

Bulletin luxembourgeois des questions sociales
2021 Volume 38

Norbert Lindenlaub_Editorial **Cris Santos Neves**_Analyse de l'évolution des dépenses et des recettes de l'assurance dépendance entre 2007 et 2017 et aperçu de la situation financière 2018 à 2024 **Linda Schumacher**_Une analyse de certains prérequis nécessaires à une intelligence artificielle centrée sur les patients et les professionnels de santé



a l o s s

association luxembourgeoise
des organismes de sécurité sociale

125, route d'Esch
L-1471 Luxembourg
www.aloss.lu

ISSN 2071-2486

Les articles reproduits n'engagent que la responsabilité
de leurs auteurs et non les administrations et les
institutions dont ils relèvent.

Chères lectrices, chers lecteurs,

Le premier auteur du numéro 38 du Bulletin luxembourgeois des questions sociales est Monsieur **Cris Santos Neves**, à l'époque de la rédaction affecté au Département Finances - Service Budget de la Caisse nationale santé.

Le sujet est l'**Analyse de l'évolution des dépenses et recettes de l'assurance dépendance entre 2007 et 2017 et aperçu de la situation financière 2018 à 2024**. Les objectifs recherchés comprennent une étude historique, le suivi des évolutions législatives ainsi que des projections pour le futur.

L'Assurance dépendance a été créée en 1999. La loi initiale a été sujet d'adaptations à 15 reprises. 7 règlements grand-ducaux définissent les modalités d'exécution.

Voici quelques éléments clé :

- En 2021, le nombre présumé de bénéficiaires est de 8.729 personnes soignées à domicile et de 5.218 personnes soignées en établissements d'aides et de soins, dont les établissements relevant du secteur du handicap. S'y ajoutent plus de 2.000 personnes qui ne bénéficient que d'aides techniques prises en charge par l'Assurance dépendance. Les statistiques historiques font référence à un ordre de grandeur de 6.000 bénéficiaires en 1999;
- Le secteur d'aides et de soins de longue durée s'appuie sur 30 centres intégrés pour personnes âgées, 22 maisons de soins et 13 logements encadrés. Les foyers de jour sont au nombre de 38. Il y a 14 réseaux d'aides et de soins dans le cadre du maintien à domicile. Sans oublier les 44 structures et services pour personnes en situation de handicap ;
- Les prestataires œuvrant dans le secteur d'aides et de soins de longue durée emploient plus de 11.000 salariés. 4 des 20 plus grands employeurs du Grand-Duché relèvent du secteur de soins de longue durée. En 1999 les statistiques ont fait état de 2433 salariés travaillant dans le secteur.

L'analyse des finances dans le mémoire de Monsieur Santos Neves atteste une situation globalement favorable, certes non dispensée de défis et à surveiller avec vigilance.

Le Bulletin luxembourgeois des questions sociales a thématisé l'Assurance dépendance à 10 reprises.

L'auteure du deuxième texte est Madame **Linda Schumacher**, juriste et conseillère au Ministère de la Santé. Son thème est ***Une intelligence artificielle de confiance au service du système de santé - Une analyse de certains prérequis nécessaires à une intelligence artificielle centrée sur les patients et les professionnels de santé.***

L'article a fait l'objet d'une publication au Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance maladie édité par l'Institut Droit et Santé de l'Université de Paris (Numéro 28 - 2021). Il est important de le faire connaître également à un public luxembourgeois.

L'intelligence artificielle présuppose le traitement d'une grande quantité de données. Et dans le secteur de la santé il y en a.

Cela engendre des opportunités, pour la science bien évidemment, mais également des risques, notamment parce que les données de santé ont des intérêts pour des finalités autres que celle de la santé.

Comme l'exprime si bien l'auteure *pour que les mutations engendrées par l'intelligence artificielle constituent une réelle opportunité et s'intègrent dans nos valeurs culturelles, éthiques et sociales, l'homme doit rester au centre des préoccupations.*

L'ensemble des numéros du Bulletin luxembourgeois des questions sociales des textes est disponible sur le site internet www.aloss.lu.



a l o s s

association luxembourgeoise
des organismes de sécurité sociale

Norbert Lindenlaub

Président

ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES ET DES RECETTES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE ENTRE 2007 ET 2017 ET APERÇU DE LA SITUATION FINANCIÈRE 2018 À 2024

Cris Santos Neves

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

Mémoire de fin de stage, octobre 2020

Patron de stage : Jean-Marie Rossler

I. INTRODUCTION

L'assurance dépendance a été introduite le 1^{er} janvier 1999 au Luxembourg sur base de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance ¹⁾ et est gérée tout comme l'assurance maladie-maternité par la Caisse nationale de santé (CNS).

Ladite loi introduit l'objet de l'assurance dépendance, qui est la prise en charge des aides et soins, des adaptations logement et des aides techniques de la personne dépendante.

Pour pouvoir bénéficier de l'assurance dépendance, l'assuré doit obligatoirement, selon la loi précitée, nécessiter suite à une maladie, l'aide d'un tiers pour les actes essentiels de la vie, que sont l'hygiène corporelle, la nutrition et la mobilité, pour un minimum de 3,5 heures par semaine pendant une période minimale de six mois.

Selon le degré de dépendance déterminé par l'Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) ²⁾, la personne dépendante a le choix d'être soit assistée à son domicile soit placée en établissement d'aides et de soins.

Cette assistance est faite au moyen d'aides et de soins qui sont donc prestés par des réseaux d'aides et de soins (RAS) et/ou des centres semi-stationnaire (CSS), soit par des établissements à séjour continu (ESC) ou par

1) Loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance, Mémorial A – N°48

2) Avant la réforme de 2018, l'AEC avait la dénomination de Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO)

des établissements à séjour intermittent (ESI) dans le cas de personnes handicapées. Aussi, à domicile, un aidant peut réaliser totalement ou partiellement les aides et soins. La personne dépendante perçoit alors des prestations en espèces proportionnellement à la durée pendant laquelle les aides et soins sont fournis par l'aidant. Une personne dépendante peut aussi recevoir des prestations combinées, c'est-à-dire des prestations en nature et des prestations en espèces, dans le cas où elle bénéficie d'aides et soins de la part de son aidant et d'un RAS.

A côté des aides et soins, une personne dépendante peut bénéficier d'aides techniques sous forme par exemple d'adaptations de sa voiture, d'une chaise roulante ou encore d'adaptations de son logement.

L'assurance dépendance prend également en charge les allocations spéciales pour personnes gravement handicapées (ASPGH) et les allocations de soins. Ces allocations existaient déjà bien avant l'introduction de l'assurance dépendance. Les bénéficiaires d'une de ces allocations maintiennent ce droit aussi longtemps qu'ils ne bénéficient pas de l'assurance dépendance.

Tout assuré nécessitant des prestations de l'assurance dépendance est obligatoirement évalué par l'AEC, sauf dans les cas d'un titre de prise en charge pour soins palliatifs qui donne automatiquement droit aux prestations de l'assurance dépendance.

Le présent mémoire a pour sujet principal l'analyse des finances de l'assurance dépendance de 2007 à 2017 et est subdivisé en quatre parties. La première partie donne un bref aperçu des principaux changements législatifs ayant un impact sur les finances de l'assurance dépendance sur la période analysée. La deuxième partie consiste en l'analyse des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance pour les années 2007 à 2017. Ensuite une vue plus générale de la situation financière de l'assurance dépendance pour les années 2018 à 2024 ainsi qu'un résumé des principaux changements émanant des réformes entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018 ³⁾ et les adaptations introduites au 1^{er} septembre 2018 ⁴⁾, constituent la troisième et dernière partie du travail de réflexion.

3) Loi du 29 août 2017 portant modification du Code de la sécurité sociale, Mémorial A – N°778

4) Loi du 10 août 2018 modifiant le Code de la sécurité sociale, Mémorial A – N°703

II. IMPACTS FINANCIERS DE CHANGEMENTS LÉGISLATIFS

La période 2007 à 2017 est impactée par plusieurs lois entrées en vigueur au cours de ladite période. Tout d'abord la loi du 23 décembre 2005 modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007. Ladite loi apporte certaines modifications qui ont une incidence financière, à savoir :

- A partir du 1^{er} janvier 2007, quatre valeurs monétaires sont fixées séparément pour les réseaux d'aides et de soins (RAS), les centres semi-stationnaires (CSS), les établissements d'aides et de soins à séjour continu (ESC) et les établissements à séjour intermittent (ESI).
- La hausse de certains plafonds de la durée de prise en charge : le plafond pour actes essentiels de la vie (AEV) passe de 24,5 h/semaine à 38,5 h/semaine, le plafond pour les actes de soutien passe de 12 h/semaine à 14 h/semaine.
- En cas de maintien à domicile, le montant forfaitaire accordé pour produits nécessaires aux aides et soins passe de 7,44 euros au n.i. 100 par mois à 14,32 euros au n.i. 100 par mois.
- En ESC, le coût des produits nécessaires aux aides et soins est intégré dans la valeur monétaire et non plus versé à la personne dépendante sous forme d'un forfait.
- En cas de paiement de prestations en espèces, le droit à la prestation en espèces touchée la semaine précédant l'hospitalisation est maintenu pendant les trois semaines qui suivent cette admission. Toutefois, en cas de séjours successifs, le maintien du droit aux prestations en espèces ne peut dépasser vingt-et-un jours par année.
- La majoration vacances, visant la prise en charge du remplacement pendant trois semaines de la personne assurant des aides et soins de la personne dépendante à domicile n'est plus prise en charge.

De plus, la loi du 13 mai 2008 portant introduction du statut unique entraîne une importante réforme de l'organisation de la sécurité sociale. Celle-ci résulte en la création de la CNS en fusionnant les caisses de maladie du secteur privé et l'Union des caisses de maladie (UCM). Conformément à l'article 380 du code des assurances sociales, la gestion de l'assurance dépendance, avant 2009, était assumée par l'UCM. Cependant, à partir du 1^{er} janvier 2009, la gestion de l'assurance dépendance est assumée par la CNS.

Enfin, à partir de l'exercice prestation 2015, les critères d'évaluation à appliquer par la CEO ont été redéfinis dans le cadre du paquet d'avenir. Pour compenser les découverts inévitables et imprévisibles au titre des exercices de prestation 2015 à 2017 des prestataires dus à cette nouvelle définition,

l'État intervient en conséquence par le paiement d'une subvention unique maximale de 30 millions d'euros à la CNS, à répartir sur les exercices comptables 2016 à 2018 et une subvention supplémentaire de 8 millions d'euros sur l'exercice comptable 2019.

Deux autres réformes, introduites en janvier et en septembre 2018, ont un impact important sur l'assurance dépendance, tant sur la gestion que sur l'aspect financier. Les changements apportés par les deux nouvelles lois sont énumérés au point VII.

III. CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

En 2017, 835.000 personnes sont affiliées auprès de la CNS au Luxembourg, dont 65,5% sont résidents et 34,5% non-résidents. Les assurés actifs représentent 83,3% et les assurés pensionnés 16,7% de la population totale protégée. L'assurance dépendance compte 14.297 bénéficiaires en 2017, dont 96,9% de résidents et 3,1% de non-résidents. Le nombre de bénéficiaires au Luxembourg en 2017 est de 13.855, ce qui équivaut à une part de 96,9% des bénéficiaires de l'assurance dépendance. Par nombre de bénéficiaires par année, il y a lieu d'entendre la moyenne annuelle des nombres mensuels de bénéficiaires. Le nombre mensuel est établi en comptant le nombre de personnes bénéficiant d'un plan pendant le mois respectif.

En 2007, 649.614 personnes étaient affiliées, soit 185.388 personnes de moins qu'en 2017. Les résidents représentaient 70,5% et les non-résidents 29,5% de la population totale affiliée.

En 2007, la part des bénéficiaires de l'assurance dépendance par rapport à la population totale affiliée, soit le taux de dépendance s'élève à 1,6% pour passer à 1,7% en 2017.

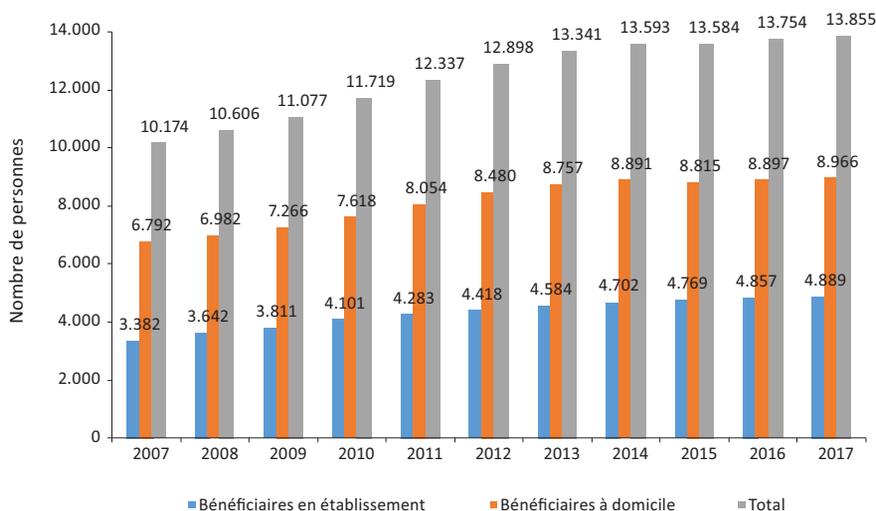
La proportion de bénéficiaires de l'assurance dépendance résidant au Luxembourg représente en moyenne 97,3% des bénéficiaires entre 2007 et 2017. Les bénéficiaires à l'étranger ne représentent qu'une part minime d'en moyenne 2,7% des bénéficiaires sur la même période, avec tout de même une légère tendance à la hausse. En effet, les bénéficiaires de prestations servies à l'étranger représentaient 2,3% des bénéficiaires totaux, soit 243 personnes, en 2007 et atteignent une part de 3,1% en 2017, soit 442 personnes.

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Pop. Protégée	649.614	669.953	681.958	699.539	720.310	739.862	756.185	773.061	793.044	813.124	835.002	28,5%	2,5%
Var. en %	3,4%	3,1%	1,8%	2,6%	3,0%	2,7%	2,2%	2,2%	2,6%	2,5%	2,7%		
Pop. Protégée résid.	457.700	464.832	470.660	478.720	488.268	499.276	508.712	518.168	526.513	536.423	546.523	19,4%	1,8%
Var. en %	1,5%	1,6%	1,3%	1,7%	2,0%	2,3%	1,9%	1,9%	1,6%	1,9%	1,9%		
Nbre de bénéf. résid.	10.174	10.606	11.077	11.719	12.337	12.898	13.341	13.593	13.584	13.754	13.855	36,2%	3,1%
Var. en %	3,1%	4,3%	4,4%	5,8%	5,3%	4,5%	3,4%	1,9%	-0,1%	1,3%	0,7%		

La population protégée résidente présente une variation de 19,4% sur la période de 2007 à 2017 avec un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 1,8%. Le nombre de bénéficiaires résidents quant à lui évolue plus fortement, à savoir de 36,2% et présente un TCAM de 3,1%.

a. Population dépendante résidente

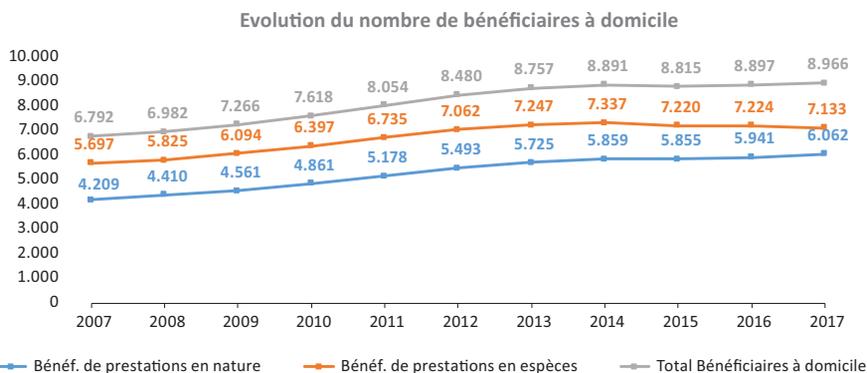
Répartition entre bénéficiaires à domicile et en établissement au Luxembourg



Le graphique ci-dessus montre la répartition des bénéficiaires au Luxembourg de l'assurance dépendance à domicile et en établissement.

En 2007, le nombre de bénéficiaires, à domicile et en établissement confondu, est de 10.174 pour passer à 13.855 en 2017, soit une hausse de 3.681 bénéficiaires, soit une variation de 36,2% entre 2007 et 2017 et qui correspond à un TCAM de 3,1%.

Bénéficiaires à domicile



Le nombre total de bénéficiaires d'aides et soins à domicile augmente de 2.174 personnes entre 2007 et 2017 ce qui correspond à un taux d'évolution de 32,0%. Sauf en 2015, où le nombre de bénéficiaires a diminué de 0,9%, les bénéficiaires à domicile ont toujours connu une évolution positive. Le TCAM des bénéficiaires à domicile est de 2,8% entre 2007 et 2017, ce qui signifie qu'entre 2007 et 2017, le nombre de bénéficiaires à domicile augmente en moyenne de 2,8% tous les ans.

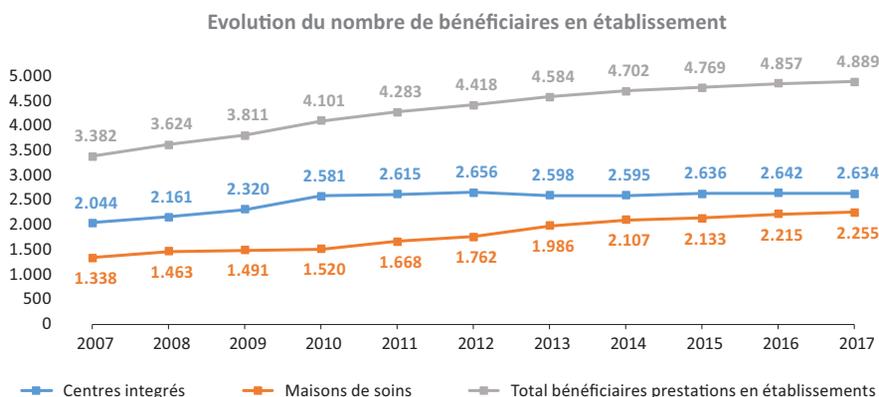
Les bénéficiaires de prestations en nature connaissent la plus forte hausse sur la période étudiée, à savoir une variation de 44,0% soit une augmentation de 1.853 personnes. Le TCAM pour cette période s'élève à 3,7%.

Les bénéficiaires de prestations en espèces augmentent de 1.436 personnes sur ladite période, passant de 5.697 personnes en 2007 à 7.133 personnes en 2017, soit une variation de 25,2% ou un TCAM de 2,3%.

En 2007, 62,0% des bénéficiaires de prestations à domicile touchent des prestations en nature contre 67,6% en 2017. Les prestations en nature sont des prestations d'aides et de soins prestées par des réseaux d'aides et de soins, des centres semi-stationnaires ou des établissements à séjour intermittent directement prises en charge par l'assurance dépendance.

La part des bénéficiaires à domicile touchant des prestations en espèces, dans le cas de prestations d'un aidant, diminue légèrement pour passer de 83,9% en 2007 à 79,6% en 2017.

Bénéficiaires en établissement



La part des bénéficiaires en établissement passe de 33,2% en 2007 à 35,3% en 2017, soit une augmentation de 1.507 bénéficiaires en 10 ans, soit une variation de 44,6%, qui équivaut à un TCAM de 3,8%. Par conséquent, la part des bénéficiaires à domicile passe de 66,8% en 2007 à 64,7% en 2017.

Les prestations d'aides et soins en établissement sont partagées entre les centres intégrés pour personnes âgées et les maisons de soins.

Le nombre de bénéficiaires en maisons de soins, bien qu'inférieur au nombre de bénéficiaires en centres intégrés, évolue plus rapidement. En effet, les personnes présentes en maisons de soins augmentent de 917 entre 2007 et 2017, soit un TCAM de 5,4%, contre une augmentation de 590 personnes entre 2007 et 2017 en centres intégrés, soit un TCAM de 2,6%.

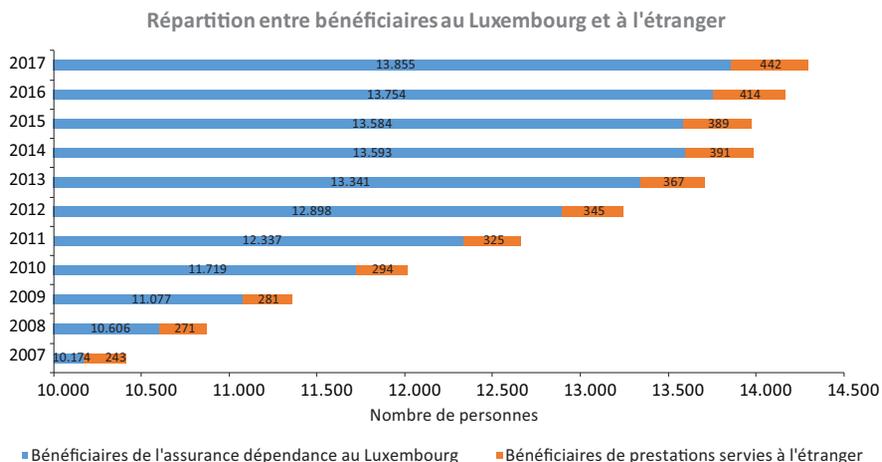
Ainsi, la part des bénéficiaires en maisons de soins passe de 39,6% en 2007 à 46,1% en 2017. Les bénéficiaires en centres intégrés représentent toujours plus de la moitié des bénéficiaires en établissements, et sont passés d'un poids de 60,4% en 2007 à 53,9% en 2017.

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. TCAM 17/07 17/07	
	Bénéficiaires en établissement	3.382	3.624	3.811	4.101	4.283	4.418	4.584	4.702	4.769	4.857	4.889	44,6%
Bénéficiaires à domicile	6.792	6.982	7.266	7.618	8.054	8.480	8.757	8.891	8.815	8.897	8.966	32,0%	2,82%
Total	10.174	10.606	11.077	11.719	12.337	12.898	13.341	13.593	13.584	13.754	13.855	36,2%	3,14%
Poids des Bénéficiaires en établ.	33,2%	34,2%	34,4%	35,0%	34,7%	34,3%	34,4%	34,6%	35,1%	35,3%	35,3%		
Poids des Bénéficiaires à dom.	66,8%	65,8%	65,6%	65,0%	65,3%	65,7%	65,6%	65,4%	64,9%	64,7%	64,7%		

b. Population dépendante non-résidente

Pour les prestations servies à l'étranger une distinction est faite entre les prestations en espèces exportables à l'étranger et les prestations en nature, c'est-à-dire les prestations à payer aux institutions de sécurité sociale étrangères conformément aux conventions internationales.

Les prestations en espèces sont dues par le pays où est assuré le bénéficiaire, alors que les prestations en nature sont dues par le pays de résidence du bénéficiaire conformément au règlement 883 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Ainsi, dans le cas des frontaliers (assurés au Luxembourg mais résidant dans un pays autre que le Luxembourg), le Luxembourg est uniquement compétent pour la prise en charge des prestations en espèces, lorsque l'assuré fait appel à un aidant. Dans tous les autres cas, la prise en charge des prestations en nature doit se faire dans un premier temps par le pays de résidence de l'assuré. La prise en charge effective revient à la caisse à laquelle le bénéficiaire est assuré. Cela est le cas pour les pays qui font la distinction entre l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance, à savoir la Belgique et l'Allemagne. Les décomptes transmis par l'organisme compétent français ne renferment, quant à eux, pas de prestations dépendance. En particulier, le redressement entre l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance comptabilisé à la clôture comptable, ne prend en compte que les décomptes des pays limitrophes qui représentent 97% du total des soins de santé à l'étranger.



Le nombre de bénéficiaires de prestations en espèces transférées à l'étranger s'élève à 243 personnes en 2007. Ce nombre a augmenté de façon significative jusqu'en 2014 pour ensuite connaître une baisse en 2015 de

0,5% et pour repartir à la hausse de nouveau en 2016 en dépassant ainsi la barre des 400 bénéficiaires. En 2017, le nombre de bénéficiaires se situe à 442 personnes et s'est accru de 81,9% par rapport à 2007. Le TCAM entre 2007 et 2017 est de 6,2% pour les bénéficiaires à l'étranger, donc bien supérieur au taux de 3,1% pour les bénéficiaires de l'assurance dépendance au Luxembourg mais similaire à l'évolution du nombre des coassurés non-résidents présentant un TCAM de 7,3% sur cette période. Une part importante du nombre de bénéficiaires à l'étranger sont des enfants mineurs.

Concernant les prestations à payer aux institutions de sécurité sociale étrangères conformément aux conventions, les données ne renseignent pas le nombre de bénéficiaires. Les dépenses à imputer à l'assurance dépendance sont déterminées en appliquant la méthode suivante : les institutions allemandes et belges communiquaient annuellement à la CNS le coût moyen des prestations, calculé par leurs soins, pour les catégories « pensionnés » et « frontaliers » ainsi que la quote-part dépendance qui est comprise dans le coût moyen annuel. Comme les décomptes en provenance de la France ne renferment pas de prestations relatives à la dépendance, aucun redressement n'est à faire pour ce pays.

Depuis l'introduction du règlement européen 883 et de son application à partir de 2010, les décomptes entre pays sont tous payés suivant frais effectifs et plus, dans certains cas, de façon forfaitaire. En conséquence les États membres n'ont plus l'obligation d'établir un coût moyen.

Ainsi la situation actuelle est telle, que l'Allemagne a fourni le taux de dépendance compris dans le coût moyen jusqu'en 2013 et la Belgique jusqu'en 2015. N'obtenant plus de taux de dépendance de la part de l'Allemagne et de la Belgique, la CNS estime le taux de dépendance desdits pays en se basant sur les taux historiques.

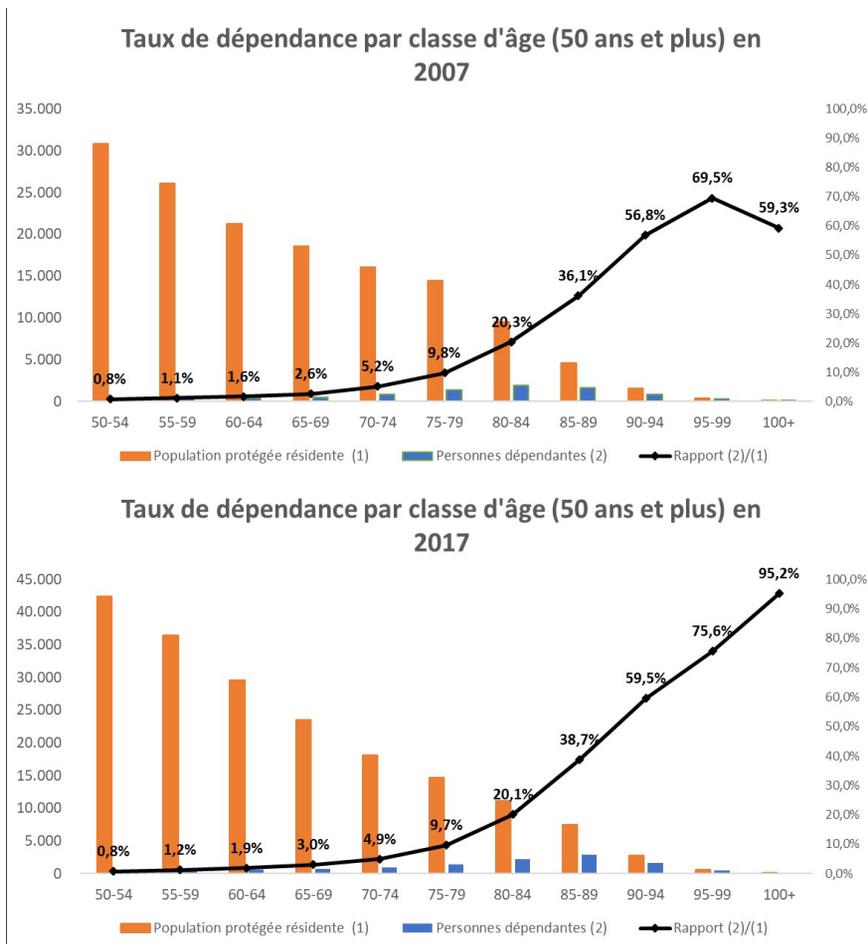
La thématique du redressement de prestations entre l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance sera traitée plus en détail dans le point VIII du présent mémoire.

c. Taux de dépendance

Le taux de dépendance est le rapport entre le nombre de bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance et le nombre de personnes protégées de l'assurance dépendance. En particulier, le taux de dépendance de la population résidente se situe en 2007 à 2,2%, soit 10.174 bénéficiaires de l'assurance dépendance par rapport à 457.700 assurés. Le taux de dépendance le plus élevé est de 2,6% pour les années 2013 et 2014. En 2017, il se situe à 2,5%.

Les deux graphiques ci-après illustrent le taux de dépendance de la population résidente en 2007 et en 2017 à partir de l'âge de 50 ans. Le choix

de ne pas analyser les tranches d'âge inférieures à 50 ans, s'explique par le fait que la grande majorité des bénéficiaires de l'assurance dépendance ont plus de 50 ans. En effet, la proportion de la population âgée de plus de 50 ans équivaut à 87,5% en 2007 et à 86,9% en 2017 de la population dépendante.



Ainsi pour 2017, la population résidente âgée de moins de 70 ans se situe sous la barre des 5% de taux de dépendance. Le taux de dépendance augmente avec l'âge. Pour les personnes âgées entre 75 et 79 ans, le taux de dépendance est proche de 10%. A partir de 80 ans, le taux de dépendance augmente plus rapidement. En effet, entre 80 et 89 ans, le taux de dépendance se situe entre 20,1% et 38,7% et entre 59,5% et 75,6% pour les personnes âgées entre 90 et 99 ans. Le taux de dépendance le plus élevé se situe à 95,2% pour les personnes de plus de 100 ans. En 2017, le nombre de personnes dépendantes de plus de 100 ans (59 personnes) est très

proche du nombre de la population protégée résidente du même âge (62 personnes), ce qui explique le taux de 95,2%.

La répartition du taux de dépendance en 2007 est très similaire à celle en 2017. L'unique différence majeure est le taux de dépendance pour la population de plus de 100 ans. Le taux de dépendance se situe à 59,3% en 2007, alors qu'en 2017 il augmente et s'établit à 95,2%. Ceci est dû au fait qu'en 2007, il y avait 32 personnes dépendantes de plus de 100 ans pour une population résidente du même groupe d'âge de 54 personnes.

IV. SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE DE 2007 À 2017

Le tableau ci-dessous illustre la situation financière de l'assurance dépendance pour les exercices 2007 à 2017, ceci suivant la date prestation. Cette vue permet de donner une vue réelle des recettes et des dépenses courantes effectives pour les années en question. Les dépenses courantes suivant l'exercice prestation reprennent par année exactement les dépenses qui se réfèrent à l'année en question, alors que la vue comptable présente des dépenses courantes qui renferment les dépenses se rapportant à divers exercices de prestation.

Les montants liés au mécanisme de compensation ne sont pas inclus dans le tableau ci-dessous afin de ne pas fausser la vue générale sur la situation financière de l'assurance dépendance de 2015 à 2017. En effet, ces prestations ne font que transiter à travers les comptes de la CNS et sont remboursées par l'État. De plus amples explications quant au mécanisme de compensation suivront au point b.3.4 sous « VI. Analyse de l'évolution des dépenses de l'assurance dépendance de 2007 à 2017 ».

Situation financière de l'assurance dépendance de 2007 à 2017											
Montants en millions d'euros	à la date prestation										
Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Echelle mobile des salaires	668,46	682,39	699,44	711,07	724,34	742,44	761,00	775,17	775,17	775,17	794,54
Variation annuelle en %	1,0%	2,1%	2,5%	1,7%	1,9%	2,5%	2,5%	1,9%	0,0%	0,0%	2,5%
Recettes courantes	399,0	413,9	414,4	426,6	444,1	499,1	552,3	582,7	591,3	615,7	653,5
Variation annuelle en %	26,1%	3,7%	0,1%	3,0%	4,1%	12,4%	10,7%	5,5%	1,5%	4,1%	6,1%
Dépenses courantes	336,5	368,0	405,8	439,7	471,8	512,3	549,0	577,4	571,8	584,7	602,4
Variation annuelle en %	3,1%	9,4%	10,3%	8,4%	7,3%	8,6%	7,2%	5,2%	-1,0%	2,3%	3,0%
Solde des opérations courantes	62,5	45,9	8,6	-13,0	-27,7	-13,1	3,3	5,3	19,5	31,0	51,2
Solde global cumulé (SGC)	179,9	225,8	234,4	221,4	193,6	180,5	183,8	189,2	208,6	239,7	290,8
Dot(+)/Prél.(-) au Fdr	1,0	3,1	3,8	3,4	3,2	4,0	3,7	2,8	-0,6	1,3	1,8
Fonds de roulement minimum	33,7	36,8	40,6	44,0	47,2	51,2	54,9	57,7	57,2	58,5	60,2
Résultat de l'exercice	61,5	42,7	4,8	-16,4	-30,9	-17,2	-0,3	2,5	20,0	29,7	49,4
Résultat cumulé	146,3	189,0	193,8	177,4	146,5	129,3	128,9	131,4	151,5	181,2	230,6
Taux Réserve	53,5%	61,4%	57,8%	50,3%	41,0%	35,2%	33,5%	32,8%	36,5%	41,0%	48,3%

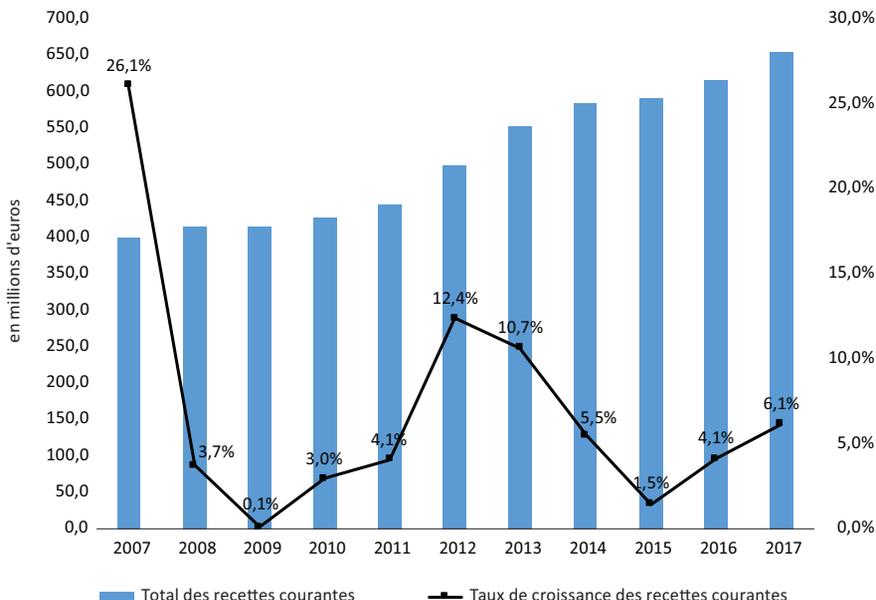
La hausse du taux de cotisation assurance dépendance de 1,0% à 1,4% à partir du 1^{er} janvier 2007 a eu pour conséquence de produire un résultat de l'exercice largement positif de 61,5 millions d'euros après trois années consécutives de résultats négatifs. Cette situation excédentaire a perduré jusqu'en 2009. En 2010 et 2011, la situation s'aggrave et le résultat de l'exercice baisse à un niveau de -16,4 millions d'euros en 2010 et à un niveau de -30,9 millions d'euros en 2011. C'est grâce à la hausse de la participation de l'État en 2012 portée à 35% des dépenses courantes, que le déficit de l'exercice a pu être réduit à -17,2 millions d'euros en 2012. La nouvelle hausse de la participation de l'État en 2013 à un niveau de 40% des dépenses courantes permet d'équilibrer le résultat de l'exercice. Les mesures prises dans le cadre du « Budget nouvelle génération » (BNG) ainsi que la situation économique favorable a permis d'avoir des excédents confortables au cours des années 2015 à 2017. La situation financière de l'assurance dépendance en 2017 est largement positive avec un solde des opérations courantes à hauteur de 51,2 millions d'euros, ce qui porte la réserve globale à 230,6 millions d'euros de sorte que celle-ci représente 48,3% des dépenses courantes. La réserve minimale légale de 10% du montant annuel des dépenses, fixée à l'article 375 du CSS, est clairement dépassée et la situation financière de l'assurance dépendance peut être qualifiée de favorable. Ainsi, le fonds de roulement minimum passe de 33,7 millions d'euros en 2007 à 60,2 millions en 2017.

V. ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES RECETTES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE DE 2007 À 2017

a. Introduction

Le poste des recettes est constitué de cotisations, de participations de tiers, de produits divers en provenance de tiers, de produits financiers et de recettes diverses. Ces recettes permettent de financer les dépenses de l'assurance dépendance.

Evolution des recettes courantes de l'assurance dépendance de 2007 à 2017



Le taux de variation de 26,1% en 2007, s'explique par la hausse du taux de cotisation qui est passé de 1,0% à 1,4% au 1^{er} janvier 2007. Sur la période analysée, les recettes évoluent toujours positivement avec des pics de croissance en 2012 et 2013, de 12,4% respectivement de 10,7%. La croissance globale au cours de la période étudiée des recettes courantes s'élève à 63,8%. Le TCAM entre 2007 et 2017 est de 5,1%, ce qui signifie qu'en moyenne les recettes courantes augmentent de 5,1% sur la période énoncée.

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Total des recettes courantes (en mio. d'euros)	399,0	413,9	414,4	426,7	444,1	499,1	552,3	582,7	591,2	615,6	653,5	63,8%	5,1%
Var. en %	26,1%	3,7%	0,1%	3,0%	4,1%	12,4%	10,7%	5,5%	1,5%	4,1%	6,1%		

Les cotisations à elles seules représentent 63,0% du total des recettes courantes en 2007, soit 251,5 millions d'euros, pour atteindre même un taux de 67,3% en 2011, soit 298,7 millions d'euros. Après avoir connu de légères baisses jusqu'en 2014, la part des cotisations remonte et atteint les 62,6%, soit 409,1 millions d'euros en 2017. Les éléments qui impactent principalement les cotisations sont le nombre d'assurés et les revenus soumis à la cotisation. À savoir les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine.

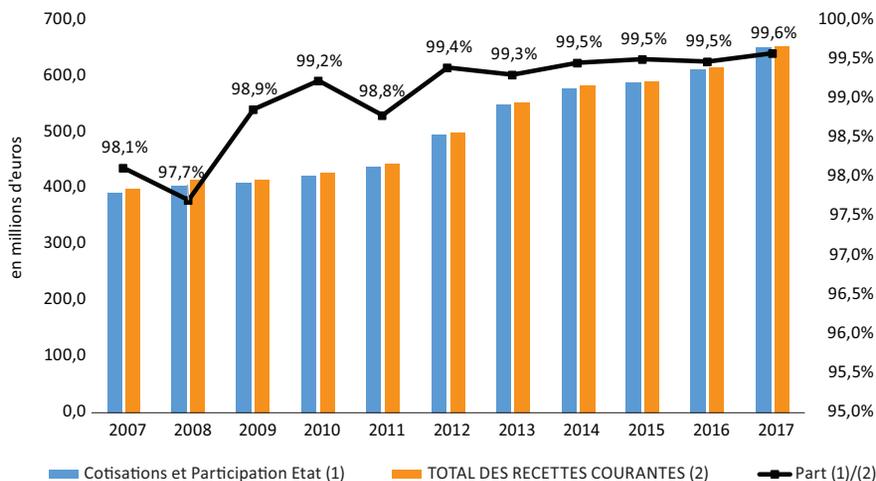
Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne 17/07
Cotisations	63,0%	63,9%	65,1%	66,4%	67,3%	63,2%	59,3%	59,6%	60,9%	61,4%	62,6%	63,0%
Participation de tiers	35,5%	34,3%	34,3%	33,3%	32,0%	36,6%	40,4%	40,1%	39,0%	38,4%	37,3%	36,5%
Produits divers en provenance de tiers	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Produits financiers	1,0%	1,6%	0,4%	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Recettes diverses	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%	0,3%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
Total des recettes courantes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Le taux de cotisation de l'assurance dépendance est passé de 1,0% à 1,4% au 1^{er} janvier 2007 et reste constant depuis.

Avant 2007, la participation de l'État était fixée à 45% des dépenses courantes. Entre 2007 et 2011 la participation de l'État était fixée forfaitairement à 140 millions d'euros⁵⁾. A partir de 2012, la participation de l'État représente 35% des dépenses courantes⁶⁾ et à partir de 2013, elle en représente 40% des dépenses courantes⁷⁾.

Les cotisations ainsi que la participation de l'État représentent donc la quasi-totalité des recettes, comme l'indique le graphique ci-dessous. En 2010 et depuis 2012, ce taux se situe même au-dessus de 99,0% pour atteindre les 99,6% en 2017, soit 650,8 millions d'euros.

Part des cotisations et de la participation de l'Etat dans les recettes courantes de 2007 à 2017



5) Article 375 du Code de la sécurité sociale

6) Article 38 de la loi du 16 décembre 2011 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2012

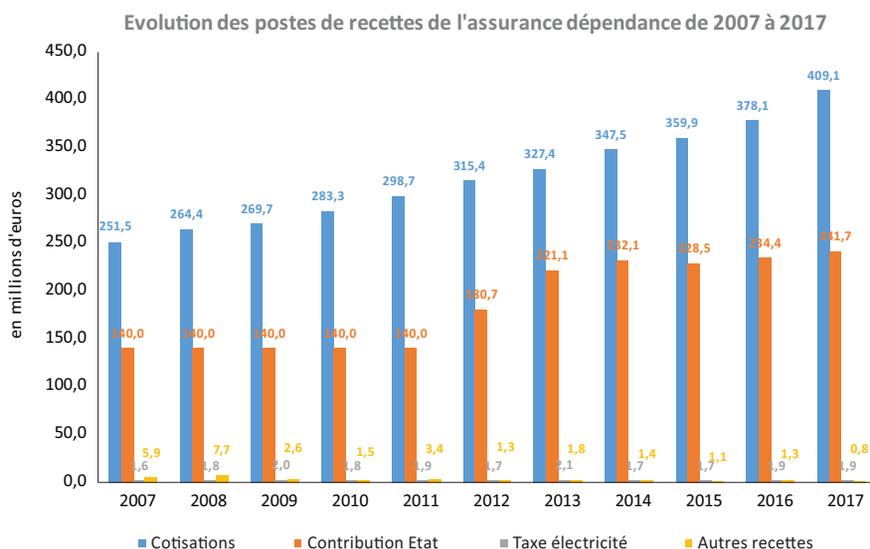
7) Article 37 de la loi du 16 décembre 2011 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État

b. Évolution des recettes de l'assurance dépendance de 2007 à 2017

Les recettes de l'assurance dépendance représentent 653,3 millions d'euros en 2017 contre 399,0 millions d'euros en 2007, soit une croissance de 63,8%.

Le graphique ci-dessous regroupe les sources de financement de l'assurance dépendance : les cotisations (des assurés actifs, des assurés pensionnés et sur le patrimoine), la contribution de l'État, la taxe électricité et les autres recettes.

Le poste « autres recettes » regroupe les produits divers en provenance de tiers, les produits financiers et les recettes diverses. Le choix de regrouper ces trois catégories se justifie par leur faible impact sur les recettes. En 2007, le poste « autres recettes » ne représente que 1,5% des recettes, soit 5,9 millions d'euros et uniquement 0,1%, soit 0,8 million d'euros en 2017. Ceci équivaut à un TCAM négatif de 18,1%.



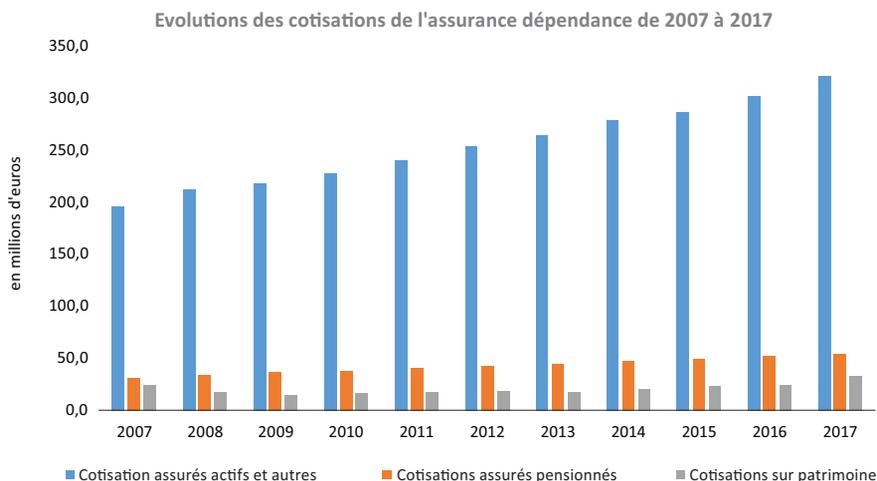
Les cotisations

L'assiette de la contribution dépendance est constituée par les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine. La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est déterminée sur base de l'assiette prévue à l'article 38 du Code de la sécurité sociale, et ce sans application d'un minimum et d'un maximum cotisable.

Par ailleurs, pour les personnes visées à l'article 1^{er} du CSS sous 1) à 3) et 6) à 12), l'assiette mensuelle est réduite d'un abattement correspondant à un quart du salaire social minimum pour un ouvrier non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

Les cotisations évoluent à la hausse tout au long de la période 2007 à 2017 avec un TCAM de 5,0%. En 2007, les cotisations se chiffrent à 251,5 millions d'euros contre 409,1 millions d'euros en 2017 correspondant à une croissance de 62,6%. La plus forte hausse a eu lieu en 2017 avec une évolution de 8,2%, passant de 378,1 millions d'euros en 2016 à 409,1 millions d'euros en 2017.

Ci-après, le graphique illustre la part prédominante des cotisations des assurés actifs qui varie de 77,7% à 81,0% entre 2007 et 2017. Les cotisations provenant des assurés pensionnés représentent en moyenne une part de 13,5% des cotisations dans ladite période. Les revenus du patrimoine⁸⁾, en d'autres mots le revenu net provenant de capitaux mobiliers, de la location de biens et les revenus nets divers, représente en moyenne une part de 6,6%.



Les trois postes de cotisations ont un TCAM positif: 5,1% pour les cotisations des assurés actifs, 5,6% pour les cotisations des assurés pensionnés et 3,1% pour les cotisations sur patrimoine.

8) Article 378 du Code de la sécurité sociale

Assurés actifs et non pensionnés

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Cotisations Actifs et autres (en mio. d'euros)	195,5	213,0	218,5	228,3	239,6	253,8	264,2	278,3	287,2	301,2	321,3	64,4%	5,1%
Var. en %	50,7%	8,9%	2,6%	4,5%	5,0%	5,9%	4,1%	5,4%	3,2%	4,9%	6,7%		
Nombre indice	668,46	682,39	699,44	711,07	724,34	742,44	761,00	775,17	775,17	775,17	794,54	18,9%	1,7%
Var. en %	2,3%	2,1%	2,5%	1,7%	1,9%	2,5%	2,5%	1,9%	0,0%	0,0%	2,5%		
Cotisations Actifs et autres au n.i.100	29,2	31,2	31,2	32,1	33,1	34,2	34,7	35,9	37,1	38,9	40,4	38,3%	3,3%
Var. en %	47,3%	6,7%	0,1%	2,7%	3,1%	3,3%	1,5%	3,4%	3,2%	4,9%	4,1%		
Masse cot. Assurés actifs et autres au n.i. 100	2.089	2.229	2.232	2.293	2.363	2.442	2.480	2.565	2.647	2.775	2.889	38,3%	3,3%
Var. en %	5,2%	6,7%	0,1%	2,7%	3,1%	3,3%	1,5%	3,4%	3,2%	4,9%	4,1%		
Nbre assurés actifs	349.788	365.914	372.636	379.648	390.424	400.260	408.686	417.735	427.528	439.606	454.565	30,0%	2,7%
Var. en %	4,3%	4,6%	1,8%	1,9%	2,8%	2,6%	2,0%	2,2%	2,3%	2,8%	3,4%		
Revenu moyen cotisable au n.i.100	5.971	6.092	5.989	6.040	6.053	6.096	6.067	6.139	6.191	6.313	6.355	6,4%	0,6%
Var. en %	0,9%	2,0%	-1,7%	0,8%	0,2%	0,7%	-0,5%	1,2%	0,8%	2,0%	0,7%		
Revenu moyen cotisable au n.i. courant	39.917	41.571	41.891	42.948	43.844	45.257	46.170	47.590	47.989	48.939	50.495	26,5%	2,4%
Var. en %	3,2%	4,1%	0,8%	2,5%	2,1%	3,2%	2,0%	3,1%	0,8%	2,0%	3,2%		
Masse cot. Assurés actifs et autres au n.i. 100: Ass. Maladie	2.140	2.258	2.292	2.346	2.432	2.490	2.548	2.617	2.704	2.799	2.925	36,7%	3,2%
Rapport des assiettes cotisables Ass. Dép. / Ass. Maladie	97,6%	98,7%	97,4%	97,7%	97,2%	98,1%	97,3%	98,0%	97,9%	99,2%	98,8%		
Taux de contribution dépendance	1,40%												

Remarque: Au 1^{er} janvier 2007, le taux de la contribution dépendance est passé de 1,0% à 1,4%.

Les cotisations des assurés actifs et non-pensionnés s'élèvent à 195,5 millions d'euros en 2007 et atteignent 321,3 millions d'euros en 2017, soit une croissance de 64,4% respectivement un TCAM de 5,1% pour ladite période. Il y a lieu de remarquer qu'au 1^{er} janvier 2007 le taux de cotisation a été relevé de 1,0% à 1,4% expliquant le taux de variation de 50,7% en 2007.

Le nombre moyen d'assurés cotisants représente la même population que celle cotisant pour les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité à l'exception des assurés volontaires (mais y compris les mineurs, étudiants < 30 ans et infirmes). Il connaît une hausse constante entre 2007 et 2017, dont le nombre est de 349.788 en 2007 et de 454.565 personnes en 2017, correspondant à une croissance de 30,0% sur ladite période soit un TCAM de 2,7%.

Le revenu moyen cotisable à l'indice courant s'élève à 39.917 euros en 2007. En 2017, le revenu moyen cotisable, à l'indice courant du coût de la vie, s'élève à 50.495 euros, et enregistre une croissance de 26,5% entre 2007 et 2017 et correspondant à un TCAM de 2,4%. Cette progression est de l'ordre de 6,4% à l'indice cent du coût de la vie et de 0,6% pour le TCAM.

La masse des revenus cotisables, à l'indice cent du coût de la vie, évolue positivement tout au long de la période analysée, passant de 2.089 euros en 2007 à 2.889 euros en 2017 (+38,3% par rapport à 2007), ce qui engendre un TCAM de 3,3% pour ladite période.

La masse des cotisations des assurés actifs et non pensionnés pour l'assurance dépendance correspond à 97,6% de la masse cotisable pour l'assurance maladie-maternité en 2007. Ce taux fluctue entre 97,2% et 99,2% entre 2007 et 2017, le taux le plus haut étant atteint en 2016.

Assurés pensionnés

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Cotisations Pensionnés (en mio. d'euros)	32,0	33,8	36,4	38,1	41,0	42,5	45,5	48,1	49,8	51,8	55,0	71,9%	5,6%
Var. en %	47,2%	5,5%	7,9%	4,6%	7,6%	3,6%	7,0%	5,9%	3,5%	4,0%	6,1%		
Nombre indice	668,46	682,39	699,44	711,07	724,34	742,44	761,00	775,17	775,17	775,17	794,54	18,9%	1,7%
Var. en %	2,3%	2,1%	2,5%	1,7%	1,9%	2,5%	2,5%	1,9%	0,0%	0,0%	2,5%		
Cotisations Assurés pensionnés au n.i.100	4,8	4,9	5,2	5,4	5,7	5,7	6,0	6,2	6,4	6,7	6,9	44,6%	3,8%
Var. en %	43,9%	3,3%	5,3%	2,9%	5,7%	1,1%	4,4%	3,9%	3,5%	4,0%	3,6%		
Masse cot. Assurés pensionnés au n.i.100	342,0	353,3	372,0	382,7	404,4	408,7	426,8	443,6	459,1	477,4	494,4	44,6%	3,8%
Var. en %	2,8%	3,3%	5,3%	2,9%	5,7%	1,1%	4,4%	3,9%	3,5%	4,0%	3,6%		
Nbre assurés pensionnés	83.254	84.811	87.949	90.661	93.499	96.263	99.315	102.931	106.521	109.764	112.258	34,8%	3,0%
Var. en %	2,1%	1,9%	3,7%	3,1%	3,1%	3,0%	3,2%	3,6%	3,5%	3,0%	2,3%		
Revenu moyen cotisable au n.i.100	4.107	4.166	4.230	4.222	4.325	4.246	4.298	4.310	4.310	4.349	4.404	7,2%	0,7%
Var. en %	0,7%	1,4%	1,5%	-0,2%	2,5%	-1,8%	1,2%	0,3%	0,0%	0,9%	1,3%		
Ajustement des pensions	0,50%	0,45%	2,00%	0,00%	0,94%	0,93%	0,00%	0,00%	0,00%	0,50%	0,90%		
Revenu moyen cotisable au n.i. courant	27.456	28.430	29.586	30.019	31.330	31.521	32.705	33.407	33.411	33.715	34.993	27,5%	2,5%
Var. en %	3,0%	3,5%	4,1%	1,5%	4,4%	0,6%	3,8%	2,1%	0,0%	0,9%	3,8%		
Masse cot. Assurés pensionnés au n.i. 100 Ass. Maladie	448,8	461,8	484,7	499,4	521,1	540,7	560,3	581,5	604,7	627,2	650,0	44,8%	3,8%
Rapport des assiettes cotisables Ass. Dép. / Ass. Maladie	76,2%	76,5%	76,8%	76,6%	77,6%	75,6%	76,2%	76,3%	75,9%	76,1%	76,1%		
Taux de contribution dépendance	1,40%												

Remarque: Au 1^{er} janvier 2007, le taux de la contribution dépendance est passé de 1,0% à 1,4%.

Les cotisations s'établissent en 2007 à 32,0 millions d'euros alors que les cotisations sont à un niveau de 55,0 millions d'euros en 2017, soit une croissance de 71,9% et un TCAM de 5,6% pour ladite période. En 2017, les cotisations augmentent de 6,1% par rapport à 2016. Ce taux de croissance résulte pour 2,3% de l'augmentation du nombre moyen d'assurés cotisants et pour 3,8% de l'augmentation du revenu moyen cotisable.

La masse des pensions cotisables pour l'assurance dépendance correspond à 76,2% de celle cotisable pour l'assurance maladie-maternité en 2007. La forte réduction de l'assiette cotisable par rapport à celle de l'assurance maladie provient de l'abattement et de la non application du minimum cotisable (pour l'assurance maladie, le minimum cotisable est fixé à 130% du salaire social minimum). Sur la période analysée, ce rapport évolue entre 75,6% et 77,6% pour s'établir en 2017 à 76,1%.

La masse des revenus cotisables, à l'indice cent du coût de la vie, connaît un TCAM de 3,8% entre 2007 et 2017, et passe de 342,0 millions euros en 2007 à 494,4 millions d'euros en 2017. Le TCAM du revenu moyen cotisable à l'indice courant est de 2,5% pour s'établir à 34.993 euros en 2017 contre 27.456 euros en 2007. Le nombre moyen d'assurés cotisants est de 83.254 personnes en 2007 et de 112.258 personnes en 2017, ce qui représente un TCAM de 3,0%.

Patrimoine (art. 378)

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Cotisations sur patrimoine (en mio. d'euros)	24,1	17,7	14,8	16,9	18,1	19,0	17,7	21,0	22,8	25,1	32,8	36,2%	3,1%
Var. en %	95,1%	-26,6%	-16,4%	14,7%	6,6%	5,4%	-7,0%	18,8%	8,5%	9,8%	30,8%		

D'après l'article 378 du CSS, la contribution dépendance sur les revenus du patrimoine s'applique pour les contribuables résidents:

- à raison des revenus nets visés aux numéros 6 à 8 de l'article 10 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu;
- à raison du revenu net résultant de pensions ou de rentes au sens de l'article 96 de la loi citée ci-dessus à l'exception des pensions personnelles ou de survie servies en vertu du livre III du CSS ou de la législation et de la réglementation sur les pensions d'un régime statutaire.

Les cotisations sur patrimoine sont calculées par l'administration des contributions.

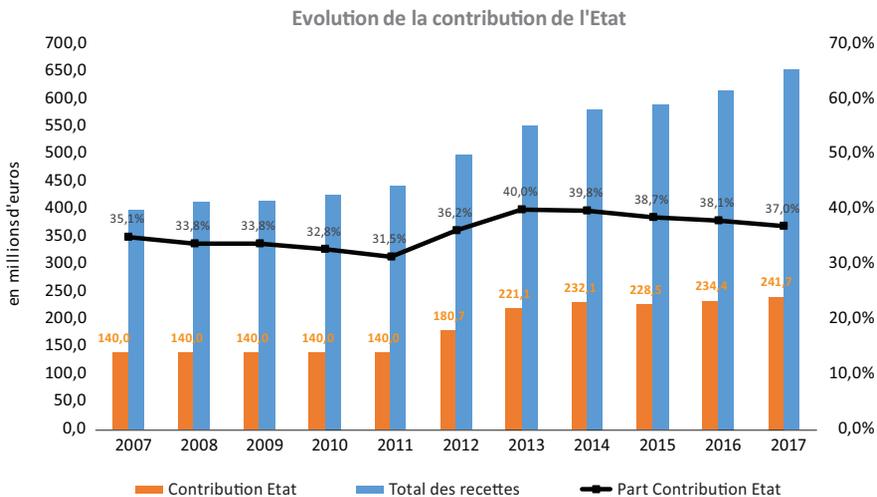
Les cotisations sur patrimoine sont à un niveau de 24,1 millions d'euros en 2007 et augmentent jusqu'à 32,8 millions d'euros en 2017, représentant une croissance de 36,2% et un TCAM de 3,1%. En 2012, il y a eu une transaction entre l'État du Grand-Duché de Luxembourg et la CNS prévoyant le dédommagement du préjudice subi par la CNS du fait de la non-perception par l'État de la contribution dépendance sur les intérêts produits par l'épargne mobilière tombant sous le champ d'application de la « loi relibi »⁹⁾,

9) La retenue à la source libératoire (RELIBI) sur certains intérêts produits par l'épargne mobilière a été introduite en 2006. Pour les années 2006 à 2016, la retenue à la source libératoire était fixée à 10%, 20% pour les années suivantes. Sont soumis à la retenue à la source libératoire les dépôts d'épargne, les dépôts à terme, les intérêts d'obligations.

pendant les exercices 2006 à 2012 inclus. Ainsi l'État a réglé à la CNS, en sa qualité de gestionnaire de l'assurance dépendance, le solde en principal et intérêts desdits exercices 2006 à 2012 inclus, une indemnité forfaitaire de 30 millions d'euros ; paiement qui est intervenu avant la fin de l'année 2012.

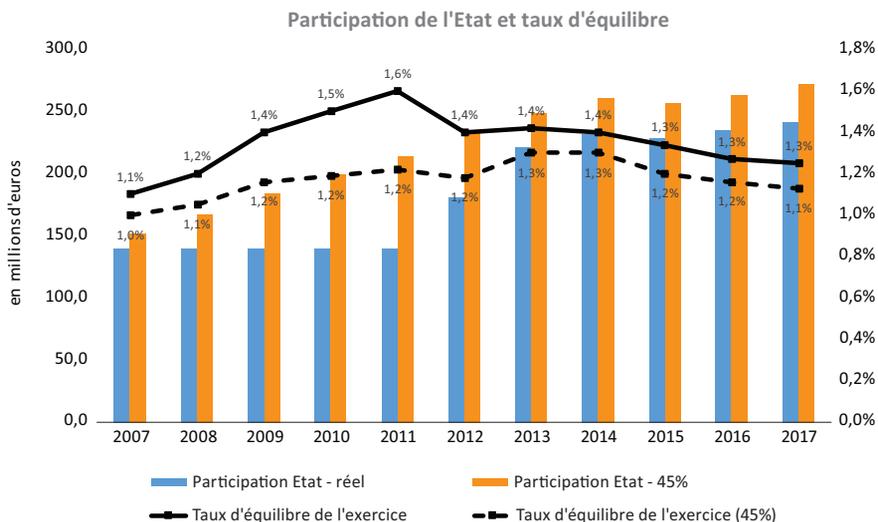
Les années 2014 à 2017 enregistrent des taux de variations positifs élevée en raison de la hausse permanente du nombre d'habitations en location et du niveau des loyers. De plus, en 2017 le taux de retenue à la source est passé de 10 à 20%, ce qui explique en partie l'augmentation de 30,8% des cotisations sur patrimoine pour cette année.

Participations de tiers



La participation de tiers regroupe la participation de l'État, la taxe électricité, les organismes et la participation État outre-mer.

La participation de l'État est fixée à 140 millions d'euros à partir de 2007 et jusqu'en 2011. En 2012, elle est fixée à un montant équivalent à 35% des dépenses courantes et à partir de 2013 ce taux est porté à 40% des dépenses courantes. Le montant versé par l'État est de 180,7 millions d'euros en 2012 et de 221,1 millions d'euros en 2013, et augmente par la suite de façon quasi constante pour atteindre 241,7 millions d'euros en 2017. Ainsi la contribution de l'État représentait 35,1% des recettes courantes en 2007 et elle atteint un pic de 40,0% en 2013 et descend depuis légèrement tous les ans pour s'établir à 37,0% en 2017.



Le graphique ci-dessus s'intéresse à une comparaison entre la situation financière réelle et la situation financière qui résulterait d'une participation de l'État qui aurait été maintenue à 45%. La comparaison entre les deux situations se base sur l'indicateur du taux d'équilibre de l'exercice. Le taux d'équilibre de l'exercice détermine le taux de cotisation minimum nécessaire pour absorber les dépenses.

Pour rappel, jusqu'en 2006, la participation de l'État était fixée à 45% des dépenses courantes, avant d'être forfaitisée à 140 millions d'euros pendant 5 ans pour ensuite être réévaluée à 35% en 2012 et à 40% à partir de 2013.

Taux de cotisation	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%
Exercice prestation	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Participation État - réel	140,00	140,00	140,00	140,00	140,00	180,72	221,07	232,09	228,51	234,39	241,66
Taux de participation	/	/	/	/	/	35,0%	40,0%	40,0%	40,0%	40,0%	40,0%
Taux d'équilibre de l'exercice	1,1%	1,2%	1,4%	1,5%	1,6%	1,4%	1,4%	1,4%	1,3%	1,3%	1,3%
Exercice prestation	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hypothèse: maintien de la participation de l'État à 45% des dépenses courantes											
Participation État - 45%	151,90	167,02	184,29	199,38	213,75	232,75	248,71	261,10	257,07	263,69	271,87
Taux d'équilibre de l'exercice	1,0%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,3%	1,3%	1,2%	1,2%	1,1%
Différence de la participation	11,90	27,02	44,29	59,38	73,75	52,03	27,64	29,01	28,56	29,30	30,21
Impact 2007-2011	216,34										
Impact 2007-2017	412,69										

Dans l'hypothèse de la continuation du taux de 45%, l'impact aurait été favorable pour la situation financière de l'assurance dépendance de 2007 à 2017, avec un montant de 412,7 millions d'euros de plus dans la réserve pour la période analysée, en raison d'en moyenne 37,5 millions d'euros par an. Rien que pour les années de 2007 à 2011, où la participation de l'État

était fixée à 140 millions d'euros, l'impact aurait été de 216,3 millions d'euros. Tout comme le solde des opérations courantes, le taux d'équilibre de l'exercice aurait également été encore plus favorable que la situation réelle.

La **contribution spéciale** en faveur de l'assurance dépendance consiste dans le produit de la « taxe électricité » imputable aux clients affichant une consommation annuelle supérieure à 25.000 kWh (article 10 de la loi budgétaire des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2006). La taxe électricité reste stable de 2007 à 2017 et fluctue d'un montant de 1,6 million d'euros à 2,1 millions d'euros sur la période en question ¹⁰⁾.

Le poste **organisme** équivaut au remboursement de la part de l'assurance accident des frais d'administration pour prestations avancées par l'assurance dépendance à l'assurance accident. Ce poste est passé de 10.740 euros en 2007 à 85.784 euros en 2017.

La **participation État Outre-mer** concerne le remboursement de prestations servies aux ressortissants du régime de sécurité sociale d'Outre-mer, Congo belge et Ruanda-Urundi. Elle est réglée par l'accord entre le Grand-Duché de Luxembourg et la Belgique relatif aux régimes de sécurité sociale d'Outre-mer du 27 octobre 1971. Ce poste est passé de 74.233 euros en 2007 à 144.441 euros en 2017.

Les autres recettes

Les autres recettes, qui regroupent les produits divers en provenance de tiers, les produits financiers et les recettes diverses, représentent une part de 1,5% des recettes courantes en 2007 ou 5,9 millions d'euros. En 2017 ce poste ne représente que 0,1% des recettes totales, soit 0,8 million d'euros.

Les produits divers contiennent des intérêts communs dans le cadre de recours contre tiers responsable, des intérêts de retard sur cotisations et des amendes d'ordre pour employeurs sur cotisations.

Les produits financiers fluctuent en fonction du marché financier et se composent de revenus sur placements à court terme, de revenus sur placements du CASS et de revenus sur comptes courants. En 2007, les produits financiers s'établissent à 4,1 millions d'euros et atteignent même un niveau de 6,5 millions d'euros en 2008, soit une hausse de 57,2%. Les revenus de placements à court terme représentent en 2007 90,7% des produits financiers, les revenus de placements du CCSS 7,7% et les revenus sur comptes courants les 1,6% restants. Suite à la crise, les produits financiers diminuent de 74,1% en 2009 et de 56,4% en 2010, pour s'établir à 1,7 million d'euros respectivement 0,7 million d'euros. En 2011, les produits

10) Voir graphique « Évolution des postes de recettes de l'assurance dépendance de 2007 à 2017 » à la page 19 du présent mémoire

financiers augmentent de nouveau pour évoluer de 88,9%, soit 1,4 million d'euros. À partir de 2012, les produits financiers baissent plus fortement et passent à 190.362 euros en 2012. Le niveau le plus bas est atteint en 2017 avec 12.935 euros.

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Produits financiers (en mio. d'euros)	4,1	6,5	1,7	0,7	1,4	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	-99,7%	-43,8%
Var. en %	77,5%	57,2%	-74,1%	-56,4%	88,9%	-86,3%	-73,6%	134,3%	18,7%	-59,2%	-77,4%		
Capital moyen placé (en millions d'euros)	90,8	137,6	176,0	167,4	124,4	75,0	98,0	90,2	33,3	44,7	85,0		
Taux d'intérêt	4,07%	4,32%	0,90%	0,40%	0,99%	0,19%	0,04%	0,10%	0,04%	0,04%	0,01%		

VI. ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE DE 2007 À 2017

a. Introduction

Les dépenses de l'assurance dépendance comprennent les éléments suivants : les frais d'administration, les prestations en espèces (allocations), les prestations en nature, les transferts de cotisations ainsi que des dépenses diverses.

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Total des dépenses courantes (en mio. d'euros)	336,5	368,1	405,8	439,6	471,8	512,3	549,0	577,4	571,8	584,7	602,4	79,0%	6,0%
Var. en %	3,1%	9,4%	10,2%	8,3%	7,3%	8,6%	7,2%	5,2%	-1,0%	2,2%	3,0%		

Entre 2007 et 2017, les dépenses courantes enregistrent une croissance de 79,0% pour passer de 336,5 millions d'euros en 2007 à 602,4 millions d'euros en 2017. Le TCAM s'élève à 6,0%.

Sur la période analysée de 2007 à 2017, la part moyenne pour les différents composants des dépenses courantes est la suivante : Frais d'administration : 2,5% ; Prestations en espèces (allocations) : 1,3% ; Prestations en nature (+ PE subsidiaires) : 95,0% ; Transferts de cotisations : 1,0% et Dépenses diverses : 0,1%.

En ce qui concerne les prestations en nature, les transferts de cotisations et les dépenses diverses, aucune variation significative s'affiche sur la période observée. Par contre, la part des frais d'administration a évolué de 1,3% en 2007 à 2,9% en 2017. Les prestations en espèces, à savoir les allocations

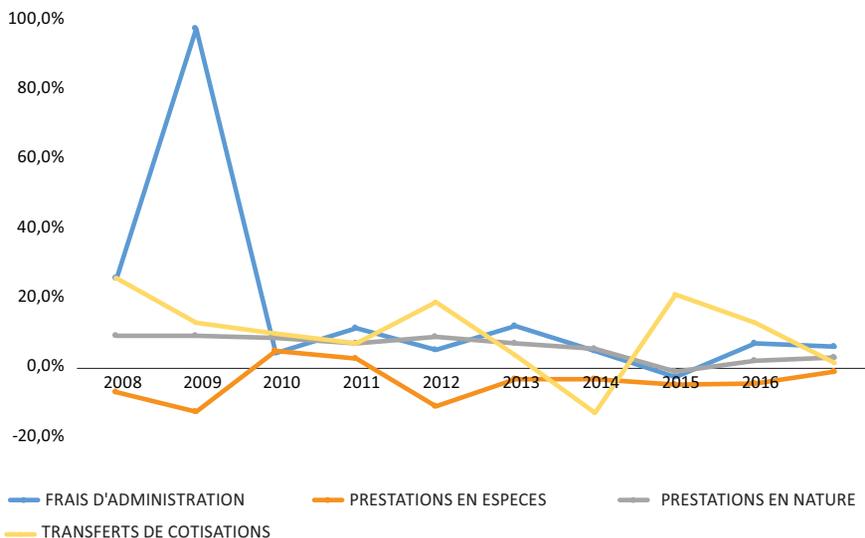
pour personnes gravement handicapées et les allocations de soins ont diminué leur part nettement, en passant de 2,3% en 2007 à 0,8% en 2017.

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne 17/07
Frais d'administration	1,3%	1,5%	2,7%	2,6%	2,7%	2,6%	2,8%	2,8%	2,7%	2,8%	2,9%	2,5%
Prestations en espèces	2,3%	2,0%	1,6%	1,5%	1,4%	1,2%	1,1%	1,0%	0,9%	0,9%	0,8%	1,3%
Prestations en nature *	95,4%	95,5%	94,6%	94,7%	94,7%	95,0%	95,0%	95,3%	95,3%	95,0%	95,0%	95,0%
Transferts de cotisations	0,9%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,1%	1,1%	0,9%	1,1%	1,2%	1,2%	1,0%
Dépenses diverses	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
Total des dépenses courantes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

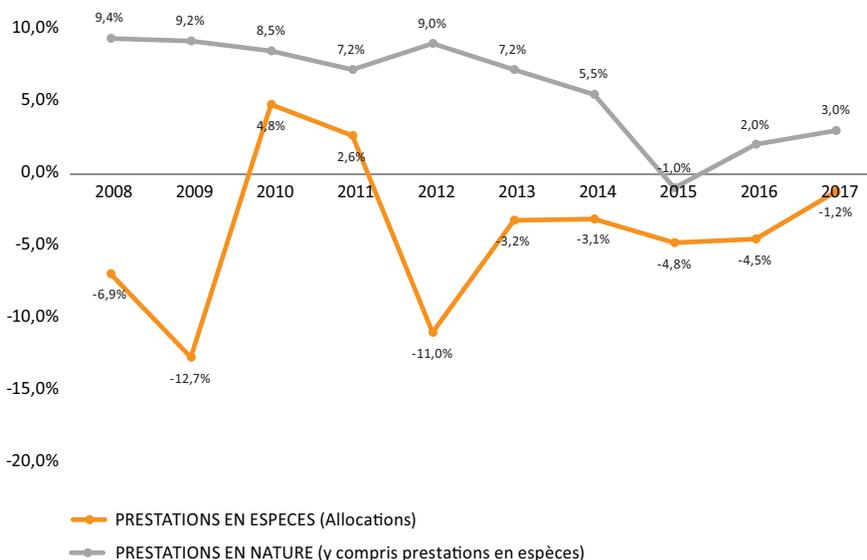
* y compris des prestations en espèces subsidiaires

L'évolution des dépenses de l'assurance dépendance est influencée par l'échelle mobile des salaires, l'effet volume, l'effet prix, l'effet coefficient de qualification et coefficient d'intensité et l'évolution des valeurs monétaires.

Le graphique ci-dessous reprend l'évolution des principaux postes de dépenses de l'assurance dépendance entre 2007 et 2017.

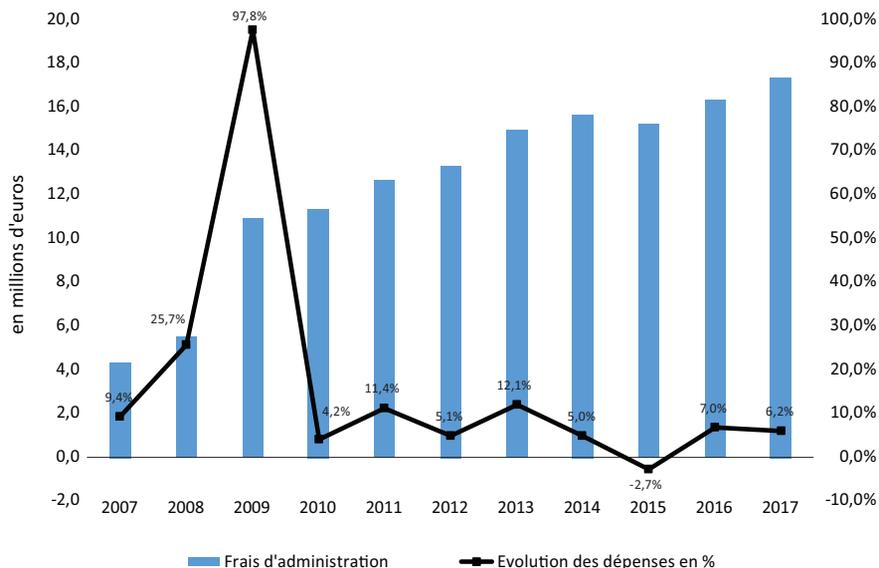


La forte évolution des frais d'administration constatée en 2009 à hauteur de 98% s'explique par l'introduction du statut unique. En faisant abstraction de l'évolution des frais d'administration ainsi que des transferts de cotisations en raison de leur forte variation, le graphique se présente comme suit:



b. Dépenses de l'assurance dépendance

b.1. Frais d'administration (60)



Pour les exercices 2007 et 2017, les frais d'administration propres à l'UCM (pour les exercices 2007 et 2008) respectivement la CNS (à partir de 2009) sont répartis entre l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance au prorata de leurs prestations respectives au cours du pénultième exercice suivant l'article 384 du CSS. À partir de 2018, ceci est fait en application de l'article 381 du CSS. Il y a lieu de préciser qu'il s'agit des frais d'administration de la CNS proprement dite (sans celles des CMFEP, CMFEC et EMCFL ¹¹⁾).

Les frais d'administration à rembourser par l'assurance dépendance s'élèvent à 17,6 millions d'euros en 2017 contre 4,4 millions en 2007, correspondant à une croissance de 294,9% soit un TCAM de 14,7% entre 2007 et 2017.

Pour 2017, le montant est calculé sur la base des décomptes de l'exercice 2015. Le montant à rembourser par l'assurance dépendance en 2017 est déterminé en appliquant la part des prestations de l'assurance dépendance dans le total des prestations du décompte 2015 (21,4%) au total des frais administratifs de l'année 2017.

		2017	
		en millions d'euros	en %
Décompte 2015	Prestations AM	2.048,02	78,6%
	Prestations AD	556,52	21,4%
	Total	2.604,55	100,0%
Décompte 2017	Total FA CNS	82,24	
	Part à rembourser par l'AD en 2017	17,57	

La part des prestations de l'assurance dépendance dans l'ensemble des prestations AM ¹²⁾ et AD ¹³⁾ confondues varie entre 18,6% (taux le plus bas en 2009 et 2010) et 22,2% (taux le plus élevé en 2008), entre 2007 et 2017.

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Frais d'administration (en mio. d'euros)	4,4	5,6	11,1	11,5	12,8	13,5	15,1	15,9	15,5	16,5	17,6	294,9%	14,7%
Var. en %	9,4%	25,7%	97,8%	4,2%	11,4%	5,1%	12,1%	5,0%	-2,7%	7,0%	6,2%		
Frais d'administration CNS	20,8	25,2	59,5	61,9	66,5	66,1	71,4	75,6	73,8	78,3	82,2	295,2%	14,7%
Var. en %	11,8%	21,2%	136,1%	4,0%	7,4%	-0,6%	8,0%	5,9%	-2,4%	6,1%	5,0%		
Part Ass. maladie (pénultième exercice)	78,6%	77,8%	81,4%	81,4%	80,7%	79,6%	78,8%	79,0%	79,1%	78,9%	78,6%		
Var. en %	0,6%	-1,0%	4,6%	0,0%	-0,9%	-1,4%	-1,0%	0,3%	0,1%	-0,3%	-0,4%		
Part Ass. dépendance (pénultième)	21,4%	22,2%	18,6%	18,6%	19,3%	20,4%	21,2%	21,0%	20,9%	21,1%	21,4%		
Var. en %	-2,3%	3,7%	-16,2%	0,0%	3,8%	5,7%	3,9%	-0,9%	-0,5%	1,0%	1,4%		

11) CMFEP : Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics ; CMFEC : Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux ; EMCFL : Entraide médicale des CFL

12) AM : Assurance maladie-maternité

13) AD : Assurance dépendance

Au cours de la période observée, des taux de variation très importants sont enregistrés pour certaines années, qui s'expliquent comme suit:

En 2008, les frais administratifs incombant à l'assurance dépendance sont à hauteur de 5,6 millions d'euros, soit une croissance de 25,7%. Le montant total des frais d'administration de l'UCM augmente de 4,3 millions d'euros en 2008, dont 22,2% incombent à l'assurance dépendance. Cette hausse est due surtout à une augmentation des frais administratifs au niveau des frais experts et études (+1,1 million d'euros), des frais conventions belgo-luxembourgeoise (+1,8 million d'euros) et les frais du centre commun (+0,9 million d'euros).

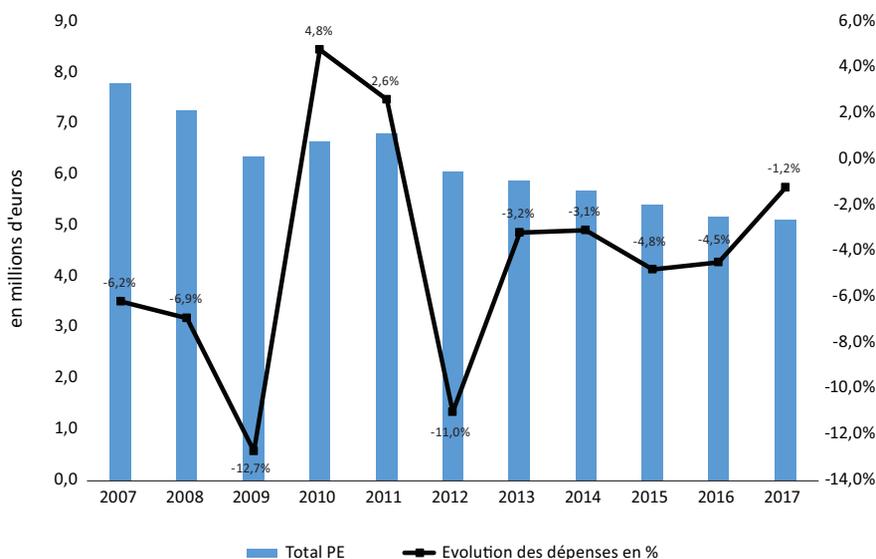
En 2009, avec l'introduction du statut unique, les frais administratifs retenus pour le calcul de la part de l'assurance dépendance ne se limitent plus aux frais administratifs de l'UCM uniquement. Les frais d'administration des ouvriers (CMO et CMOA) ainsi que des employés (CMEP et CMEA) et des indépendants (CMPI et CMA) ont été intégrés dans celles de la CNS, anciennement nommée UCM. L'année 2009 connaît sa plus forte hausse, de l'ordre de 97,8%, passant de 5,6 millions d'euros en 2008 à 11,1 millions d'euros en 2009. Cette hausse est principalement due à l'introduction du statut unique et par conséquent du regroupement de toutes les caisses privées. Ceci explique également la hausse importante de la part assurance maladie-maternité (+4,6%) et la baisse de celle de l'assurance dépendance (-16,2%) par rapport au total des prestations.

Les frais administratifs connaissent une évolution de 11,4% en 2011 et atteignent un montant de 12,8 millions d'euros. Les postes ayant un impact significatif sur cette augmentation sont les frais de personnel (+1,1 million d'euros) et les frais de fonctionnement (+1,8 million d'euros) principalement affectés par les frais d'affranchissement qui connaissent une hausse de 1,5 million d'euros. Le taux de 11,4% s'explique par le fait que les frais administratifs de la CNS augmentent de 7,4% en 2011 et la part de l'assurance dépendance au pénultième exercice de 3,8%.

En 2013, les frais administratifs à charge de l'assurance dépendance évoluent de 12,1% et atteignent un montant de 15,1 millions d'euros, ce qui équivaut à une hausse de 8,0% ou 5,2 millions d'euros au niveau des frais administratifs CNS et de 3,9% au niveau de la part de l'assurance dépendance au pénultième exercice. Cette évolution positive s'explique par un bond de 2,3 millions d'euros des frais de personnel et de l'augmentation de la participation aux frais d'administration d'autres ISS.

Pour les années 2014 à 2017, les frais d'administration connaissent des fluctuations plus régulières.

b.2. Prestations en espèces (Allocations) (61)



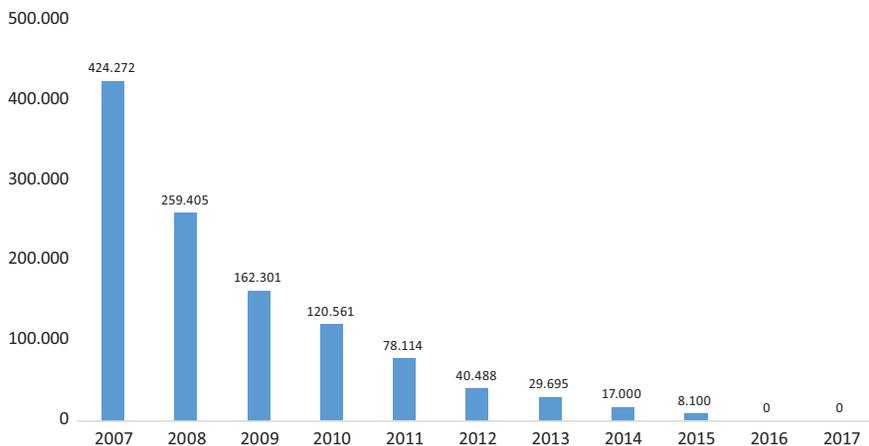
Les prestations en espèces sont subdivisées en deux catégories : les allocations spéciales pour personnes gravement handicapées (ASPGH) et les allocations de soins. Les ASPGH représentent la grande partie des prestations en espèces, alors que les allocations de soins connaissent une forte baisse et aucune dépense n'est enregistrée sur ce poste à partir de l'année 2016. Les bénéficiaires d'une ASPGH ou d'une allocation de soins maintiennent ce droit aussi longtemps que leur demande de prestations au titre de l'assurance dépendance pour la même période ne leur aura pas été accordée ou en absence d'introduction d'une demande.

La CNS, en tant que gestionnaire de l'assurance dépendance, rembourse mensuellement les prestations pour personnes gravement handicapées au Fonds national de solidarité et assure le paiement des allocations de soins ordonnancées par le ministre de la Famille.

Les ASPGH et les allocations de soins s'élèvent mensuellement par cas à 89,24 euros au nombre indice cent du coût de la vie. Ce montant au nombre indice cent du coût de la vie reste identique de 2007 à 2017, de sorte que le montant à l'indice courant ne varie que grâce à l'évolution de l'échelle mobile des salaires.

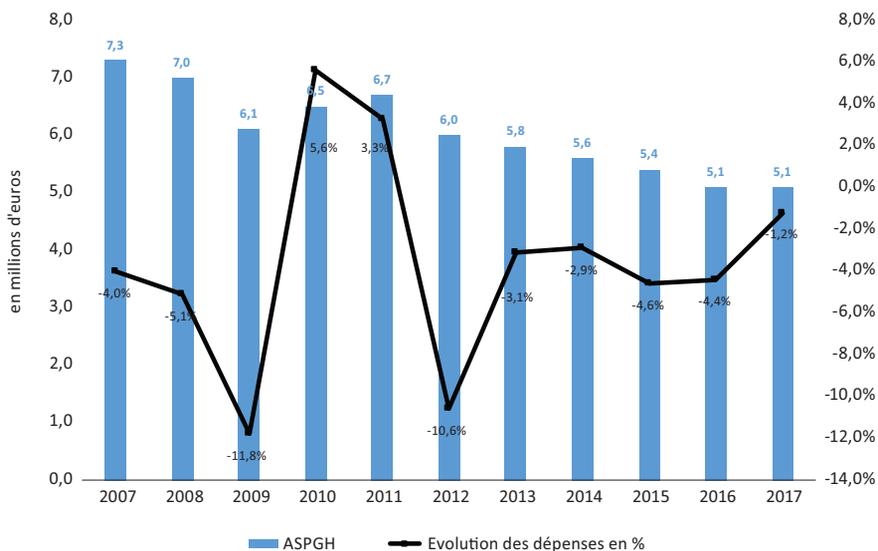
En 2017, les allocations atteignent un niveau de 5,1 millions d'euros, contre un montant de 7,8 millions d'euros en 2007. A partir de 2016, le montant des allocations se compose uniquement d'ASPGH alors qu'avant 2016 celles-ci se composaient d'ASPGH et d'allocations de soins.

Evolution des allocations de soins (en euros)



Le graphique ci-dessus montre l'évolution des allocations de soins entre 2007 et 2017. En 2007, le montant est à 424.000 euros et diminue constamment sur la période analysée pour s'établir à partir de 2016 à un niveau nul. Cette baisse s'explique par le fait qu'il est plus avantageux de bénéficier de l'assurance dépendance ou parce que les bénéficiaires sont décédés. Aucun nouveau bénéficiaire n'a droit aux allocations de soins depuis l'introduction de l'assurance dépendance.

Evolution des ASPGH de 2007 à 2017



Les ASPGH fluctuent au cours de la période de 2007 à 2017, alternant entre des évolutions positives et négatives. Une tendance à la baisse se distingue pourtant nettement sur ladite période. Alors que la dépense s'est établie à 7,3 millions d'euros en 2007, elle atteint 5,1 millions d'euros en 2017 correspondant à un taux de variation de -30,8% soit un TCAM négatif de 3,6%.

Les variations particulières enregistrées entre 2009 et 2012 s'expliquent par le fait que le FNS n'avait pas introduit la facture de décembre 2009. Cette facture en question a été comptabilisée en 2011 perturbant ainsi les taux de variation de 2010 à 2012.

Le nombre de bénéficiaires des ASPGH s'élevait en 2007 à environ 1.038 personnes et en 2017 à environ 597 personnes.

b.3. Prestations en nature (62)

Les prestations de l'assurance dépendance

Ce chapitre donne une brève explication des termes techniques utilisés dans le présent mémoire. La présente analyse des finances couvre la période allant de 2007 à 2017 et les prestations décrites ci-dessous correspondent aux prestations telles qu'applicables jusqu'au 31 décembre 2017. Dans un deuxième temps ces prestations sont brièvement comparées à la structure des prestations telles qu'applicables à partir du 1^{er} janvier 2018.

L'assurance dépendance offre un certain nombre de prestations aux personnes dépendantes et assure leur prise en charge des aides et soins au moyen de prestations en nature, de prestations en espèces subsidiaires, d'aides techniques et d'adaptations du logement.

Une différence consiste dans le fait que la personne dépendante vit à domicile ou en établissement d'aides et de soins. En effet, dans le cas où la personne dépendante continue à vivre à domicile, les prestations en nature peuvent partiellement ou totalement être remplacées par des prestations en espèces, mais ceci sous certaines conditions.

Le tableau ci-dessous indique les prestations qui peuvent être prises en charge selon le lieu de délivrance desdites prestations.

Prestations de l'assurance dépendance	Domicile	Etablissement d'aides et de soins
Prestations en nature	Oui	Oui
<i>Aides et soins dans les AEV</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
<i>Aides pour les tâches domestiques</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
<i>Activités de soutien</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
<i>Conseil</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Prestations en espèces	Oui	Non
Forfait pour matériel d'incontinence	Oui	Non

Aides techniques	Oui	Oui
Adaptations logement	Oui	Non
Cotisations à l'assurance pension en faveur de l'aidant informel	Oui	Non

Les prestations en nature

Les prestations en nature désignent l'ensemble des prestations assurées par des professionnels de santé, aussi bien en cas de personnes dépendantes à domicile que lorsque les personnes dépendantes se rendent en établissement.

Dans le cas d'un maintien à domicile, les réseaux d'aides et de soins (RAS) et les centres semi stationnaires (CSS) se chargent d'effectuer les prestations d'aides et de soins, alors que dans le cas d'un placement dans un établissement, les professionnels qui sont en charge sont les établissements à séjour intermittent (ESI) ¹⁴⁾ et les établissements à séjour continu (ESC) ¹⁵⁾.

- **Les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie (AEV)**

Ces aides sont proposées aussi bien à domicile qu'en établissement. Ce sont les soins dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité.

La durée de la prise en charge est fixée au cas par cas en fonction des besoins identifiés lors de l'évaluation. La prise en charge est plafonnée à 24,5 heures hebdomadaires pour les AEV, voir 38,5 heures hebdomadaires pour des cas graves confirmés par la Cellule d'évaluation et d'orientation ¹⁶⁾.

- **Les aides pour les tâches domestiques**

Ces aides ont pour but d'assister la personne dépendante dans l'entretien de son logement, l'entretien du linge et des vêtements.

Pour les tâches domestiques, le plafond est fixé à 2,5 heures par semaine, qui peuvent être ramenées à 4 heures en cas de nécessité constatée par la CEO.

- **Les activités de soutien**

Les activités de soutien ont pour finalité de permettre un répit régulier à l'entourage de la personne dépendante. Elles peuvent prendre la forme d'une garde individuelle, d'une garde en groupe, d'un accompagnement

14) Jusqu'en 2017, les dépenses liées aux ESI étaient comptabilisées sous la rubrique « Domicile ». Les ESI sont des établissements pour personnes en situation de handicap.

15) Les ESC sont des établissements pour personnes âgées. Selon l'article 390 du CSS, ce sont des « institutions hébergeant de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant, dans le cadre de l'établissement, l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance. »

16) A partir de 2018, la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) est renommée en AEC (Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance)

pour des courses, mais également d'activités spécialisées individuelles ou en groupe.

Pour les activités de soutien le plafond est fixé à 14 heures par semaine.

- **Les conseils**

Les conseils sont prévus pour donner des instructions à la personne dépendante ou à l'aidant informel dans le cadre de la réalisation des AEV ou pour l'utilisation correcte d'aides techniques.

Les prestations en espèces subsidiaires

Dans le cas d'un maintien à domicile, la personne dépendante peut être assistée par une ou plusieurs personnes de son entourage.

Dans ce cas, les AEV ainsi que les tâches domestiques peuvent être remplacées par une prestation en espèces, à condition que celle-ci soit utilisée pour assurer les aides et soins. La prestation en espèces est versée à la personne dépendante ou son représentant légal.

Ce remplacement peut se faire jusqu'à concurrence de sept heures par semaine. Si le droit est supérieur à sept heures par semaine, le remplacement peut porter en outre sur la moitié de la durée se situant entre sept et quatorze heures par semaine.

Le montant de la prestation en espèces est déterminé en multipliant la durée horaire des prestations en nature remplacées, pondérée en tenant compte de la qualification requise, par la valeur horaire de 25 euros ¹⁷⁾.

Les produits nécessaires aux aides et soins

Les produits nécessaires aux aides et soins sont pris en charge par un forfait payé mensuellement à la personne dépendante qui vit à domicile, afin de participer aux frais liés à l'achat de couches.

Pour les personnes vivant dans un établissement d'aides et de soins, les frais ne sont pas forfaitisés mais couverts par des valeurs monétaires et payés directement aux établissements.

Les aides techniques

Les aides techniques peuvent aussi bien être accordées aux personnes à domicile qu'aux personnes en établissement d'aides et de soins.

Tout comme pour les adaptations logement, les aides techniques ont pour but « *de maintenir ou d'accroître l'autonomie de vie* » des personnes dépendantes. Aux domaines mentionnés pour les adaptation logement, viennent s'ajouter « *l'habillement, les activités d'assistance à l'entretien de ménage et de la communication verbale ou écrite. La prise en charge des*

17) Art. 354 CSS 2017

aides techniques peut répondre également aux besoins en matière de sécurité, de prévention et de soulagement des douleurs. »¹⁸⁾

Le montant maximal alloué par personne ainsi que la condition d'octroi d'une aide technique est identique à celui des adaptations logement.

La CEO doit donner son avis au préalable afin que les aides techniques soient prises en charge par l'assurance dépendance, ceci aussi bien dans le cas de l'achat ou de la location de l'aide technique. Une aide technique peut être accordée, sans toutefois atteindre le seuil de 3,5 heures hebdomadaires en AEV.

Les aides techniques peuvent par exemple être un fauteuil roulant, un lit médicalisé ou encore des aides à la communication.

Dans le cas de la prise en charge des aides techniques d'une personne dépendante séjournant dans un établissement d'aides et de soins, la prise en charge sera plus restrictive que dans le cas d'une personne séjournant à domicile.

Les adaptations logement

Les adaptations logement sont prises en charge dans le cas d'un maintien à domicile, uniquement sur avis de la CEO. Les personnes dépendantes qui présentent un besoin important et régulier d'aides dans les actes essentiels de la vie de minimum six mois, sans toutefois atteindre le seuil de 3,5 heures hebdomadaires, peuvent avoir droit aux adaptations logement.

Le montant desdites adaptations s'élevait à 26.000 euros jusqu'en 2017 et a été porté à 28.000 euros à partir de 2018.

Le but de cette prestation est d'aider la personne dépendante « *de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la préparation des repas et de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement* »¹⁹⁾.

Les cotisations à l'assurance pension en faveur d'un aidant informel

L'assurance dépendance peut prendre en charge la cotisation à l'assurance pension de l'aidant informel, qu'il s'agisse d'une personne de l'entourage de la personne dépendante ou d'une personne engagée par la personne dépendante.

Dans les deux situations, l'aidant doit être déclaré auprès du Centre commun de la sécurité sociale (CCSS).

La prise en charge de la cotisation est calculée sur base du salaire social minimum prévu pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

18) Art. 356 al. 3 du CSS

19) Art. 356 al.2 du CSS

Les prestations pour soins palliatifs

Contrairement aux autres prestations de l'assurance dépendance, pour lesquelles un avis préalable est nécessaire pour en garantir la prise en charge par l'assurance dépendance, ce n'est pas le cas pour les personnes admises en soins palliatifs. Une demande du médecin traitant est à faire auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale pour garantir la prise en charge, à hauteur d'un forfait unique de 780 minutes.

Les bénéficiaires de soins palliatifs ont droit à toutes les prestations proposées par l'assurance dépendance, mise à part les adaptations logement.

Un bénéficiaire de l'assurance dépendance qui a droit à des prestations en espèces, garde le droit à cette prestation même lorsqu'il bénéficie de soins palliatifs.

Après la réforme de 2018, certaines prestations ont été soit renommées soit modifiées ; le tableau ci-après reprend les différents changements :

Prestations de l'assurance dépendance	
Avant réforme	Après réforme
1. Actes essentiels de la vie	Actes essentiels de la vie
2. Aides pour tâches domestiques	Activité de maintien à domicile - assistance à l'entretien du ménage
3. Activité de soutien	Activité de maintien à domicile - Gardes en groupe Activité de maintien à domicile - Gardes individuelles En établissement - Activité d'accompagnement
4. Activité de conseil	Activité de maintien à domicile - Formation
5. Activités de soutien spécialisé	Activités d'appui à l'indépendance
6. Aides techniques	Aides techniques
7. Adaptation logement	Adaptation logement
8. Produits pour aides et soins	Forfait pour matériel d'incontinence
9. Cotisation pension	Cotisation pension

Les forfaits AEV

La prise en charge des aides et soins dans les actes essentiels de la vie est désormais faite suivant une logique forfaitaire, répartie sur quinze niveaux de besoins hebdomadaires. Désormais, les soins dans les cinq domaines de l'hygiène, de l'élimination, de la nutrition, de l'habillement et de la mobilité sont distingués et non plus trois domaines.

Activités de maintien à domicile (AMD)

- **Les activités d'assistance à l'entretien du ménage**

Les aides pour les tâches domestiques sont désormais remplacées par des activités d'assistance à l'entretien du ménage. Toute personne dépendante vivant à domicile a droit à un forfait de 3 heures hebdomadaires, qui vise à

garantir la propreté des lieux de vie et à veiller à l'approvisionnement de base de la personne dépendante.

- **Les gardes**

Les **gardes individuelles** et les **gardes en groupe** sont proposées dans le but de permettre un répit à l'aidant. La personne sera alors surveillée et encadrée pendant une courte durée dans la journée pendant l'absence de l'aidant à domicile dans le cas d'une garde individuelle et en dehors du lieu de vie dans le cas d'une garde en groupe.

La **garde de nuit** suit le même principe, avec pour seule différence que la surveillance se fait de nuit. Un forfait annuel maximal de 10 forfaits est prévu par personne dépendante.

- **Formation de l'aidant**

Un forfait annuel de 6 heures est prévu afin de conseiller et de former l'aidant dans l'exécution des aides dans le domaine des AEV qu'il aura à fournir à la personne dépendante.

- **Formation liée à l'utilisation des aides techniques**

Cette formation est délivrée selon un forfait annuel de 2 heures qui vise à conseiller et à former la personne dépendante et/ou son aidant dans l'utilisation des aides techniques mises à disposition par l'assurance dépendance à domicile.

Activités d'accompagnement en établissement (AAE)

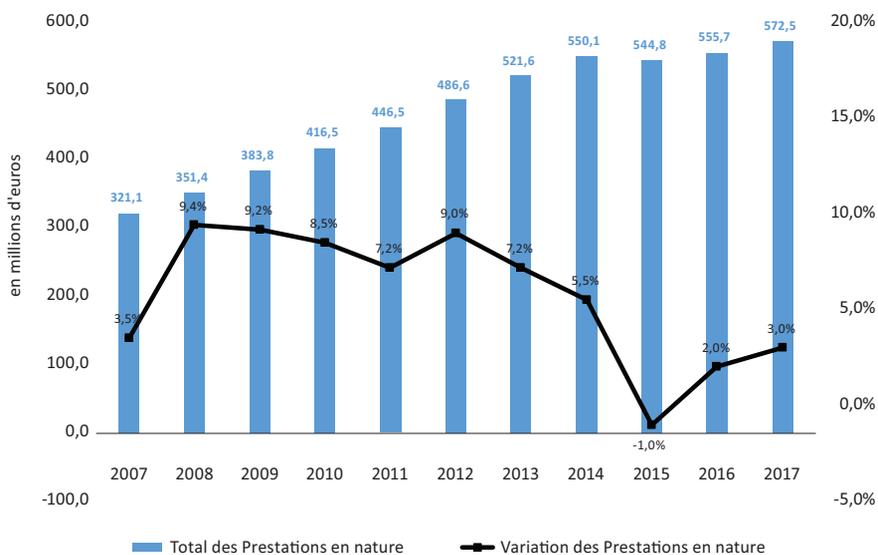
Ces activités sont destinées à encadrer la personne dépendante durant la journée, afin d'éviter un isolement social et de garantir sa sécurité. Elles sont prestées en groupe et calculées selon un forfait majoré dans le cas d'un encadrement spécifique et personnalisé qui est nécessaire pour garantir une surveillance soutenue.

Chaque personne dépendante vivant en établissement a droit à un forfait de 4h par semaine, le forfait majoré étant augmenté à 10h par semaine. La durée du forfait est utilisée pour calculer le budget monétaire alloué aux établissements pour qu'ils puissent assurer ces activités.

Les activités d'appui à l'indépendance (AAI)

Les activités de soutien spécialisé sont désormais remplacées par des AAI. Les AAI sont des activités spécialisées proposées soit individuellement soit en groupe, à domicile ou en établissement. Ces activités ont pour but de prévenir une diminution, d'entretenir et d'améliorer les capacités motrices, cognitives et psychiques de la personne dépendante.

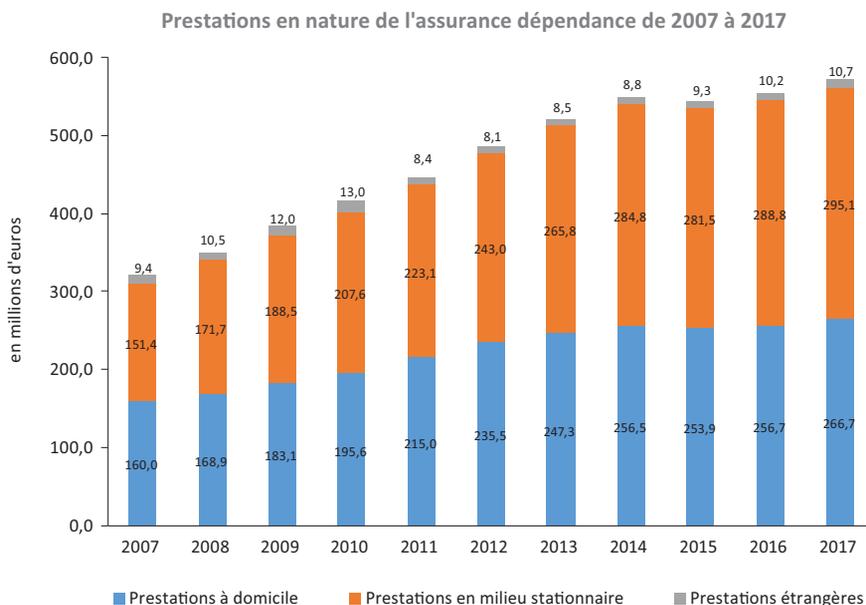
Les dépenses liées aux prestations en nature



Les prestations en nature s'élèvent à 572,5 millions d'euros en 2017 contre 321,1 millions d'euros en 2007, correspondant à une croissance de 78,3% et à un TCAM de 6,0% sur ladite période. Ce poste représente en moyenne, sur la période de 2007 à 2017, une part de 95,0% des dépenses totales de l'assurance dépendance.

Les prestations en nature sont subdivisées en deux parties, à savoir les prestations au Luxembourg, pour lesquelles une distinction est faite entre les prestations à domicile et les prestations en milieu stationnaire, et les prestations à l'étranger.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution des prestations en nature en détaillant les prestations à domicile, les prestations en milieu stationnaire et les prestations étrangères. Sur la période 2007 à 2017, les prestations à domicile représentent une part moyenne de 47,0% et les prestations en milieu stationnaire représentent une part de 50,0% des prestations en nature. Les prestations étrangères ne représentent qu'une part de moins de 3,0% sur la période analysée.

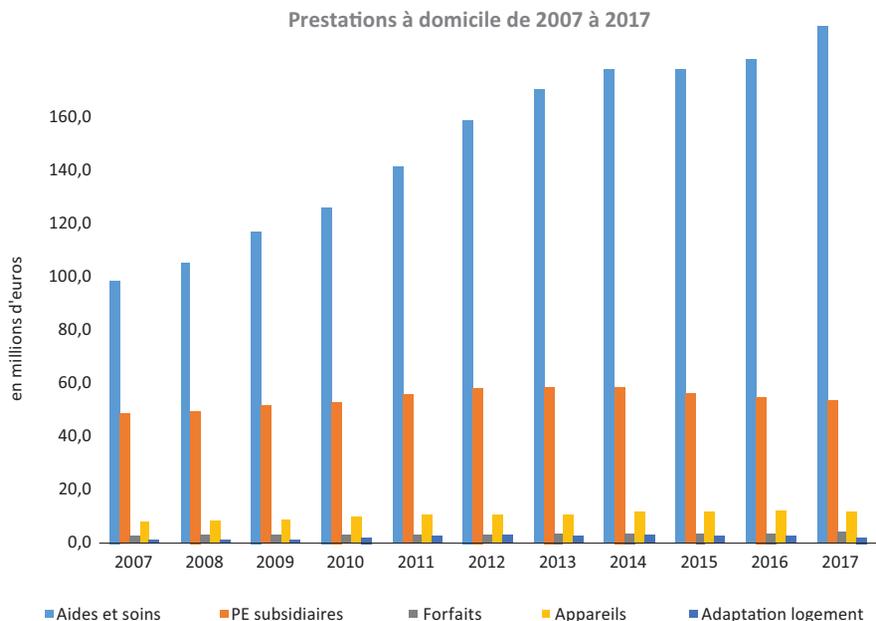


b.3.1 Prestations au Luxembourg

Les prestations au Luxembourg représentent 561,8 millions d’euros en 2017, contre 311,3 millions d’euros en 2007, correspondant à une croissance de 80,5% et à un TCAM de 6,1% entre 2007 à 2017. Les prestations à domicile évoluent de 66,7% sur ladite période (TCAM: 5,4%) alors que les prestations en milieu stationnaire évoluent plus vite à raison de 94,9% (TCAM : 6,6%).

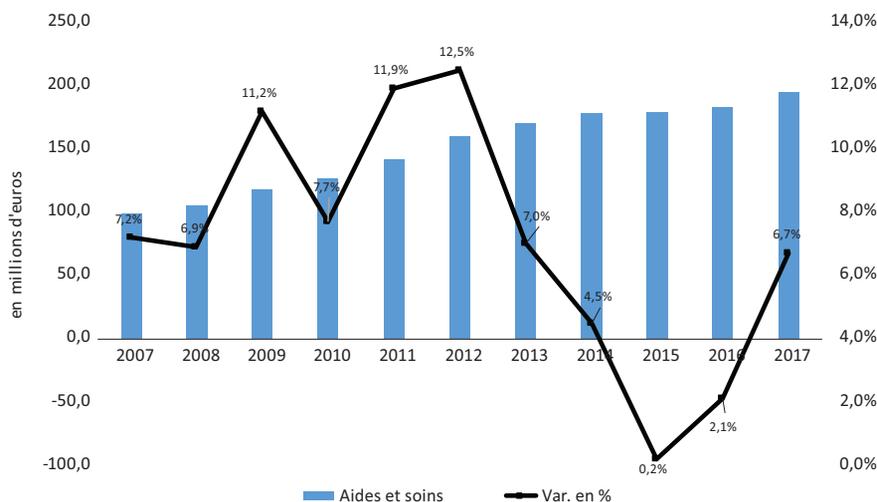
Les prestations au Luxembourg sont prestées par quatre types d’intervenants : les réseaux d’aides et de soins, les établissements à séjour intermittent et les centres semi-stationnaires, pour les prestations à domicile et les établissements à séjour continu, à savoir les centres intégrés et les maisons de soins, pour les prestations en milieu stationnaire. Les analyses qui suivent reprennent les prestations des établissements à séjour intermittent parmi les prestations à domicile. Cela implique le calcul d’une valeur monétaire moyenne pour le domicile à partir de celles des réseaux d’aides et soins, des centres semi-stationnaire et des établissements à séjour intermittent. Les montants mensuels moyens tiennent ainsi compte des quatre valeurs monétaires arrêtées avec la COPAS.

b.3.1.1. Prestations à domicile



Sur la période étudiée, les aides et soins représentent en moyenne une part de 62,2% de l'ensemble des prestations à domicile. Les prestations en espèces représentent une part moyenne de 29,0%. Enfin, les trois autres catégories représentent une part moyenne de 8,8% sur la période de 2007 à 2017.

a. Aides et soins



Les dépenses pour aides et soins passent de 98,9 millions d'euros en 2007 à 194,7 millions d'euros en 2017, soit une variation de 96,8% entre 2007 et 2017, qui se traduit par un TCAM de 7,0%.

Le coût mensuel moyen au n.i. courant passe, quant à lui, de 1.959 euros en 2007 à 2.676 euros en 2017, soit un TCAM de 3,2% ou une variation entre 2007 et 2017 de 36,6%.

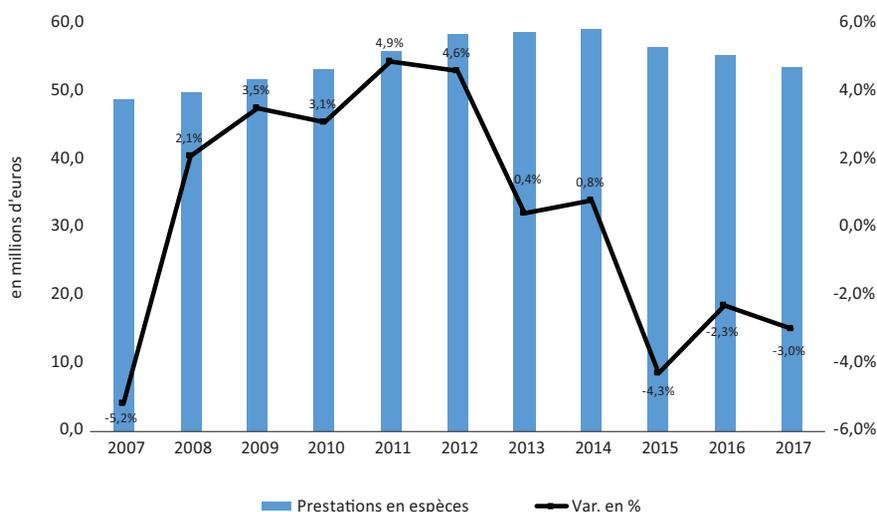
A DOMICILE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Aides et soins													
Dépense (en mio. d'euros)	98,9	105,8	117,7	126,8	141,9	159,6	170,8	178,4	178,7	182,5	194,7	96,8%	7,0%
Var. en %	7,2%	6,9%	11,2%	7,7%	11,9%	12,5%	7,0%	4,5%	0,2%	2,1%	6,7%		
Nombre indice	668,46	682,39	699,44	711,07	724,34	742,44	761,00	775,17	775,17	775,17	794,54	18,9%	1,7%
Var. en %	2,3%	2,1%	2,5%	1,7%	1,9%	2,5%	2,5%	1,9%	0,0%	0,0%	2,5%		
Dépense au n.i.100	14,8	15,5	16,8	17,8	19,6	21,5	22,4	23,0	23,1	23,5	24,5	65,6%	5,2%
Var. en %	4,8%	4,8%	8,5%	5,9%	9,9%	9,8%	4,4%	2,5%	0,2%	2,1%	4,1%		
Nbre bénéficiaires	4.209	4.410	4.561	4.861	5.178	5.493	5.725	5.859	5.855	5.941	6.062	44,0%	3,7%
Var. en %	7,3%	4,8%	3,4%	6,6%	6,5%	6,1%	4,2%	2,3%	-0,1%	1,5%	2,0%		
Coût mensuel moyen	1.959	1.999	2.151	2.173	2.283	2.422	2.487	2.538	2.543	2.561	2.676	36,6%	3,2%
Var. en %	-0,1%	2,0%	7,6%	1,0%	5,1%	6,1%	2,7%	2,1%	0,2%	0,7%	4,5%		
Coût mensuel moyen au n.i.100	293	293	308	306	315	326	327	327	328	330	337	14,9%	1,4%
Var. en %	-2,4%	-0,1%	5,0%	-0,6%	3,1%	3,5%	0,2%	0,2%	0,2%	0,7%	2,0%		
Valeur monét. Moyenne	7,6134	7,5546	7,8179	7,8598	7,9934	8,0742	8,0843	8,0861	8,0933	8,2773	8,5813	12,7%	1,2%
dont Effet Valeur monét. moy.	-3,0%	-0,8%	3,5%	0,5%	1,7%	1,0%	0,1%	0,0%	0,1%	2,3%	3,7%		
dont Effet Divers	0,6%	0,7%	1,4%	-1,2%	1,4%	2,4%	0,0%	0,2%	0,1%	-1,6%	-1,6%		

Pendant les années 2007 à 2013, les taux d'évolution au n.i. 100 pour les aides et soins ont varié en moyenne de 6,9%. Cette croissance s'explique par une évolution moyenne du nombre de bénéficiaires sur ladite période de 5,6% et une évolution moyenne du coût mensuel moyen au n.i. 100 de 1,2%.

La position « Effet Divers » qui résulte après avoir décomposé la variation du coût mensuel moyen au n.i. 100 par la variation de la valeur monétaire moyenne au n.i. 100 indique l'évolution du volume qui reprend l'effet Requis et l'effet Prix.

Les exercices 2015 à 2017 sont impactées par les mesures « budget nouvelle génération » avec des taux d'évolution des dépenses de 0,1% en 2015, de -1,6% en 2016 et de -1,6% en 2017. Le nombre de bénéficiaires s'est accru de 44,0% sur la période 2007 à 2017 avec un TCAM de 3,7%. Alors que la variation moyenne entre 2007 et 2014 s'est établie à 5,2%, la variation moyenne entre 2015 et 2017 atteint seulement 1,2%.

b. Prestations en espèces subsidiaires



L'article 354 alinéa 3 stipule que le montant de la prestation en espèces (PE) est déterminé en multipliant la durée horaire des prestations en nature remplacées, pondérée en tenant compte de la qualification requise, par la valeur horaire de vingt-cinq euros.

Les PE subsidiaires passent de 48,9 millions d'euros en 2007 à 53,7 millions d'euros en 2017, soit une variation entre 2007 et 2017 de 9,8% ou un TCAM de 0,9%.

PE	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Dépense totale (en mio. d'euros)	48,9	49,9	51,7	53,3	55,9	58,5	58,8	59,2	56,6	55,3	53,7	9,8%	0,9%
Var. en %	-5,2%	2,1%	3,5%	3,1%	4,9%	4,6%	0,4%	0,8%	-4,3%	-2,3%	-3,0%		
dont Dépense normale	41,7	44,2	45,5	48,1	50,8	52,7	54,3	55,1	52,6	50,9	49,7	19,0%	1,8%
Var. en %	6,0%	5,9%	2,9%	5,7%	5,6%	3,7%	2,9%	1,5%	-4,4%	-3,4%	-2,3%		
dont Période transitoire	7,2	5,7	6,2	5,2	5,1	5,8	4,5	4,1	4,0	4,5	4,0	-44,1%	-5,6%
Var. en %	-28,1%	-20,6%	8,4%	-16,3%	-1,4%	13,7%	-22,4%	-8,1%	-2,7%	11,5%	-10,5%		
Nbre bénéficiaires	5.697	5.825	6.094	6.397	6.735	7.062	7.247	7.337	7.220	7.224	7.133	25,2%	2,3%
Var. en %	3,8%	2,3%	4,6%	5,0%	5,3%	4,9%	2,6%	1,2%	-1,6%	0,0%	-1,3%		
Coût mensuel moyen	611	632	623	628	629	623	625	626	608	586	581	-4,9%	-0,5%
Var. en %	2,1%	3,5%	-1,5%	0,8%	0,2%	-1,0%	0,3%	0,2%	-2,9%	-3,5%	-1,0%		

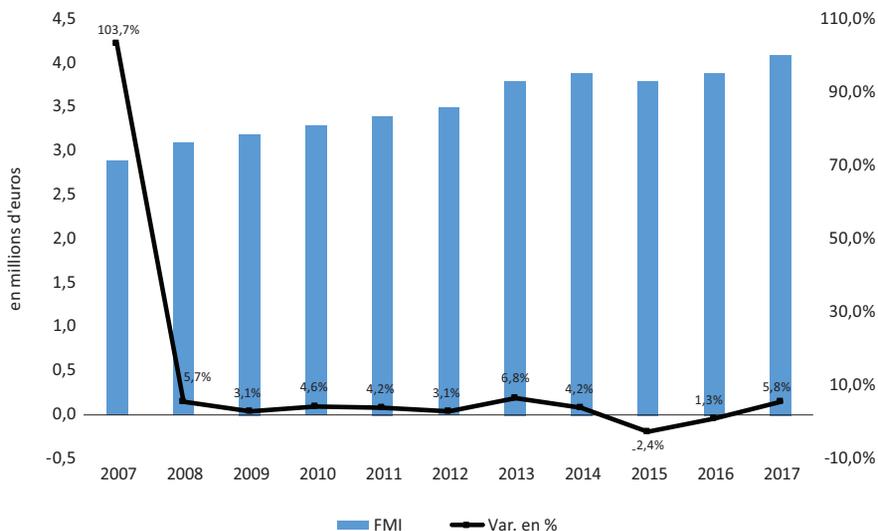
En 2007, les PE diminuent de 5,2% par rapport à 2006 en raison de la baisse du nombre d'heures allouées ; cette baisse se répercute également sur le montant mensuel moyen. La part de personnes bénéficiant de PN qui bénéficient également de PE est de 83,9%.

De 2008 à 2014, la variation des PE subsidiaires reste positive avec une augmentation moyenne de 2,8%. Ce taux s'explique par l'augmentation du nombre de bénéficiaires des PE, qui est en moyenne de 3,7% sur ladite période. Le montant mensuel moyen est négatif sur toute la période avec une moyenne de -1,0%. La part des bénéficiaires PE reste assez constante sur ces cinq années, de l'ordre de 83,3% en moyenne. En 2014, le nombre de bénéficiaires est le plus élevé sur la période de 2007 à 2017 avec 7.337 personnes. Ceci explique que le montant de 59,2 millions d'euros en 2014 soit le plus élevé sur ladite période.

Les années 2015 à 2017 sont caractérisées par une variation négative. Le nombre de bénéficiaires et donc le montant mensuel moyen diminuent sur les trois années. Le montant des PE diminue de 4,3% en 2015, de 2,3% en 2016 et de 3,0% en 2017 pour atteindre un niveau de 53,7 millions d'euros. L'année 2017 connaît le montant mensuel le plus bas avec 581 euros.

La rubrique « Période transitoire » reprend les prestations servies entre la date d'introduction de la demande et la décision sur le plan de prise en charge finalement arrêté.

c. Produits pour aides et soins



Depuis 2007, un montant forfaitaire de 14,32 euros par mois au nombre indice 100 est accordé en cas d'utilisation de produits nécessaires aux aides et soins. Le montant desdits produits passe de 2,9 millions d'euros en 2007 à 4,1 millions d'euros en 2017, soit une variation entre 2007 et 2017 de 42,3% et un TCAM de 3,6%. Le TCAM s'explique d'une part par l'évolution du montant forfaitaire et d'autre part par l'évolution du nombre de forfaits

pris en charge. La part des personnes bénéficiant des prestations à domicile qui obtiennent les produits pour aides et soins diminue au cours de la période de 2007 à 2017. En effet, la part moyenne est de 37,5% et passe de 43,0% en 2007 pour diminuer constamment et atteindre son niveau le plus bas en 2017, à savoir 35,8%.

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Forfaits (en mio. d'euros)	2,9	3,1	3,2	3,3	3,4	3,5	3,8	3,9	3,8	3,9	4,1	42,3%	3,6%
Var. en %	103,7%	5,7%	3,1%	4,6%	4,2%	3,1%	6,8%	4,2%	-2,4%	1,3%	5,8%		
Montant forfaitaire ni 100	14,32	14,32	14,32	14,32	14,32	14,32	14,32	14,32	14,32	14,32	14,32		
Var. en %	92,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		
Montant forfaitaire ni courant	95,7	97,7	100,2	101,8	103,7	106,3	109,0	111,0	111,0	111,0	113,8	18,9%	1,7%
Var. en %	96,9%	2,1%	2,5%	1,7%	1,9%	2,5%	2,5%	1,9%	0,0%	0,0%	2,5%		
Nombre de forfaits	30.229	31.292	31.487	32.392	33.123	33.301	34.683	35.479	34.628	35.078	36.196	19,7%	1,8%
Var. en %	3,5%	3,5%	0,6%	2,9%	2,3%	0,5%	4,2%	2,3%	-2,4%	1,3%	3,2%		

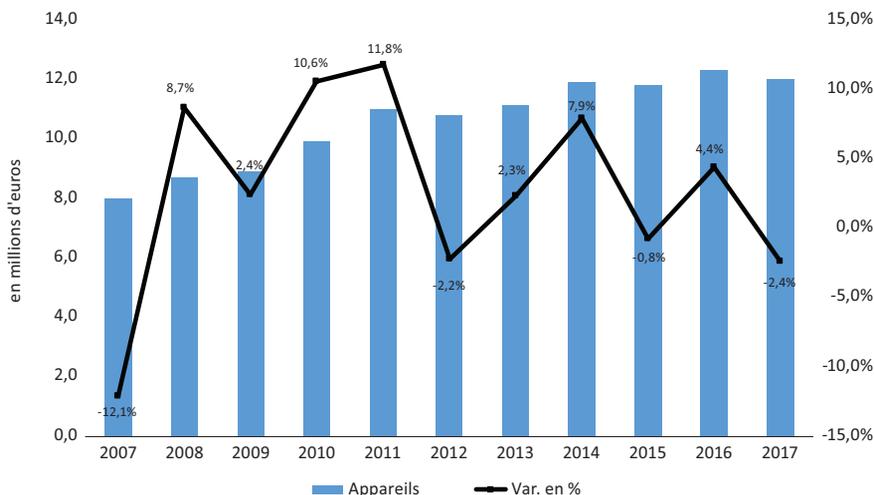
Le taux de variation entre 2006 et 2007 de 103,7% s'explique par le fait que le montant forfaitaire est passé de 7,44 euros à l'indice 100 en 2006 à 14,32 euros en 2007, soit une augmentation de 92,5% à l'indice 100 et de 96,9% à l'indice courant. A cela s'ajoute l'augmentation de 3,5% du nombre de forfaits pris en charge. En 2007, 43,0% des personnes touchant des prestations à domicile bénéficient de ce forfait.

De 2008 à 2014, le taux du montant des produits pour aides et soins est influencé par la variation de l'indice et du nombre de forfait pris en charge. Le taux moyen de l'évolution des produits d'aides et soins est de 4,5% sur ladite période.

Pour les années 2015 et 2016, l'indice reste inchangé. Le montant desdits produits fluctue en fonction du nombre de forfaits alloués.

En 2017, le nombre de forfaits est de 36.196, soit une évolution de 3,2% par rapport à 2016. Le montant forfaitaire au n.i. courant augmente de 2,5%, soit le taux d'évolution de l'indice. Ces deux éléments expliquent donc l'évolution du montant des forfaits de 5,8% en 2017.

d. Appareils – Aides techniques



Les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance sont subdivisées en location d'appareils et en acquisition d'appareils. Dans le cas des locations d'appareil, les aides techniques sont regroupées en six codes ISO :

- 03 - Aides pour le traitement et l'entraînement
- 09 - Aides pour les soins personnels et la protection
- 12 - Aides pour la mobilité personnelle
- 18 - Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles
- 21 - Aides pour la communication, l'information et la signalisation
- 24 - Aides pour manipuler les produits et les biens

Pour les acquisitions d'appareil, un code ISO vient s'ajouter à la liste :

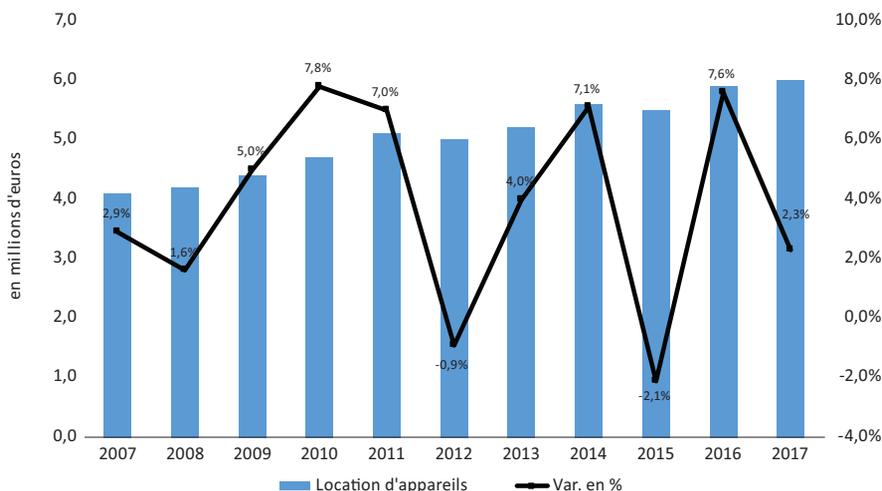
- 15 – Aides pour les activités domestiques

Plus de 140 aides techniques sont énumérées sous ces codes ISO et pris en charge par l'assurance dépendance.

Les aides techniques, acquisitions et locations confondues, sont passées de 8,0 millions d'euros en 2007 à 12,0 millions d'euros en 2017, soit une variation entre 2007 et 2017 de 50,0% ou un TCAM de 4,1% sur ladite période.

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Appareil (en mio. d'euros)	8,0	8,7	8,9	9,9	11,0	10,8	11,1	11,9	11,8	12,3	12,0	50,0%	4,1%
Var. en %	-12,1%	8,7%	2,4%	10,6%	11,8%	-2,2%	2,3%	7,9%	-0,8%	4,4%	-2,4%		
dont Locations	4,1	4,2	4,4	4,7	5,1	5,0	5,2	5,6	5,5	5,9	6,0	46,6%	3,9%
Var. en %	2,9%	1,6%	5,0%	7,8%	7,0%	-0,9%	4,0%	7,1%	-2,1%	7,6%	2,3%		
dont Acquisitions	3,9	4,5	4,5	5,1	6,0	5,8	5,8	6,3	6,3	6,4	6,0	53,6%	4,4%
Var. en %	-23,8%	16,1%	-0,1%	13,3%	16,2%	-3,3%	0,8%	8,6%	0,4%	1,6%	-6,8%		

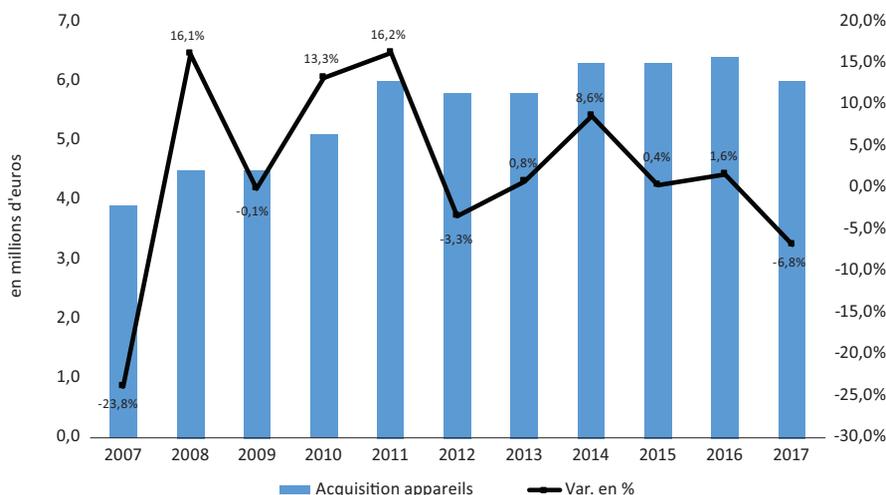
i. Location d'appareils



Les locations d'appareil passent de 4,1 millions d'euros en 2007 à 6,0 millions d'euros soit une évolution positive de 46,6% entre 2017 et 2007, qui équivaut à un TCAM de 3,9%.

Comme indiqué précédemment, le montant des locations d'appareils est subdivisé selon le code ISO. Le code ISO 12 « Aides pour la mobilité personnelle » occupe sur la période allant de 2007 à 2017 une part moyenne de 73,7% du montant total. Par conséquent, les variations constatées au cours des années sont principalement explicables par ce code. Le code ISO 12 renferme par exemple les aides techniques relatives aux adaptations pour voitures automobiles, les fauteuils roulants et accessoires y relatifs.

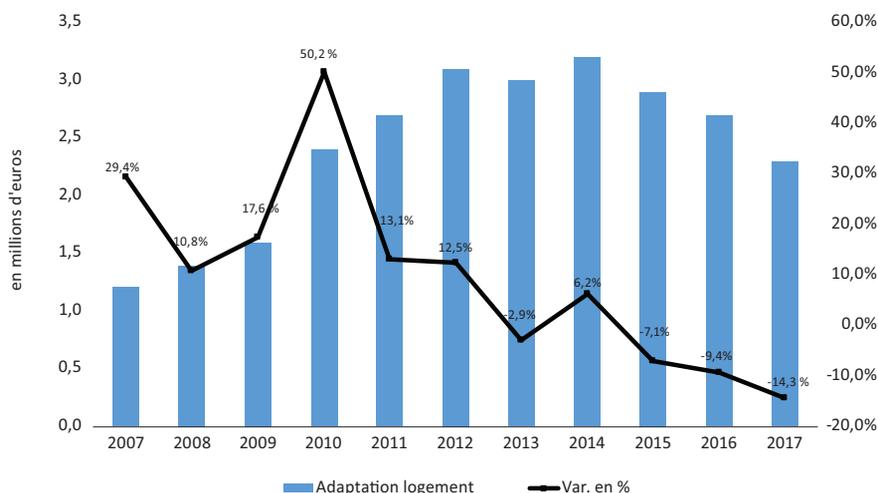
ii. Acquisition d'appareils



Les acquisitions d'appareils passent de 3,9 millions d'euros en 2007 à 6,0 millions d'euros soit une évolution positive de 53,6% entre 2017 et 2007, qui équivaut à un TCAM de 4,4%.

Les évolutions des acquisitions d'appareils s'expliquent en grande partie avec deux des sept codes ISO, à savoir les codes 12 et 18. En effet, ces deux codes ISO représentent en moyenne une part de 84,3% du montant total dudit poste. Ainsi, la variation du nombre d'acquisitions d'appareils prise en charge par l'assurance dépendance de ces codes aura une incidence prépondérante sur l'évolution du montant total des acquisitions d'appareil.

e. Adaptation du logement



Le poste des adaptations logement renferme aussi bien les adaptations logement prises en charge par l'assurance dépendance jusqu'à concurrence de 26.000 euros que les subventions de loyer et les frais experts²⁰⁾. En 2017, la dépense pour les adaptations logement s'élève à 2,3 millions d'euros contre 1,2 million d'euros en 2007, soit un TCAM de 6,4% ou une variation entre 2007 et 2017 de 85,2%.

20) Règlement grand-ducal du 20 avril 2010 s'appliquant aux aides techniques et aux adaptations de logement prises en charge par l'assurance dépendance à partir du 1^{er} janvier 2010. Jusqu'en 2009, les frais experts étaient pris en charge par la CEO.

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Adaptation logement (en mio. d'euros)	1,2	1,4	1,6	2,4	2,7	3,1	3,0	3,2	2,9	2,7	2,3	85,2%	6,4%
Var. en %	29,4%	10,8%	17,6%	50,2%	13,1%	12,5%	-2,9%	6,2%	-7,1%	-9,4%	-14,3%		
dont Adaptation logement	1,2	1,4	1,6	1,5	1,8	2,1	2,0	2,0	1,9	1,7	1,3	2,9%	0,3%
Var. en %	29,5%	10,7%	17,3%	-7,2%	18,5%	20,8%	-7,5%	3,4%	-6,5%	-12,5%	-23,8%		
dont Subvention loyer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	920,6%	26,2%
Var. en %	6,9%	51,0%	127,8%	50,8%	35,9%	4,1%	35,9%	0,0%	2,4%	-8,9%	9,7%		
dont Frais experts	0,0	0,0	0,0	0,9	1,0	0,9	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0		
Var. en %					4,1%	-2,6%	6,8%	11,8%	-8,6%	-3,5%	1,3%		

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Nombre d'adaptations	96	117	128	145	163	193	178	203	184	166	148	54,2%	4,4%
Var. en %	-13,5%	21,9%	9,4%	13,3%	12,4%	18,4%	-7,8%	14,0%	-9,4%	-9,8%	-10,8%		
Montant moyen des AL	12.819	11.641	12.479	10.224	10.775	10.996	11.029	10.000	10.320	10.011	8.554	-33,3%	-4,0%
Var. en %	49,7%	-9,2%	7,2%	-18,1%	5,4%	2,1%	0,3%	-9,3%	3,2%	-3,0%	-14,6%		

En 2007, les adaptations logement sont à hauteur de 1,2 million d'euros, soit une hausse de 29,4% par rapport à 2006. La subvention loyer, qui fait également partie des adaptations logements, ne représente que 2.616 euros, et n'influence donc pas la variation du poste. Le taux de 29,4% s'explique en partie par la baisse de 13,5% du nombre d'adaptations, qui est de 96 en 2007, et par la hausse du montant moyen des adaptations logement de 49,7%, pour s'établir à 12.819 euros. La forte hausse du montant moyen se justifie par l'augmentation en 2007 de la prise en charge d'adaptation plus chères.

En 2008 et 2009, les adaptations logement augmentent de 10,8% respectivement de 17,6%. Les variations s'expliquent avec les évolutions du nombre d'adaptations logement et des montants moyens des adaptations logements, tout comme pour l'année 2007.

A partir de 2010, le poste des adaptations logement compte une troisième sous-catégorie, à savoir les frais experts qui étaient à charge de l'ancienne CEO, nouvelle AEC. Ledit poste affiche une dépense de 2,4 millions d'euros en 2010, soit une hausse de 50,2% par rapport à 2009 qui équivaut à un montant de 806.600 euros. Même si les adaptations logement diminuent de 7,2% (- 115.000 euros) en raison de la baisse du montant moyen des adaptations logement, l'augmentation dudit poste s'explique par l'introduction des frais experts, qui s'élèvent à 917.000 euros en 2010. La légère hausse de 4.600 euros de la subvention loyer ne pèse pas dans l'explication de la variation.

Ledit poste connaît une évolution positive pour les années 2011 et 2012 de 13,1% respectivement 12,5%, qui s'explique principalement par l'augmentation des adaptations logement de l'ordre de 12,4% (+18

adaptations logement) en 2011 et de 18,4% (+30 adaptations logement) en 2012.

Les années 2015 à 2017 connaissent une baisse de 7,1%, respectivement de 9,4% et de 14,3%, soit une baisse moyenne de 10,3%. Le niveau des adaptations logement passe en 2015 à 2,9 millions d'euros pour diminuer ensuite et passer à 2,7 millions d'euros en 2016 et à 2,3 millions d'euros en 2017. Ces évolutions négatives sont explicables par la baisse du nombre d'adaptations entre ces trois années avec une moyenne de -10,0% et d'une baisse moyenne de 4,8% du montant moyen.

b.3.1.2. Prestations en milieu stationnaire

EN ETABLISSEMENT	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Aides et soins													
Dépense (en mio. d'euros)	151,4	171,7	188,5	207,6	223,1	243,0	265,8	284,8	281,5	288,8	295,1	94,9%	6,9%
Var. en %	4,8%	13,5%	9,8%	10,1%	7,5%	8,9%	9,4%	7,1%	-1,1%	2,6%	2,2%		
Nombre indice	668,46	682,39	699,44	711,07	724,34	742,44	761,00	775,17	775,17	775,17	794,54	18,9%	1,7%
Var. en %	2,3%	2,1%	2,5%	1,7%	1,9%	2,5%	2,5%	1,9%	0,0%	0,0%	2,5%		
Dépense au n.i.100	22,6	25,2	27,0	29,2	30,8	32,7	34,9	36,7	36,3	37,3	37,1	64,0%	5,1%
Var. en %	2,5%	11,1%	7,1%	8,3%	5,5%	6,3%	6,7%	5,2%	-1,1%	2,6%	-0,3%		
dont CIPA	12,7	13,9	15,4	17,3	17,4	18,4	18,4	18,9	18,5	18,5	18,1	42,7%	3,6%
Var. en %	-0,1%	9,9%	10,2%	12,8%	0,6%	5,5%	0,1%	2,5%	-2,0%	-0,1%	-2,0%		
dont Maisons de soins	10,0	11,2	11,6	11,9	13,4	14,4	16,5	17,9	17,8	18,8	19,0	91,2%	6,7%
Var. en %	6,0%	12,6%	3,3%	2,4%	12,7%	7,4%	15,1%	8,1%	-0,3%	5,4%	1,4%		
Nbre bénéficiaires	3382	3624	3811	4101	4283	4418	4584	4702	4769	4857	4889	44,6%	3,8%
Var. en %	-0,4%	7,2%	5,2%	7,6%	4,4%	3,2%	3,8%	2,6%	1,4%	1,8%	0,7%		
dont CIPA	2.044	2.161	2.320	2.581	2.615	2.656	2.598	2.595	2.636	2.642	2.634	28,9%	2,6%
Var. en %	-2,9%	5,7%	7,4%	11,3%	1,3%	1,6%	-2,2%	-0,1%	1,6%	0,2%	-0,3%		
dont Maisons de soins	1.338	1.463	1.491	1.520	1.668	1.762	1.986	2.107	2.133	2.215	2.255	68,5%	5,4%
Var. en %	3,5%	9,3%	1,9%	1,9%	9,7%	5,6%	12,7%	6,1%	1,2%	3,8%	1,8%		
TOTAL													
Coût mensuel moyen	3730	3948	4123	4218	4340	4585	4832	5047	4918	4955	5030	34,9%	3,0%
Var. en %	5,3%	5,9%	4,4%	2,3%	2,9%	5,6%	5,4%	4,4%	-2,6%	0,7%	1,5%		
Coût mensuel moyen au n.i.100	558	579	589	593	599	618	635	651	634	639	633	13,5%	1,3%
Var. en %	2,9%	3,7%	1,9%	0,6%	1,0%	3,1%	2,8%	2,5%	-2,6%	0,7%	-0,9%		
Valeur monét.	6,1983	6,3613	6,3725	6,3145	6,1886	6,2382	6,2382	6,2382	6,2382	6,3754	6,4750	4,5%	0,4%
dont Effet Valeur monétaire	1,4%	2,6%	0,2%	-0,9%	-2,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	1,6%		
dont Effet Divers	1,5%	1,0%	1,7%	1,6%	3,1%	2,2%	2,8%	2,5%	-2,6%	-1,4%	-2,5%		

Les aides et soins en établissements au n.i. courant s'élèvent en 2007 à 151,4 millions d'euros et atteignent 295,1 millions d'euros 10 ans plus tard, à savoir en 2017. Sur cette période, le taux de variation s'établit donc à 94,9% correspondant à un TCAM de 6,9%. En faisant abstraction du taux d'inflation

de 1,7% sur cette période, les dépenses au n.i. 100 accusent une croissance de 64,0% sur ladite période correspondant à un TCAM de 5,1%.

Le nombre de bénéficiaires s'accroît de 3.382 personnes en 2007 à 4.889 personnes en 2017. Ceci correspond à une croissance de 44,6% analogue à celle des bénéficiaires à domicile pour aides et soins qui s'est établi à 44,0%. Le TCAM s'établit à 3,8%.

L'évolution du nombre de bénéficiaires est plus important dans les maisons de soins avec 68,5% que pour les CIPA avec 28,9%. Ceci s'explique partiellement par le fait que certains CIPA ont changé de statut au cours de la période étudiée. L'ouverture de nouveaux CIPA et de maisons de soins a évidemment une influence sur le nombre de bénéficiaires.

En raison des mesures prises dans le cadre BNG, les années 2015 à 2017 sont marquées par des taux d'évolution négatifs respectivement faibles au niveau du coût mensuel moyen au n.i. 100 qui a évidemment une incidence sur les dépenses.

La position « Effet Divers » qui résulte après avoir décomposé la variation du coût mensuel moyen au n.i. 100 par la variation de la valeur monétaire au n.i. 100 indique l'évolution du volume qui reprend l'effet Requis et l'effet Prix. L'impact des mesures BNG se fait ressentir à partir de 2015.

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
CIPA													
Coût mensuel moyen	3.457	3.669	3.860	3.977	4.021	4.279	4.490	4.695	4.531	4.516	4.550	31,6%	2,8%
<i>Var. en %</i>	5,2%	6,1%	5,2%	3,0%	1,1%	6,4%	4,9%	4,6%	-3,5%	-0,3%	0,8%		
Coût mensuel moyen au n.i.100	517	538	552	559	555	576	590	606	585	583	573	10,7%	1,0%
<i>Var. en %</i>	2,8%	4,0%	2,7%	1,4%	-0,8%	3,8%	2,4%	2,7%	-3,5%	-0,3%	-1,7%		
Valeur monét.	6,1983	6,3613	6,3725	6,3145	6,1886	6,2382	6,2382	6,2382	6,2382	6,3754	6,4750	4,5%	0,4%
dont Effet Valeur monétaire	1,4%	2,6%	0,2%	-0,9%	-2,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	1,6%		
dont Effet Divers	1,4%	1,3%	2,5%	2,3%	1,3%	3,0%	2,4%	2,7%	-3,5%	-2,5%	-3,2%		
Maisons de soins													
Coût mensuel moyen	4.146	4.361	4.532	4.628	4.841	5.045	5.281	5.481	5.397	5.478	5.591	34,8%	3,0%
<i>Var. en %</i>	4,7%	5,2%	3,9%	2,1%	4,6%	4,2%	4,7%	3,8%	-1,5%	1,5%	2,1%		
Coût mensuel moyen au n.i.100	620	639	648	651	668	680	694	707	696	707	704	13,4%	1,3%
<i>Var. en %</i>	2,4%	3,0%	1,4%	0,5%	2,7%	1,7%	2,1%	1,9%	-1,5%	1,5%	-0,4%		
Valeur monétaire	6,1983	6,3613	6,3725	6,3145	6,1886	6,2382	6,2382	6,2382	6,2382	6,3754	6,4750	4,5%	0,4%
dont Effet Valeur monétaire	1,4%	2,6%	0,2%	-0,9%	-2,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	1,6%		
dont Effet Divers	0,9%	0,4%	1,2%	1,4%	4,8%	0,9%	2,1%	1,9%	-1,5%	-0,7%	-2,0%		

L'analyse du coût mensuel moyen au n.i. 100 pour les CIPA et les maisons de soins montre que les mesures BNG ont eu une incidence plus prononcée pour les CIPA que pour les maisons de soins.

Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Coût mensuel moy. au n.i. courant													
A domicile	1.959	1.999	2.151	2.173	2.283	2.422	2.487	2.538	2.543	2.561	2.676	36,6%	3,2%
Var. en %		2,0%	7,6%	1,0%	5,1%	6,1%	2,7%	2,1%	0,2%	0,7%	4,5%		
En établissement	3.730	3.948	4.123	4.218	4.340	4.585	4.832	5.047	4.918	4.955	5.030	34,9%	3,0%
Var. en %		5,9%	4,4%	2,3%	2,9%	5,6%	5,4%	4,4%	-2,6%	0,7%	1,5%		
dont CIPA	3.457	3.669	3.860	3.977	4.021	4.279	4.490	4.695	4.531	4.516	4.550	31,6%	2,8%
Var. en %		6,1%	5,2%	3,0%	1,1%	6,4%	4,9%	4,6%	-3,5%	-0,3%	0,8%		
dont Maisons de soins	4.146	4.361	4.532	4.628	4.841	5.045	5.281	5.481	5.397	5.478	5.591	34,8%	3,0%
Var. en %		5,2%	3,9%	2,1%	4,6%	4,2%	4,7%	3,8%	-1,5%	1,5%	2,1%		
Part Domicile/Établissement	53%	51%	52%	52%	53%	53%	51%	50%	52%	52%	53%		

En comparant le coût mensuel moyen à domicile avec celui en établissement, une certaine constance dans la part « à domicile » peut être constatée. Cette part se situe en moyenne à 52% sur la période étudiée.

L'évolution du coût mensuel moyen à domicile évolue de 36,6% entre 2017 et 2007 alors que ce dernier évolue de 34,9% pour les établissements. Tout comme la variation entre 2007 et 2017, le TCAM pour le coût moyen à domicile et en établissement évolue de manière similaire avec un TCAM de 3,2% pour le premier et de 3,0% pour le deuxième.

b.3.2. Prestations servies à l'étranger

Les prestations servies à l'étranger comprennent deux postes : le poste prestations en espèces (PE) transférées à l'étranger et le poste conventions internationales. Les PE sont transférées à l'étranger pour le cas d'un frontalier qui travaille au Luxembourg et qui habite dans un autre pays. Ce dernier a droit à des PE versées par le Luxembourg si lui ou un membre de sa famille est soigné à domicile par un aidant. Les dépenses du poste conventions internationales sont calculées notamment selon la quote-part dépendance comprise dans les décomptes de l'assurance maladie-maternité reçus de la part des caisses étrangères. En effet, une quote-part dépendance est appliquée aux postes « Frontaliers » et « Pensionnés » desdits décomptes pour l'Allemagne et la Belgique, afin de déterminer la dépense relative au poste conventions internationales. En effet, les autres caisses étrangères ne connaissent soit pas d'assurance dépendance ou fonctionnent selon une logique forfaitaire. La France n'a pas de dépenses d'assurance dépendance dans les décomptes qu'elle fait parvenir à la CNS.

Prestations étrangères en millions d'euros	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Dépense	9,4	10,5	12,0	13,0	8,4	8,1	8,5	8,8	9,3	10,2	10,7	14,1%	1,3%
Var. en %	3,3%	12,2%	14,1%	8,4%	-35,3%	-4,2%	5,6%	3,4%	6,1%	9,5%	4,5%		
dont Prestations en espèces	2,6	2,8	3,0	3,1	3,5	3,7	3,9	4,0	3,9	4,2	4,3	65,6%	5,2%
Var. en %	-0,2%	8,6%	6,3%	4,0%	12,6%	5,4%	4,6%	3,9%	-1,7%	5,8%	2,7%		
dont Conventions internationales	6,8	7,7	9,0	9,9	4,9	4,4	4,7	4,8	5,4	6,0	6,4	-5,6%	-0,6%
Var. en %	4,7%	13,6%	17,0%	9,9%	-50,3%	-11,1%	6,4%	3,0%	12,6%	12,2%	5,8%		

Les dépenses concernant les prestations servies à l'étranger se situent à 9,4 millions d'euros en 2007 et augmentent jusqu'en 2010 à un niveau de 13,0 millions d'euros. En 2011, une forte baisse est constatée de l'ordre de 35,3% et en 2012 de 4,2%. La baisse de 2011 s'explique par l'introduction de la nouvelle législation 883 à partir du 1^{er} mai 2010 et qui prévoit le règlement de prestations entre pays non plus suivant le coût moyen mais suivant les frais effectifs. Depuis 2013, lesdites dépenses augmentent continuellement pour atteindre un niveau de 10,7 millions d'euros en 2017. Ainsi, la variation entre 2007 et 2017 est de 14,1% et le TCAM est de 1,3%.

a. Prestations en espèces transférées (PE) à l'étranger

Prestations en espèces	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Dépense (en mio. d'euros)	2,6	2,8	3,0	3,1	3,5	3,7	3,9	4,0	3,9	4,2	4,3	65,6%	5,2%
Var. en %	-0,2%	8,6%	6,3%	4,0%	12,6%	5,4%	4,6%	3,9%	-1,7%	5,8%	2,7%		
PE: Nombre de bénéficiaires	243	271	281	294	325	345	367	391	389	415	442	81,8%	6,2%
Var. en %	5,5%	11,2%	4,0%	4,6%	10,4%	6,3%	6,3%	6,5%	-0,5%	6,7%	6,5%		
PE: Montant mensuel (en euros)	887	866	885	880	898	891	877	855	845	838	808	-8,9%	-0,9%
Var. en %	-5,4%	-2,4%	2,2%	-0,6%	2,0%	-0,8%	-1,6%	-2,4%	-1,2%	-0,8%	-3,5%		

Les PE transférées à l'étranger sont de 2,6 millions d'euros en 2007 et augmentent tout au long de la période étudiée, sauf pour l'année 2015 pour laquelle une variation négative de 1,7% est constatée. En 2017, les PE s'élèvent à 4,3 millions d'euros, ce qui équivaut à une variation entre 2007 et 2017 de 65,6% soit un TCAM de 5,2%.

De 2007 à 2017, le nombre de bénéficiaires en moyenne annuelle évolue toujours fortement, entre 4,0% et 11,2%, sauf pour l'année 2015, où le nombre de bénéficiaires a même diminué (-0,5%) ce qui explique que les PE diminuent également. Ceci est une conséquence du BNG, qui a introduit de nouveaux critères d'octroi de prestations. La variation des bénéficiaires est un élément important dans l'évolution des dépenses.

b. Conventions internationales

Conventions internationales en millions d'euros	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Dépense	6,8	7,7	9,0	9,9	4,9	4,4	4,7	4,8	5,4	6,0	6,4	-5,6%	-0,6%
Var. en %	4,8%	13,5%	17,1%	9,9%	-50,3%	-11,1%	6,4%	3,0%	12,6%	12,2%	5,8%		
Frontaliers dépendance	0,9	1,1	1,3	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	149,0%	9,6%
Var. en %	14,2%	30,7%	18,3%	10,4%	7,4%	5,5%	5,5%	6,1%	7,2%	2,2%	5,0%		
E112/S2 dépendance	1,8	1,8	1,6	0,6	0,9	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-100,0%	-59,4%
Var. en %	19,6%	1,7%	-11,5%	-63,2%	46,9%	-80,4%	-100,0%						
Pensionnés	1,4	1,5	1,7	1,7	2,0	2,5	2,8	3,0	3,2	3,9	4,2	205,0%	11,8%
Var. en %	22,9%	10,5%	9,5%	0,1%	19,8%	25,5%	11,7%	7,9%	7,9%	20,8%	6,6%		
Renonciation frais effectifs dép.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	-0,1	0,1	0,1	0,1		
Var. en %							-8,5%	161,2%	164,6%	-311,2%	-38,1%	-9,3%	
Excédents inscriptions pensionnés	2,8	3,3	4,4	6,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Var. en %	-10,8%	17,2%	35,6%	39,4%	-92,6%	-98,2%	-76,9%	-100,0%					

Les conventions internationales se décomposent en cinq postes : « Frontaliers dépendance », « E112/S2 dépendance », « Pensionnés », « Renoncations frais effectifs dépendance » et « Excédents inscriptions pensionnés ».

Les postes « Frontaliers dépendance » et « Pensionnés » sont calculés en appliquant une quote-part dépendance ²¹⁾, comprise dans les coûts moyens annuels des prestations occasionnées par ces catégories d'assurés, aux décomptes d'assurance maladie-maternité servies à l'étranger, notamment en Allemagne et en Belgique.

En 2007, les dépenses relatives aux conventions internationales s'élèvent à 6,8 millions d'euros et vont fortement fluctuer, aussi bien positivement que négativement, pour atteindre un niveau de 6,4 millions d'euros. Ceci correspond à une variation négative entre 2007 et 2017 de 5,6%, soit un TCAM négatif de 0,6%.

Le postes « E112/S2 dépendance » présentait des dépenses de l'ordre de 1,8 millions d'euros en 2007 et 2008, mais a diminué progressivement à partir de 2009, avec une légère hausse en 2011, pour finalement ne plus afficher de dépenses à partir de 2013 étant donné que ces dépenses sont depuis comptabilisées à travers la procédure du redressement.

Les dépenses du poste « Excédents inscriptions pensionnés » s'élèvent à 2,8 millions d'euros en 2007. Ledit poste a connu une hausse importante des dépenses jusqu'en 2010, pour atteindre 6,2 millions d'euros, ce qui explique principalement les variations positives des dépenses pour conventions internationales. La forte diminution en 2011 des dépenses pour le poste

21) Délivré par les institutions allemandes et belges

conventions internationales de 50,3%, voire la baisse de 5,0 millions d'euros, et de 11,1% en 2012 s'explique en grande partie par la diminution des dépenses du présent poste.

A partir de 2012, ce poste n'affiche plus de dépenses.

Le poste « Renoncations frais effectifs dépendance » n'a jamais excédé 0,2 million d'euros de dépenses et représente un poids négligeable dans l'ensemble des dépenses pour conventions internationales.

Conventions internationales en millions d'euros	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Frontaliers dépendance	0,9	1,1	1,3	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	149,0%	9,6%
dont Allemagne	0,8	1,0	1,2	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	1,9	2,0		
dont Belgique	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1		
Frontaliers dépendance	1,4	1,5	1,7	1,7	2,0	2,5	2,8	3,0	3,2	3,9	4,2	205,0%	11,8%
dont Allemagne	0,5	0,6	0,7	0,6	0,8	1,1	1,3	1,5	1,7	0,1	2,4		
dont Belgique	0,9	0,9	0,9	1,0	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5	1,8	1,8		

Mise à part le poste « Excédents inscriptions pensionnés », les deux autres postes ayant une influence sur les dépenses des conventions internationales sont les postes « Frontaliers dépendance » et « Pensionnés ». Le tableau ci-dessous présente une vue plus détaillée des deux postes, subdivisés en dépenses d'assurés allemands et belges. Les dépenses pour les frontaliers allemands représentent en moyenne sur la période 2007 à 2017 une part de 94,0% des dépenses pour les frontaliers protégés par l'assurance dépendance, alors que dans le cas des dépenses pour les pensionnés, la situation est plus équilibrée avec une part moyenne de 45,9% des dépenses pour les pensionnés allemands et de 53,9% des dépenses pour les pensionnés belges.

L'Allemagne, la Belgique et la France représentent à elles seules 97% des dépenses liées aux décomptes de l'assurance maladie-maternité reçus par les institutions étrangères. La France, ne connaissant pas d'assurance dépendance, n'est pas reprise dans les dépenses de cette dernière, et ce ne sont que l'Allemagne et la Belgique qui sont prises en compte.

b.3.3. Transferts de cotisation (63)

Transferts de cotisations Cotisations AP pour aidants informels	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. 17/07	TCAM 17/07
Dépense (en mio. d'euros)	2,9	3,6	4,1	4,5	4,8	5,7	5,9	5,1	6,1	6,9	7,0	142,9%	9,3%
Var. en %	2,4%	25,6%	13,0%	9,7%	7,2%	18,4%	3,9%	-14,4%	20,5%	12,8%	1,7%		
Nombre d'aidants informels au 31/12	801	921	1.050	1.218	1.325	1.492	1.531	1.448	1.492	1.618	1.733	116,4%	8,0%
Var. en %	12,8%	15,0%	14,0%	16,0%	8,8%	12,6%	2,6%	-5,4%	3,0%	8,4%	7,1%		

L'assurance dépendance prend en charge les cotisations pour l'assurance pension d'une personne qui assure avant l'âge de 65 ans des aides et soins à la personne dépendante à son domicile en dehors d'un réseau d'aides et de soins. Les cotisations sont calculées sur la base du salaire social minimum prévu pour un travailleur non qualifié âgé de 18 ans au moins.

Les données reprises au tableau ci-dessus sont exprimées selon la date comptable, ce qui signifie que les fortes variations ne reflètent pas la réalité, car elles renferment des recalculs et des reports qui impactent fortement les taux d'évolution. Les taux de croissance erratiques sont donc dus au fait que les données suivant la date prestation ne sont pas disponibles.

Les transferts de cotisations passent de 2,9 millions d'euros en 2007 à 7,0 millions d'euros en 2017, soit une variation de 142,9% ou un TCAM de 9,3%.

Le nombre d'aidants informels figurant au tableau représente les personnes affiliées au CCSS au titre de l'article 355 du CCSS. Ces données sont communiquées par le CCSS au 31/12 de chaque année. Les aidants informels sont passés de 801 personnes en 2007 à 1.733 personnes en 2017, ce qui correspond à un TCAM de 8,0% ou une variation de 116,4%. L'augmentation est forte entre 2007 et 2012, avec une moyenne de 13,2%, alors que les années 2013 à 2017 évoluent plus lentement à savoir de 3,2%.

b.3.4. Mécanisme de compensation

La loi du 23 décembre 2016 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2017 prévoit dans l'article 44 que l'État verse une subvention unique maximale de 30 millions d'euros à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance visé à l'article 380 du CSS, afin de compenser les découverts inévitables et imprévisibles au titre des exercices de prestation 2015 à 2017 des prestataires dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation à appliquer par l'AEC (ancienne CEO), dans le cadre du paquet d'avenir. Suivant le texte du budget des recettes et des dépenses de l'État pour 2019 (Art. 35), l'État assure par ailleurs une subvention unique supplémentaire d'un montant maximal de 8,0 millions d'euros pour l'exercice 2019.

En particulier, l'État est intervenu par le paiement d'une subvention à la CNS, pour le compte des prestataires, lors des exercices comptables 2016 à 2019 (concernant les exercices de prestation 2015 à 2017). La CNS était chargée de transmettre ce paiement aux prestataires sur base des dispositions conventionnelles prévues. Toutefois, c'est en souhaitant de bien documenter le paiement de cette subvention que l'IGSS a recommandé à la CNS de comptabiliser ce montant au niveau des charges et des produits de l'assurance dépendance, tout en sachant que ces dépenses sont comptabilisées également au niveau des charges du budget de l'État.

Suivant le tableau ci-dessous, un montant de 9,5 millions d'euros a été comptabilisé sur l'exercice prestation 2015, qui s'est étalé sur les années comptables 2016 à 2018. Pour l'exercice prestation 2016, un montant à hauteur de 12,3 millions d'euros a été comptabilisé sur les années comptables 2017 (12,3 millions d'euros) et 2018. L'exercice de prestation 2017 compte un montant de 15,9 millions d'euros, qui s'étale sur les années comptables 2018 (8,2 millions d'euros) et 2019 (7,74 millions d'euros). Ainsi au final, un montant total de 37,7 millions d'euros a été comptabilisé sur la période de 2015 à 2017.

Le versement de la subvention par l'État à la CNS figure au niveau des recettes de l'assurance dépendance sous le poste « Contribution de l'État : Mécanisme de compensation ». Au niveau des charges de l'assurance dépendance, les paiements transmis aux prestataires figurent parmi le poste « Prestations en nature ». Comme ces prestations ne font que transiter par les comptes de la CNS, ces dernières ne sont pas considérées dans la présente analyse.

Mécanisme de compensation (en millions d'euros)	Exercice prestation			Total
	2015	2016	2017	
Exercice comptable (avec provisions nettes)				
2016	8,41	0,00	0,00	8,41
Réseaux aides et soins	1,32			1,32
Centre semi-stationnaire	0,29			0,29
Etablissement à séjour continu	6,05			6,05
Etablissement à séjour intermittent	0,74			0,74
2017*	1,09	12,30	0,00	13,39
Réseaux aides et soins	1,06	3,74		4,80
Centre semi-stationnaire	0,02	0,36		0,38
Etablissement à séjour continu	0,00	7,09		7,09
Etablissement à séjour intermittent	0,01	1,11		1,12
2018*	-0,04	0,04	8,20	8,20
Réseaux aides et soins	-0,02	0,02	2,24	2,24
Centre semi-stationnaire	-0,02	0,02	0,29	0,29
Etablissement à séjour continu		0,00	4,81	4,81
Etablissement à séjour intermittent		0,00	0,86	0,86
2019	0,00	0,00	7,74	7,74
Réseaux aides et soins			2,53	2,53
Centre semi-stationnaire			-0,14	-0,14
Etablissement à séjour continu			4,55	4,55
Etablissement à séjour intermittent			0,79	0,79
Total	9,45	12,34	15,94	37,74
Réseaux aides et soins	2,36	3,76	4,77	10,89
Centre semi-stationnaire	0,29	0,38	0,16	0,83
Etablissement à séjour continu	6,05	7,09	9,37	22,51
Etablissement à séjour intermittent	0,74	1,11	1,65	3,50

c. Valeurs monétaires

Comme indiqué à l'article 395 du CSS, le montant des prestations délivrées par les différentes catégories de prestataires de l'assurance dépendance est déterminé en multipliant la durée horaire des prestations-type, pondérée en tenant compte de la qualification requise, par une valeur monétaire.

La valeur monétaire est fixée séparément pour les quatre types de prestataires dispensant les aides et soins pris en charge par l'assurance dépendance, notamment les RAS, les CSS, les ESC et les ESI. Les négociations pour refixer les valeurs monétaires avaient lieu tous les ans entre le gestionnaire de l'assurance dépendance et le(s) groupement(s) professionnel(s) des prestataires. Le montant des prestations en nature qui sera payé au prestataire s'obtient en multipliant la durée hebdomadaire par ladite valeur monétaire négociée. La fréquence de négociation a été fixée à tous les deux ans dans le cadre de la réforme de l'assurance dépendance.

Les valeurs monétaires sont déterminées selon une méthodologie qui comporte trois phases.

Pour la détermination de la valeur monétaire pour l'année N, la première phase consiste en un calcul du coût de revient horaire à l'année N-2, la deuxième phase consiste en l'extrapolation du coût de revient horaire à l'année N et la dernière phase se concentre sur les revendications des parties prenantes.

Dans la première étape, le coût salarial est déterminé en prenant en compte les frais de personnel prestant au lit du patient, les frais généraux et les autres frais de personnel.

La deuxième étape vise à adapter le coût de revient horaire pour N-2 sur lequel les parties se sont mises d'accord au niveau de l'année N. Pour se faire, certains éléments intervenant entre N-2 et N sont pris en compte, tels que le renouvellement des conventions collectives de travail (CCT), le glissement des carrières et l'adaptation du taux de cotisation.

La troisième et dernière étape se focalise sur la négociation d'éléments nouveaux et les revendications des prestataires qui ont des impacts sur le coût de revient des prestations ainsi que d'éléments qui n'ont pas été considérés lors des négociations des VM précédentes. Ces éléments seront également intégrés dans le calcul des VM.

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

Le tableau ci-dessous présente une vue des valeurs monétaires au n.i.100 de l'année 2007 à l'année 2017. Les ESC et les ESI ont une variation entre 2007 et 2017 quasiment identique, de 4,5% respectivement 4,4%. Les CSS augmentent de 6,9% sur ladite période, alors que les RAS augmentent plus fortement de l'ordre de 14,7%.

Valeurs monétaires												Var.
Exercice	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	17/07
ESC	6,1978	6,3615	6,3725	6,1345	6,1886	6,2382	6,2382	6,2382	6,2382	6,3754	6,4750	4,5%
Var. en %	-21,0%	2,6%	0,2%	-3,7%	0,9%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	1,6%	
ESI	6,8799	6,9769	6,8772	6,7762	6,9360	6,9905	6,9905	6,9905	6,9905	7,1443	7,1823	4,4%
Var. en %	-12,3%	1,4%	1,4%	-1,5%	2,4%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,5%	
RAS	7,8449	7,7961	8,2042	8,3356	8,5023	8,5704	8,5704	8,5704	8,5704	8,7589	9,0000	14,7%
Var. en %	28,4%	-0,6%	5,2%	1,6%	2,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	2,8%	
CSS	7,9736	7,5030	7,4447	7,2512	7,1628	7,3466	7,3466	7,3466	7,3466	7,5083	8,5219	6,9%
Var. en %	30,5%	-5,9%	-0,8%	-2,6%	-1,2%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	13,5%	
au n.i.100												
indice	6,6846	6,8239	6,9944	7,1107	7,2434	7,4244	7,6100	7,7517	7,7517	7,7517	7,9454	18,9%
	2,3%	2,1%	2,5%	1,7%	1,9%	2,5%	2,5%	1,9%	0,0%	0,0%	2,5%	

VII. SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE DE 2018 À 2024

a. Changements législatifs en 2018

L'assurance dépendance est fortement impactée par deux changements législatifs, entrés en vigueur en 2018, qui apportent des changements majeurs tant à l'organisation qu'à l'aspect financier de l'assurance dépendance. La première réforme est introduite par la **loi du 29 août 2017** ²²⁾ qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018. La deuxième réforme est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2018 suite à l'application de la **loi du 10 août 2018** ²³⁾ et vient rajouter des adaptations additionnelles à celles amenées par la 1^{ère} réforme.

Les modifications qu'ont opérées ces deux réformes sont les suivantes :

- La Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) est désormais dénommée Administration d'évaluation et de contrôle (AEC). Celle-ci doit, sur base d'une évaluation des personnes dépendantes, rédiger une synthèse de prise en charge, qui indique les forfaits d'aides et de soins auxquels les personnes dépendantes ont droit et qui seront pris en charge par

22) Loi du 29 août 2017 portant modification du Code de la Sécurité Sociale, de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale et de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions de modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État – Mémorial A N°778

23) Loi du 10 août 2018 portant modification du Code du travail et du Code de la Sécurité sociale sur les dépenses de l'assurance dépendance – Mémorial A N°703

l'assurance dépendance. La synthèse de prise en charge remplace le plan de prise en charge tel qu'il existait avant 2018.

Toute prise en charge de l'assurance dépendance, qu'il s'agisse d'aides et soins à domicile ou en établissement, d'aides techniques ou d'adaptations du logement doit obligatoirement être accordée par l'AEC.

- Les actes essentiels de la vie sont désormais subdivisés en cinq rubriques et non plus trois comme précédemment. Ainsi, en plus de l'hygiène corporelle, la nutrition et la mobilité, viennent s'ajouter l'élimination et l'habillement, qui étaient déjà inclus dans les trois catégories préexistantes avant 2018.
- Les actes essentiels de la vie, qu'ils soient pris en charge en nature ou en espèces sont dorénavant facturés de manière forfaitaire. En effet, l'article 350 de la loi du 29 août 2017 définit 15 niveaux de besoins hebdomadaires d'aides et de soins pour les actes essentiels de la vie. Les forfaits accordés peuvent être répartis entre les prestataires et les aidants proportionnellement au temps requis pour la réalisation des actes essentiels de la vie.

Selon l'article 353 de ladite loi, la détermination des prestations en espèces se fait sur base d'une grille de 10 forfaits, le niveau du forfait étant déterminé sur base du temps requis des actes essentiels de la vie à prester par l'aidant. Un forfait hebdomadaire de 780 minutes d'actes essentiels de la vie est accordé aux personnes nécessitant des soins palliatifs.

Les activités d'assistance à l'entretien du ménage peuvent être prises en charge dans le cas de maintien à domicile, par le biais d'un forfait de trois heures par semaine. Avant 2018, cette aide était reconnue comme tâche domestique.

- La réforme ajoute un élément supplémentaire, à savoir l'identification de l'aidant. De plus, l'aidant informel devient aidant formel.
- Les activités d'appui à l'indépendance (AAI) ont été introduites dans le but de permettre à la personne dépendante d'entretenir ou d'améliorer ses capacités motrices et cognitives et peuvent être prises en charge aussi bien en cas de maintien à domicile ou dans un établissement. Les AAI peuvent être prises individuellement, si cela est prévu par l'AEC, pour une durée maximale de 5 heures par semaine ou pour une durée de 20 heures par semaine si les activités sont faites en groupe.
- Le seuil de prise en charge pour les aides techniques et les adaptations logements est plafonné à 28.000 euros.
- Les gardes de nuit sont introduites et peuvent être prises au maximum 10 fois par an. Celles-ci viennent s'ajouter aux gardes de jour individuelles,

délimitées à 7 heures hebdomadaires voire 14 heures dans certains cas, déjà en place avant 2018.

- Le forfait pour activités d'accompagnement, nouvellement introduit en janvier 2018, remplace les tâches domestiques et les activités de soutien en milieu stationnaire et a pour but d'éviter l'isolement social et de garantir la sécurité de la personne dépendante. Le forfait a été fixé à 4 heures hebdomadaires suite à l'introduction de la 1^{ère} réforme. A partir de septembre 2018, c'est-à-dire à l'introduction de la 2^e réforme, un forfait de 4 heures peut passer à 10 heures hebdomadaire en cas de surveillance soutenue.
- La prise en charge des gardes en groupe était limitée à 40 heures hebdomadaires de janvier à août 2018. À partir du 1^{er} septembre 2018, le plafond passe de 40 à 56 heures par semaine, à l'introduction de la loi réforme du 10 août 2018, diminué des heures d'appui à l'indépendance prestées par semaine. Le plafond de 56 heures est mis en place pour les personnes dépendantes qui nécessitent une surveillance soutenue. De plus, les gardes en groupe peuvent être prises en gardes individuelles pour des déplacements en extérieur, jusqu'à 4 heures par semaine.

b. Contexte démographique

L'assurance dépendance compte 14.297 bénéficiaires ²⁴⁾ en 2017. Il s'agit de la moyenne annuelle des nombres mensuels des bénéficiaires de l'assurance dépendance. Jusqu'en 2017, un bénéficiaire est compté avec le nombre 1 lorsqu'il a au moins un plan de prise en charge pour le mois en question, quel que soit le nombre de jours réellement présent, ceci aussi bien pour les réseaux que pour les établissements. A partir de 2018, avec l'introduction de la réforme, la méthode de comptabilisation diffère, de sorte que le nombre effectif de jours présents est pris en compte pour calculer le prorata par rapport aux jours du mois en question. Ainsi, selon la nouvelle méthode, lorsqu'une personne est présente 31 jours pour le mois en question, il est compté comme 1. Lorsque la personne n'est présente que 20 jours pour ce même mois, celle-ci est comptée pour 20/31. Le nombre de bénéficiaires 2018 ne peut donc pas être comparé avec le nombre de bénéficiaires des années précédentes 2018, car la méthode de comptage a changé depuis.

c. Tableau financier de 2018 à 2024

La situation financière de l'assurance dépendance pour les exercices 2018 à 2024 est illustrée dans le tableau ci-après. Les données reprises pour les exercices 2018 et 2019 correspondent aux données des décomptes 2018 et

24) Remplace l'ancien acte « courses et démarches administratives »

2019, alors que les données des exercices 2020 à 2024 sont des projections établies pour le Budget de l'État 2021.

Tout comme pour la situation financière de l'assurance dépendance de 2007 à 2017, le tableau ci-dessous reprend également les données à la date prestation.

A partir de 2018, les dépenses liées aux prestations des établissements à séjour intermittent sont comptabilisées sous les prestations en établissements et non plus en tant que prestations délivrées à domicile.

Situation financière de l'assurance dépendance de 2018 à 2024							
Montants en millions d'euros	à la date prestation		Estimations				
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Exercice							
Échelle mobile des salaires	802,82	814,40	834,76	834,76	850,41	855,62	868,10
Variation annuelle en %	1,0%	1,4%	2,5%	0,0%	1,9%	0,6%	1,5%
Recettes courantes	692,3	741,6	762,8	794,4	825,5	848,2	879,0
Variation annuelle en %	5,6%	7,1%	2,9%	4,1%	3,9%	2,7%	3,6%
Dépenses courantes	636,1	696,5	736,3	792,0	826,4	852,1	885,9
Variation annuelle en %	-0,4%	9,5%	5,7%	7,6%	4,4%	3,1%	4,0%
Solde des opérations courantes	56,2	45,1	26,6	2,4	-1,0	-3,9	-6,8
Solde global cumulé (SGC)	347,0	392,1	418,6	421,1	420,1	416,2	409,4
Dot(+)/Prél.(-) au Fdr	3,4	6,0	4,0	5,6	3,4	2,6	3,4
Fonds de roulement minimum	63,6	69,7	73,6	79,2	82,6	85,2	88,6
Résultat de l'exercice	52,8	39,1	22,6	-3,1	-4,4	-6,4	-10,2
Résultat cumulé	283,4	322,4	345,0	341,9	337,4	331,0	320,8
Taux Réserve	54,5%	56,3%	56,9%	53,2%	50,8%	48,8%	46,2%

La situation financière de l'assurance dépendance est favorable entre 2018 et 2021. En effet, le solde des opérations courantes s'établit à 56,2 millions d'euros en 2018 et à 45,1 millions d'euros en 2019. Selon les prévisions actuelles au moment de la rédaction de la présente analyse, le solde des opérations courantes continue à diminuer en 2020 (26,6 millions d'euros) et 2021 (2,4 millions d'euros), mais restera tout de même positif.

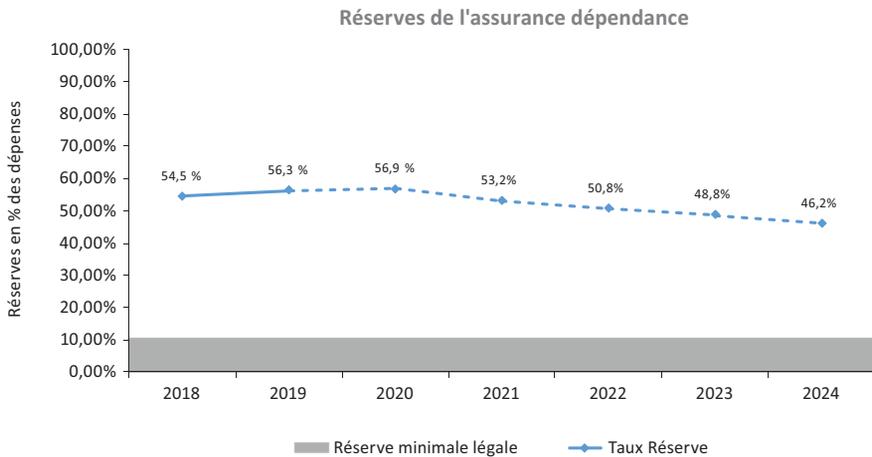
Ce n'est qu'à partir de 2022, que les projections prévoient des recettes courantes qui évoluent plus lentement que les dépenses courantes et que donc le solde des opérations courantes prévisible sera négatif, de l'ordre de -1,0 million d'euros en 2022, de -3,9 millions d'euros en 2023 et -6,8 millions d'euros en 2024.

Le résultat de l'exercice sera prévisiblement négatif à partir de 2021, sans que le taux de la réserve globale ne descende en dessous de 46%. Le taux de la réserve globale prévisible passera donc de 56,9% en 2020 à 46,2% en 2024, ce qui correspondra à une réserve globale de 418,6 millions d'euros en 2020 respectivement de 409,4 millions d'euros en 2024.

Sur base des estimations, les recettes courantes sont plus élevées que les dépenses courantes, aussi bien en 2018 qu'en 2019, ce qui signifie que le

résultat de l'exercice est excédentaire. La réserve globale de l'assurance dépendance passe alors de 347,0 millions d'euros en 2018 à 392,1 millions d'euros en 2020. Cela correspond à un taux de la réserve globale de 54,5% en 2018 et même un taux de 56,3% en 2019, ce qui est bien plus élevé que la réserve minimale légale fixée à 10%. En conséquence, l'assurance dépendance présente en 2018 et en 2019 une situation financière stable.

Le taux de contribution de la dépendance reste inchangé à un niveau de 1,4% pour les années en question.



Le graphique ci-dessus illustre l'évolution de la réserve globale en pourcentage des dépenses courantes (à l'exercice prestation) des années 2018 à 2024. La réserve, c'est-à-dire le rapport entre le solde global cumulé et les dépenses courantes, s'établit à 54,5% en 2018. Le taux de réserve prévisible le plus élevé est de 56,9% en 2020, qui diminuera ensuite pour afficher un taux prévisible de 46,2% en 2024. La partie grise du graphique reprend la réserve minimale légale qui est fixée à 10%.

Ainsi, la situation financière globale de l'assurance dépendance prévisible reste pourtant favorable sur la période observée malgré des déficits au niveau des opérations courantes et des résultats de l'exercice prévisibles négatifs à partir de 2021 se traduisant par une diminution de la réserve globale qui reste pourtant bien supérieure au fonds de roulement minimum sur l'ensemble de la période mentionnée. Les projections actuelles des années 2020 à 2024 sont à considérer sous toutes réserves. A titre d'exemple, un contexte économique différent aux hypothèses reprises impacte fortement les projections.

VIII. CONCLUSION

La situation financière de l'assurance dépendance est favorable avec des réserves largement au-dessus de la réserve minimale légale prévue. La réserve globale représentait 53,5% des dépenses courantes en 2007 et 48,3% en 2017. Ce solde dépasse à nouveau la barre des 50% à partir de 2018. Suivant les projections actuelles au moment de la rédaction du présent rapport, ce taux passera en-dessous des 50% à partir de 2023. Cette situation a été réalisée grâce à différentes mesures comme par exemple celles en rapport avec le budget nouvelle génération.

Malgré une situation financière saine actuelle et sur le court terme au niveau des réserves, des incertitudes existent sur certains points.

Suivant les projections de la situation financière (version Budget État, juin 2020), des légers déficits sont prévus à partir de l'exercice 2021.

Or, les défis suivants de l'assurance dépendance méritent une attention particulière :

Comme pour l'assurance maladie, la législation actuelle prévoit que les assurés étrangers qui obtiennent leur pension et qui résident ou retournent dans leur pays d'origine, perdent le bénéfice de l'assurance dépendance au Grand-Duché de Luxembourg lorsque leur consommation de prestations en nature devient maximale. Ceci à partir du moment où ils disposent du droit à l'assurance dépendance dans leur pays de résidence en vertu d'une pension partielle versée par ce dernier.

De plus, au fil du temps une part croissante d'assurés frontaliers aura passé la totalité de leur vie active au Luxembourg et restera dans le cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance pendant leur retraite sachant que le taux de dépendance augmentera considérablement avec l'âge.

Le contexte économique a un impact important sur les finances de l'assurance dépendance et un contexte moins favorable se traduit par une évolution moins rapide du nombre d'assurés cotisants et donc d'une évolution moins favorable des recettes en cotisations.

Enfin, une plus grande espérance de vie de la population protégée s'accompagne d'une croissance du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance et par conséquent d'une croissance des dépenses de l'assurance dépendance

IX. BIBLIOGRAPHIE

- Décomptes de l'assurance dépendance 2007 à 2017
- Budget de l'État 2021
- Note concernant la détermination des valeurs monétaires de l'assurance dépendance pour l'exercice 2018
- Note de synthèse sur la méthodologie et la stratégie de négociation des valeurs monétaires
- Note redressement AM/AD CNS

Changements législatifs :

- Loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance - Mémorial A N°48
<http://www.legilux.lu/eli/État/leg/loi/1998/06/19/n1/jo>
- Loi du 23 décembre 2005 modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance - Mémorial A N°215
<http://legilux.public.lu/eli/État/leg/loi/2005/12/23/n2/jo>
- Loi du 29 août 2017 portant modification du Code de la Sécurité Sociale, de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale et de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions de modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État - Mémorial A N°778
<http://legilux.public.lu/eli/État/leg/loi/2017/08/29/a778/jo>
- Loi du 10 août 2018 portant modification du Code du travail et du Code de la Sécurité sociale sur les dépenses de l'assurance dépendance - Mémorial A N°703
<http://legilux.public.lu/eli/État/leg/loi/2018/08/10/a703/jo>

Annexe 1 : Évolution structurelle des recettes et des dépenses suivant l'exercice prestation et la date d'échéance de la cotisation

												Variation en %							Indice d'évolution (base 100 = 2007)															
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	08/07	09/08	10/09	11/10	12/11	13/12	14/13	15/14	16/15	17/16	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
RECETTES																																		
COTISATIONS	251,5	264,4	269,7	283,3	298,7	315,4	327,4	347,5	359,9	378,1	409,1	5,1%	2,0%	5,0%	5,4%	5,6%	3,8%	6,2%	3,6%	5,1%	8,2%	100,0	105,1	107,2	112,6	118,8	125,4	130,1	138,1	143,1	150,3	162,6		
Cotisations	227,5	246,7	255,0	266,4	280,7	296,3	309,6	326,5	337,1	353,0	376,3	8,5%	3,3%	4,5%	5,4%	5,6%	4,5%	5,4%	3,2%	4,7%	6,6%	100,0	108,5	112,1	117,1	123,4	130,3	136,1	143,5	148,2	155,2	165,4		
Cotisations Actifs et autres	195,5	213,0	218,5	228,3	239,6	253,8	264,2	278,3	287,2	301,2	321,3	8,9%	2,6%	4,5%	5,0%	5,9%	4,1%	5,4%	3,2%	4,9%	6,7%	100,0	108,9	111,8	116,8	122,6	129,9	135,1	142,4	146,9	154,1	164,4		
Cotisations Pensionnés	32,0	33,8	36,4	38,1	41,0	42,5	45,5	48,1	49,8	51,8	55,0	5,5%	7,9%	4,6%	7,6%	3,6%	7,0%	5,9%	3,5%	4,0%	6,1%	100,0	105,5	113,8	119,1	128,2	132,7	142,1	150,4	155,7	161,9	171,9		
Cotisations sur patrimoine - art. 378	24,1	17,7	14,8	16,9	18,1	19,0	17,7	21,0	22,8	25,1	32,8	-26,6%	-16,4%	14,7%	6,6%	5,4%	-7,0%	18,8%	8,5%	9,8%	30,8%	100,0	73,4	61,3	70,4	75,0	79,1	73,6	87,4	94,9	104,1	136,2		
PARTICIPATIONS DE TIERS	141,6	141,8	142,1	141,9	142,1	182,6	223,3	233,9	230,4	236,4	243,8	0,1%	0,2%	-0,1%	0,1%	28,6%	22,3%	4,7%	-1,5%	2,6%	3,1%	100,0	100,1	100,4	100,3	100,3	129,0	157,7	165,2	162,7	167,0	172,2		
Part Etat - AD (Art. 375 sub 1)	140,0	140,0	140,0	140,0	140,0	180,7	221,1	232,1	228,5	234,4	241,7	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	29,1%	22,3%	5,0%	-1,5%	2,6%	3,1%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	129,1	157,9	165,8	163,2	167,4	172,6		
Redevance AD du secteur de l'énergie	1,6	1,8	2,0	1,8	1,9	1,7	2,1	1,7	1,7	1,9	1,9	10,7%	16,9%	-12,0%	5,6%	-8,3%	19,4%	-20,7%	2,6%	10,2%	0,0%	100,0	110,7	129,4	113,9	120,2	110,3	131,7	104,5	107,2	118,1	118,1		
Organismes	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.													
Participation Etat Outre-mer	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.													
PRODUITS DIVERS EN PROV. DE TIERS	0,4	0,4	0,5	0,6	0,5	1,0	1,0	1,1	0,6	0,6	0,6	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	100,0	90,0	103,8	143,2	121,1	218,4	222,9	240,7	131,7	132,2	142,6		
PRODUITS FINANCIERS	4,1	6,5	1,7	0,7	1,4	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.													
RECETTES DIVERSES	1,3	0,8	0,3	0,0	1,4	0,0	0,6	0,1	0,3	0,6	6,0	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.													
TOTAL DES RECETTES COURANTES	399,0	413,9	414,4	426,6	444,1	499,1	552,3	582,7	591,3	615,7	653,5	3,7%	0,1%	3,0%	4,1%	12,4%	10,7%	5,5%	1,5%	4,1%	6,1%	100,0	103,7	103,8	106,9	111,3	125,1	138,4	146,0	148,2	154,3	163,8		
DEPENSES																																		
FRAIS D'ADMINISTRATION	4,4	5,6	11,1	11,5	12,8	13,5	15,1	15,9	15,5	16,5	17,6	25,7%	97,8%	4,2%	11,4%	5,1%	12,1%	5,0%	-2,7%	7,0%	6,2%	100,0	125,7	248,5	259,1	288,7	303,5	340,1	357,1	347,5	371,7	394,9		
PRESTATIONS EN ESPECES	7,8	7,2	6,3	6,6	6,8	6,0	5,8	5,7	5,4	5,1	5,1	-6,9%	-12,7%	4,8%	2,6%	-11,0%	-3,2%	-3,1%	-4,8%	-4,5%	-1,2%	100,0	93,1	81,2	85,2	87,4	77,8	75,3	72,9	69,4	66,3	65,4		
PRESTATIONS EN NATURE	321,1	351,4	383,8	416,5	446,5	486,6	521,6	550,1	544,8	555,7	572,5	9,4%	9,2%	8,5%	7,2%	9,0%	7,2%	5,5%	-1,0%	2,0%	3,0%	100,0	109,4	119,5	129,7	139,1	151,5	162,4	171,3	169,7	173,1	178,3		
Prestations à domicile	160,0	168,9	183,1	195,6	215,0	235,5	247,3	256,6	253,9	256,7	266,7	5,6%	8,4%	6,9%	9,9%	9,5%	5,0%	3,7%	-1,0%	1,1%	3,9%	100,0	105,6	114,4	122,3	134,4	147,2	154,6	160,4	158,7	160,5	166,7		
Aides et soins	98,9	105,8	117,7	126,8	141,9	159,6	170,8	178,4	178,7	182,5	194,7	6,9%	11,2%	7,7%	11,9%	12,5%	7,0%	4,5%	0,2%	2,1%	6,7%	100,0	106,9	119,0	128,1	143,4	161,3	172,6	180,3	180,6	184,5	196,8		
PE	48,9	49,9	51,7	53,3	55,9	58,5	58,8	59,2	56,6	55,3	53,7	2,1%	3,5%	3,1%	4,9%	4,6%	0,4%	0,8%	-4,3%	-2,3%	-3,0%	100,0	102,1	105,7	109,0	114,4	119,6	120,2	121,1	115,8	113,1	109,8		
Forfaits	2,9	3,1	3,2	3,3	3,4	3,5	3,8	3,9	3,8	3,9	4,1	5,7%	3,1%	4,6%	4,2%	3,1%	6,8%	4,2%	-0,4%	1,3%	5,8%	100,0	105,7	109,0	114,0	118,7	122,4	130,6	136,1	132,8	134,6	142,3		
Appareils	8,0	8,8	8,9	9,9	11,0	10,8	11,1	11,9	11,8	12,3	12,0	9,1%	2,0%	10,6%	13,6%	-2,2%	2,3%	7,9%	-0,8%	4,4%	-2,4%	100,0	109,1	111,3	123,0	137,5	134,5	137,6	148,5	147,3	153,7	150,0		
Adaptation logement	1,2	1,4	1,6	2,4	2,7	3,0	2,9	3,1	2,9	2,6	2,2	12,6%	17,6%	50,3%	12,4%	10,8%	-2,9%	5,7%	-5,3%	-10,1%	-16,0%	100,0	112,6	132,4	199,0	223,6	247,7	240,5	254,2	240,6	216,4	181,7		
Prestations en milieu stationnaire	151,4	171,7	188,5	207,6	223,1	243,0	265,8	284,8	281,5	288,8	295,1	13,5%	9,8%	10,1%	7,5%	8,9%	9,4%	7,1%	-1,1%	2,6%	2,2%	100,0	113,5	124,6	137,1	147,4	160,6	175,6	188,1	186,0	190,8	194,9		
Aides et soins	151,4	171,7	188,5	207,6	223,1	243,0	265,8	284,8	281,5	288,8	295,1	13,5%	9,8%	10,1%	7,5%	8,9%	9,4%	7,1%	-1,1%	2,6%	2,2%	100,0	113,5	124,6	137,1	147,4	160,6	175,6	188,1	186,0	190,8	194,9		
Forfaits	9,4	10,5	12,0	13,0	8,4	8,1	8,5	8,8	9,3	10,2	10,7	12,2%	14,1%	8,4%	-35,3%	-4,2%	5,6%	3,4%	6,1%	9,5%	4,5%	100,0	112,2	128,1	138,9	89,9	86,1	90,9	94,0	99,7	109,2	114,1		
Prestations étrangères	0,4	0,2	0,2	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-42,0%	-22,4%	81,3%	-77,2%									100,0	58,0	45,0	81,5	18,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Actions expérimentales	2,9	3,6	4,1	4,5	4,8	5,7	5,9	5,1	6,1	6,9	7,0	25,6%	13,0%	9,7%	7,2%	18,4%	3,9%	-14,4%	20,5%	12,8%	1,7%	100,0	125,6	141,9	155,7	167,0	197,7	205,3	175,8	211,8	238,8	242,9		
TRANSFERTS DE COTISATIONS	0,3	0,2	0,5	0,4	0,8	0,4	0,5	0,6	0,1	0,4	0,2	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	100,0	74,5	162,5	138,6	241,6	138,5	156,6	197,5	28,4	124,0	56,3		
DECHARGES ET EXTOURNES	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.													
CHARGES FINANCIERES	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.													
AUTRES DEPENSES	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.													
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	336,5	368,1	405,8	439,7	471,8	512,3	549,0	577,4	571,8	584,7	602,4	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	100,0	109,4	120,6	130,7	140,2	152,2	163,1	171,6	169,9	173,7	179,0		
SOLDE DES OPERATIONS COURANTES	62,5	45,8	8,6	-13,0	-27,7	-13,1	3,3	5,3	19,5	31,0	51,2	-26,7%	-81,2%	-251,7%	112,6%	-52,6%	-125,4%	60,2%	264,9%	59,3%	65,0%													

Remarque: Le présent tableau ne tient pas compte des montants comptabilisés relatifs au mécanisme de compensation.

Fin 2017, les cotisations sur patrimoine se situent au-dessus des cotisations sur prestations de l'Administration des contributions ont été estimées. Le montant à percevoir s'élevait à environ 55 millions d'euros et concerne les années 2011 à 2017.

UNE INTELLIGENCE ARTIFICIELLE DE CONFIANCE AU SERVICE DU SYSTÈME DE SANTÉ

UNE ANALYSE DE CERTAINS PRÉREQUIS NÉCESSAIRES
À UNE INTELLIGENCE ARTIFICIELLE
CENTRÉE SUR LES PATIENTS ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Linda Schumacher

Conseillère au ministère de la Santé ²⁵⁾

La transition numérique touche tous les secteurs, y compris celui de la santé. Utiliser le potentiel de l'intelligence artificielle comme levier de modernisation du système de santé ou d'amélioration des diagnostics et des soins présuppose l'identification des risques qu'elle comporte et la création d'un écosystème favorable afin de les contrecarrer tout en maintenant les bénéfices que l'intelligence artificielle peut apporter. Pour que les mutations engendrées par l'intelligence artificielle constituent une réelle opportunité et s'intègrent dans nos valeurs culturelles, éthiques et sociales, l'homme doit rester au centre des préoccupations. Appuyer le développement d'une intelligence artificielle centrée sur l'humain paraît d'autant plus important dans le domaine médical que la santé n'est pas un bien ou un service comme d'autres. Les systèmes d'intelligence artificielle en matière de santé se doivent d'être largement sécurisés, robustes et fiables afin qu'ils apportent un bénéfice aux patients et aux professionnels de santé.

A ce jour, il n'y a parmi les experts tels que Marvin Minsky, Jean-Louis Laurière, Alan Turing ou Luc Julia pas de définition unanimement admise de l'intelligence artificielle. Celle-ci semble même évoluer. Néanmoins, il convient de distinguer entre intelligence artificielle dite « faible » et intelligence artificielle dite « forte ». Tandis que la première simule l'intelligence, la seconde fait référence à une intelligence capable de comprendre et d'analyser des mécanismes de pensée ainsi que d'évoluer au-delà de son programme initial voire, dans une vision future, d'avoir une conscience d'elle-même et d'éprouver des sentiments.

L'intelligence artificielle utilise les systèmes à base de connaissances, les réseaux de neurones, les arbres de décision, les modèles probabilistes ou les algorithmes génétiques. Les algorithmes utilisés permettent la

25) Le présent article entend refléter une réflexion personnelle de l'auteur et non celle du Ministère de la Santé luxembourgeois.

reconnaissance de formes (caractères, écriture, images, paroles), la compréhension du langage, la représentation de connaissances, le raisonnement et l'argumentation, l'extraction d'information, le diagnostic et l'aide à la décision, ou encore l'analyse prédictive. Si des systèmes plus ou moins performants sont développés et commercialisés dans le domaine de la santé, certaines limites freinent encore le développement d'autres. Parmi celles-ci on peut citer notamment le manque de représentativité et de disponibilité des données, le manque d'explicabilité des systèmes intelligents, les taux d'erreurs, le défaut d'algorithmes adaptés, les problèmes de convergence lente et de sur-apprentissage dans les réseaux de neurones, les coûts computationnels, l'insuffisance de compétences et de qualification des experts ainsi que des limites physiques.

Avec la numérisation de nombreuses pratiques médicales, le volume des données de santé produites au sein du secteur de la santé connaît une croissance exponentielle. S'y ajoute les données produites par les patients à travers les objets connectés. Grâce aux données de santé et à l'intelligence artificielle, la médecine traditionnelle, à orientation davantage curative, peut évoluer vers une médecine plus précise, préventive et prédictive. La clé de la conception de systèmes d'intelligence artificielle réside dans la possibilité de rendre les données décelables, accessibles, évaluables, réutilisables et interopérables ²⁶⁾. Les données de santé nécessitent de pouvoir être réutilisées non seulement à l'intérieur de la communauté scientifique mais également à l'extérieur, sous réserve que cette réutilisation se fasse au profit de la communauté et dans le respect du cadre légal applicable à la protection des données à caractère personnel.

Si la mise en œuvre de systèmes d'intelligence artificielle doit être économiquement avantageuse, leur adoption par les utilisateurs est intimement liée à un fonctionnement robuste et sécurisé, capable de s'adapter à l'environnement de la santé et d'améliorer les capacités humaines. Ils doivent dès lors être suffisamment explicables, transparents et fiables pour gagner la confiance des patients et des professionnels. Selon le groupe d'experts sur l'intelligence artificielle mis en place par la Commission européenne, une intelligence artificielle de confiance comporte trois composantes qui doivent être respectées tout au long du cycle de vie du système: elle doit être conforme aux lois et réglementations applicables, garantir le respect des principes et valeurs éthiques et être robuste d'un point de vue technique et social ²⁷⁾.

Le développement de systèmes d'intelligence artificielle de confiance présuppose ainsi de relever certains défis dans le domaine de la santé (I) et

26) European Commission "Study on Big Data in Public Health, Telemedicine and Healthcare", Final Report December 2016 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/bigdata_report_en.pdf

27) Groupe d'experts indépendants de haut niveau sur l'intelligence artificielle constitué par la Commission européenne en juin 2018 « Lignes directrices en matière d'éthique pour une IA digne de confiance », 8 avril 2019, <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/ethics-guidelines-trustworthy-ai>

de mettre en place un écosystème propice à la conception d'une intelligence artificielle en santé responsable qui soit promu par une gouvernance agile et divers leviers d'action (II).

I - Les défis de l'intelligence artificielle en santé

Ces défis se situent d'une part au niveau de la production et de l'exploitation des données de santé compte tenu des usages bien spécifiques pour lesquels les données sont produites et traitées dans le domaine de la santé (A) et, d'autre part, au niveau de la convergence entre outils d'intelligence artificielle et pratiques médicales (B).

A. Vers un usage innovant des données de santé

La valeur des données et leur potentiel de réutilisation dans le développement de systèmes d'intelligence artificielle dépend de la quantité de données disponibles et de leur accessibilité mais également et surtout de leur qualité. Certains chercheurs préfèrent ainsi ajouter comme caractéristique des ensembles de données qui entrent dans la catégorie « big data » aux 3 V - Volume, Vitesse et Variété - un quatrième V qui représente la Vérité. Plus les données sont disponibles et de qualité, moins les systèmes dotés d'intelligence artificielle développés à partir de celles-ci seront biaisés et plus ils seront performants et facilement adoptés.

L'analyse des données de santé collectées par le passé, voire encore à ce jour, montre une grande fragmentation et hétérogénéité des données. Les raisons en sont multiples : manque de documentation et de modèles de données, éclatement des jeux de données, manque de standards et de terminologies communs, diversité des systèmes d'informations et des processus médicaux utilisés, usage de systèmes informatiques artisanaux, insuffisance de moyens humains et financiers disponibles, ainsi qu'une collecte initiale des données à des fins spécifiques liées aux soins ou au remboursement des frais voire à la simple gestion d'un établissement sans que ne soit prises en compte les nécessités liées à une réutilisation de ces données à des fins de recherche et de développements technologiques.

Cette diversité et fragmentation des données rend leur réutilisation et leur chaînage laborieux, lent et coûteux. D'importants efforts sont en effet requis pour collecter, rassembler, numériser et harmoniser les données de santé ou les extraire depuis les systèmes d'informations des éditeurs. La diversité des systèmes d'informations utilisés à ce jour par les producteurs de données de santé et la faible interopérabilité existant entre eux ne permet souvent que difficilement de retracer les parcours de soins des patients. La faible, voire le manque, d'interopérabilité sémantique et technique rend également l'exploitation de certaines catégories précises de données très complexe et

empêche bien souvent encore le rassemblement de bases de données pour atteindre une taille critique permettant des recherches avancées notamment pour les maladies rares.²⁸⁾

En dépit de ces entraves, il importe de valoriser au mieux ces données du passé compte tenu des opportunités liées à l'innovation basée sur ces données. Si des systèmes dotés d'intelligence artificielle, de techniques de machine learning et de puissances de calcul importantes vont permettre de synthétiser et de modéliser de grandes quantités de données complexes pour affiner un diagnostic ou en identifier des nouveaux, il apparaît néanmoins primordial d'améliorer à la base la qualité des données de santé produites et financées par la solidarité nationale ainsi que leur convergence afin de permettre à la collectivité d'en tirer demain le plein potentiel dans un contexte innovant.

D'un point de vue économique, le besoin de converger vers des systèmes et logiciels plus homogènes, ergonomiques, sécurisés et performants, capables de combiner des bases de données ainsi que de partager aisément et rapidement les données produites par les professionnels de santé et les patients dans l'intérêt de la collectivité paraît certain. Dans cette perspective, des investissements aux fins d'améliorer l'interopérabilité technique et sémantique des systèmes d'informations, la formation des producteurs de données, la standardisation de certains processus avec intégration d'outils permettant de mesurer l'atteinte d'objectifs en lien avec les données correspondantes nécessiteraient d'être engagés. Aux défis technologiques s'ajoutent des défis organisationnels en vue de penser en amont la production et la capitalisation de la donnée notamment aux fins de développement de systèmes d'intelligence artificielle.

Il s'agit d'éléments centraux pour une transformation numérique visant à construire un système de santé moderne, efficient et effectif qui met les besoins et attentes du patient au centre de ses préoccupations, et développe de nouvelles thérapies. Des nomenclatures et référentiels de codification communs contribuent par ailleurs à améliorer la qualité des données et leur capacité de lecture par une machine, et donc leur valorisation économique ultérieure avec l'intelligence artificielle.

La Commission européenne soutient depuis de très nombreuses années des initiatives visant à promouvoir et développer l'interopérabilité au niveau européen. Depuis sa première communication en 2010 « Vers l'interopérabilité pour les services publics européens »²⁹⁾ dont les annexes contenaient une stratégie et un cadre d'interopérabilité européen qui a fait office de référence dans l'Union européenne en servant d'inspiration à de

28) LEEM « SANTÉ 2030 : une analyse prospective de l'innovation en santé »
<https://www.leem.org/publication/sante-2030-une-analyse-prospective-de-linnovation-en-sante>

29) COMMUNICATION DE LA COMMISSION du 16.12.2010 « Vers l'interopérabilité pour les services publics européens » COM(2010) 744 <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2010/FR/1-2010-744-FR-F1-1.PDF>

nombreux cadres d'interopérabilité nationaux, la Commission européenne a publié en mars 2017³⁰⁾ une nouvelle version du cadre d'interopérabilité européen pour prendre en compte les dernières évolutions et tendances technologiques. En 2019, elle a adopté une recommandation relative à un format européen d'échange des dossiers de santé informatisés en vue de garantir, de manière sûre, interopérable et transfrontalière, un accès aux données électroniques de santé et l'échange de celles-ci dans l'Union³¹⁾.

Au-delà du cadre d'interopérabilité, il semble inéluctable de repenser la notion de propriété de la donnée afin d'encourager, dans un cadre sécurisé et réglementé, une culture du partage des données de santé et d'appréhender une dimension collective des données de santé à travers laquelle ces données, rassemblées en réseau, constitueraient un bien commun susceptible d'être utilisé à des fins d'intérêt général pour la collectivité en matière de santé. Si la donnée appartient juridiquement au patient pris en charge dans un système financé par la solidarité nationale, il est également légitime que la collectivité puisse en bénéficier, sous réserve des garanties légalement prévues, à travers le système de santé et la recherche notamment. Le cadre européen vise de ce fait à faciliter la collecte et l'utilisation des données de santé générées par les patients dans les soins cliniques dans le but d'améliorer les soins de santé, la prévention des maladies, l'utilisation des ressources financières, ce notamment à travers la création d'espaces européens communs des données de santé.

Dans un système de santé où patients et professionnels de santé génèrent des volumes toujours plus importants de données, la façon dont ces données sont collectées et utilisées doit placer les intérêts de l'individu en première place, conformément aux valeurs et aux droits fondamentaux de l'Union européenne. Un partage de données à caractère personnel qui est subordonné à la pleine conformité avec les règles applicables à la protection des données à caractère personnel et avec les droits fondamentaux améliorera la confiance et aidera à convaincre patients et professionnels à partager davantage leurs données³²⁾. Un cadre sécurisant facilite la transition d'une conception de rétention et protection de la donnée vers une conception d'ouverture et de partage de celle-ci. Dans cet objectif, le système national des données de santé et le health data hub instaurés en France entendent favoriser un accès aisé, unifié, transparent et sécurisé aux données de santé.

30) COMMUNICATION DE LA COMMISSION du 23.03.2017 « Cadre d'interopérabilité européen – Stratégie de mise en œuvre » COM(2017) 134 <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2017/FR/COM-2017-134-F1-FR-MAIN-PART-1.PDF>; ANNEXE 2 <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2017/FR/COM-2017-134-F1-FR-ANNEX-2-PART-1.PDF>

31) RECOMMANDATION DE LA COMMISSION du 6 février 2019 relative à un format européen d'échange des dossiers de santé informatisés, (UE) 2019/243, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019H0243&from=EN>

32) COMMUNICATION DE LA COMMISSION du 19.2.2020 « Une stratégie européenne pour les données », COM(2020) 66 final, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0066&from=DE>

Si les données de santé revêtent une importance fondamentale dans le développement de systèmes d'intelligence artificielle fiables, encore faut-il assurer la complémentarité entre ces systèmes d'une part et les professionnels de santé et les patients d'autre part.

B. Vers une convergence entre pratiques médicales et outils d'intelligence artificielle

Une démarche de transformation numérique et a fortiori l'adoption de systèmes d'intelligence artificielle dans les soins de santé impacte l'environnement de travail des professionnels de santé dans leur organisation, leurs processus, leur structure voire leur culture. L'instauration d'une nouvelle relation personne-machine, une prise de décision accélérée ainsi qu'un partage de l'information plus large sont des changements qui viendront influencer la manière de travailler et de soigner. Pour assurer le succès d'un tel changement et prévoir les répercussions humaines, il importe d'assurer l'implication des professionnels et équipes concernés ainsi que des patients par des stratégies et des moyens favorisant leur adoption.

L'exploitation de systèmes d'intelligence artificielle suppose ainsi l'acquisition de compétences numériques spécifiques dont tous les professionnels de la santé ne disposent pas nécessairement à ce jour. Leur accompagnement à travers des formations initiales et continues spécifiques en numérique ou en ingénierie médicale constitue un enjeu majeur. Les cursus de formation nécessitent d'évoluer pour répondre aux besoins du terrain soit par une adaptation des formations existantes soit par le développement de nouveaux cursus en rapport avec de nouveaux métiers qui émergeront du fait de l'exploitation de systèmes intégrant l'intelligence artificielle en santé.

L'intelligence artificielle peut évidemment apporter des bénéfices aux patients et aux professionnels de santé pour autant que les risques qui en découlent soient identifiés. Comment garantir au maximum la fiabilité des systèmes d'intelligence artificielle et maîtriser une proposition diagnostique ou thérapeutique tirée d'un système d'intelligence artificielle compte tenu des limites de certains algorithmes au regard de la diversité de situations individuelles spécifiques existant pour chaque personne en pratique ? Comment éviter que professionnels de la santé et patients renoncent d'eux-mêmes à leur liberté et à leur consentement individuel face aux algorithmes ?

Dans son rapport de janvier 2018 ³³, le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle qu'il est également « impératif que les progrès attendus

33) Conseil national de l'ordre des médecins (janvier 2018) « Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle » https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/od6gnt/cnomdata_algorithmes_ia_0.pdf

des technologies d'intelligence artificielle, Big Data et robotique profitent à tous et n'accroissent pas des fractures sociales ou socio- culturelles. Notre société, par son organisation démocratique et républicaine, doit particulièrement veiller à ce que les progrès qui pourraient être issus de ces technologies, dans le dépistage, la connaissance fine des maladies et des risques de leur survenue, n'altèrent pas notre modèle solidaire de protection sociale, mais contribuent à réduire les inégalités et les risques d'exclusion ».

Comment soutenir dès lors le développement de systèmes d'intelligence artificielle sécurisés et éthiques dans le respect des valeurs communes qui sont les nôtres tout en soutenant les entreprises dans un écosystème qui permet des développements innovants dans des conditions équitables face à leurs concurrents américains et asiatiques ?

La gestion des risques liés à l'intelligence artificielle et les tentatives de réponse aux questions ci-avant appellent une réflexion approfondie à différents niveaux et l'instauration de certaines garanties. Les pouvoirs publics doivent également jouer un rôle de coordinateur et de facilitateur moyennant la mise en place de certains prérequis nécessaires à la création et à l'adoption de systèmes d'intelligence artificielle de confiance dans le domaine de la santé.

II - La nécessité d'un écosystème favorable à l'intelligence artificielle en santé

Le développement et l'adoption de systèmes d'intelligence artificielle de confiance peut être favorisé d'une part à travers la création d'un cadre légal adéquat (A) et, d'autre part, par l'instauration d'un écosystème national et européen stimulant dans un cadre semi-public de coopérations entre professionnels du secteur de la santé, patients, chercheurs, industriels et investisseurs (B).

A. Le cadre juridique applicable et les évolutions futures possibles

Le traitement des données de santé, l'utilisation de logiciels intégrant l'intelligence artificielle à des fins d'aide au diagnostic ou au traitement et les principes d'indemnisation des conséquences dommageables en cas de décision prise sur base d'un système d'intelligence artificielle sont soumis à diverses législations spécifiques en droit français.

Tout traitement de données à caractère personnel, dont les données de santé, doit en premier lieu être en conformité avec les règles et garanties prévues par le règlement général applicable à la protection des données à

caractère personnel ³⁴⁾ et la loi modifiée du 6 janvier 1978 ³⁵⁾. Au-delà du respect des principes fondamentaux tels que la licéité, la transparence, la limitation du traitement et le respect de sa finalité, les droits des personnes comme le droit de recevoir des informations transparentes, le droit d'accès, le droit à la portabilité de ses données, le droit de rectification, d'opposition et d'effacement des données, il importe de souligner qu'en vertu de l'article 22 du règlement général, une personne a le droit de ne pas faire l'objet d'une décision individuelle prise sur le seul fondement d'un traitement automatisé sauf si par exemple elle a donné son consentement explicite à la décision automatisée ou si le droit national l'autorise. Dans ce dernier cas, les droits et intérêts légitimes des personnes concernées doivent être sauvegardés par des mesures appropriées, notamment une information sur le caractère automatisé de la prise de décision, un droit de faire réexaminer la décision automatisée par une personne et une possibilité de contestation de la décision.

Au-delà de la législation applicable au traitement des données de santé, les logiciels intégrant l'intelligence artificielle sont, dans certains cas, soumis au cadre réglementaire régissant les dispositifs médicaux.

Le règlement (UE) 2017/745 définit comme dispositif médical, tout logiciel destiné par le fabricant à être utilisé, seul ou en association, chez l'homme à des fins de diagnostic, prévention, contrôle, prédiction, pronostic, traitement ou atténuation d'une maladie ou à des fins de diagnostic, contrôle, traitement, atténuation d'une blessure ou d'un handicap ou compensation de ceux-ci. Par conséquent, dès lors que des systèmes d'intelligence artificielle ont une finalité d'aide au diagnostic, à la prévention, au contrôle, à la prédiction, au pronostic, au traitement ou à l'atténuation d'une maladie, ils sont soumis à la législation applicable aux dispositifs médicaux. Dans un arrêt du 7 décembre 2017 ³⁶⁾, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a partant qualifié des logiciels d'aide à la prescription de dispositifs médicaux. Un logiciel qui permet l'exploitation de données propres à un patient, aux fins notamment de détecter les contre-indications, les interactions médicamenteuses et les posologies excessives, constitue un dispositif médical même si un tel logiciel n'agit pas directement dans ou sur le corps humain.

En cas de dommage causé par une décision faisant intervenir l'intelligence artificielle pour apporter une aide au diagnostic ou au traitement, les règles actuelles relatives à la responsabilité civile s'appliquent aux demandes en réparation du préjudice causé notamment en cas de dysfonctionnement de

34) RÈGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=FR>

35) Loi n° 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, récemment modifiée par une loi du 20 juin 2018 (n° 2018-493 relative à la protection des données personnelles).

36) Cour de justice de l'Union européenne, 7 décembre 2017, n° C-329/16 (Renvoi préjudiciel - Dispositifs médicaux - Champ d'application - Marquage CE - Logiciels - Certification - Directive 93/42/CEE).

l'algorithme. A été a priori abandonnée l'idée selon laquelle, les systèmes d'intelligence artificielle pourraient se voir reconnaître la personnalité juridique. Il est vrai qu'à ce jour ils n'ont pas de véritable autonomie vis-à-vis de leur concepteur ou utilisateur. Toutefois, bien que les régimes liés à la responsabilité du fait des choses et à celle du fait des produits de santé soient applicables, il y a lieu de se demander si ces règles seront suffisantes pour garantir une protection adéquate des personnes eu égard à l'inexplicabilité de certains algorithmes et aux clauses exonératoires liées au risque de développement. Est-ce que le cadre légal actuel devrait évoluer en conséquence pour éliminer certaines insécurités juridiques en instituant un régime spécial de responsabilité pour l'intelligence artificielle au niveau national voire européen ou la jurisprudence comblera-t-elle celles-ci sur la base du droit positif grâce à un système de responsabilité collégiale ou partagée entre concepteurs, entraîneurs et utilisateurs de systèmes d'intelligence artificielle?

Même si ces insécurités peuvent engendrer certaines inquiétudes ou réticences envers l'intelligence artificielle, il ne faut pas pour autant perdre de vue les opportunités offertes par ces logiciels, en particulier à partir du moment où ils sont performants et en mesure d'apporter un réel support aux professionnels de santé dans l'établissement d'un diagnostic ou d'un plan thérapeutique. Rappelons à cet égard que le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice du patient. Toute personne a également le droit de recevoir les soins les plus appropriés ainsi que de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur soulagement possible au regard des connaissances médicales avérées. Aussi, dès lors que l'efficacité d'un système d'intelligence artificielle est reconnue et qu'il contribue à établir les diagnostics ou prodiguer les soins les plus appropriés, l'obligation d'assurer les meilleurs soins et la meilleure sécurité possible dans les soins ne révélera-t-elle pas à l'avenir un besoin d'adopter ces innovations technologiques, dès lors qu'elles permettent d'éviter des fautes techniques telles que des erreurs de diagnostic et de traitement ou des retards d'intervention. A ce titre, des demandes en réparation du préjudice ou en indemnisation de la perte d'une chance de guérison ou de survie pourraient être engagées.

Les développements qui précèdent montrent que le cadre juridique actuel auquel les nouvelles technologies comme l'intelligence artificielle sont soumises est particulièrement étoffé en France et en Europe. Les technologies évoluent rapidement, alors qu'en droit le principe de sécurité juridique et le besoin de stabilité de la loi dominant. Par conséquent, en vue de ne pas bloquer les avancées technologiques par un cadre juridique trop contraignant voire instable, il semble préférable d'opter, là où cela s'avère nécessaire, pour une régulation positive en complétant d'éventuels besoins ou vides juridiques par des adaptations ponctuelles spécifiques. Celle-ci

pourrait par exemple concerner l'instauration de certaines garanties essentielles à l'exploitation de systèmes d'intelligence artificielle afin qu'ils restent centrés sur l'humain.

La prochaine loi de bioéthique devrait d'ailleurs permettre de consacrer en droit français le principe d'une garantie humaine dans l'interprétation des résultats en cas de recours à l'intelligence artificielle. L'article 11 du projet de loi impose en effet l'intervention d'un professionnel de santé pour l'adaptation et la modification des paramètres d'un traitement algorithmique à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique ainsi que l'obligation de tracer les actions, les données utilisées et les informations qui résultent du traitement algorithmique. En l'absence de régime de responsabilité ex ante, ce principe de garantie humaine a vocation à s'appliquer à trois stades : lors de la préconception de l'algorithme, au moment de la prise en charge par le médecin et de l'injection des données du patient dans l'algorithme, et enfin lors de la décision médicale et du pilotage de l'algorithme dans la vie réelle.

En fonction de la gravité et de la complexité du traitement géré par un algorithme, en particulier ceux ayant une finalité diagnostique et thérapeutique dans le cadre de recherches cliniques ou dans le domaine de la génétique, une garantie humaine renforcée par l'intervention d'un collègue pluridisciplinaire d'expert pourrait s'avérer avantageuse. Selon le risque, on peut également concevoir l'intégration de principes d'éthique et d'efficacité à respecter par les concepteurs, en collaboration avec les utilisateurs, en vue de limiter l'essor de systèmes biaisés ou instaurer une protection renforcée en cas de traitements de données génétiques, particulièrement sensibles, afin de garantir le respect des principes d'égalité et d'interdiction d'une discrimination fondée sur celles-ci. Inversement, un principe de partage et d'exploitation de données de santé moins sensibles dans l'intérêt public collectif moyennant des mesures appropriées et spécifiques pour la sauvegarde des droits et libertés des personnes concernées pourraient être envisagé dans le cadre des futures réflexions liées à la législation sur la protection des données. Notons à cet égard que la Commission européenne a publié le 19 février 2020 une communication relative à la « stratégie européenne sur les données » qui rappelle l'importance de l'ouverture et de la réutilisation des données pour favoriser l'innovation et la création de nouveaux services pour les citoyens de l'Union européenne³⁷⁾.

Comment concilier dès lors l'usage de l'intelligence artificielle ayant à la base une nature collective avec les principaux droits individuels des patients, consacrés par le Code de la santé publique, tels que le droit à l'accès aux soins et au choix du médecin, le droit à l'information et au respect de la confidentialité, le droit de participer à la décision médicale, le droit au

37) COMMUNICATION DE LA COMMISSION du 19.2.2020 « Une stratégie européenne pour les données », COM(2020) 66 final, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/DOC/?uri=CELEX:52020DC0066&from=EN>

respect de la personne soignée ? Une obligation d'information du patient sur le recours à l'intelligence artificielle dans la prise en charge permettrait de préserver les droits du patient. Cette information pourrait s'envisager sous forme d'une information enrichie lors de la dispensation des soins moyennant mise à disposition d'un protocole d'information délivrant au patient une information pertinente et adéquate en fonction du système d'intelligence artificielle utilisé.

Au-delà d'une régulation positive, la mise en place de cadres semi-publics nationaux voire européens encourageant des coopérations pluridisciplinaires et le respect de garanties, règles de sécurité et éthiques essentielles contribuera à valoriser les données et à maximiser les bénéfices de l'intelligence artificielle en santé.

B. Le besoin de collaborations pluridisciplinaires

Parmi les principaux défis concernant le Big data et l'intelligence artificielle en santé, trois obstacles généraux apparaissent généralement comme des raisons qui ralentissent ou gênent le développement: le manque de confiance, les incertitudes juridiques et le manque de ressources financières. Des collaborations entre professionnels du secteur de la santé, patients, chercheurs, industriels et investisseurs permettraient pourtant de mutualiser les efforts. Les approches traditionnellement cloisonnées entre la recherche, le financement et l'usage de l'innovation nécessitent d'être surmontées en se concentrant plus étroitement sur les résultats à atteindre dans la conception d'une intelligence artificielle de confiance.

Un instrument important consiste en la création d'infrastructures hautement sécurisées qui permettent le rassemblement de diverses bases de données et comportent divers services en vue de faciliter la réalisation de projets d'intérêt public. Des plateformes de données, à l'instar du système national des données de santé prévu par l'article L1462-1 du Code de la santé publique, permet de soutenir activement les acteurs dans la collecte et la consolidation des données et d'offrir à des porteurs de projets en matière d'intelligence artificielle un accès simplifié, effectif et accéléré aux données dans un cadre sécurisé et garantissant le respect des droits des citoyens. Un tel dispositif permet de fédérer les principaux acteurs autour d'un modèle économique global qui favorise le partage et la mutualisation de compétences techniques variées tels que data managers, ingénieurs des données ou architectes de bases de données.

Ce type d'infrastructures développées dans un cadre approprié qui permet l'accès aux données collectées à travers un système national des données de santé créent un fondement propice au développement de systèmes d'intelligence artificielle de confiance dans le domaine de la santé. Ce dispositif peut en même temps augmenter l'intérêt et la participation des

patients et usagers du secteur de la santé. Dans cette optique, la Commission a indiqué dans sa communication du 19 février 2020 ³⁸⁾ appuyer, parmi neuf espaces européens communs des données, la mise en place d'un espace européen commun des données relatives à la santé ce qui est essentiel non seulement pour progresser dans la prévention, la détection et la guérison des maladies, mais encore pour prendre des décisions fondées sur des données probantes en vue d'améliorer l'accessibilité, l'efficacité et la viabilité des systèmes de soins de santé.

L'instauration de laboratoires vivants en santé est un autre concept visant à créer des environnements centrés sur l'utilisateur. Ils permettent une meilleure conception et mise en œuvre des projets de recherche, de développement et d'innovation grâce à l'intégration des processus de recherche et d'innovation dans des communautés et des environnements réels. En associant dès leur conception des patients, des médecins, des ingénieurs, des chercheurs et des industriels aux projets de recherche dans l'objectif de tester « grandeur nature » dans un établissement de soins des nouvelles technologies médicales et les bénéfiques escomptés, l'acceptation sociale des innovations en santé peut être favorisée et le cycle de développement des technologies raccourci. Des travaux portent par exemple sur le développement de nouveaux algorithmes d'aide au traitement comme des appareils robotiques de type exosquelette pour réapprendre à marcher ou des logiciels pour améliorer les soins des patients porteurs d'un stimulateur cardiaque.

La conception proactive et stratégique des appels d'offres publics peut par ailleurs utilement aider au développement d'une intelligence artificielle éthique et responsable dans le domaine de la santé. Des critères éthiques, des référentiels de bonnes pratiques ou des systèmes évaluations d'impact de l'intelligence artificielle incluant par exemple un score d'interprétabilité pour l'intelligence artificielle comme prérequis dans les marchés publics permettront de traduire plus efficacement certains principes en pratique.

Soulignons enfin qu'un contrôle et une certaine validation des solutions d'intelligence artificielle en santé à travers un système d'agrément ou un mécanisme de certification national ou, mieux, européen par une entité indépendante favoriserait utilement la confiance et l'adoption de l'intelligence artificielle en santé. L'objectif étant d'améliorer la sécurité sanitaire, ces missions devraient être attribuées à une autorité nationale investie d'une mission de service public et regroupant des experts médico-techniques du domaine de la santé. Si des instances nationales peuvent être assez aisément identifiées dans les différents états membres, une telle instance semble par contre devoir être créée au niveau européen.

38) COMMUNICATION DE LA COMMISSION du 19.2.2020, COM(2020) 66 final, « Une stratégie européenne pour les données »
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0066&from=DE>

L'intelligence artificielle dans le secteur de la santé est prometteuse mais elle soulève encore des questions sur la manière dont elle peut être déployée de façon sécurisée, responsable et éthique au service des professionnels de santé et des patients.

Si l'intelligence artificielle saura certainement soutenir le secteur de la santé, elle ne sera cependant pas une solution miracle à elle seule. D'une manière semblable aux humains, l'intelligence artificielle s'appuie sur des points de référence et des expériences pour développer l'intelligence. Pour que son potentiel puisse se réaliser, les données utilisées à la base jouent un rôle primordial. Si les données utilisées pour l'apprentissage des systèmes d'intelligence artificielle sont incomplètes ou de mauvaise qualité, les investissements dans ceux-ci n'apporteront guère le bénéfice escompté.

Outre l'accès aux données de santé et la qualité de ces dernières, l'intelligence artificielle en santé repose sur l'adoption de celle-ci par les professionnels de santé et les patients. Afin que pratiques médicales et outils d'intelligence artificielle en santé convergent, ces derniers doivent être suffisamment fiables et apporter une réelle plus-value aux patients et professionnels de santé.

Certains prérequis sont par conséquent nécessaires pour que les risques de l'intelligence artificielle en santé soient mitigés et qu'elle s'intègre dans l'environnement de la santé. Ces risques sont trop importants pour ne pas laisser le développement de l'intelligence artificielle au seul secteur industriel. Il importe de façonner un écosystème adéquat, suffisamment flexible à mesure que la technologie évolue mais également raisonnablement encadré pour que l'intelligence artificielle en santé reste centrée sur l'humain et qu'elle gagne la confiance et l'adhésion des professionnels de santé et des patients.

Au regard de ces éléments, une gouvernance agile favorisant la qualité et l'accessibilité des données de santé, des formations professionnelles adéquates, une régulation positive et des collaborations pluridisciplinaires joueront un rôle privilégié afin de saisir la dynamique du marché en matière d'intelligence artificielle tout en garantissant le respect de nos valeurs éthiques, sociales et culturelles fondamentales.

TABLE DES MATIÈRES

Norbert Lindenlaub

EDITORIAL.....	5
-----------------------	----------

Cris Santos Neves

ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES ET DES RECETTES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE ENTRE 2007 ET 2017 ET APERÇU DE LA SITUATION FINANCIÈRE 2018 À 2024	7
--	----------

I. Introduction	7
II. Impacts financiers de changements législatifs	9
III. Contexte démographique	10
a. Population dépendante résidente	11
b. Population dépendante non-résidente	14
c. Taux de dépendance	15
IV. Situation financière de l'assurance dépendance de 2007 à 2017	17
V. Analyse de l'évolution des recettes de l'assurance dépendance de 2007 à 2017.....	18
a. Introduction 18	
b. Évolution des recettes de l'assurance dépendance de 2007 à 2017	21
III. Analyse de l'évolution des dépenses de l'assurance dépendance de 2007 à 2017.....	29
a. Introduction 29	
b. Dépenses de l'assurance dépendance	31
c. Valeurs monétaires	61
IV. Situation financière de l'assurance dépendance de 2018 à 2024	62
a. Changements législatifs en 2018	62
b. Contexte démographique	64
c. Tableau financier de 2018 à 2024	64
IV. Conclusion.....	67
V. Bibliographie	68
Annexe 1: Évolution structurelle des recettes et des dépenses suivant l'exercice prestation et la date d'échéance de la cotisation	69

Linda Schumacher

**UNE ANALYSE DE CERTAINS PRÉREQUIS NÉCESSAIRES À
UNE INTELLIGENCE ARTIFICIELLE CENTRÉE SUR LES PATIENTS
ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ..... 71**

I - Les défis de l'intelligence artificielle en santé

A. Vers un usage innovant des données de santé 73

B. Vers une convergence entre pratiques médicales et outils d'intelligence artificielle 76

II- La nécessité d'un écosystème favorable à l'intelligence artificielle en santé

A. Le cadre juridique applicable et les évolutions futures possibles 77

B. Le besoin de collaborations pluridisciplinaires 81