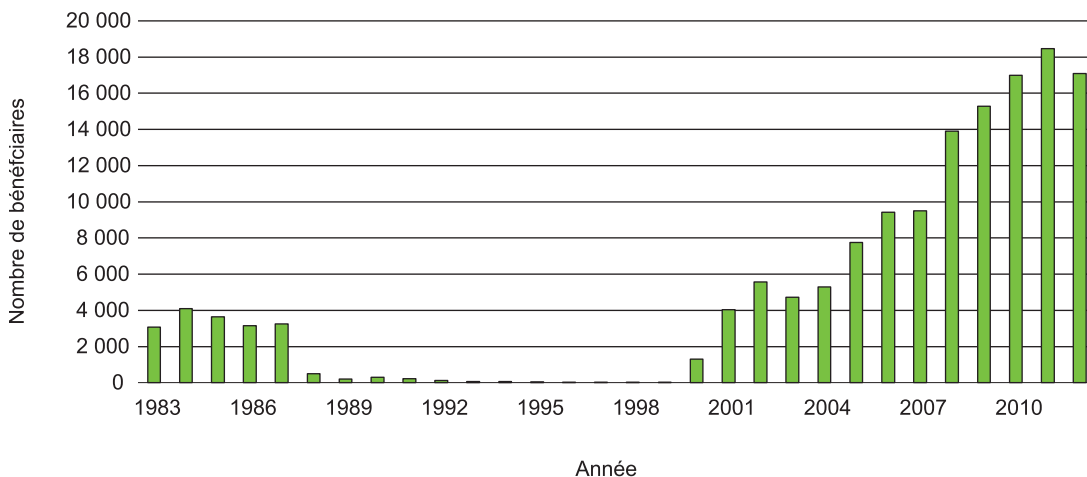


La loi du 12 septembre 2003, entrée en vigueur au 1^{er} juin 2004, a introduit un revenu en faveur des personnes gravement handicapées, qui présentent une diminution de la capacité de travail d'au moins 30%, et qui sont hors d'état d'exercer un emploi salarié sur le marché de travail ordinaire ou dans un atelier protégé.

Les personnes reconnues travailleurs handicapés perçoivent soit un salaire pour travailleurs handicapés, soit un revenu pour personnes gravement handicapées.

Cette dernière prestation est à charge du FNS. Le nombre de bénéficiaires au 31 décembre 2012 était de 2 422, contre 2 231 pour l'année 2011.

2.3. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE (ANC. : ALLOCATION DE CHAUFFAGE)



Graphique 4. - Evolution du nombre de bénéficiaires d'une allocation de vie chère (anc. : allocation de chauffage, au 31 décembre de chaque année)

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 5 339 demandes d'octobre 2000 à juillet 2001, à 5 569 demandes en 2002, à 4 719 en 2003 et à 5 297 en 2004.

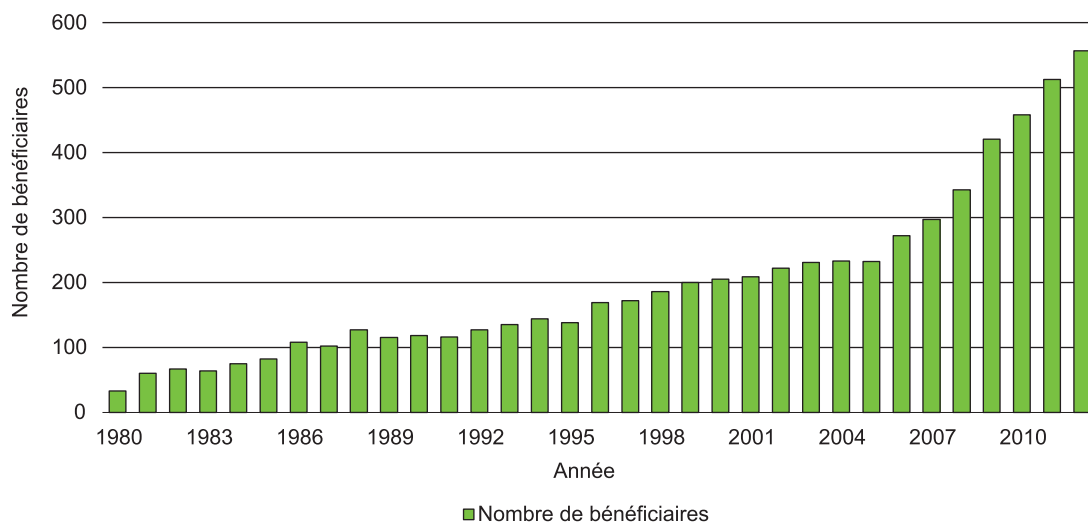
Suite à la nouvelle hausse sensible des prix des combustibles en 2005, le Gouvernement en Conseil a décidé le 16 septembre 2005 de relever sensiblement les montants à allouer, l'augmentation allant de 100% à 150%. Par cette mesure, le nombre d'allocations de chauffage payées par le FNS a pratiquement doublé en 2005 (11 143 bénéficiaires par rapport aux 5 297 bénéficiaires de 2004).

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.

Pour l'exercice 2012, on compte 17 088 bénéficiaires de l'allocation de vie chère contre 18 460 en 2011. A noter que le nombre de demandes n'a pas baissé entre 2011 et 2012, mais qu'il y a un retard dans le traitement des nouvelles demandes.

2.4. L'AVANCE DE PENSIONS ALIMENTAIRES

Graphique 5. - Evolution du nombre de bénéficiaires d'une pension alimentaire (au 31 décembre de chaque année)



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.

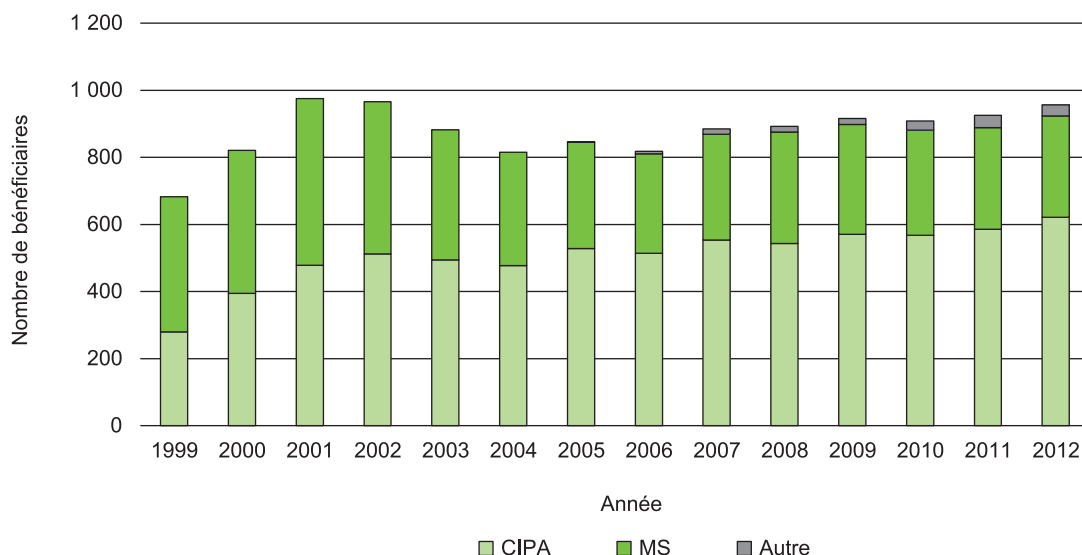
Tout ayant droit d'une pension alimentaire fixée par décision judiciaire exécutoire au Grand Duché de Luxembourg non payée par son débiteur, peut faire une demande pour que le FNS donne une avance sur la pension alimentaire, à condition que le bénéficiaire se trouve dans une situation économique difficile et ait personnellement épuisé

toutes les possibilités légales pour obtenir son droit.

Depuis la création de ce droit en 1980, le nombre de demandes suit une évolution croissante. En décembre 2012 cette disposition a bénéficié à 557 personnes, contre 513 personnes en décembre 2011.

Le FNS tente systématiquement de recouvrer les avances effectuées, soit auprès du débiteur, soit auprès du créateur, à condition que la situation de l'un des deux se soit améliorée de façon à permettre un tel recouvrement.

2.5. LE COMPLÉMENT DANS LE CADRE DES PRESTATIONS DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE



Graphique 6. - Evolution du nombre de bénéficiaires selon leur lieu de séjour

Le complément dans le cadre des prestations de l'accueil gérontologique institue un complément au profit des personnes incapables de couvrir par leurs ressources personnelles les dépenses afférentes aux prestations dans le cadre de l'accueil gérontologique. Le montant de ce complément est fixé en fonction de la qualité des prestations fournies et des ressources personnelles des usagers. 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

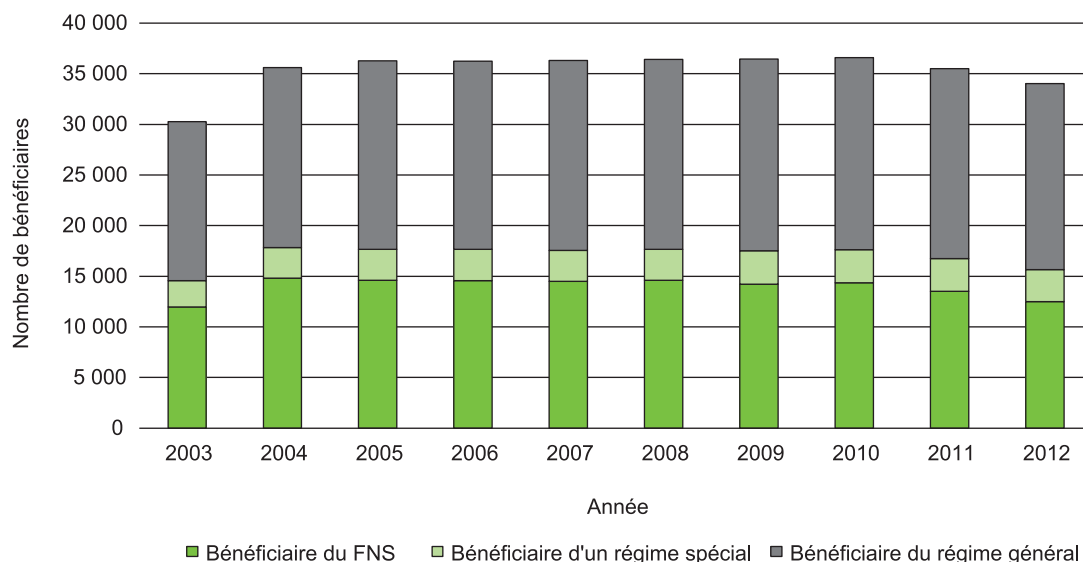
type "autres" correspondent aux nouveaux prestataires acceptés par cette loi, dont notamment certains logements encadrés.

En 1999, 59% des bénéficiaires de l'accueil gérontologique résidaient dans une maison de soins (MS), et 41% dans un centre intégré pour personnes âgées (CIPA). Au fil des années, les proportions se sont inversées: en 2012, 65% des bénéficiaires résidaient dans un CIPA, 32% résidaient dans une maison de soins, et 3% dans un établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.

Pour l'exercice 2012, on comptait en moyenne 702 compléments par mois, contre 715 en 2011. En 2012, le nombre de nouvelles demandes introduites a été de 250, contre 182 en 2011.

2.6. LE FORFAIT D'ÉDUCATION

Graphique 7. - Evolution du nombre de bénéficiaires du forfait d'éducation selon le régime de pension



La loi du 28 juin 2002 crée un forfait d'éducation qui est accordé au parent qui s'est consacré à l'éducation d'un enfant à condition que sa pension ou celle de son conjoint ne comporte pas, pour l'enfant en question, la mise en compte de baby-years. Le droit au forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 60 ans ou au moment de l'octroi d'une pension personnelle. Pour les bénéficiaires de pension le montant du forfait d'éducation est fixé à 10 euros, nombre indice 100 base 84 ; ce montant est adapté à l'indice du coût de la vie et ajusté au niveau de vie à l'instar des pensions. Il est soumis aux mêmes charges sociales et fiscales que les pensions. 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, en ajoutant un article 2 à la loi du 28 juin 2002, a élargi le cadre des bénéficiaires en enlevant la condition de domiciliation et de résidence aux personnes relevant d'un instrument bi- ou multilatéral.

En décembre 2012, le FNS a enregistré 12 485 paiements mensuels, les régimes spéciaux renseignent 3 180 liquidations, et les caisses de pension ont enregistré 18 344 bénéficiaires. En tout, il y avait 34 009 bénéficiaires en décembre 2012, contre 35 484 bénéficiaires en décembre 2011. Cette régression 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.

2.7. 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 450 en décembre 2012. Seulement 1,0% sont à charge du FNS, le reste relève de la Caisse Nationale d'Assurance Pension.

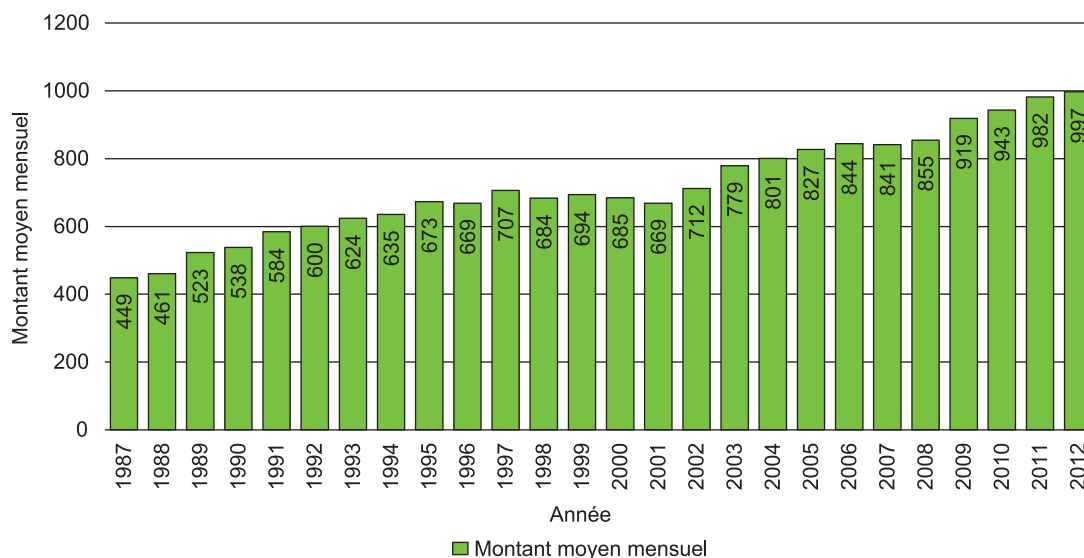
L'allocation pour personnes gravement handicapées (APGH) et l'allocation de soins sont abolies en 1999, et le nombre de bénéficiaires de l'APGH a diminué de 2 713 personnes en décembre 1999 à 734 personnes en décembre 2012. De même, le nombre de bénéficiaires de l'allocation de soins est passé de 1 720 personnes en décembre 1999 à 5 personnes en décembre 2012.

Des tableaux et graphiques supplémentaires à ces prestations sont disponibles sur notre site internet www.statsecu.public.lu.

3. NIVEAU MOYEN ET COÛT DES PRESTATIONS

3.1. LE REVENU MINIMUM GARANTI

Le montant moyen RMG



Graphique 8. - Evolution du montant moyen du complément RMG (mois de décembre)

Au 31 décembre 2012, le montant moyen du complément RMG alloué aux bénéficiaires du fonds s'est élevé à 997 EUR par rapport à 982 EUR en 2011.

En fait, l'influence de la taille de la communauté domestique ne reflète que marginalement sur les montants alloués, étant donné que ce sont surtout les seuils de revenu respectifs des différents membres de famille qui composent la communauté domestique, qui génèrent les diverses prestations du FNS et leur niveau respectif. En 2012, le montant moyen du complément a augmenté de 1,5% pour les bénéficiaires du fonds. Les bénéficiaires de pension ne sont plus renseignés séparément à partir de juin 2001, la liquidation de leurs compléments ayant été reprise par le FNS.

Les dépenses pour prestations RMG

Le coût total des prestations RMG (complément RMG, indemnité d'insertion, cotisations d'assurance pension - art.18, prestations de participation aux frais de personnel en cas d'engagement

d'un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion moyennant contrat de travail - art.13), charges sociales comprises, a atteint un montant de 158,11 millions EUR en 2012, contre 150,75 millions EUR en 2011. Comme depuis 1998, les communes ne participent plus au financement des prestations, la participation de l'Etat, après déduction de la quote-part de la Loterie nationale et de l'Œuvre de secours G.-D. Charlotte et des restitutions, se chiffre à 137,5 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 32,5 millions EUR en 2011 à 34,3 millions EUR en 2012. 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, sont payées une fois par an pour l'exercice écoulé. Elles s'élèvent à 1,16 millions EUR en 2012, contre 0,84 millions EUR en 2011.

3.2. REVENU POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES

Pour 2012, les dépenses annuelles se chiffraient à 34,3 millions EUR, contre 30,2 millions EUR pour 2011 (cotisations sociales comprises).

3.3. L'ALLOCATION DE VIE CHÈRE (ANC. : ALLOCATION DE CHAUFFAGE)

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 2000 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.

La dépense annuelle pour l'exercice 2012 relative à l'allocation de vie chère s'élève à 30,3 millions EUR, contre 29,8 millions EUR en 2011. 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.

3.4. L'AVANCE ET LE RECOUVREMENT DE PENSIONS ALIMENTAIRES

Les pensions alimentaires avancées par le FNS renseignent un montant moyen par bénéficiaire de 396,7 EUR au 31 décembre 2012. La qualité informative de ce montant est assez faible en présence de la large fourchette des montants avancés. D'une part, le nombre des personnes faisant partie d'un ménage détermine le niveau de l'allocation, d'autre part, le législateur n'a pas fixé de plafonds, de sorte que le FNS doit s'acquitter du montant fixé par décision judiciaire.

Le montant annuel des pensions alimentaires est influencé par le nombre de demandes acceptées, par le niveau du montant moyen alloué et par le montant du recouvrement de pensions avancées. En 2012, ce coût atteint 2,6 millions EUR, contre 2,5 millions EUR en 2011.

3.5. LE COMPLÉMENT AUX PRIX DES PRESTATIONS FOURNIES DANS LE CADRE DE L'ACCUEIL GÉRONTOLOGIQUE

La dépense relative à cette prestation varie avec l'évolution du nombre de bénéficiaires et avec celle du montant moyen. En 2012, le montant de la dépense a été de 7,8 millions EUR, contre 7,6 millions EUR en 2011.

3.6. LE FORFAIT D'ÉDUCATION

La dépense totale relative au forfait d'éducation pour l'exercice 2012 s'élève à 69,2 millions EUR, contre 72,2 millions EUR en 2011. Cette régression 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 2012, les prestations liquidées directement par le FNS se sont chiffrées à 28,0 millions EUR. Les régimes spéciaux se sont acquittés de 7,1 millions EUR et les caisses de pension ont alloué 34,1 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.

3.7. LES ALLOCATIONS ABOLIES

En 2012, le montant des dépenses de l'allocation compensatoire est de 0,38 millions EUR contre 0,44 millions EUR en 2011.

Le montant pour l'allocation de soins était d'environ 0,08 millions EUR en 2011 et est de 0,05 millions EUR en 2012. Le montant pour 2011 n'est pas connu entièrement, parce que le montant pour le mois de septembre 2011 fait défaut. Il a été estimé à un montant entre 0,005 millions EUR et 0,006 millions EUR. Pour les 11 autres mois, le montant total est de 0,074 millions EUR.

L'allocation pour personnes gravement handicapées est reprise par l'assurance dépendance depuis son introduction en 1999.

Année	Pensions FNS/ Revenu minimum garanti *)	Revenu pour personnes gravement handicapées **)	Allocation de vie chère (Allocations de chauffage) ***)	Pensions alimentaires	Accueil gérontologique	Forfait d'éducation ****)	Allocations compensatoires	Allocations de soins
1980	4,93	-	-	0,02	-	-	3,52	-
1985	6,41	-	1,02	0,26	-	-	7,91	-
1990	23,27	-	0,06	0,49	-	-	4,37	4,51
1995	42,47	-	0,01	0,68	-	-	2,71	8,58
2000	61,91	-	0,63	0,90	2,57	-	1,62	7,57
2005	103,52	1,92	5,72	1,24	5,64	47,89 ¹⁾	0,92	0,88
2006	104,68	10,83	7,64	1,41	5,63	75,01	0,82	0,65
2007	110,28	11,78	7,68	1,52	6,17	75,77	0,73	0,44
2008	109,11	15,44	12,03	1,69	6,74	76,10	0,64	0,26
2009	122,92	20,53	29,08	2,03	6,79	74,17	0,58	0,17
2010	137,28	24,92	32,94	2,29	7,29	73,62	0,51	0,13
2011	150,75	30,18	29,79 ²⁾	2,50	7,58	72,20	0,44	env. 0,08 ³⁾
2012	158,11	34,28	30,27	2,64	7,76	69,22	0,38	0,05

Tableau 1. - Récapitulation des dépenses pour prestations du FNS (en millions EUR)

*) Y compris part patronale dans les cotisations à l'assurance maladie.

**) Loi du 12 septembre 2003 sur le revenu pour personnes handicapées.

***) L'allocation de chauffage (2000-2008) a été remplacée par une allocation de vie chère en 2009.

****) Le montant de 45,63 mio EUR contient les arrérages dus depuis le 01.07.2002 (date de la mise en vigueur des dispositions de la loi du 28.06.2002 qui concernent le forfait d'éducation). Les dépenses du régime général sont retenues sur les cotisations baby-year, considérées en tant que avances aux prestations.

1) Inclus un remboursement de 6,18 mio EUR en faveur de la CPEP.

2) Un montant de 2,89 millions EUR a été imputé de trop en 2010 et est retranché en 2011 pour rectification.

3) Estimation, parce que le montant de l'allocation de soins pour le mois de septembre fait défaut (pour 11 mois: 0,074 mio EUR).

Pour de plus amples informations ou statistiques concernant l'inclusion sociale, veuillez consulter notre site internet www.statsecu.public.lu.

