

N° 7014²

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2016-2017

PROJET DE LOI
portant réforme de l'assurance dépendance

* * *

AVIS DE LA CHAMBRE DES SALARIES

(25.10.2016)

Par lettre du 4 juillet 2016, Monsieur Romain SCHNEIDER, ministre de la Sécurité sociale, a saisi pour avis notre chambre du projet de loi portant réforme de l'assurance dépendance.

1. Selon l'exposé des motifs, le bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'assurance dépendance de 2013 a dégagé certaines pistes de réflexion qui ont servi de point de départ aux discussions relatives à une réforme de l'assurance dépendance et qui concernent notamment:

- la révision de la procédure et des outils d'évaluation et de détermination de la dépendance;
- l'évaluation de certaines prestations par rapport à leur finalité, leur efficacité et leur volume mais aussi par rapport aux objectifs définis dans le cadre de l'assurance dépendance;
- la définition d'un cadre normatif pour le financement des prestations;
- la mise en place d'une politique de qualité et de contrôle transparente et efficace.

2. Selon l'exposé des motifs, le défi de la réforme consiste à assurer la pérennisation à long terme de l'assurance dépendance en consolidant les acquis du système actuel compte tenu des évolutions démographiques et de l'évolution très probable du taux de dépendance suite au vieillissement de la population.

3. Toujours selon l'auteur du projet de loi, en respectant les principes directeurs de l'assurance dépendance, la réforme place la personne dépendante et ses besoins au centre du dispositif. Elle vise une prise en charge de qualité des bénéficiaires par du personnel qualifié. Les dispositifs actuellement en place sont révisés en vue d'un recentrage autour des actes essentiels de la vie. Les propositions visent plus de flexibilité dans la prise en charge des personnes dépendantes, la qualité des prestations fournies ainsi qu'une simplification administrative.

4. Suite au bilan de l'IGSS publié en 2013, la CSL se doit d'emblée de constater qu'à part certains remaniements devenus utiles par-ci par-là, une modification de fond en comble du système actuel de l'assurance dépendance n'est ni nécessaire d'un point de vue financier ni utile d'un point de vue qualité des prestations ni, à plus forte raison, urgente. En tout état de cause, la CSL ne saura accepter le remplacement de la tarification à l'acte et ergo d'une prise en charge sur mesure de l'assuré par l'instauration de quinze niveaux en aide et soins diluant ainsi l'individualisation des besoins, exprimée en minutes, en vigueur jusqu'à présent. Si la CSL ne s'oppose pas d'office à une forfaitisation des prestations par exemple en introduisant pour chaque prise en charge individualisée un contingent supplémentaire de minutes (ainsi la détermination du seuil individualisé en minutes augmenté d'un pourcentage de minutes pour laisser une certaine marge de manoeuvre aux prestataires et afin d'éviter de procéder à une reformulation d'une demande nouvelle auprès de l'Autorité d'évaluation), elle rend attentif que l'instauration d'une flexibilité par niveaux de besoins et de soins exprimant chacun un intervalle de minutes précis est également susceptible de favoriser la stigmatisation des bénéficiaires dans l'opinion publique et leur entourage ainsi que d'entraver le contrôle de la qualité et de la délivrance réelle des prestations. Etant

donné que le système de l'assurance dépendance a fait ses preuves jusqu'à présent à tel point que notre pays est envié au niveau international pour la performance et la générosité de son système, la CSL ne peut accepter une dégradation du système actuel tel que proposé par le présent projet de loi.

5. Ce n'est qu'à titre subsidiaire que la CSL est prête à s'adonner à une analyse du projet de loi. Pour ce faire et afin de juger en connaissance de cause, elle exige cependant la mise à disposition et la prise de connaissance du contenu des innombrables règlements grand-ducaux auxquels renvoie le projet de loi lesquels, à l'heure actuelle, font défaut. Il en résulte que la CSL pour l'instant est dans l'impossibilité d'évaluer l'envergure de la présente réforme. Par ailleurs, il est très critiquable tant d'un point de vue légal, légistique que politique de saisir les acteurs concernés de la procédure législative – dont notre chambre – avec un projet de loi global qui retrace les grandes lignes, mais dont le détail est réglé par une dizaine de règlements grand-ducaux. La CSL aurait souhaité que le Gouvernement eût saisi la CSL simultanément et du projet de loi élargi et des projets de règlement grand-ducal y relatifs plutôt que de procéder au compte-goutte et de lui demander son avis sur une prétendue réforme qui est incomplète. Il est inconcevable pour notre chambre que la loi entre en vigueur sans qu'au préalable les règlements grand-ducaux soient pris. Une loi sans dispositions d'exécution est une loi inapplicable et donc une loi morte!

6. Finalement, la CSL rend attentif que le fait de régler certaines dispositions par voie de règlement grand-ducal et impactant par-là sur la qualité et le coût des prestations en matière d'assurance dépendance est susceptible de violer l'article 32(3) de la Constitution selon lequel les matières réservées à la loi par la Constitution ne peuvent faire l'objet de règlements.

*

1. LA DETERMINATION DES PRESTATIONS REQUISES

En ce qui concerne l'évaluation et la détermination des besoins

7. Actuellement tout demandeur de prestations de l'assurance dépendance, présentant un dossier complet (formulaire de demande et rapport du médecin traitant), est évalué par la CEO sur base d'un questionnaire d'évaluation et du rapport médical. Suite à l'évaluation des besoins, les aides et soins sont déterminés d'après un relevé-type qui prévoit une durée pour les différentes prestations, décrites dans un guide portant la description des prestations à déterminer dans le cadre de l'assurance dépendance.

8. La procédure d'évaluation et de détermination des besoins sera réadaptée de façon à permettre le retraçage du processus décisionnel.

9. Concrètement, le contenu du questionnaire d'évaluation, du guide des prestations et du relevé-type a été révisé. Le but est de rendre l'évaluation des besoins et la détermination des prestations plus rapides, plus efficaces et plus transparentes. Un des objectifs principaux est notamment d'assurer la cohérence entre le relevé-type et le nouveau référentiel de détermination (i.e. l'ancien guide des prestations), voire les nouveaux standards.

10. Le relevé-type et les standards définis dans le nouveau référentiel des aides et soins sont modifiés. L'introduction de la synthèse qui explique par des éléments descriptifs l'aide à laquelle la personne dépendante a droit augmente la compréhensibilité et la transparence de l'attribution des prestations pour le bénéficiaire.

11. Dans un effort d'harmonisation, les définitions des prestations sont précisées et complétées par des critères d'attribution garantissant plus d'homogénéité entre les référents de la CEO dans la détermination des besoins. Les formes d'aides (effectuer à la place ou surveiller/soutenir) sont dorénavant intégrées et détaillées dans les critères d'attribution de l'acte. Le nombre de standards de détermination pour un même acte est diminué afin d'assurer une plus grande égalité et transparence dans le traitement

des dossiers. Le nouveau référentiel sera publié sous forme d'un règlement grand-ducal. **La CSL renvoie à sa critique préliminaire selon laquelle elle est actuellement dans l'impossibilité de juger le bien-fondé d'un tel règlement grand-ducal dont elle ignore le contenu, sachant que „le diable est dans les détails“ et que la qualité et le coût des prestations de dépendance risquent d'être tributaires exclusivement du contenu du règlement grand-ducal et, par-là, d'être inconstitutionnels dans la mesure où „l'essentiel du cadrage normatif doit résulter de la loi, y compris les fins, les conditions et les modalités suivant lesquelles des éléments moins essentiels peuvent être réglés par des règlements et arrêtés pris par le Grand-Duc“ (arrêt n° 108/13 de la Cour constitutionnelle du 29 novembre 2013).**

12. Le coefficient d'intensité, la qualification minimale requise et le coefficient de pondération ne figurent plus dans le relevé-type. Ces paramètres, en relation avec la valeur monétaire et non pas avec le requis défini par le relevé-type, seront dorénavant réglés par l'article 395 du CSS et des normes de qualité seront fixées par règlement grand-ducal. **Ici également, la CSL n'est pas en mesure de juger ni le bien-fondé du transfert de ces paramètres et des normes de qualité à défaut de règlement grand-ducal ni par ailleurs la constitutionnalité d'un tel règlement grand-ducal.**

En ce qui concerne les niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins

13. Selon l'exposé des motifs, le modèle de prise en charge actuel, basé sur un plan de prise en charge énonçant une multitude d'actes et de fréquences, ainsi que la facturation à l'acte par le prestataire présentent plusieurs limites et difficultés détaillées ci-dessous:

- Le détail des actes et des fréquences dans le plan de prise en charge porte confusion, car il donne l'illusion d'un calcul individualisé en minutes de la charge de soins, alors que les temps par acte sont des temps moyens.
- Le contrôle de la délivrance des actes facturés et de leur qualité fait défaut. Sans système de contrôle des prestations réellement dispensées, la facturation à l'acte offre la possibilité de facturer des prestations non-effectuées et est donc intrinsèquement source de facturations pouvant être frauduleuses. **A ce sujet, la CSL se demande pourquoi le contrôle des prestations réellement dispensées, qui existe d'ores et déjà sous la loi actuelle, n'a pas eu lieu jusqu'à présent. L'argument de dire qu'il faut instaurer un contrôle des prestations par le biais du présent projet de loi ne tient pas.**
- La prise en charge des personnes dépendantes est centrée sur un „minutage“ plutôt que sur une prise en charge globale.
- Le détail du plan de prise en charge induit des demandes de réévaluation fréquentes. Tous les aides et soins détaillés dans le plan de prise en charge ne sont pas toujours prestés et facturés à la CNS. Ainsi, le taux de facturation des aides et soins requis dans le plan de prise en charge varie fortement entre prestataires et correspond à 95% en moyenne en établissement et à 82% en moyenne à domicile. **La CSL ne peut que s'étonner d'une telle argumentation et se demande pourquoi le contrôle des prestations n'a pas été effectué sous la loi actuelle alors que ce contrôle aurait été beaucoup plus efficace du fait que le détail des prestations a été facturé. Elle craint sérieusement que ce contrôle ne devienne encore plus difficile sinon impossible avec l'introduction de quinze niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins des actes essentiels de la vie prévoyant chacun un intervalle de minutes.**
- La fourniture des aides et soins requis dans le plan de prise en charge dépend des besoins journaliers des personnes dépendantes qui varient, notamment selon la situation clinique de la personne. Le système actuel ne laisse cependant que très peu de flexibilité dans la réponse journalière aux besoins des bénéficiaires, créant ainsi des tensions entre bénéficiaires et prestataires.
- Le plan de prise en charge est peu compréhensible par le bénéficiaire et son entourage. **Si la CSL partage ce point de vue, elle a cependant de sérieux doutes que le nouveau plan de prise en charge sache y remédier du fait de l'introduction de quinze niveaux.**
- Vu le caractère récurrent des prestations d'aides et de soins, la facturation à l'acte conduit à une charge administrative lourde tant pour les prestataires que pour la CNS.
- Le modèle actuel ne permet pas de maîtriser les dépenses de l'assurance dépendance. **La CSL ne peut que s'étonner d'une telle affirmation alors qu'elle est en contradiction avec les disposi-**

tions actuelles de la loi qui permettent d'ores et déjà un contrôle de la CEO en ce qui concerne les prestations facturées par rapport aux prestations requises et *a fortiori* une maîtrise des dépenses de l'assurance dépendance. La CSL tient également à rappeler que l'accord du 28 novembre 2014 entre le Gouvernement et la CGFP, l'OGBL et le LCGB a prévu que „*l'assurance dépendance sera réformée avec pour ligne directrice une application plus efficiente des critères d'octroi des prestations, dans un souci d'assurer la nature du nécessaire et de l'utile des prestations, sans pour autant contrarier les prestations objectivement requises par les assurés*“. Comme déjà soulevé ci-avant, la CSL ne saura soutenir une réforme de l'assurance dépendance qui a pour seul objet la maîtrise pour ne pas dire, une réduction des dépenses de l'assurance dépendance au détriment de la qualité des prestations des bénéficiaires. Si besoin de financement il y a, la CSL est d'avis qu'au lieu de détériorer la qualité des prestations au détriment des bénéficiaires, il faudra envisager une participation des employeurs/entreprises, en dehors de la contribution spéciale (taxe d'électricité) ainsi qu'une augmentation de la contribution de l'Etat au financement de l'assurance dépendance avant d'envisager, le cas échéant, une augmentation de la contribution dépendance (à charge des salariés). Aussi la CSL tient-elle à préciser que si la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie peut être un aspect d'une réforme globale à prendre en considération à côté du maintien voire de l'amélioration de la qualité des prestations, elle regrette que le présent projet de loi ne prévoise aucun concept de prévention ayant pour objet de retarder l'accès des bénéficiaires à l'assurance dépendance. Un tel dispositif de prévention, si besoin en est, en collaboration avec l'assurance maladie, pourrait réduire à long terme les dépenses de l'assurance dépendance.

14. Ainsi, suivant le programme gouvernemental, la réforme de l'assurance dépendance procède à la *standardisation permettant le regroupement et la forfaitisation des actes, ainsi que la flexibilisation dans les plans de prise en charge alloués par la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO), tout en assurant une différenciation adéquate entre les aides et soins à recevoir par les bénéficiaires et tout en veillant à une simplification des procédures*“.

15. La détermination individuelle des minutes d'aides et de soins avec attribution d'un niveau de besoin hebdomadaire en aides et soins est la solution préconisée dans le présent projet de loi. **La CSL tient à préciser que d'ores et déjà toutes les prestations facturées sont informatisées auprès de la COPAS de sorte que le présent projet de loi n'innove pas à ce niveau.**

16. Cette approche permet une plus grande flexibilité du prestataire dans l'organisation de la dispensation des aides et soins, notamment en tenant compte des fluctuations des besoins du bénéficiaire. De plus, le nouveau modèle devrait entraîner moins de demandes de réévaluation, les bénéficiaires étant pris en charge suivant un intervalle de minutes d'aides et de soins. Il permet une simplification de la facturation. **Ici également la CSL, comme déjà soulevé ab initio, se prononce contre l'introduction de quinze niveaux avec des fourchettes de minutes pour chaque niveau qui mènera à davantage d'opacité, et rendra plus difficile le contrôle de la qualité et de la délivrance des prestations et conduira indubitablement à une augmentation des dépenses de l'assurance dépendance et une détérioration de la qualité des prestations au détriment du bénéficiaire.**

17. En pratique, le nouveau système se présente comme suit:

La CEO dorénavant dénommée Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, continue à évaluer individuellement les besoins des demandeurs sur base d'un outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance et d'un rapport complet du médecin traitant. La détermination des besoins est faite suivant le relevé-type, le référentiel des aides et soins et la liste des aides techniques. Elle est traduite dans une synthèse de prise en charge qui est communiquée au demandeur et au prestataire, le cas échéant. Aussi la CEO réalise la répartition des aides à fournir entre le prestataire et l'aidant informel. **Comme l'article 350, paragraphe 9, du projet de loi renvoie à un règlement grand-ducal, qui actuellement fait défaut, pour définir l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le relevé-type (relevé des aides et des soins) et le référentiel des aides et soins utilisés, la CSL est dans l'impossibilité de s'y prononcer.**

2. LES PRESTATIONS

En ce qui concerne les bénéficiaires de l'assurance dépendance

18. Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, le nombre de bénéficiaires est en augmentation constante. Avec une croissance totale de 132%, le nombre de bénéficiaires a plus que doublé entre 2000 et 2014. En comparaison la population protégée résidente âgée de 65 ans et plus a progressé de 24,8%. De 2010 à 2012, l'augmentation du nombre de bénéficiaires se stabilise autour de 5%. Ensuite la croissance ralentit: en 2014 l'augmentation s'élève à seulement 0,7% par rapport à 2013.

19. Pour les années 2007 à 2014, environ deux tiers de la population dépendante sont pris en charge dans le cadre du maintien à domicile, un tiers vit dans un établissement d'aides et de soins. Le nombre de personnes dépendantes croît tant en établissement qu'à domicile. Toutefois, l'augmentation est plus importante en établissement. L'âge moyen augmente de 1 an en établissement et diminue du même ordre de grandeur à domicile.

20. Sur toute la période analysée, la majorité des bénéficiaires sont des femmes. Toutefois, le nombre d'hommes dépendants augmente plus rapidement que celui des femmes, ce qui aboutit à une augmentation de leur poids dans l'ensemble de la population étudiée de 2% environ. Depuis 2007, l'âge moyen se stabilise à 76,0 ans chez les femmes et à 63,5 ans chez les hommes.

21. Les principales causes de la dépendance observées auprès de la population dépendante sont, d'un côté, les maladies du système ostéo-articulaire et, de l'autre côté, les maladies du système nerveux, la démence et les troubles des fonctions cognitives.

En ce qui concerne les aides et soins requis dans les domaines des actes essentiels de la vie

22. Au niveau des actes essentiels de la vie (AEV), la répartition des bénéficiaires est relativement stable depuis 2006. Cependant, le nombre de bénéficiaires nécessitant plus de 34 heures d'AEV augmente. Environ 30% des bénéficiaires se partagent 50% des prestations requises en 2010. Dans ces 30%, se trouvent près de deux tiers des bénéficiaires en établissement et 16% des bénéficiaires à domicile.

23. Le temps moyen requis total pour les actes essentiels de la vie est stable sur toute la période considérée. Le temps moyen requis à domicile diminue légèrement de 10,8 heures par semaine en 2006 à 10,1 heures par semaine en 2014, tandis que l'évolution inverse apparaît en établissement, à savoir une augmentation d'environ 1 heure par semaine entre 2006 et 2014 pour afficher un temps de 16,9 heures par semaine en 2014.

24. Le dispositif visant la prise en charge des actes essentiels de la vie n'est pas mis en cause dans le cadre de la présente réforme. Au contraire, le système est recentré sur cette prise en charge intégrale de tous les besoins en actes essentiels de la vie pour tout bénéficiaire de l'assurance dépendance dans le futur.

25. Il est très important de souligner que pour tout acte essentiel de la vie, il existe deux formes d'aide, à savoir, d'une part, „effectuer en tout ou en partie à la place de la personne dépendante les actes essentiels de la vie“, et, d'autre part, „surveiller ou soutenir la personne dépendante en vue de permettre l'exécution de ces actes“. Cette deuxième forme d'aide est d'une importance prédominante dans le contexte de la prise en charge des bénéficiaires atteints de maladies démentielles et de troubles cognitifs.

26. Si la CSL approuve la reformulation de l'article 348 en précisant que les actes essentiels de la vie ne relèvent plus de trois mais dorénavant de cinq domaines, à savoir l'hygiène corporelle, l'élimination, la nutrition, l'habillement et la mobilité, elle reste sur sa fin en ce qui concerne les regroupements d'actes proposés dans le relevé-type des prestations requises et les définitions inscrites dans le référentiel des aides et soins alors que ceux-ci font l'objet d'un règlement grand-

ducal qui, pour l'instant, n'existe pas. Dans le dernier bout de phrase du dernier alinéa de l'article 348, la CSL se demande pourquoi l'adjectif épithète „autonome“ a été supprimé dans la formulation „en vue de permettre l'exécution autonome de ces actes“. S'agit-il d'un oubli ou y a-t-il une autre raison justifiant la suppression de l'adjectif „autonome“?

27. Aussi la CSL tient-elle à signaler que d'un point de vue syntaxe, lorsque le verbe „viser“ est suivi d'un nom, ce verbe s'emploie sans préposition tandis que s'il est suivi d'un infinitif, il est toujours accompagné de la préposition „à“. Il faut par conséquent écrire „les aides et soins visant la propreté du corps, ... l'évacuation des déchets de l'organisme etc. et non pas „les aides et soins visant à la propreté du corps, ... à l'évacuation des déchets de l'organisme etc.“.

En ce qui concerne les activités de soutien et de conseil

28. Les dépenses pour les activités de soutien ont doublé au cours des 9 dernières années. En 2014, elles représentent 28% des dépenses totales de l'assurance dépendance.

29. Les chiffres montrent encore une évolution importante du temps requis et des dépenses relatives aux activités de soutien en groupe en établissement au cours de ces dernières années. Or, les activités de soutien en groupe, à l'origine la fréquentation du centre de jour spécialisé, ont été introduites afin de favoriser le maintien à domicile en déchargeant l'aidant informel.

30. En effet, la loi du 23 décembre 2005 a tenté de donner une définition du soutien qui soit applicable de la même manière que le bénéficiaire réside en établissement ou à son logement ordinaire, sans tenir compte du fait que certains besoins d'un bénéficiaire varient fortement suivant l'environnement dans lequel il évolue. Ainsi, le lieu de vie du bénéficiaire n'influe pas sur ses besoins en actes de soutien qualifié de soutien spécialisé, c'est-à-dire en actes devant lui permettre de garder ou de retrouver une certaine indépendance dans la réalisation d'actes essentiels de la vie.

31. Néanmoins, en ce qui concerne les actes dits de soutien non spécialisé, les besoins dépendent du lieu de vie de la personne concernée. Ces actes ont pour objet d'assurer sa sécurité, d'éviter son isolement social nuisible ou encore de permettre un répit pour l'aidant en vue de prolonger le maintien à domicile de la personne dépendante dans de bonnes conditions de vie.

32. Ainsi, les différentes activités de soutien font l'objet de définitions claires et précises dans le cadre du présent projet, tout en renonçant à un concept indéterminé du soutien basé sur l'intervention par une tierce personne, sans pour autant tenir compte du lieu de séjour.

33. A côté des actes essentiels de la vie et des activités de soutien, le relevé-type retient les activités de conseil individuel pour les actes essentiels de la vie (8 heures), pour l'utilisation des aides techniques (2 heures) et pour l'entourage de la personne dépendante (8 heures). Ces activités de conseil sont prises en charge pour une durée limitée et uniquement en cas de maintien à domicile.

34. Les activités de conseil individuel visent „l'acquisition à court terme et au début de la prise en charge des capacités fonctionnelles, motrices, cognitives, psychiques requises en vue d'exécuter les AEV (...) de façon indépendante ou bien d'éviter une aggravation de la dépendance pour ces mêmes actes“ tandis que les activités de permettre à l'aidant d'assumer sa prise en charge de la personne dépendante pour les AEV ainsi que d'utiliser et manipuler une aide technique.

35. Dans le cadre de la réforme, les activités d'appui à l'indépendance (AAI) aux AEV regroupent dorénavant les actes qualifiés aujourd'hui de soutien spécialisé individuel ou en groupe ainsi que les activités de conseil individuel. Ainsi, les AAI ont pour objet l'apprentissage ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de réaliser les AEV dans les domaines de l'hygiène corporelle, de l'élimination, de la nutrition, de l'habillement et de la mobilité ou de limiter l'aggravation de la dépendance pour ces mêmes actes. Ces activités peuvent être prestées en individuel ou en groupe peu importe le lieu de vie de la personne dépendante. Par ailleurs, elles ne sont pas prises en compte dans la détermination du niveau de besoins hebdomadaires en aides et soins.

36. Le volume des AAI est fixé en fonction de la capacité de la personne de participer de façon active, mentalement et/ou physiquement, aux activités proposées ainsi que de sa capacité de compré-

hension et d'assimilation nécessaires à l'apprentissage. L'encadrement spécialisé en groupe est donc limité à une heure par jour pour une semaine-type de 5 jours/semaine, donc 5 heures/semaine. Le volume des AAI individuelles correspond à 1 heure/semaine maximale. Ainsi parmi les 5 heures/semaine d'AAI en groupe, une heure au maximum peut être prestée sous forme individuelle. Le prestataire décide au cas par cas si l'AAI doit être administrée en individuel ou en groupe.

37. Les activités de garde individuelle ou en groupe, les activités de conseil liés aux aides techniques et de conseil pour l'entourage représentent le deuxième regroupement des actuels actes de soutien et de conseil. Ces activités ont pour objectif de favoriser le maintien à domicile de la personne dépendante en assurant un encadrement et une structuration du déroulement de la journée, en évitant son isolement, en assurant sa sécurité et en soulageant l'aidant dans l'exécution de sa mission par des activités de ménage, de formation ou de garde. Comme dans le cas des AAI, elles ne sont pas prises en compte pour la détermination d'un forfait rattaché un niveau de besoin hebdomadaire en aides et soins.

38. De par son objectif, l'activité de garde individuelle est réservée dans le cadre de la réforme aux bénéficiaires résidant dans leur domicile habituel.

39. La garde en groupe dans un centre semi-stationnaire pour une personne ne pouvant être seule de façon prolongée et présentant un besoin constant de surveillance et d'encadrement reste d'application. En vue de garantir un encadrement dépassant les 8 heures par jour, 5 jours par semaine en centre semi-stationnaire, la prise en charge des activités spécialisées d'appui l'indépendance (5 heures par semaine) est couplée à la prise en charge de l'activité non spécialisée de la garde en groupe (40 heures par semaine).

40. L'activité de garde individuelle destinée à surveiller pendant une courte période la personne dépendante à son domicile, si son intégrité physique et/ou psychique ne peut être garantie en l'absence de son aidant, est maintenue. Le standard actuellement utilisée par la CEO est de 4 heures/semaine, avec la possibilité d'attribuer aussi, dans des cas exceptionnels, 14 heures/semaine. Cette activité peut dès à présent être accordée pour 7 heures/semaine, soit une heure par jour, ceci permettant un répit régulier de l'aidant. Elle peut être majorée à 14 heures/semaine en cas de gravité exceptionnelle constatée par la CEO. Ces 14 heures ne peuvent pas être cumulées ni avec les AAI ni avec les gardes en groupe.

41. La CSL se doit de constater que le nouvel article 350, paragraphe 1, deuxième tiret, ne parle plus d'activités de soutien (actuel article 350, paragraphe 2, point b) et de conseil (actuel article 350 paragraphe 2, point c), mais „d'aides et de soins dans le domaine des activités d'appui à l'indépendance lesquelles ont pour objet l'apprentissage ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de réaliser les actes essentiels de la vie ou de limiter l'aggravation de la dépendance pour ces mêmes actes“.

42. La CSL ne peut que s'étonner des contingents d'heures qui sont réservés dans les précédents passages de l'exposé des motifs pour les différentes activités d'assistance à l'indépendance (anciennement activités de soutien et de conseil) alors que le projet de loi ne souffle mot. Afin de pouvoir vérifier ces chiffres et les comparer par rapport au système actuel, la CSL exige la production du règlement grand-ducal en cause figurant au paragraphe 2 de l'article 350.

43. La CSL se pose également la question dans quelle mesure les actuelles activités de soutien et de conseil sont incluses dans les nouvelles activités d'appui à l'indépendance. Qu'en est-il par exemple des sorties avec la personne dépendante ou l'accompagnement pour faire des courses ou des démarches administratives lesquels sont actuellement inclus dans les activités de soutien mais non plus forcément dans le paragraphe 1 du nouvel article 350?

44. Inversement, il est tout aussi légitime de se demander pourquoi les activités de soutien et de conseil ont été reformulées et quel est l'impact pour les personnes dépendantes, d'un côté et pour la CNS du point de vue financier, de l'autre. Sous le couvert d'un changement de dénomination des activités de soutien et de conseil en activités d'appui à l'indépendance, n'est-on pas en train de réduire les dépenses de l'assurance dépendance en diminuant le nombre maximal

d'heures actuellement de 16 heures par semaine pour les activités en groupe à 5 heures par semaine? L'ironie du sort de ces activités consiste justement dans le changement de dénomination en activités d'appui à l'indépendance et à réduire la finalité de celles-ci, à savoir l'indépendance, à la portion la plus congrue.

45. Le conseil pour l'entourage et le conseil lié aux aides techniques formalisent la formation de l'aidant pour assumer d'un côté la réalisation des actes essentiels de la vie et de l'autre côté la manipulation d'aides techniques. Le besoin en formation de l'aidant est recensé par la CEO lors de son évaluation.

46. Dans le cadre du présent projet, la formation de l'aidant s'élève à 6 heures par an. Cette nouvelle prestation améliorera la disponibilité de cette prestation car elle est renouvelable une fois par an. **Si la CSL salue l'introduction d'une telle formation pour l'aidant, renouvelable une fois par an, elle exige toutefois une précision selon laquelle cette formation doit avoir lieu au début de la fourniture des aides et soins à la personne dépendante.**

47. La formation aux aides techniques est prestée en individuel et sa durée est fixée à 2 heures par an, comme c'est déjà le cas aujourd'hui. Toutefois, cette nouvelle prestation n'est plus une prestation unique et non-renouvelable, mais plutôt renouvelable annuellement ce qui augmente sa disponibilité. La formation de l'aidant n'est pas considérée lors de la détermination du niveau du besoin hebdomadaire en aides et soins de la personne dépendante.

48. La CSL salue l'amélioration du contrôle de l'aidant informel par l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance qui, en vertu de l'article 350, paragraphe 7, évalue les capacités et les disponibilités de l'aidant pour fournir les aides et soins. Si la CSL considère une telle évaluation comme un progrès consistant à identifier (officiellement) l'aidant informel qui, jusqu'à présent, est resté en catimini et souvent inconnu pour la CEO de sorte que l'attribution des prestations en espèces fournies par la CNS à la personne visée n'a pu être contrôlée, la CSL critique tant l'absence de définition de l'aidant informel que celle du règlement grand-ducal qui précise les critères et les modalités d'évaluation de l'aidant. La CSL est d'avis que l'aidant informel doit être une personne de l'entourage familial proche, capable d'exécuter une partie des actes essentiels de la vie et les tâches domestiques dans le cadre du maintien à domicile. A ce sujet, la CSL se pose la question si, compte tenu du projet de loi, l'on ne procède pas à une détérioration des forfaits réservés à l'aidant informel dont la valeur horaire actuelle est fixée à 25 euros alors que les dix forfaits présentés dans le présent projet et comportant chacun un intervalle de minutes se situent en dessous de ce tarif. Ce n'est pas parce que l'aidant informel doit être une personne de l'entourage familial que l'on peut légitimement fixer des tarifs plus bas que si les mêmes prestations avaient été dispensées par un réseau d'aides et de soins. La CSL est d'avis qu'au-delà du rôle de l'aidant informel qui sera revalorisé par la soumission de celui-ci à une formation afin de pouvoir exécuter les prestations ne nécessitant pas forcément l'intervention d'un réseau d'aides et de soins, il serait judicieux de développer l'idée d'un aidant professionnel qui pourrait exécuter un certain nombre de prestations ne nécessitant pas forcément l'intervention d'un réseau et de faire en sorte que ces aidants professionnels pourraient être engagés auprès de tout bénéficiaire de l'assurance dépendance. Cet aidant professionnel aurait comme objet de compléter le réseau d'aides et de soins en exécutant par exemple des prestations qui ne nécessiteraient pas le soutien de celui-ci, mais qui par leur envergure dépasseraient la capacité et la disponibilité l'aidant informel (p. ex la garde ou surveillance d'une personne pendant toute la journée). Afin d'éviter le détournement de deniers publics et afin de pouvoir vérifier le bien-fondé des prestations tant de l'aidant informel que de l'aidant professionnel, la CSL exige que le relevé des prestations effectuées par ces derniers soit directement envoyé à l'Autorité d'évaluation et de contrôle avec l'approbation écrite de la personne dépendante et que les aidants informels et les aidants professionnels soient pris en charge directement par l'Autorité d'évaluation et de contrôle. Aussi la CSL exige-t-elle que tant l'aidant informel que l'aidant professionnel soient payés de la même façon, à travail égal et à qualification égale, que les salariés des réseaux d'aides et de soins qui tombent sous le champ d'application de la convention collective du secteur d'aide sociale. Par conséquent, la CSL exige que l'affiliation auprès des organismes de sécurité sociale des aidants informel et professionnel se fasse par

l'Autorité d'évaluation et de contrôle au moment de l'évaluation des capacités et des disponibilités de l'aidant informel par celle-ci.

49. Dans le cadre de la réforme est prévue une prise en charge des personnes dépendantes dans un établissement d'aides et de soins ne pouvant rester seule de façon prolongée. Ces activités d'accompagnement durant la journée ont comme objectifs de garantir la sécurité de la personne dépendante, d'éviter un isolement social nuisible et de contribuer à structurer temporellement le déroulement de la journée du bénéficiaire (article 350, paragraphe 4, alinéa 2).

En ce qui concerne les tâches domestiques

50. Toute personne dépendante au sens de la loi peut bénéficier de tâches domestiques, c'est-à-dire d'une aide „pour faire les courses, faire la cuisine, entretenir le logement, assurer l'entretien de l'équipement indispensable et veiller à la sécurité du logement, faire la vaisselle, changer, laver et entretenir le linge et les vêtements, assurer une climatisation adéquate“. Le forfait est fixé actuellement à 2,5 heures par semaine et peut être majoré de 1,5 heure par semaine en cas de nécessité constatée par la CEO.

51. L'analyse statistique fait ressortir que dans la quasi-totalité des cas (98,4% en 2014) où un aidant est présent, c'est-à-dire pour 81,2% des bénéficiaires de l'assurance dépendance domicile, c'est l'aidant qui réalise les tâches domestiques à hauteur de 2,5 heures par semaine. La prise en charge des tâches domestiques, renommées dans le cadre de la réforme en activités d'assistance à l'entretien du ménage, se limite dorénavant au maintien de la salubrité des lieux de vie habituels (cuisine, chambre à coucher, salon, salle à manger, WC et salle de bains) de la personne dépendante à domicile et à la veille de son approvisionnement de base. **La CSL accueille favorablement l'augmentation du seuil de celles-ci de 2,5 heures à 3 heures par semaine même si elle n'est pas à même de comprendre le bien-fondé de cette augmentation.** Seules les personnes qui présentent une diminution de leurs capacités motrices, cognitives ou psychiques entraînant une incapacité à gérer les tâches domestiques peuvent bénéficier de ces prestations. En effet, seuls les actes indispensables au bon déroulement de la vie sont à prendre en charge par la sécurité sociale, car ils sont susceptibles de permettre à la personne dépendante de rester le plus longtemps dans son cadre de vie habituel.

En ce qui concerne les soins palliatifs

52. Le dispositif sur les soins palliatifs tel que défini dans l'article 348 alinéa 4 du CSS n'est pas mis en cause dans le cadre du projet. Ainsi, toute personne disposant de l'accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier des soins palliatifs peut recevoir toutes les prestations de l'assurance dépendance, à l'exclusion des adaptations du logement.

53. La personne dépendante ayant droit à des soins palliatifs est prise en charge suivant un forfait correspondant à 780 minutes en actes essentiels de la vie. Les autres prestations dont la personne dépendante peut également bénéficier sont prises en charge par l'assurance dépendance en fonction des limites définies par la loi. Le mécanisme du règlement grand-ducal qui définit les modalités et les limites de l'attribution des aides techniques aux bénéficiaires de soins palliatifs reste inchangé.

3. LA PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS

En ce qui concerne les prestations en nature

54. Une analyse approfondie du modèle actuel aboutit à la construction d'un modèle révisé avec un nombre raisonnable d'intervalles réguliers et rapprochés de niveaux de besoins. Ainsi, en fonction des besoins du demandeur en aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie, un des 15 niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins suivants lui est attribué en fonction du besoin réel et individuellement déterminé par la CEO lors de l'évaluation:

Les niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins pour les AEV

<i>Niveau de besoin</i>	<i>Intervalle de minutes</i>
Niveau 1	210-350 minutes
Niveau 2	351-490 minutes
Niveau 3	491-630 minutes
Niveau 4	631-770 minutes
Niveau 5	771-910 minutes
Niveau 6	911-1.050 minutes
Niveau 7	1.051-1.190 minutes
Niveau 8	1.191-1.330 minutes
Niveau 9	1.331-1.470 minutes
Niveau 10	1.471-1.610 minutes
Niveau 11	1.611-1.750 minutes
Niveau 12	1.751-1.890 minutes
Niveau 13	1.891-2.030 minutes
Niveau 14	2.031-2.170 minutes
Niveau 15	Plus de 2.170 minutes

55. Les forfaits qui couvrent la prise en charge des prestations de l'assurance dépendance sont déterminés de façon à limiter le plus possible l'impact financier pour les prestataires par rapport à la situation actuelle tout en prenant en compte les besoins de la personne dépendante. Ces forfaits en termes monétaires sont définis par le milieu de l'intervalle du niveau de besoins hebdomadaire en aides et soins, tandis que le requis de soins du bénéficiaire peut varier entre la limite inférieure et supérieure du niveau dans lequel il est affecté sur base de l'évaluation individuelle.

56. La prise en charge intégrale des actes essentiels de la vie par la CNS tient compte du type de prestataire qui fournit l'aide. Ainsi, pour la personne dépendante vivant dans un établissement d'aides et de soins, les forfaits suivants sont fixés:

Les forfaits en milieu stationnaire

<i>Forfait de prise en charge</i>	<i>Niveau de besoin</i>	<i>Forfait hebdomadaire (min)</i>
Forfait 1	Niveau 1	280
Forfait 2	Niveau 2	420
Forfait 3	Niveau 3	560
Forfait 4	Niveau 4	700
Forfait 5	Niveau 5	840
Forfait 6	Niveau 6	980

<i>Forfait de prise en charge</i>	<i>Niveau de besoin</i>	<i>Forfait hebdomadaire (min)</i>
Forfait 7	Niveau 7	1.120
Forfait 8	Niveau 8	1.260
Forfait 9	Niveau 9	1.400
Forfait 10	Niveau 10	1.540
Forfait 11	Niveau 11	1.680
Forfait 12	Niveau 12	1.820
Forfait 13	Niveau 13	1.960
Forfait 14	Niveau 14	2.100
Forfait 15	Niveau 15	2.230

57. La prise en charge des prestations fournies par des prestataires professionnels dans le cadre du maintien à domicile tient compte des prestations fournies par l'aidant suivant la répartition retenue dans la synthèse de prise en charge et correspond aux forfaits suivants:

Maintien à domicile: Les forfaits pour les réseaux d'aides et de soins et les centres semi-stationnaires

<i>Forfait de prise en charge</i>	<i>Niveau de besoin</i>	<i>Forfait hebdomadaire (min)</i>
Forfait 0	< Niveau 1	125
Forfait 1	Niveau 1	280
Forfait 2	Niveau 2	420
Forfait 3	Niveau 3	560
Forfait 4	Niveau 4	700
Forfait 5	Niveau 5	840
Forfait 6	Niveau 6	980
Forfait 7	Niveau 7	1.120
Forfait 8	Niveau 8	1.260
Forfait 9	Niveau 9	1.400
Forfait 10	Niveau 10	1.540
Forfait 11	Niveau 11	1.680
Forfait 12	Niveau 12	1.820
Forfait 13	Niveau 13	1.960
Forfait 14	Niveau 14	2.100
Forfait 15	Niveau 15	2.230

58. Le forfait 0 tient compte du partage éventuel des prestations entre l'aidant et le réseau.

59. Compte tenu du rejet de l'introduction d'une telle répartition en 15 niveaux et même si une telle répartition était justifiée quod non sans préjudice quant au bien-fondé d'une telle répartition, la CSL se demande si la forfaitisation des prestations par les réseaux d'aide et de soins n'incite pas voire oblige les prestataires à travailler moins que le milieu de l'intervalle propre à chaque niveau et ne risque pas de différer du requis effectif de soins du bénéficiaire, ceci d'autant plus qu'avec le nouveau système des quinze niveaux, un contrôle des prestations devient encore plus difficile à réaliser.

En ce qui concerne les prestations en espèces (aidant informel)

60. La prestation en espèces est destinée à la reconnaissance par la société de l'aidant, souvent une personne de l'entourage du bénéficiaire de l'assurance dépendance dans le cadre du maintien à domicile.

61. Le programme du gouvernement issu des élections du 20 octobre 2013 prévoit que le „rôle de l'aidant informel sera redéfini et l'affectation des prestations en espèces spécifiée. Une révision du concept des prestations en espèces s'impose avec un renforcement du lien entre la prestation et le service couvert“.

62. Selon le Code de la sécurité sociale, lorsque les aides et soins requis par une personne dépendante à domicile sont partiellement ou entièrement fournis par une personne de son entourage, un aidant, les prestations en nature dues en cas de maintien à domicile pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques peuvent être remplacées par une prestation en espèces (article 354 du CSS).

63. L'évolution historique retrace que cette prestation en espèces était à l'origine destinée à remplacer l'ancienne allocation de soins et à renforcer la reconnaissance par la société de l'engagement de l'aidant.

64. Alors que le remplacement de la prestation en nature par une prestation en espèces pour tout ou une partie des aides et soins réalisés par un aidant informel au domicile de la personne dépendante était à l'origine pensé comme une situation exceptionnelle, ce mélange des prestations est aujourd'hui beaucoup utilisé. Ainsi, 12,2% des bénéficiaires maintenus à domicile reçoivent en 2014 exclusivement une prestation en espèces et 69,0% ont droit à des prestations combinées. Les dépenses pour les prestations en espèces se chiffrent à 54,8 millions EUR en 2013.

65. Cette possibilité de partager la prestation des actes essentiels de la vie et des tâches domestiques entre réseau d'aides et de soins et aidant est une spécificité luxembourgeoise qui n'est pas remise en question dans le présent projet. Au contraire, de nouvelles modalités pour le partage des prestations deviennent possibles.

66. Les forfaits déterminés pour les prestations en espèces sont fixés de manière à limiter le plus possible l'impact financier pour les prestataires par rapport à la situation actuelle tout en considérant les besoins de la personne dépendante.

67. Suivant les prestations pour les actes essentiels de la vie et les activités d'assistance à l'entretien du ménage fournies par l'aidant à domicile, la personne dépendante reçoit une prestation en espèces qui correspond à un des forfaits suivants:

<i>Forfait de prise en charge</i>	<i>Intervalle de minutes</i>	<i>Forfait hebdomadaire (EUR)</i>
Forfait 1	Moins de 61 minutes	12,5
Forfait 2	61-120 minutes	37,5
Forfait 3	121-180 minutes	62,5
Forfait 4	181-240 minutes	87,5
Forfait 5	241-300 minutes	112,5
Forfait 6	301-360 minutes	137,5
Forfait 7	361-420 minutes	162,5
Forfait 8	421-480 minutes	187,5
Forfait 9	481-540 minutes	212,5
Forfait 10	Au-delà de 540 minutes	262,5

68. Sous réserve des remarques formulées ci-avant, la CSL approuve la réforme du rôle de l'aidant informel. Elle considère le rôle de l'aidant informel non pas comme une concurrence par

rapport aux réseaux d'aides et de soins, mais plutôt comme un complément destiné à améliorer la situation du bénéficiaire.

En ce qui concerne le droit à la prestation en espèces

69. Conscients de l'importance des aidants dans le service des aides et soins à la personne dépendante, les auteurs de la loi de réforme de l'assurance dépendance du 23 décembre 2005 avaient à coeur d'intégrer le thème de la qualité des aides et soins dans la loi. Ainsi, le remplacement des prestations en nature par une prestation en espèces est possible lorsque les aides et soins sont fournis à domicile, partiellement ou intégralement, „par une ou plusieurs personnes de l'entourage en mesure d'assurer les aides et soins requis“ (article 354, alinéa 1).

70. Ce cadre est néanmoins insuffisant. En effet, d'une part, l'aidant n'est pas forcément une personne de l'entourage de la personne dépendante. Il arrive aussi que l'aidant soit salarié. D'autre part, en l'absence de critères normatifs permettant de qualifier une personne d'aidant et en l'absence d'un suivi des capacités de l'aidant à fournir les aides et soins, il est difficile pour la CEO d'évaluer si l'aidant est en mesure d'assurer les aides et soins requis.

71. Le présent projet de loi n'envisage donc pas de mettre en cause la nécessité et l'utilité des prestations en espèces mais prévoit de renforcer le rôle de la CEO dans l'évaluation de la personne dépendante et de son aidant ainsi que de mettre à la disposition de la CEO des instruments permettant de contrôler la qualité des aides et soins prestés.

72. Ainsi l'évaluation de la CEO ne se limite pas à l'évaluation des besoins de la personne dépendante, mais prend également en compte l'évaluation des capacités et besoins de l'aidant éventuel et identifie l'aidant principal, le cas échéant. Elle recense ainsi ses capacités physiques, psychiques et émotionnelles, ainsi que ses disponibilités, ou encore son éloignement géographique, au moment de l'évaluation et l'évolution possible de ces éléments dans le futur. Cette évaluation se fait sur base de critères précisés dans un règlement grand-ducal. En fonction du résultat de cette évaluation, la CEO constate si l'aidant est en mesure de prester les aides et soins requis et prévoit éventuellement des mesures de formation ponctuelles de l'aidant.

73. Etant donné que le règlement grand-ducal précisant les critères et les modalités d'évaluation de l'aidant fait défaut, la CSL n'est pas en mesure de juger si l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance peut évaluer et déterminer les capacités et les disponibilités de l'aidant afin de garantir la qualité des prestations dans le domaine des actes essentiels de la vie courante et par là le meilleur encadrement pour la personne dépendante.

En ce qui concerne les mesures en faveur de l'aidant

74. Une personne dépendante peut demander la prise en charge des cotisations pour l'assurance pension de son aidant par l'assurance dépendance si celui-ci „ne bénéficie pas d'une pension personnelle“ (article 355, alinéa 2 du CSS)“. Ce droit est limité à une personne. La cotisation est calculée sur base du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié AO de dix-huit ans. **La CSL tient à souligner que l'affiliation à la sécurité sociale et la prise en charge des cotisations par l'assurance dépendance doit se faire automatiquement par l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance (ancienne CEO) et non pas par la personne dépendante (voir supra point 48).**

75. Le but de cette mesure est de compléter la carrière d'assurance de l'aidant si celui-ci réduit son temps de travail pour prendre en charge une personne dépendante. Or, telle que formulée, cette mesure permet la prise en charge des cotisations pour l'assurance pension pour 40 heures par semaine que l'aidant effectue par exemple 5 minutes ou 5 heures de soins. Il en est de même pour un aidant qui recommence à travailler 40 heures par semaine. Une double cotisation est devenue possible.

76. En conséquence cette mesure est reconsidérée et un prorata de cotisation en fonction des heures d'aides et de soins en-dessous d'un certain seuil est dorénavant défini. Ainsi, l'assurance dépendance

prend en charge les cotisations de l'assurance pension pour 173 heures par mois si la personne dépendante bénéficie d'un des forfaits 6 à 10 de prestations en espèces. Pour les personnes dépendantes bénéficiant d'un des forfaits de prestations en espèces 1 à 5, les cotisations de l'assurance pension sont prises en charge pour 87 heures par mois, soit une occupation à mi-temps. **Sous réserve de la remarque formulée ci-avant en ce qui concerne le rôle de l'aidant informel, la CSL approuve cette mesure qui a pour objet de revaloriser le rôle de l'aidant informel tout en lui garantissant la prise en charge des cotisations par l'assurance dépendance en vue de parfaire sa carrière d'assurance.**

En ce qui concerne les projets d'actions expérimentales

77. Depuis l'introduction de l'assurance dépendance en 1999, seulement 2 projets d'actions expérimentales ont été réalisés: le projet relatif à la prise en charge en petite unité de vie de personnes souffrant d'une neuro-dépendance (juin 2007-juin 2009) et le projet relatif à la prise en charge de la garde de nuit à domicile (mars 2009-février 2011).

78. Comme le montre le Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'assurance dépendance, la CEO n'a ni les compétences, ni les ressources nécessaires pour faire de la recherche dans le domaine des soins de longue durée. Les projets d'actions expérimentales ne sont ainsi plus envisagés dans le cadre de la réforme de l'assurance dépendance.

*

4. LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE

En ce qui concerne les valeurs monétaires

79. Actuellement, le Code de la sécurité sociale prévoit dans l'article 395 une négociation annuelle de la valeur monétaire séparée pour chaque catégorie de prestataire (réseau, centre semi-stationnaire, établissement à séjour continu, établissement à séjour intermittent). Elle est fixée à l'indice 100 du coût de la vie. La loi prévoit le cas où la CNS et la COPAS tombent d'accord sur la valeur monétaire avant le 31 décembre de l'année précédant celle pour laquelle la valeur monétaire est fixée, mais ne définit pas la méthodologie de fixation de la valeur monétaire et laisse une liberté assez conséquente aux partenaires. En l'absence d'un accord à l'échéance du 31 décembre, une procédure de médiation est déclenchée.

80. La fixation de la valeur monétaire se base sur le coût de revient des prestataires, ce qui implique plusieurs difficultés. En effet, les valeurs monétaires sont basées sur des coûts de revient moyens constatés sur le plan national, alors même que les coûts individuels des prestataires peuvent diverger de façon conséquente d'un prestataire à l'autre. Ainsi, les prestataires ayant un coût plus élevé peuvent être contraints à baisser leur structure des coûts, sans que les prestataires moins coûteux n'augmentent nécessairement leurs moyens, et donc leurs coûts. Un cadre normatif plus complet – actuellement seul le critère des qualifications minimales requises est retenu par voie réglementaire – permettra de mieux cibler le financement, donc la fixation des valeurs monétaires. Dès lors, le présent projet de loi propose de fixer les éléments constitutifs de la valeur monétaire par règlement grand-ducal. **Pour la énième fois, la CSL est dans l'impossibilité de s'exprimer sur le contenu d'un règlement grand-ducal qui, à l'heure actuelle, n'existe pas. Par conséquent, elle ne peut pas juger non plus si la nouvelle méthodologie de fixation de la valeur monétaire constitue un progrès par rapport au système de négociation actuel entre la CNS et les groupements professionnels de prestataires.**

81. Un autre règlement grand-ducal qui traite le sujet de la qualité des prestations définit des facteurs de pondération, à savoir les coefficients d'encadrement du groupe et les normes concernant la dotation et la qualification du personnel. **La même critique s'impose que pour le règlement grand-ducal qui précède.**

En ce qui concerne les facteurs d'ajustement

82. Le présent projet de loi introduit un mécanisme visant une plus grande prévisibilité de l'évolution des dépenses de l'assurance dépendance. Deux facteurs d'ajustement, un pour le maintien à domicile,

le deuxième pour la prise en charge en établissement d'aides et de soins seront appliqués aux forfaits définis pour les actes essentiels de la vie.

83. Ces facteurs sont fixés à 1 pour les années 2017, 2018 et 2019.

84. Toutes les années impaires, l'Inspection générale de la sécurité sociale établit un rapport d'analyse prévisionnel visant d'un côté à évaluer les forfaits pour les actes essentiels de la vie et à proposer les facteurs d'ajustement au Conseil de Gouvernement, et, de l'autre côté à évaluer les durées fixées pour les activités du maintien à domicile, les activités d'appui à l'indépendance, les activités d'assistance à l'entretien du ménage et le montant du forfait d'encadrement.

85. Ce rapport doit en outre prendre en compte l'évolution de la population protégée résidente et de la population dépendante ainsi que de la morbidité et de la situation économique du pays.

86. Le Conseil de gouvernement fixera les 2 facteurs d'ajustement au 1^{er} octobre des années impaires au plus tard, la CNS, la CEO et la Commission consultative demandées en leur avis. Ces facteurs seront publiés dans la loi sur les recettes et dépenses de l'Etat et les forfaits inscrits dans le Code de la sécurité sociale seront modifiés en conséquence.

87. La CSL a du mal à suivre le bien-fondé de l'introduction de deux facteurs d'ajustement destinés à ajuster le prix des prestations à domicile, d'un côté et des prestations en établissement d'aides et de soins, de l'autre côté à l'évolution des dépenses de l'assurance dépendance alors que la valeur monétaire, à son tour, poursuit le même but en se basant sur le coût de revient des prestataires. Par ailleurs, il n'est pas exclu que ce facteur d'ajustement puisse dorénavant baisser et mettre en péril la viabilité financière des prestataires et aboutir à des suppressions d'emplois.

*

5. LA QUALITE DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE DEPENDANCE

88. La mise en place d'un système de facturation forfaitaire doit être couplée à une politique de qualité des prestations prises en charge de façon transparente accompagnée d'un contrôle efficace. Les acteurs concernés s'accordent sur trois niveaux de contrôle de la qualité, à savoir le contrôle de la qualité des structures, le contrôle de la qualité des processus/résultats et le contrôle d'adéquation.

En ce qui concerne la Commission consultative et commission de qualité des prestations

89. Dès l'introduction de l'assurance dépendance, le thème de la qualité est discuté. En 2005, le législateur intègre une Commission de qualité des prestations (article 387bis du CSS) qui a pour mission d'élaborer des lignes directrices et des standards de référence en matière de qualité des aides et soins, des aides techniques et des adaptations du logement. Néanmoins, les discussions au sein de la Commission de qualité des prestations n'ont abouti à aucune ligne directrice ou standard de référence, notamment en raison du fait que cet organe „scientifique“ n'est pas à l'abri de toute influence politique.

90. En outre, la Commission consultative, conçue comme organe „politique“, ne s'est que peu réunie depuis la modification législative en 2005, ce qui s'explique notamment par le fait que le règlement grand-ducal portant sur le relevé-type des prestations requises n'a plus été adapté depuis le 21 décembre 2006.

91. La CSL a du mal à comprendre le raisonnement du législateur: le fait que la Commission consultative ne s'est réunie que rarement depuis 2005 est-il dû à l'introduction du règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance ou bien est-il dû à d'autres raisons. Dans l'une comme dans l'autre hypothèse, le lecteur reste sur sa fin en ce qui concerne les raisons de l'inertie de cette commission.

92. Ainsi, le projet de loi propose un nouveau mécanisme de contrôle pour assurer le contrôle de la qualité des prestations par la CEO et suggère de fusionner les diverses commissions pour réunir les aspects politique et scientifique dans la Commission consultative. La nouvelle commission regroupe, d'une part, l'actuelle Commission consultative (article 387 du CSS) et la Commission de qualité des prestations (article 387bis du CSS), et, d'autre part, la Commission des normes (article 9bis de la convention-cadre entre la CNS et la COPAS).

93. Si la CSL ne s'oppose pas à fusionner les commissions existant actuellement, à savoir, la Commission de qualité des prestations, la Commission consultative et la Commission des normes, elle se demande toutefois si le fonctionnement de la nouvelle commission deviendra plus efficace et sera à l'abri de considérations politiques lesquelles ont été à l'origine du mauvais fonctionnement et de l'inertie des actuelles Commission de qualité des prestations et Commission consultative. La CSL craint sérieusement que la fusion des commissions en une seule ne résolve pas les problèmes ayant existé jusqu'à présent dans les commissions actuelles, ceci d'autant plus que l'on ignore les raisons du mauvais fonctionnement et de l'inertie de la Commission de la qualité des prestations et de la Commission consultative. Voilà pourquoi elle propose de soumettre la nouvelle commission non plus sous le contrôle de l'IGSS, mais sous celui du comité-directeur de l'assurance dépendance afin de permettre à ce dernier de contrôler le fonctionnement de la nouvelle commission et de lui permettre de prendre en connaissance de cause les décisions individuelles en matière de prestations. Aussi est-elle d'avis qu'il doit y avoir un moyen pour le bénéficiaire de l'assurance dépendance de pouvoir saisir directement la Commission consultative en cas de réclamation au sujet d'un prestataire ou d'une délivrance de prestations.

La CSL se demande toutefois si la Commission des normes – dont on ignore la composition, qui n'est précisée nulle part – prévue à l'article 9 de la convention-cadre CNS-COPAS, contrairement à l'exposé des motifs et le commentaire de l'article 387, ne devrait pas en vertu de l'article 1134 du Code civil continuer à exister jusqu'à la prochaine renégociation de la convention-cadre.

94. La nouvelle commission est appelée à aviser le relevé-type, l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance et le référentiel des aides et soins ainsi que le règlement grand-ducal relatif aux aides techniques, celui portant les indicateurs et normes de qualité de la prise en charge et le règlement grand-ducal relatif aux critères et à la procédure de négociation des valeurs monétaires. Elle rend encore un avis sur le rapport prévisionnel établi tous les deux ans par l'Inspection générale de la sécurité sociale. **En raison des remarques et questions formulées ci-avant, la CSL craint que ce toilettage cosmétique ne résolve pas les problèmes actuels. Pourquoi la nouvelle Commission consultative serait-elle plus vigilante à agir ou capable d'agir, à l'abri de toute pression politique, que les anciennes Commission consultative et Commission de la qualité des prestations? Ceci corrobore la critique préliminaire formulée par la CSL de régler certaines dispositions impactant sur la qualité et le coût des prestations par la loi et non pas par règlement grand-ducal, ceci tant pour des raisons de constitutionnalité que d'efficacité.**

En ce qui concerne la démarche qualité au niveau de la CEO

95. Le rôle de la CEO est renforcé dans le contrôle de la qualité des prestations à charge de l'assurance dépendance. D'une part, la Cellule d'évaluation et d'orientation est appelée effectuer tous les deux ans deux types de contrôles de la qualité, à savoir:

- le contrôle des prestations, c'est-à-dire vérifier si les prestations requises sont effectivement prestées par le prestataire ou par l'aidant;
- le contrôle de la qualité des prestations fournies, c'est-à-dire analyser si la qualité de la prise en charge est effective ou non.

96. La CSL est d'avis que le contrôle des prestations et de la qualité des prestations doit se faire dans un délai plus bref que tous les deux ans. Elle propose un délai de 6 mois qui tient mieux compte de l'évolution de l'état de santé des assurés et demande que ce contrôle des prestations et de la qualité des prestations se fasse de manière aléatoire. Il y a par conséquent lieu d'adapter la première phrase de l'article 384bis.

97. D'autre part, le modèle de prise en charge forfaitaire implique une réévaluation régulière des besoins des personnes dépendantes pour s'assurer que les synthèses de prise en charge établies correspondent au mieux à leurs besoins.

Le contrôle des prestations

98. Le contrôle des prestations vise l'adéquation entre les besoins de la personne dépendante arrêtés dans la synthèse de prise en charge et les aides et soins fournis par le prestataire professionnel au moyen de la documentation de la prise en charge.

99. Pour retracer la prise en charge de la personne dépendante et des prestations qu'elle reçoit, une documentation sur les prestations effectuées est indispensable. Cette documentation permet de vérifier que le prestataire fournit des prestations correspondant aux besoins de la personne dépendante. Ce contrôle n'est possible que si le contenu de cette documentation est standardisé et exhaustif et accessible électroniquement.

100. Si la CSL salue un contrôle plus rigoureux des prestations par l'AE, elle se doit toutefois de signaler que le contrôle des prestations effectuées n'est souvent que théorique dans la mesure où il est impossible de vérifier que telle ou telle autre prestation a été effectivement effectuée au moment que le bénéficiaire de l'assurance dépendance signe la fiche de prestations. Les bénéficiaires de l'assurance dépendance n'ont souvent pas la volonté et/ou la capacité de vérifier sur la fiche des prestations les prestations qui ont été effectuées et celles qui n'ont pas été effectuées de sorte qu'elles se contentent tout bonnement de signer la fiche de prestations qui leur est soumise.

La réévaluation régulière des besoins

101. Au-delà du contrôle de l'adéquation des prestations fournies par les prestataires aux prestations déterminées dans la synthèse de prise en charge, la CEO vérifie régulièrement l'adéquation des prestations de la synthèse de prise en charge par rapport aux besoins de la personne dépendante par des réévaluations à fréquence déterminée. De même, l'adéquation entre les besoins du bénéficiaire et la prise en charge est davantage garantie. Evaluer plus souvent les bénéficiaires permet de mieux connaître et de suivre leur entourage. De plus, cette recherche d'adéquation définit le rôle des prestataires et notamment celui de l'aidant et les valorise. **Notre chambre renvoie à sa remarque précédente en ce qui concerne le contrôle des prestations réellement effectuées par rapport à celles figurant dans la synthèse de prise en charge. Personne ne peut vérifier sinon le bénéficiaire lui-même lequel cependant se situe souvent dans une situation de faiblesse ou d'infériorité par rapport au prestataire si les prestations figurant sur la fiche de prestations ont effectivement été dispensées malgré la signature du bénéficiaire. Ceci est d'autant plus vrai avec l'introduction des quinze niveaux. Si le bénéficiaire ne dénonce pas une éventuelle irrégularité entre la prestation requise et la prestation réellement effectuée, elle ne sera jamais portée à la connaissance de l'AE.**

102. Au moment de la réévaluation régulière des besoins de la personne dépendante, la CEO vérifie les capacités de l'aidant à contribuer à fournir les aides et soins requis. En outre, le nouveau dispositif de réévaluation responsabilise davantage le prestataire étant donné que c'est lui qui connaît très bien les personnes qu'il prend en charge et l'outil d'évaluation. Le prestataire peut dès lors réévaluer et déterminer les besoins de la personne dépendante lui-même. En cas de besoin, la CEO complétera cette évaluation.

103. Malgré la bonne volonté du législateur et les articles proposés à ce sujet dans le projet de loi (articles 384bis, 384ter, 385 et 386), la CSL a de sérieux doutes que des irrégularités entre les prestations requises et les prestations réellement effectuées soient portées à la connaissance de l'AE. Même si l'AE peut prendre des renseignements auprès des personnes dépendantes, il ne faut toutefois pas oublier que celles-ci se trouvent dans une situation délicate pour „dénoncer“ des irrégularités à l'égard d'une personne qui quotidiennement les côtoie.

104. Résumé des fréquences de réévaluation selon les différents paramètres

<i>Présence Aidant</i>	<i>Présence Prestataire</i>	<i>1^{ère} évaluation (PRM) + n (année)</i>	<i>Modalité d'évaluation</i>
Oui	Non	1	Evaluation CEO
		2	Evaluation CEO
		3	Evaluation CEO
		4	Evaluation CEO
		PRM + 4 ans + n	Répétition du schéma
Oui	Oui	1	Evaluation Prestataire
		2	Evaluation CEO
		3	Evaluation Prestataire
		4	Evaluation CEO
		PRM + 4ans + n	Répétition du schéma
Non	Oui	2 (6 mois après admission en ESC)	Evaluation Prestataire
		4	Evaluation GEO
		6	Evaluation Prestataire
		8	Evaluation CEO
		PRM + 10 ans + n	Répétition du schéma

Le modèle de réévaluation présenté ci-dessus prévoit plusieurs types de réévaluations:

- En cas de réévaluation des prestations pour les bénéficiaires à domicile sans prestataire, le suivi des aides et soins réalisés par l'aidant se fait tous les ans. Cette réévaluation est uniquement réalisée par la CEO.
- En cas de réévaluation des prestations pour les bénéficiaires avec prestataire, la réévaluation des prestations se fait tous les deux ans pour une personne vivant dans un établissement à séjour continu et ayant été évaluée pour la première fois en établissement. Ces réévaluations peuvent être faites par le prestataire à la demande de la CEO.
 - Lors d'une admission en établissement d'aides et de soins, le bénéficiaire ayant été préalablement évalué à domicile est obligatoirement réévalué six mois après son admission en établissement pour tenir compte des spécificités de l'environnement. Ces réévaluations peuvent être faites par le prestataire à la demande de la CEO.
 - En cas de réévaluation des prestations pour les bénéficiaires à domicile avec prestataire, si la personne n'a pas d'aidant, les réévaluations ont lieu tous les deux ans. Ces réévaluations peuvent être faites par le prestataire à la demande de la CEO.
 - En cas de réévaluation des prestations pour les bénéficiaires à domicile avec prestataire, lorsque la prise en charge de la personne dépendante est faite par un aidant et un prestataire, les réévaluations sont réalisées tous les ans. Ces réévaluations peuvent être faites par le prestataire à la demande de la CEO.

105. Ce nouveau modèle de réévaluation prévoit une validation par la CEO des réévaluations faites par les prestataires. Ce contrôle vise à assurer que le plan de prise en charge des bénéficiaires correspond aux besoins de ces derniers.

106. La CSL prévoit de ramener le délai de réévaluation à six mois pour tous les bénéficiaires quel que soit le prestataire (réseau ou aidant informel) et quel que soit le lieu où le bénéficiaire se trouve (domicile ou établissement à séjour continu). Aussi la CSL tient-elle à préciser que contrairement à l'exposé des motifs, ce ne sera plus dorénavant la CEO qui est chargée de ce contrôle, mais l'AE.

107. Dans le cadre du présent projet, le bénéficiaire reçoit une décision de la CNS sous forme de synthèse de prise en charge qui reprend de façon claire et précise les aides et soins déterminés par l'AE dont peut prétendre le demandeur, le prestataire de ces aides et soins ainsi que le niveau de besoin hebdomadaire dans les actes essentiels de la vie auquel appartient la personne concernée. Avec cette

information, le bénéficiaire ou l'aidant, le cas échéant, peut vérifier plus facilement si toutes les prestations ont été fournies.

108. En cas de non adéquation des plans de prise en charge aux besoins de la personne dépendante ou d'un défaut dans la prise en charge par l'aidant ou le prestataire, l'AE signale ces irrégularités au comité directeur de la CNS en vue de la saisine éventuelle de la commission de surveillance. **Comme déjà soulevé précédemment, la CSL se prononce pour une subordination de l'AE non pas sous l'autorité du ministre, mais du comité-directeur de la CNS. L'obligation pour l'AE de signaler des irrégularités dans l'exécution des prestations au comité-directeur de la CNS ne fait que corroborer la proposition de la CSL.**

Le contrôle de la qualité des prestations

109. Le contrôle de la qualité des prestations fournies se fait notamment au moyen d'indicateurs définis dans un règlement grand-ducal.

110. Les indicateurs de qualité de prise en charge permettent de quantifier la qualité de la prise en charge. Selon la Haute Autorité de la Santé en France, un indicateur de qualité est „un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un événement qui permet d'estimer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps et l'espace“.

Les indicateurs qui sont proposés en vue de contrôler la qualité des prestations mesurent le processus de prise en charge et les résultats de cette prise en charge en termes de bénéfices ou de risques pour la personne concernée. Ils mesurent également les ressources et les supports nécessaires à la mise en oeuvre des processus de prise en charge.

111. Il est prévu que ces indicateurs fassent l'objet d'un recueil national et soient définis notamment pour les dimensions suivantes:

- l'évaluation du risque d'escarres;
- la prise en charge de la douleur en termes de détection de la douleur chez la personne et de développement d'une stratégie pour soulager la douleur;
- la prévention des chutes;
- le suivi nutritionnel;
- la gestion des plaintes;
- la qualité de la documentation de la personne prise en charge.

112. La liste des indicateurs de qualité de prise en charge est fixée par règlement grand-ducal. Elle peut évoluer et est soumise à l'avis de la Commission consultative.

113. La mesure des indicateurs de qualité de prise en charge n'est possible que si la documentation de la prise en charge est standardisée et exhaustive. En effet, la documentation contient tous les éléments nécessaires à la mesure d'un indicateur de qualité, comprenant les éléments sur l'état de santé de la personne dépendante (poids, suivi nutritionnel, suivi et gestion des chutes, polymédication, etc.), ainsi que l'encadrement de la personne dépendante (éléments descriptifs, administratifs).

114. Ces indicateurs sont recensés soit par le prestataire lui-même et transmis à l'AE soit directement mesurés par l'AE. Les résultats des contrôles sont transmis à la CNS, aux ministères de la Sécurité sociale et de la Famille et de l'Intégration. L'AE suit l'évolution de ces indicateurs, alerte et conseille, le cas échéant, sur la mise en place de plans nationaux de santé.

115. Si lors de ces contrôles de qualité des prestations fournies, des irrégularités ont été détectées, alors les mécanismes de contrôle et de sanction définis dans le cadre de la législation actuelle sont d'application.

116. Abstraction faite des remarques formulées ci-avant, la CSL est dans l'impossibilité de vérifier le bien-fondé du contrôle de la qualité des prestations fournies alors que le règlement grand-ducal visé au paragraphe 9 de l'article 350 qui définit les indicateurs fait défaut. Il n'est

par conséquent pas possible de comparer ces derniers avec ceux figurant dans le règlement grand-ducal actuellement en vigueur du 21 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance. Pour le surplus, la CSL renvoie à sa remarque préliminaire du présent avis.

Par ailleurs, il y a lieu de remplacer dans tous les articles du Code de la sécurité sociale l'expression „Cellule d'évaluation et d'orientation“ par „Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance“.

En ce qui concerne le contrôle de qualité des prestations au niveau de la CNS

117. Le règlement grand-ducal portant sur les indicateurs de qualité et la documentation de la prise en charge déterminera en outre les qualifications minimales requises et les coefficients de pondération y relatifs nécessaires pour assurer la qualité d'une prestation fournie à charge de l'assurance dépendance. Les normes de qualité concernant la dotation en personnel fixent notamment les qualifications minimales requises pour la prestation d'actes essentiels de la vie (AEV), des activités d'assistance à l'entretien du ménage et des activités d'appui à l'indépendance et des activités de garde. S'y ajoute une norme de dotation pour les activités administratives et de coordination, ainsi que des ratios d'encadrement pour les activités de groupe.

118. La même remarque s'impose que précédemment. A défaut de disposer du règlement grand-ducal en cause, la CSL est dans l'impossibilité de s'y prononcer.

119. En cas de non-respect de ces normes de qualité, la CNS a la possibilité de s'adresser à la Commission de surveillance en vue de récupérer des sommes indûment payées.

*

6. L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE DEPENDANCE

120. Dans le contexte du déploiement du nouveau dispositif de l'assurance dépendance, il est prévu d'initier une meilleure coordination des services et de prévoir des mesures tendant à consolider la gouvernance, voire la planification des secteurs concernés.

La réforme de l'assurance dépendance poursuit, parmi d'autre, l'objectif d'augmenter la transparence dans tous les secteurs des aides et soins. Toutes les parties impliquées sont appelées à assumer leurs responsabilités.

121. La Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) se trouve dotée, dans le projet, d'une structure administrative qui donne des garanties sérieuses quant à sa solidité et à sa flexibilité. En effet, de par sa construction sur les processus fonctionnels, la structure de la CEO est susceptible de s'adapter à tout changement dans ses missions sans compromettre la base de son organisation. Son rattachement à l'Inspection générale de la sécurité sociale, qui était justifié pendant les années de démarrage, n'est plus nécessaire.

122. Sous le nom de „Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance“, le projet de loi définit les missions de la CEO de la même manière que celle du Contrôle médical de la sécurité sociale. En effet, dans son avis du 17 juin 1997 au projet de loi n° 4216, le Conseil d'Etat remarque que „la CEO a des missions qui, à certains égards, sont comparables à celles confiées par le législateur au CMSS“. Un renforcement des missions de la CEO est prévu, notamment en ce qui concerne le contrôle des prestations. **Le nouvel article 383 dispose que l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance (AE) laquelle remplace l'actuelle Cellule d'évaluation et d'orientation est placée sous l'autorité du ministre de la sécurité sociale. La CSL n'est pas d'accord que cette autorité – à l'instar de l'actuelle CEO – soit érigée en administration de l'Etat et soumise à l'autorité du ministre de la sécurité sociale. Etant donné que la gestion de l'assurance dépendance incombe à la CNS, il serait incohérent de soumettre cet organe sous l'autorité du ministre et contreviendrait également à la cogestion et au consensualisme des partenaires sociaux au sein des institutions de la sécurité sociale et, en l'espèce plus particulière-**

ment de la CNS. Voilà pourquoi la CSL est d'avis que l'AE doit être soumise sous le contrôle du comité directeur de la CNS. La CSL n'est pas d'avis qu'on puisse comparer l'AE ou l'actuelle CEO, des organes uniquement destinés à servir les besoins de l'assurance dépendance dont la gestion est confiée à la CNS, ni avec le Contrôle médical qui en vertu de l'article 419 du Code de la sécurité sociale est chargé d'une attribution générale, à savoir, évaluer l'état de santé de l'assuré, à travers toutes les institutions de la sécurité sociale (assurance maladie, assurance dépendance, assurance accident et assurance pension) ni avec l'Inspection générale de la sécurité sociale ayant pour objet d'assurer le contrôle des institutions sociales et de conseiller le gouvernement en ce qui concerne la politique de la sécurité sociale. La CSL craint que par la soumission progressive de certaines entités des organismes de la sécurité sociale au ministre de tutelle, la cogestion des partenaires sociaux au sein des assurances sociales ne soit progressivement évincée.

123. Pour déterminer la charge de travail qui incombe à l'AE pour l'évaluation et la réévaluation des besoins en aides et soins des personnes, il faut considérer les premières évaluations (y compris les demandes non-éligibles qui font quand-même l'objet d'une évaluation par l'AE), les réévaluations planifiées mais également les réévaluations à faire „en cas de changement fondamental des circonstances“. S'y ajoute en dernier lieu la validation des réévaluations faites par les prestataires.

124. Evolution 2014 – 2024 des (ré)évaluations à réaliser par la CEO et les prestataires d'aides et de soins

<i>Année</i>	<i>Evaluation CEO</i>	<i>Demande non-éligible</i>	<i>1^{ère} demande éligible</i>	<i>Réévaluation</i>	<i>Réévaluation Prestataire</i>	<i>TOTAL Evaluations</i>
2014	7.621	1.434	2.905	3.282	0	7.621
2015	11.153	1.466	2.768	6.919	3.895	15.048
2016	7.966	1.504	2.792	3.670	5.228	13.194
2017	10.124	1.543	2.924	5.657	5.573	15.697
2018	9.948	1.583	3.065	5.300	4.470	14.418
2019	11.793	1.626	3.197	6.970	4.772	16.565
2020	10.001	1.668	3.381	4.952	5.653	15.654
2021	11.536	1.709	3.551	6.276	5.990	17.526
2022	11.419	1.754	3.721	5.944	5.405	16.824
2023	12.933	1.806	3.893	7.234	5.509	18.442
2024	11.843	1.855	4.052	5.936	6.233	18.076

125. En 2014, la CEO dispose de 23,56 équivalents temps plein (ETP) qui réalisent les évaluations et réévaluations des demandeurs de prestations de l'assurance dépendance. Parmi ces 23,56 ETP, il y a 20,56 ETP internes et 3 ETP sont des médecins externes. Pour pouvoir assumer la charge de travail induite par la nouvelle politique de réévaluation, la charge moyenne projetée pour les cinq premières années équivaut à un besoin supplémentaire de 15 ETP.

126. La CSL prend note de ce besoin d'augmentation de personnel sans pour autant qu'elle soit en mesure d'en vérifier son bien-fondé.

*

7. MESURES TRANSITOIRES

127. Afin de compenser les découverts de fonctionnement intervenant chez prestataires d'aides et soins suite à la restructuration des prestations de l'assurance dépendance dans le cadre de la réforme, la loi sur le budget des recettes et des dépenses de l'Etat prévoira des subventions à accorder aux prestataires jusqu'en 2018. Les critères de distribution de ces crédits par la CNS sont déterminés dans la convention conclue entre la CNS et la COPAS. **La CSL se demande si les découverts existants actuellement chez les réseaux d'aides et de soins seront couverts par la loi sur le budget des recettes et dépenses et le seront, le cas échéant, dorénavant. En effet il est indispensable que le contrôle s'instaure non pas seulement au niveau de la qualité des prestations, mais également au niveau de la qualification des prestataires en fonction des prestations qui sont dispensées dans le cadre de l'assurance dépendance. Sachant que le coût d'une prestation est une moyenne calculée au niveau national, il se pourrait que les réseaux de soins de santé et les établissements stationnaires ou semi-stationnaires qui ne respectent pas les seuils de qualification des personnes qu'ils engagent puissent bénéficier financièrement de ce moindre coût au détriment des prestataires qui respectent les seuils de qualification des personnes embauchées fixés par la loi. Par ailleurs, la CSL est d'avis que compte de la situation financière actuelle, le Gouvernement devrait retirer sans délai toutes les mesures d'économie figurant dans le Paquet d'Avenir qui ont conduit à une réduction des crédits-tampon pour les réseaux d'aides et de soins et engendré les difficultés auxquelles sont confrontés actuellement certains prestataires.**

128. La transition des plans de prise en charge existants aux différents niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins et aux nouvelles prestations prévues dans la réforme, est organisée de la manière suivante:

- à partir du 1^{er} janvier 2017, entrée en vigueur planifiée de la réforme de l'assurance dépendance, les nouveaux standards sont appliqués pour toute première évaluation;
- pour les personnes ayant un plan de prise en charge au 1^{er} janvier 2017, le classement dans les différents niveaux de besoins hebdomadaires se fait en fonction de leur temps total requis en actes essentiels de la vie. Le bénéficiaire d'activités d'appui à l'indépendance maintient ce droit après l'entrée en vigueur de la loi de réforme mais les nouveaux standards sont appliqués. Les personnes vivant à domicile continuent à bénéficier des activités d'assistance à l'entretien du ménage et des gardes individuelles ou en groupe avec les nouveaux standards;
- lors de la réévaluation de la personne dépendante ayant lieu après le 1^{er} janvier 2017, les nouveaux standards seront également appliqués pour les actes essentiels de la vie.

129. **La CSL a de forts doutes que l'entrée en vigueur de la réforme puisse se faire à partir du 1^{er} janvier 2017 alors que les règlements grand-ducaux réglant les nouveaux standards auxquels se réfère le projet de loi font défaut et nécessitent, d'après l'exposé des motifs, l'avis de la nouvelle Commission consultative laquelle, à son tour, ne peut être instituée si la loi entre en vigueur. En tenant compte de l'échéancier jusqu'à la fin de cette année, ceci semble peu probable. Même si l'article 8 prévoit que la Commission consultative actuellement en vigueur peut exercer provisoirement les attributions de la nouvelle Commission consultative jusqu'à la constitution de celle-ci, la CSL a de sérieux doutes qu'elle soit en mesure de le faire si, à en croire l'exposé des motifs, elle est restée quasiment inerte depuis 2005.**

130. L'article 12 du projet de loi concernant la mise en vigueur de l'article 350 nouveau du Code de la sécurité sociale non pas à partir du 1^{er} janvier 2017, date de la mise en vigueur de la loi, mais seulement à partir du 1^{er} juillet 2017, semble confirmer les doutes de notre chambre en ce qui concerne la mise en vigueur de la loi au 1^{er} janvier 2017.

131. La remarque de la CSL en guise d'introduction en vertu de laquelle une réforme ne s'impose pas à part certains remaniements qui mériteraient d'être discutés avec les acteurs du terrain, est confirmée par l'absence des règlements grand-ducaux et par l'analyse du présent projet de loi qui soulève davantage de problèmes qu'il n'en résout. La CSL est d'avis que le présent projet de loi ne mérite pas le qualificatif de „réforme“ ni même de „réformette“, mais plutôt celui d'une dégradation en cachette au détriment de l'assuré, justifiée exclusivement pour des raisons financières. La requalification et restandardisation des actes dans le cadre des AEV

sans pour autant que le lecteur soit en mesure de vérifier le bien-fondé d'une telle requalification, en l'absence des règlements grand-ducaux auxquels il est renvoyé en est la meilleure preuve.

Voilà pourquoi la CSL est au regret de vous informer qu'elle n'acceptera pas le présent projet de loi.

Luxembourg, le 25 octobre 2016

Pour la Chambre des salariés,

Le Directeur,
Norbert TREMUTH

Le Président,
Jean-Claude REDING

