

XXIIe Assemblée régionale Europe de l'Assemblée parlementaire de la Francophonie (APF)

Saint-Hélier (Jersey), du 21 au 24 avril 2009

L'ASSURANCE DÉPENDANCE

**présentation par Monsieur Jos Scheuer,
Vice-Président de la Chambre des Députés du Grand-Duché de Luxembourg**

I. Le contexte de l'introduction de l'assurance dépendance au Luxembourg

Mesurant l'importance du vieillissement démographique, le Gouvernement luxembourgeois a pris la décision en 1992 de réaliser un bilan critique du système luxembourgeois de prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

1. Brève description du système existant avant l'introduction de l'assurance dépendance

A l'époque, le système de prise en charge reposait sur le rôle conjoint de l'initiative privée et de l'Etat. Le développement du secteur du maintien à domicile relevait des communes et de l'initiative privée, tandis que l'État était le principal promoteur des établissements d'hébergement. Une part importante des aides et soins restait à charge du bénéficiaire.

Dans les établissements d'aide et de soins, la couverture du coût de la dépendance incombait essentiellement aux bénéficiaires de soins et à leur famille. Un tarif social d'hébergement était fixé par règlement grand-ducal. Il couvrait l'hôtellerie et le coût salarial du personnel.

L'Etat intervenait pour couvrir la différence entre le prix social payé par la personne et le coût réel. Cette pratique impliquait une forte intervention financière de l'Etat et absorbait la majeure partie du budget consacré à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Pour ce qui était des personnes à domicile, une première loi octroyant une prestation en espèces répondant au besoin d'aide d'un tiers pour les activités de la vie journalière fut créée en 1971 en faveur des personnes aveugles. Elle fut élargie en 1979 aux personnes gravement handicapées.

Ce n'est qu'à partir de 1989 qu'une allocation de soins fut prévue pour les personnes dont le handicap apparaît au-delà de 65 ans. Elle était octroyée aux personnes qui ne pouvaient vivre sans l'assistance ou les soins constants d'une tierce personne. Le versement était soumis à une condition de résidence et à des conditions de ressources. Elle était obtenue sur demande au ministère de la Santé et versée à la personne qui assurait les soins au requérant.

Des services de soins à domicile se sont développés vers la fin des années '80, à l'initiative du secteur privé ou dans le cadre de l'action sociale financée par les communes. Les services de soins à domicile étaient ouverts à toute personne malade et/ou dépendante dès lors qu'elle nécessitait des

soins à domicile et ce, sans limitation d'âge. Ils assuraient d'une part les soins prescrits par le médecin et, d'autre part, prenaient en charge les soins liés à l'hygiène corporelle. Les tarifs des actes infirmiers étaient remboursés par l'assurance maladie tandis que les soins de base (soins corporels et hygiène) restaient à la charge de la personne dépendante.

Ce système apparaissait peu adapté au défi que posait à moyenne échéance le vieillissement démographique mais également peu adapté aux besoins des personnes dépendantes.

Le coût de la dépendance se révèle, en effet, très élevé. Une personne dépendante, même avec l'aide de sa famille ne peut assumer financièrement une telle charge sans s'appauvrir.

Le gouvernement issu des élections de 1994 allait en tirer les conclusions du bilan réalisé en 1993 par un groupe de chercheurs étrangers et s'orienter vers la mise en place d'une assurance dépendance.

II. L'Assurance dépendance du Grand-Duché de Luxembourg

1. Les grands principes

La loi relative à l'assurance dépendance est venue compléter la sécurité sociale luxembourgeoise en 1998. A l'instar de l'Allemagne, le Luxembourg a choisi de considérer la dépendance comme un 5^e risque de la Sécurité sociale et de créer une assurance dépendance.

L'assurance dépendance fonctionne selon les mêmes principes que l'assurance maladie. Le paiement d'une cotisation obligatoire ouvre pour la personne, à l'échéance du risque, un droit à des aides et des soins. Ce droit est *inconditionnel* c'est-à-dire qu'il n'est tenu aucun compte des ressources du bénéficiaire ou de sa famille, ni de son âge, ni de sa résidence. Le droit se base uniquement sur son besoin de soins.

A beaucoup d'égards, l'assurance dépendance représente une innovation.

L'idée fondamentale qui a guidé son élaboration est le respect de l'autonomie de la personne, alors même qu'elle est vulnérable et que cette autonomie est menacée.

Les quatre principes sur lesquels le législateur s'est appuyé pour construire la loi découlent de ce concept fondamental :

1. réhabilitation avant prise en charge par l'assurance ;
2. priorité au maintien à domicile avant hébergement en établissement ;
3. priorité aux prestations en nature avant prestations en espèces ;
4. continuité des soins.

La réforme introduite par l'assurance dépendance ne se limite pas au seul financement des aides et soins. En donnant à la personne dépendante un droit individuel à des aides et soins, elle *replace la personne dépendante au centre du système et réorganise l'ensemble de la prise en charge des personnes dépendantes*.

Le paysage structurel des soins de longue durée va s'en trouver complètement remodelé. Ce remodelage a été davantage perceptible pour les structures intervenant au domicile de la personne dépendante.

Pour les services intervenant à domicile, la loi sur l'assurance dépendance a introduit le *concept de réseau*. Le réseau est un ensemble de plusieurs services de compétences différentes et

complémentaires. Il assure et coordonne la prise en charge globale de la personne dépendante. La structure des services en réseau permet à la personne dépendante à domicile de s'adresser à un interlocuteur unique. Elle permet aussi d'assurer la transition entre les services et la continuité dans les aides et soins.

La loi sur l'assurance dépendance a favorisé un développement sans précédent des services intervenant à domicile. Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, le personnel engagé par les réseaux a plus que triplé. Lorsqu'on regarde uniquement le personnel engagé pour les aides et soins, on constate qu'il a plus que quintuplé.

Pour ce qui concerne l'aide apportée par les proches, l'assurance dépendance prend la succession de l'allocation de soins et de l'allocation pour personnes gravement handicapées, en y ajoutant un ensemble de mesures garantissant une réelle cohérence des aides et soins autour de la personne dépendante.

2. Définition de la dépendance

Très concrètement, que couvre l'assurance dépendance? Comment définit-on la dépendance ? Dans le cadre de la loi du 19 juin 1998, la dépendance est définie comme « *l'état d'une personne qui, par suite de maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature, a un besoin important et régulier, d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie* ».

- Le concept central de la définition est le besoin d'aide d'une tierce personne.
- Ce besoin d'aide doit porter sur les actes essentiels de la vie qui concernent l'hygiène corporelle (se laver, s'habiller, aller aux toilettes), la nutrition (manger, boire), la mobilité (se lever, se coucher, se déplacer).
- Ce besoin d'aide peut prendre différentes formes qui vont du besoin d'intervention directe pour réaliser l'acte à un besoin de motivation, de soutien, de surveillance ou même d'une instruction.
- Le besoin d'aide doit être consécutif à une maladie physique, psychique ou mentale ou une déficience de même nature. En d'autres mots, il doit être consécutif à une cause médicale. Chez les personnes âgées, les pathologies causant la dépendance sont principalement la démence et troubles des fonctions cognitives ainsi que les atteintes de l'appareil locomoteur.
- Enfin, pour parler de dépendance dans le cadre de la sécurité sociale luxembourgeoise, il faut aussi que le besoin d'aide soit important et régulier. Il doit représenter au moins 3,5 heures par semaine et s'étendre sur une durée minimale de six mois ou être irréversible.

3. Les prestations de l'assurance dépendance

L'assurance dépendance a pour objet de prendre en charge le besoin d'aide d'une tierce personne en finançant les prestations qui y répondent.

Ces prestations sont :

- les aides et soins pour les actes essentiels de la vie: actes qui relèvent du domaine de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité;
- l'aide pour les tâches domestiques;

- . l'aide sous forme d'activités de soutien : Celles-ci sont principalement destinées à maintenir le potentiel d'autonomie de la personne dépendante mais aussi à assurer un répit planifié au proche qui soigne la personne dépendante ;
- . les aides techniques, par exemple : lit adapté, fauteuil roulant, soulève- personne, élévateur d'escaliers, etc.
- . les produits nécessaires aux aides et soins.

Uniquement à domicile:

- . les mesures à l'égard de l'aidant informel: La loi prévoit que les différentes prestations peuvent, avec certaines limites, être converties en une somme d'argent destinée à permettre à la personne dépendante de se faire prodiguer les soins par un proche. Pour ce proche que l'on désigne par le terme d'aidant informel, l'assurance dépendance prend en charge les cotisations à l'assurance retraite ;
- . l'aide sous forme d'activités de conseil. L'objectif est d'apprendre à la personne dépendante à réaliser certains soins sans aide d'une tierce personne mais aussi à instruire l'aidant informel sur la meilleure façon d'aider sans compromettre sa santé ;
- . les adaptations du logement qui permettent de prolonger le maintien à domicile.

4. La constatation de l'état de dépendance

Les différentes prestations sont accordées à la personne dépendante sur base d'une évaluation de ses besoins par une équipe multidisciplinaire : médecin, infirmier, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute. Le plan de prise en charge établi sur base de cette évaluation est un plan individuel comportant l'ensemble des aides et soins et prestations strictement adaptés aux besoins de la personne dépendante tels qu'ils ont été constatés lors de l'évaluation.

5. L'organisation de l'assurance dépendance

- . La Caisse nationale de Santé (CNS)

L'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance est la Caisse nationale de Santé, qui gère à la fois les prestations de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance.

La Caisse nationale de Santé prend les décisions individuelles et gère les budgets de l'assurance dépendance.

Les avis concernant l'attribution des prestations, des fournitures et mesures, sont émis par la Cellule d'évaluation et d'orientation.

- . La Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO)

La Cellule d'Evaluation et d'Orientation est en quelque sorte, la cheville ouvrière de l'assurance dépendance. Outre ses missions d'évaluation et de détermination des prestations auxquelles la personne dépendante a droit, la Cellule d'Evaluation et d'Orientation peut aussi proposer, le cas échéant, les mesures de rééducation et de réadaptation qui s'imposeraient. La Cellule d'évaluation et d'orientation est en outre, chargée d'une mission d'information et de conseil en matière de dépendance par rapport à toutes les instances concernées par le problème.

Deux nouvelles missions ont été ajoutées par les modifications de la loi en 2005, à savoir une mission de contrôle de la qualité des prestations compte tenu de normes définies ainsi qu'une

mission de contrôle de l'adéquation des prestations dispensées aux besoins de la personne dépendante.

. La commission consultative

La commission consultative est composée de représentants des bénéficiaires de l'assurance, de représentants des prestataires, de partenaires sociaux et de représentants de l'organisme gestionnaire. Elle est appelée à donner son avis sur:

- les instruments de la mesure de la dépendance, à savoir le questionnaire d'évaluation et le relevé des aides et soins;
- les projets d'actions expérimentales à mener dans le cadre de l'assurance dépendance, au bénéfice de certains groupes spécifiques ;
- la liste des aides techniques à prendre en charge par l'assurance dépendance.

. La commission de qualité des prestations

Cette commission a été introduite dans la loi lors des modifications intervenues en 2005. Le débat sur la qualité des soins est des plus actuels et chacun en reconnaît la nécessité.

En introduisant une commission de qualité dans le cadre de la loi, le législateur a voulu répondre à la préoccupation de tous les acteurs de l'assurance dépendance. Cette commission a pour mission de définir des lignes directrices et des standards en matière de qualité de toutes les prestations de l'assurance dépendance.

Comme on l'a dit précédemment, le contrôle de cette qualité est assuré par la Cellule d'évaluation et d'orientation. Par ailleurs, les manquements à la qualité pourront être sanctionnés par la Commission de surveillance.

6. Le contrôle et la promotion de l'assurance dépendance

. La commission de surveillance

La commission de surveillance est également un nouvel organe introduit lors des modifications de la loi en 2005. Elle est chargée de trancher les litiges qui peuvent survenir entre l'organisme gestionnaire et les prestataires. Elle constituera par ailleurs la voie de recours en cas de mauvaise application ou d'irrespect des normes de qualité.

. L'action concertée de l'assurance dépendance

La loi prévoit une conférence régulière des Ministres de la Famille, de la Santé et du Budget, des organisations œuvrant dans les domaines de la santé, de la famille et de l'action sociale ainsi que des représentants des personnes dépendantes.

Convoquée par le ministre de la Sécurité Sociale, cette conférence a pour but d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements et de faire des propositions pour améliorer la situation et la prise en charge des personnes dépendantes.

7. Les prestataires d'aides et de soins

Pour opérer dans le cadre de l'assurance dépendance, le prestataire doit s'engager à apporter à la personne dépendante tous les aides et soins repris au plan de prise en charge, soit en recourant à son personnel propre, soit en concluant un contrat de sous-traitance avec un autre prestataire.

Par l'élargissement du catalogue des prestations offertes, la loi sur l'assurance dépendance a créé une dynamique chez les prestataires d'aides et de soins, les amenant à engager au sein de leur personnel, des professionnels auxquels ils recouraient moins volontiers avant l'introduction de l'assurance dépendance, principalement dans le secteur des personnes âgées.

L'organisation des prestataires de l'assurance dépendance apparaît un peu complexe, surtout depuis les modifications de la loi en 2005 où la logique financière a quelque peu supplanté la logique fonctionnelle.

- . La loi initiale de 1998 reconnaissait deux types de prestataires :

1. Le réseau d'aides et de soins

La mission du réseau est d'apporter les aides et soins aux personnes à domicile. Le réseau doit apporter à la personne dépendante, les actes infirmiers à charge de l'assurance maladie, les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien et les activités de conseil. La structure en réseau permet à la personne dépendante à domicile de s'adresser à un interlocuteur unique, tant pour les prestations de l'assurance maladie que pour les prestations de l'assurance dépendance.

Le réseau doit nécessairement s'assurer la *collaboration d'un centre de jour spécialisé*. Ce centre a pour mission d'apporter les activités de soutien en groupe (activités spécialisées ou non). Il apporte également aux personnes dépendantes les aides et soins requis pour les actes essentiels de la vie pendant leur séjour dans ce centre. Il fait partie intégrante du réseau ou dispose d'une personnalité juridique propre et conclut alors avec le réseau, un contrat de sous-traitance.

Avant les modifications de 2005, les prestataires accompagnant les personnes handicapées avaient tous le statut de réseaux d'aides et de soins à domicile. Cette formule très souple leur permettait de travailler sur site et à domicile.

2. L'établissement d'aides et de soins (à séjour continu)

On désigne sous ce terme l'institution de long séjour qui héberge de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance. Au Luxembourg, on distingue les maisons de soins et les centres intégrés pour personnes âgées.

- . Des arguments d'ordre financier¹ ont amené, en 2005, à une reconnaissance de deux types de prestataires supplémentaires :

¹ En effet, le coût des structures était très différent suivant qu'il s'agissait d'un réseau prenant en charge des personnes handicapées ou un réseau prenant en charge l'ensemble de la population. De même, le coût d'un centre semi stationnaire ne correspondait pas au coût d'un réseau. Afin de pouvoir prendre en compte ces différences, une diversification a été introduite dans les structures.

3. Le centre semi stationnaire qui peut accueillir des personnes dépendantes soit de jour, soit de nuit;
4. L'établissement d'aide et de soins à séjour intermittent qui a pour mission d'héberger de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant l'intégralité des aides et soins requis par leur état de dépendance. Il répond de façon prépondérante aux besoins des personnes handicapées. Sa singularité tient au fait qu'il permet une alternance entre le séjour à l'établissement et le séjour dans un domicile privé.

Chacun des prestataires doit définir les modalités de la coordination des aides et soins et de tous les services autour de la personne dépendante, ainsi que les modalités de coopération entre les différents intervenants, de façon à garantir l'unicité de l'interlocuteur pour la personne dépendante.

L'innovation introduite pour raisons financières en 2005 n'a pas modifié les missions, devoirs et obligations des différents prestataires.

Un même prestataire peut conclure plusieurs types de contrats d'aide et de soins. Il peut par exemple conclure un contrat en tant que réseau et centre semi stationnaire ou en tant qu'établissement à séjour intermittent, centre semi stationnaire et réseau d'aide et de soins. Ceci permet par exemple à un même prestataire d'accueillir durant la semaine une personne handicapée en établissement à séjour intermittent et de lui apporter en fin de semaine, les aides et soins requis au plan de prise en charge lorsqu'elle se trouve à domicile.

8. Le financement de l'assurance dépendance

Les ressources nécessaires au financement de l'assurance sont constituées :

- par une contribution à charge du budget de l'Etat représentant 140 millions d'euros;
- une contribution spéciale sur le produit de la taxe sur les importants consommateurs d'électricité;
- pour le restant par une contribution dépendance.

Cette contribution est due par toutes les personnes assurées en matière d'assurance maladie :

- l'assiette de la contribution est constituée par les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine ;
- en ce qui concerne les revenus professionnels et les revenus de remplacement, l'assiette mensuelle est réduite d'un abattement correspondant à $\frac{1}{4}$ du salaire social minimum ;
- il n'y a pas de minimum et de maximum cotisable ;
- le taux est fixé à 1,4 % ;
- le taux est appliqué sur les revenus avant déduction de l'impôt.

III. Conclusion

De ses dix ans d'application, la loi sur l'assurance dépendance peut, sans hésiter tirer un bilan positif. Près de 100.000 demandes de prestations ont été introduites et traitées pour une population de quelque 480.000 habitants. Actuellement, plus de 10.000 personnes bénéficient de prestations, qu'elles soient en nature, en espèces ou une combinaison des deux formes. Pour l'heure, plus de 33.000 aides techniques sont mises gratuitement à disposition dans l'ensemble du pays.

Les opportunités offertes par l'assurance dépendance ont également permis un développement sans précédent des prestataires d'aides et de soins de longue durée. Au cours des dix années, on a vu ainsi le nombre des emplois dans le secteur se multiplier. Cette croissance a surtout caractérisé le

secteur du maintien à domicile, où le nombre de soignants a quasi quintuplé depuis l'introduction de la loi.

Mais l'assurance dépendance reste confrontée à de grands défis dont le plus important est certes d'assurer sa viabilité à long terme.

*

(source : Mme Andrée Kerger, service des relations publiques de la cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance)

Evolution de 2001 à 2007 du nombre moyen de bénéficiaires de l'assurance dépendance par lieu de séjour

Année	Domicile	Etablissement	Total
2001	3.781	2.620	6.401
2002	4.417	2.744	7.161
2003	5.051	3.084	8.135
2004	5.631	3.176	8.807
2005	6.072	3.264	9.336
2006	6.489	3.300	9.789
2007	6.795	3.283	10.078

Source : décomptes UCM

Evolution du coût annuel moyen des bénéficiaires de l'assurance dépendance entre 2001 et 2007

Année	Etablissement	Domicile	Moyenne du total de la population
2001	34.687	18.092	25.408
2002	36.004	18.092	24.953
2003	38.729	19.151	26.680
2004	42.578	22.045	29.470
2005	44.872	22.353	29.855
2006	48.852	21.806	30.090
2007	31.176	19.129	23.049

Attention 2007 : ces chiffres ne sont pas fiables car il reste 175 millions d'EUR. à liquider

Evolution du personnel employé dans le secteur des aides et soins de longue durée depuis 1999

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Etablissements à séjour continu	2.386	2.545,0	2.881	3.075	3.332	3.481	3.667	3.841
Réseaux d'aides et de soins	273	437,6	614	768	648	798	963	1.065
Etablissements à séjour intermittent	505	?	502	52	546	659	731	758
Centres semi-stationnaires	65	?	99	124	139	161	178	199
Total	3.229	?	4.097	4.490	4.667	5.100	5.541	5.864

Evolution des dépenses pour les différentes catégories de prestations depuis 2002.

Type de prestations	2002	2003	2004	2005	2006
Prestations de l'assurance dépendance	219.3	217.4	232.0	306.2	290.0
<i>Prestations au Luxembourg</i>	216.4	211.9	227.3	297.5	281.8
<i>Prestations à domicile</i>	95.0	100.8	102.3	147.6	132.2
- Aides et soins	59.1	63.5	57.4	80.3	71.2
- Prestations en espèces subsidiaires	59.1	63.5	57.4	57.8	50.5
- Forfaits pour produits nécessaires aux aides et soins	0.8	1.0	1.2	1.4	1.4
- Aides techniques	8.1	4.7	7.6	7.8	8.2
Location	4.5	2.9	3.6	4.2	4.0
Acquisition	3.6	1.8	4.0	3.6	4.2
- adaptation du logement	0.4	1.0	0.5	0.4	0.9
<i>Prestations en milieu stationnaire</i>	121.4	111.1	125.0	149.9	149.6
- Aides et soins	120.0	109.9	123.7	148.4	148.2
- Forfait pour produits d'aides et de soins	1.4	1.2	1.3	1.5	1.4
Actions expérimentales					
<i>Prestations à l'étranger</i>	2.9	5.5	4.7	8.7	8.2
Prestations en espèces (en vertu de législations antérieures à l'assurance dépendance)	12.1	9.4	9.7	8.9	8.3
Allocations spéciales pour personnes gravement handicapées	9.8	7.7	8.5	8.1	7.6
Allocations de soins	2.3	1.7	1.2	0.8	0.6

* * *