



Commission de la Santé et de la Sécurité sociale

Procès-verbal de la réunion du 23 mai 2013

Ordre du jour :

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 2 mai 2013
2. 6494 Projet de loi modifiant la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac
- Rapportrice : Madame Lydia Mutsch

- Entrevue avec Mme le Directeur de la Fondation Cancer
3. Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'Assurance dépendance 2013

- Présentation par le Ministre de la Sécurité sociale M. Mars di Bartolomeo

*

Présents : Mme Sylvie Andrich-Duval, Mme Nancy Arendt épouse Kemp, M. Eugène Berger remplaçant M. Carlo Wagner, M. Félix Braz, M. Jean Colombera, M. Georges Engel, Mme Marie-Josée Frank, M. Alexandre Kriepps, Mme Josée Lorsché, M. Lucien Lux, M. Paul-Henri Meyers, Mme Lydia Mutsch, M. Roger Negri remplaçant Mme Claudia Dall'Agnol, M. Serge Urbany

M. Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Sécurité sociale

M. Laurent Jomé, Ministère de la Santé

M. Raymond Wagener, Mme Laurence Weber, Inspection générale de la Sécurité sociale

Mme Andrée Kerger, Dr Nathalie Rausch, Mme Christiane Rollinger, Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance

M. José Balanzategui, Caisse nationale de Santé

Dr Marie-Paule Prost-Heinisch, Dr Lucienne Thommes, Fondation Cancer

M. Martin Bisenius, Administration parlementaire

Excusée : Mme Martine Mergen

*

Présidence : Mme Lydia Mutsch, Présidente de la Commission

*

1. Approbation du projet de procès-verbal de la réunion du 2 mai 2013

Le projet de procès-verbal de la réunion du 2 mai 2013 est approuvé.

2. 6494 Projet de loi modifiant la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac

Mme la Présidente Marie-Paule Prost-Heinisch de la Fondation Cancer présente ses observations concernant le projet de loi.

Il faut d'abord rappeler que les arguments en faveur d'un renforcement de la législation antitabac se résument essentiellement dans les trois points suivants:

- Protection de la santé des salariés sur le lieu de travail contre les effets nocifs du tabagisme passif
- Prévention chez les jeunes, en supprimant la tentation et l'incitation au tabagisme dans les endroits de loisirs tout en favorisant un processus de dénormalisation du tabagisme
- Prévention chez les fumeurs en favorisant la motivation à s'arrêter.

L'objectif de cette législation est aussi évident que capital: sauver des vies.

L'extrapolation d'études internationales qui montrent que le tabagisme est un réel problème de santé publique fait admettre que le tabac cause annuellement 500 à 600 décès au Luxembourg, dont 80 sont dus au tabagisme passif.

Concernant plus concrètement le projet de loi 6494, la Fondation Cancer estime que les modifications proposées ne sont pas aussi tranchantes que le débat public ne pourrait le faire croire. Toutefois, globalement la Fondation Cancer soutient le projet de loi tout en voulant rendre attentif à divers problèmes.

Elle salue les amendements parlementaires concernant la suppression des dispositions transitoires et dérogatoires prévues dans le projet gouvernemental initial.

Des améliorations incontestables par rapport à la législation actuelle sont surtout

- l'introduction totale de fumer dans les discothèques, en tant que signal fort auprès des jeunes pour la dénormalisation;
- l'interdiction de fumer dans les établissements couverts avec activités de loisirs (p. ex: jeu de quilles, sports, etc.)

Certains changements proposés par le projet de loi sont plutôt négatifs, mais néanmoins acceptables dans la mesure où ils correspondent à une approche réaliste de la situation. Il en est ainsi pour

- la possibilité de fumer dans l'enceinte de l'hôpital en un endroit désigné et délimité,
- la possibilité d'aménager un fumoir sous certaines conditions strictes dans les restaurants et hôtels.

Des points donnant lieu à critique respectivement susceptibles de provoquer des contestations sont les suivants:

- les fumoirs dans les cafés risquent de devenir un pôle d'attraction pour les jeunes;
- la définition de la notion de "débit de boissons" n'est pas suffisamment précise et reste sujette à des ambiguïtés;
- la question de l'application ou non de l'interdiction de fumer aux terrasses et aux fêtes sous tente, etc.

En ce qui concerne la vente des produits de tabac, la Fondation Cancer préférerait que la notion de "produits accessibles" soit remplacée par celle de "produits non visibles".

En ce qui concerne plus particulièrement le secteur HORECA, on peut se référer à une loi similaire votée en France comprenant également la possibilité de l'aménagement de fumoirs dans les lieux publics couverts sous certaines conditions, législation qui a été suivie d'améliorations, suite à certains problèmes surgis dans la pratique quotidienne. Il en pourrait aller de même pour le présent projet de loi, notamment en ce qui concerne la définition de la notion de "débit de boissons" comme étant *"tout local accessible au public dont l'activité principale ou accessoire consiste à vendre ou à offrir, même gratuitement des boissons alcooliques ou non, destinées à être consommées sur place ou emportées."*

Le critère de l'accessibilité au public pourrait entraîner l'exclusion du champ d'application des clubs privés (tennis, golf et autres) où le personnel resterait exposé au tabagisme passif, ce qui serait constitutif d'une grave discrimination. La question de l'inclusion ou non dans le champ d'interdiction se pose également pour les fêtes sous tente (Zeltfest).

A noter que la définition du débit de boissons en France est la suivante: "Un débit de boissons est un établissement dans lequel sont vendues, à titre principal ou accessoire, des boissons alcooliques ou non, destinées à être consommées sur place ou emportées".

Dans cette définition, les clubs privés sont inclus dans l'interdiction.

Schématiquement, on peut dire que les conditions prévues par le projet de loi pour l'aménagement de fumoirs dans les cafés, restaurants et hôtels sont les suivantes:

- Espace clos,
- Surface du fumoir < 30% de la superficie totale du local,
- Pas de prestation de service,
- Interdit aux mineurs,
- Pas de zone de transit,
- Avec extracteur de fumée spécifique,
- Après autorisation du Ministre de la Santé.

A plusieurs niveaux, ces conditions peuvent donner lieu à critiques:

- En ce qui concerne la condition que la surface du fumoir doit être inférieure à 30% de la superficie totale du local, se pose la question de la délimitation de la surface? En d'autres termes, les toilettes, le vestiaire, le jeu de quilles, etc. sont-ils compris dans la détermination de la surface totale?

Par ailleurs, on peut se demander pourquoi le seuil a été fixé à 30% et non pas à 25% comme dans le projet initial ou à 20% comme en France.

Il semble également nécessaire de fixer une superficie maximale (en France: 35 m²), ceci afin d'éviter par exemple un subterfuge qui consisterait à déclarer comme débit de boissons un grand hangar pouvant permettre l'aménagement d'un fumoir considérable en surface, risquant de devenir un point d'attraction pour les jeunes.

Concernant le critère de l'absence de prestations de service dans les fumoirs, le texte précise qu'on peut y amener ses boissons, ce qui risque encore de faire des fumoirs une attraction évidente pour les jeunes.

Il se pose également la question de la protection du personnel qui s'occupe de la maintenance et du nettoyage de cette pièce. Ainsi en France, il est prévu qu'une tâche d'entretien et de maintenance ne peut intervenir qu'au plus tôt une heure après la fin de l'utilisation du local.

En ce qui concerne l'interdiction des fumoirs aux mineurs se pose la question de savoir qui va assurer le contrôle de cette interdiction. Concernant l'extracteur de fumée spécifique, il faudrait prévoir des conditions strictes de manière à ne pas encourager cette option.

Finalement, à l'instar de ce qui est prévu en France, les fumoirs devraient être dotés de fermetures automatiques, sans possibilité d'ouverture non intentionnelle permettant à la fumée de se propager dans tout le local.

Il résulte en résumé de ce qui précède que la faculté d'aménager des fumoirs, assortie de conditions strictes, peut être considérée comme acceptable dans les restaurants et hôtels, le fumoir y étant essentiellement à considérer comme un lieu pour fumer, fréquenté surtout pour des adultes.

Par contre, l'aménagement de fumoirs est une option inacceptable, voire contre-productive dans les cafés dans la mesure où il risque d'y devenir un lieu d'attraction sociale et psychologique pour les jeunes.

Des questions particulières concernent

- le Casino de Mondorf-les-Bains: est-ce un établissement où sont pratiquées des activités de loisirs, l'interdiction de fumer est-elle donc censé s'appliquer à cet établissement?

- les fêtes sous tente.

Va-t-il y avoir chaque fois des demandes dérogatoires spéciales?

Qu'en est-il des terrasses ou vérandas? Ainsi, en France, des terrasses ont été transformées en véritables vérandas exposant les personnes qui y travaillent à des risques importants, ce qui a conduit à une circulaire du 17 septembre 2008 définissant la notion de terrasse.

Qui effectuera les contrôles et selon quelle fréquence? Le projet prévoit une amende à l'exploitant du secteur Horeca qui omet délibérément (...) de veiller au respect de la loi (Article 5). Se pose dès lors la question de la quasi-impossibilité de prouver le caractère délibéré de l'infraction; la Fondation Cancer exige la suppression de cette condition.

Pour conclure, la Fondation Cancer rend attentif au fait que dans tous les pays, l'important lobby des adversaires des lois antitabac va essayer:

- d'argumenter contre l'interdiction de fumer avec des données souvent subjectives, voire faussées (cf. article paru dans Le Soir du 12 mai 2012);
- de contourner la loi afin de se soustraire à l'interdiction de fumer (terrasses, tentes, etc.)

En résumé, les revendications essentielles de la Fondation visent

- la redéfinition de la notion de "débits de boissons",
- l'interdiction totale de fumer dans les cafés (pas de fumeurs),
- la prévention des cas difficiles et sujets à contestation (Zeltfest, etc).

*

La commission procède à un bref échange de vues dont il y a lieu de retenir succinctement ce qui suit:

* En ce qui concerne l'extension de l'interdiction de fumer aux voitures circulant sur les voies publiques, telle qu'elle existe actuellement déjà en Grande-Bretagne et en Irlande, il est relevé qu'il s'agit en l'occurrence d'un débat sociétal concernant le degré d'ingérence de l'Etat dans le domaine privé. En d'autres termes, il y a lieu de trouver le juste équilibre entre les intérêts de santé publique et le respect de la liberté individuelle dans des domaines relevant largement de la sphère privée. Or, lorsqu'on constate à quel point il s'est avéré compliqué d'imposer au Luxembourg la seule interdiction de fumer dans les restaurants et cafés, on doit admettre que notre société n'est à ce stade pas prête à accepter une telle mesure.

L'interdiction de fumer sur les plages, en discussion en France, ne peut évidemment pas être motivée par les risques du tabagisme passif, mais est à concevoir comme mesure d'hygiène publique et comme mesure de prévention chez les jeunes avec un effet souhaité de dénormalisation.

Quant au prix des produits du tabac, il est précisé que les hausses généralement pratiquées au Luxembourg sont trop modestes pour avoir un effet d'incitation des fumeurs à arrêter de fumer.

Or des études, notamment de l'OMS ont montré que des hausses de prix plus substantielles de l'ordre de 10%, ont un effet significatif réel en ce que chaque hausse de cet ordre de grandeur entraîne une diminution de 6% des nouveaux fumeurs. Quant aux avertissements et aux images choquantes à apposer sur les emballages des paquets de cigarettes, il est probable que ces images n'auront qu'un effet réduit auprès de fumeurs invétérés de longue date. Par contre, des études montrent un effet de dissuasion manifeste auprès des jeunes.

Est encore soulignée la nécessité de campagnes sanitaires dans les écoles, la Fondation Cancer déplorant l'insuffisance des moyens afférents à sa disposition.

Quant aux fêtes sous tente, il est précisé que ce genre de manifestation exige le transfert temporaire de la concession de cabaretage d'un débit de boissons, de sorte que la

manifestation est à considérer comme extension de ce débit. Par conséquent, l'interdiction de fumer doit être applicable. La commission se prononce pour cette interprétation qui reste à vérifier au plan juridique.

Concernant une éventuelle intégration des cigarettes électroniques dans les interdictions prévues par la législation anti-tabac, la commission rappelle en premier lieu que la consommation de ce produit reste fort modeste et constitue donc un phénomène marginal. On ne peut toutefois pas exclure que la présente extension de l'interdiction de fumer des produits de tabac dans les lieux publics pourrait favoriser un recours renforcé à ce produit de substitution. Or, il ne faut pas sous-estimer la nocivité potentielle du produit et l'impact symbolique négatif attachés à sa consommation publique.

Au vu des explications fournies par le Ministre de la Santé, la commission a retenu lors de la réunion du 2 mai 2013 néanmoins qu'il serait à ce stade prématuré d'inclure les cigarettes électroniques dans le présent dispositif légal et ceci principalement pour les raisons suivantes:

- la problématique des cigarettes électroniques sera réglée dans le cadre de la directive européenne "Tabac" en cours d'instruction dans les instances européennes,
- la question de la nocivité est actuellement étudiée dans une étude française, dont les résultats pourront éventuellement faciliter une prise de décision. On peut d'ores et déjà relever que la fumée des cigarettes électroniques peut causer des problèmes pulmonaires; par ailleurs l'effet de dépendance existe également pour les cigarettes électroniques.
- les cigarettes électroniques, pour autant qu'elles sont utilisées comme aide au sevrage, pourraient être soumises au régime d'autorisation des médicaments.

La commission souligne que toutes les démarches et décisions à intervenir dans ce domaine devront être inspirées par l'intérêt supérieur de la protection de la santé.

* Le projet de règlement grand-ducal déterminant les caractéristiques techniques et les modalités de l'installation d'un fumoir est en cours d'élaboration; le contenu sera aligné sur les réglementations analogues existant en la matière à l'étranger. Il est entendu que les conditions seront moins sévères que pour les restaurants pour lesquels il fallait aménager la coexistence pendant certaines heures, de fumeurs et non-fumeurs consommant des repas.

La Fondation Cancer salue et demande de faire avancer rapidement la proposition modificative de directive européenne sur les produits du tabac. Cette proposition de révision a été adoptée par la Commission européenne en date du 19 décembre 2012 pour être engagée dans la procédure législative devant le Parlement et au Conseil des Ministres de la Santé.

Le contenu de cette proposition de révision se présente comme suit:

La proposition de directive renforce les règles en vigueur ou introduit de nouvelles dispositions concernant les modalités de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac. Plus précisément, elle interdit l'adjonction d'arômes caractérisants dans les cigarettes, le tabac à rouler et les produits du tabac sans combustion et rend obligatoire l'apposition sur les paquets de cigarettes et de tabac à rouler d'avertissements sanitaires sous forme d'images de plus grande taille. Elle réglemente les ventes en ligne transfrontalières et introduit des dispositifs techniques destinés à lutter contre le commerce illicite. En outre, elle établit des mesures pour des produits qui, jusqu'à présent, n'étaient pas spécifiquement réglementés, tels que les cigarettes électroniques ou les produits à fumer à base de plantes. Le tabac à mâcher et le tabac à priser seront soumis à des règles

particulières en matière d'ingrédients et d'étiquetage. L'interdiction en vigueur du tabac à usage oral («snus») sera maintenue. (...)

Les principaux éléments de la proposition sont les suivants:

- **Étiquetage et conditionnement:** tous les paquets de cigarettes et de tabac à rouler doivent porter un avertissement combiné (texte plus image) relatif à la santé couvrant **75% des faces avant et arrière des paquets. Les éléments publicitaires sont interdits.** Les indications actuelles concernant le goudron, la nicotine et le monoxyde de carbone, jugées trompeuses, sont remplacées par un message imprimé sur la tranche du paquet indiquant que la fumée du tabac contient plus de soixante-dix substances cancérigènes. **Les États membres restent libres d'adopter un conditionnement neutre dans les cas dûment justifiés.**
- **Ingrédients:** un modèle électronique pour la déclaration des ingrédients et des émissions sera mis en place. Il est proposé d'interdire les cigarettes, le tabac à rouler et le tabac sans combustion contenant des arômes caractérisants ainsi que les produits présentant un niveau accru de toxicité et de risque de dépendance.
- **Tabac sans combustion:** l'interdiction visant les produits du tabac à usage oral («snus») est maintenue, sauf pour la Suède qui bénéficie d'une dérogation. **Tous les produits du tabac sans combustion doivent porter des avertissements sanitaires** sur les surfaces principales de leur conditionnement; **les produits contenant des arômes caractérisants sont interdits à la vente.** Une obligation de notification préalable est instituée pour les nouveaux types de produits du tabac.
- **Extension du champ de la directive:** Les produits contenant de la nicotine (comme les cigarettes électroniques) dont la teneur en nicotine est inférieure à un certain seuil peuvent être commercialisés, à la condition que des avertissements sanitaires y soient apposés; passé ce seuil, ces produits sont soumis au même régime d'autorisation que les médicaments, tout comme les substituts nicotiques. Les paquets de cigarettes à base de plantes devront porter des avertissements sanitaires.
- **Ventes à distance transfrontalières:** un **régime de notification pour les détaillants en ligne** et un **mécanisme de contrôle de l'âge** sont mis en place afin de garantir que les produits du tabac ne sont pas vendus à des enfants ou à des adolescents.
- **Commerce illicite:** un **système d'identification et de suivi et des dispositifs de sécurité** (notamment des hologrammes) sont prévus, de façon à s'assurer que seuls des produits conformes à la directive sont écoulés sur le marché de l'Union.

La proposition a été adoptée à la suite d'un vaste processus de consultation des parties prenantes et, notamment, d'une consultation publique qui a recueilli 85 000 réponses. Sa préparation a donné lieu à une analyse approfondie des incidences économiques, sociales et sanitaires pouvant résulter des différentes options stratégiques envisagées. Plusieurs études externes ont été commanditées pour l'occasion.

La proposition doit désormais être examinée au Parlement européen et au Conseil des ministres. La Présidence irlandaise de l'Union européenne à partir du 1^{er} janvier 2013 a fait de la lutte antitabac une de ses priorités et avait espéré faire rapidement avancer le dossier et parvenir à un accord des ministres de la santé avant la fin de sa Présidence. Elle n'a pas réussi dans cette entreprise de sorte que le dossier doit à présent être repris par la

présidence lituanienne. M. le Ministre souligne que le lobby pro tabac ne rechigne pas sur les moyens pour faire obstruction à l'adoption de cette directive.

3. Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'Assurance dépendance 2013

Suite aux remarques introductives de Mme la Présidente Lydia Mutsch, le Ministre de la Sécurité sociale M. Mars di Bartolomeo rappelle que le programme gouvernemental de 2009 annonçait la réalisation d'un bilan sur les "années de croisière" de l'assurance dépendance, ceci sous forme d'une évaluation de la qualité des prestations fournies et d'un examen de la viabilité à long terme de l'assurance dépendance en se basant sur des évaluations et analyses statistiques et financières.

La loi sur l'assurance dépendance du 19 juin 1998 représentait une innovation remarquable en introduisant une nouvelle branche de la sécurité sociale. Il s'agissait à l'époque d'une nouvelle étape dans le contrat des générations qui devait être accomplie pour tenir compte des modifications profondes intervenues au niveau des structures familiales.

Au moment du vote de la loi, la priorité était donnée au maintien au domicile, par priorité au placement dans une institution de soins. Cet objectif a été pleinement atteint.

M. le Ministre passe en revue quelques points clé repris dans les fichiers d'une présentation Powerpoint jointe en annexe du présent procès-verbal. (Pour le détail, il est renvoyé à ce document ainsi qu'à l'exposé ci-dessous.)

Le coût de l'assurance dépendance a pratiquement triplé depuis 2000, ce qui s'explique surtout par le fait que les prestations offertes dépassent largement au plan qualitatif et quantitatif, celles proposées dans des systèmes d'assurance dépendance comparables à l'étranger.

Il s'ensuit qu'à partir de 2015/2016 les réserves accumulées ne suffiront plus pour compenser le surplus en dépenses, en supposant inchangés le taux de cotisation actuel ainsi que l'éventail des prestations. Il faudra donc d'ici là préparer une réforme devant agir sur les deux paramètres essentiels en cause par le biais d'une adaptation à la fois du taux de cotisation et des prestations. L'objet de la réforme sera de replacer sur des bases stables le système d'assurance dépendance pour une prochaine période d'application.

Le Ministre ayant exprimé le souhait que la Chambre des Députés soit étroitement associée à l'élaboration de la réforme, la commission décide, sur proposition de la présidente Mme Lydia Mutsch, de demander à la Conférence des Présidents de prévoir un débat d'orientation sans rapport, à inscrire à l'ordre du jour d'une séance publique à la rentrée parlementaire en octobre prochain.

La représentante de la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance Mme Andrée Kerger présente les points essentiels du bilan tels qu'ils se dégagent des schémas de la présentation PWP joints en annexe. Pour le détail des données chiffrées, il est renvoyé à ce document.

Pour la période d'observation couverte par le bilan, allant de 2000 à 2010, on constate qu'on compte en 2010 deux fois plus de bénéficiaires, au nombre de 11.706, qu'en 2000, ce qui correspond à 2,14% de la population résidente contre 1,4% en 2000.

Les caractéristiques des bénéficiaires ont légèrement évolué en ce qui concerne le rapport résidents - non résidents et le rapport femmes/hommes. L'âge moyen des bénéficiaires a diminué de 73,1 ans à 72 ans, tandis que l'âge moyen de l'entrée dans l'assurance

dépendance a augmenté de 74,5 ans à 75,3 ans. La proportion des bénéficiaires âgés de moins de 60 ans a augmenté de 17,3% à 19,5%.

Les quatre principes-directeurs qui ont guidé la construction de la loi en 1998 s'énoncent comme suit:

- priorité au maintien à domicile
- priorité aux prestations en nature
- priorité aux mesures de réhabilitation et de prévention et
- garantie d'une continuité des soins.

Ainsi, on constate que le maintien à domicile a déjà prévalu en 2000 (59%) contre 41% de séjours en établissements. Cette proportion a significativement évolué en faveur du maintien à domicile qui atteint aujourd'hui 67%.

Le nombre de lits de long séjour pour 1.000 habitants de 65 ans et plus atteint aujourd'hui la valeur de 79,1 contre 67,9 en 2010. A ce titre, le Luxembourg est uniquement précédé par la Finlande avec 81 lits pour 1.000 habitants âgés de 65 ans ou plus, tandis que la moyenne afférente des pays de l'OECD est de 49,5 seulement. Pour nos pays limitrophes, les valeurs correspondantes se situent à 50,3 (Allemagne), 71,9 (Belgique) et à 67,9 pour la France.

Quant aux mouvements dans la population des bénéficiaires, on compte depuis 2000, 14.142 décès contre 22.333 nouvelles entrées. Le nombre d'entrées nouvelles dépasse donc le nombre de décès de 8.191 unités.

Sur l'ensemble de la période d'observation, on relève au total 563 sorties de l'assurance dépendance. Parmi ces sorties, on compte 38% de retours à l'autonomie tandis que 62% sont dues à d'autres raisons, principalement à la fin de l'affiliation.

La durée moyenne dans la dépendance - par rapport aux décès enregistrés - est de 18,2 mois avec un très fort décalage suivant que l'assuré dépendant est maintenu à domicile (11,2 mois) ou est soigné en établissement (27 mois).

La durée la plus longue concerne les personnes qui commencent à bénéficier de l'assurance dépendance à domicile et rejoignent ensuite un établissement d'aides et de soins. Dans ce cas, la durée dans la dépendance représente trois ans.

La loi définit la dépendance en liant le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie à une cause médicale.

Le bilan retient à ce sujet ce qui suit:

"Les trois premières causes de dépendance restent au fil des années, les maladies du système ostéoarticulaire, les démences et troubles cognitifs et les maladies du système nerveux. A elles seules, elles concernent 56% des bénéficiaires. Les maladies démentielles et les maladies ostéo-articulaires touchent principalement les bénéficiaires très âgés. Les maladies du système nerveux concernent également des personnes âgées mais la moyenne est nettement inférieure à celle des bénéficiaires présentant une démence ou une maladie ostéo-articulaire. (...)

En se concentrant sur l'ensemble des diagnostics, on constate que les maladies démentielles touchent 33% de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance; 79% parmi eux se retrouvent dans les classes d'âge de 80 ans et plus. Leur moyenne d'âge est de 82,9 ans en 2010. Il s'agit très majoritairement de femmes. Elles représentent 72%

des bénéficiaires atteints de démence. Dans le cadre de l'assurance dépendance du Luxembourg, la prévalence de la démence est de 2,6 femmes pour un homme.

Les bénéficiaires présentant une maladie démentielle se trouvent majoritairement en établissement. En 2010, on y retrouve 55% d'entre eux. On relève aussi que les lits qui ont été ajoutés dans les infrastructures d'hébergement du Luxembourg leur ont été prioritairement destinés. En 2010, le taux d'occupation des lits existants par des personnes démentes est de 42%. Il était de 27% en 2000.

Dans les dépenses de l'assurance dépendance, les bénéficiaires atteints de maladies démentielles se taillent la part du lion. Ces bénéficiaires se partagent 74% de l'ensemble des dépenses de l'assurance dépendance.

Cette part est extrêmement élevée dans le groupe des bénéficiaires pour qui la maladie démentielle s'associe à une autre cause donnée comme cause principale de la dépendance. Ces bénéficiaires qui représentent 13% de l'ensemble en 2010 se partagent 51,3% des dépenses de l'assurance dépendance. Leur coût moyen pour l'assurance dépendance est de 392 euros par jour."

Au sujet des prestations requises, le bilan fait les constatations suivantes:

"La répartition des bénéficiaires dans les différentes classes de temps requis est relativement stable depuis 2004. Cependant, on relève une augmentation des bénéficiaires de plus de 34 heures. Les modifications légales de 2005 ont élevé le plafond des activités de soutien à 14 heures ainsi que la limite supérieure des actes essentiels de la vie. Alors qu'elle était de 31,5 heures par semaine pour les personnes en établissement, elle a été portée à 38,5 heures par semaine pour les personnes en établissement et à domicile.

En 2010, 30% des bénéficiaires se partagent 50% des prestations requises. Dans ces 30%, on retrouve près des deux tiers des bénéficiaires en établissement et 16% des bénéficiaires à domicile.

Entre 2001 et 2010, le temps moyen requis augmente. Il augmente plus vite en établissement qu'à domicile. Par ailleurs, il a toujours été plus élevé en établissement qu'à domicile.

Le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie est stable depuis 2001. Il se situe à 12,4 heures. Sur les dix années, la variation maximale a été de 0,4 heures (24 minutes).

La proportion de bénéficiaires potentiels d'activités de soutien augmente de façon constante depuis 2001. En 2010, près de 80% des bénéficiaires de l'assurance ont un requis dans le domaine des activités de soutien.

Le temps moyen requis pour les activités de soutien augmente. Cette augmentation de la moyenne totale est due aux établissements. A domicile, la moyenne est relativement stable.

L'observation du temps moyen non pondéré permet de conclure que l'augmentation constatée pour les établissements est due aux activités de soutien en groupe et surtout en activités de groupe non spécialisées.

Le temps requis pour les activités de soutien augmente avec la dépendance pour les actes essentiels de la vie."

En 2010, l'assurance dépendance prenait en charge 32.704 aides techniques pour 11.927 bénéficiaires, ce qui s'explique par le fait que l'octroi des aides techniques n'est pas lié au

seuil minimal de 3,5 heures pour les actes essentiels de la vie. Le coût afférent s'élevait à 9,9 millions d'euros.

Par ailleurs, 798 adaptations du logement ont été réalisées de 2000 à 2010. Le coût pour l'ensemble de cette période s'élève à 9,2 millions d'euros (2,3 millions d'euros en 2010). La majorité des adaptations de logements réalisées concernent l'hygiène (65%).

Quant à la satisfaction des usagers, une étude réalisée en 2006 auprès des bénéficiaires de l'assurance dépendance à domicile a montré que 89% se déclarent satisfaits des prestations.

Une étude analogue réalisée en 2009 auprès des établissements a permis de conclure que 95% des bénéficiaires en établissement ont exprimé leur satisfaction concernant leur prise en charge dans l'établissement.

L'organisation de l'administration repose sur trois piliers:

- La gestion de l'assurance dépendance est confiée à la Caisse nationale de Santé (CNS); le département en question compte actuellement 14 agents répartis dans les trois services:

- Le service des relations avec les prestataires,
- Le service de la gestion des demandes,
- Le service liquidation des prestations.

- La cellule d'évaluation et d'orientation, seul organe spécifiquement instauré pour l'assurance dépendance est une équipe multidisciplinaire chargée du contrôle de la qualité et de la quantité des prestations offertes aux bénéficiaires. Elle compte actuellement 49 collaborateurs permanents et se situe dans une démarche d'amélioration continue.

- La COPAS est depuis 2011 une fédération des différents prestataires de soins de longue durée qui défend les intérêts communs légaux, sociaux et économiques de ses membres.

En ce qui concerne les différents prestataires d'aides et de soins, l'aidant informel occupe une position particulière dans la mesure où la loi n'a pas prévu de statut spécifique. L'aide informelle relève pour 98% de la sphère privée et même pour 94% de la sphère familiale. La déclaration à l'assurance pension est une option peu utilisée: 20% des aidants sont déclarés à l'assurance pension en 2010. La réforme devra s'occuper des problèmes liés à l'absence de reconnaissance de l'aidant informel dans le système de l'assurance dépendance.

En ce qui concerne l'emploi dans le domaine de la dépendance, il est renvoyé au tableau à la page 17.

En ce qui concerne les prestations facturées, il est renvoyé aux tableaux figurant aux pages 18 à 21.

Ces tableaux renseignent sur

- l'évolution de 2000 à 2010 du coût moyen des prestations de l'assurance dépendance par lieu de séjour;
- l'évolution de 2000 à 2010 des prestations de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions d'euros);
- l'évolution de 2000 à 2010 des dépenses pour les prestations de l'assurance dépendance par type de prestation (en millions d'euros).

La situation financière actuelle se trouve détaillée à la page 22.

*

Il est retenu que la présentation avec notamment le volet Projections sera continuée au cours de la réunion du jeudi, 27 juin 2013 à 9.00 heures.

Luxembourg, le 18 juin 2013

Le Secrétaire,
Martin Bisenius

La Présidente,
Lydia Mutsch

Annexe: Présentation schématique du bilan de l'assurance dépendance

- ANNEXE -

 **MINISTÈRE
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**
Inspection générale de la sécurité sociale

 **MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**
Cellule d'évaluation et d'orientation
de l'assurance dépendance

ASSURANCE DEPENDANCE

Présentation du Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'Assurance dépendance

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale
du 23 mai 2013

 **MINISTÈRE
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**
Inspection générale de la sécurité sociale

 **MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**
Cellule d'évaluation et d'orientation
de l'assurance dépendance

Introduite par la loi du 19 juin 1998, l'assurance
dépendance, cinquième branche de la sécurité sociale
du Luxembourg se révèle un succès



Les bénéficiaires: évolution 2000-2010

- En 2010: deux fois plus de bénéficiaires qu'en 2000
(article 348 du CSS et dispositions particulières)
 - En 2000: **5 810** bénéficiaires
 - **1,4%** de la population protégée résidente
 - En 2010: **11 706** bénéficiaires
 - **2,4%** de la population protégée résidente



Les bénéficiaires: caractéristiques

	2000	2010
Résidents	5 735 (98,7%)	11 376 (97,2%)
Non-résidents	75 (1,3%)	330 (2,8%)
Femmes	3 971 (68%)	7 674 (66%)
Hommes	1 839 (32%)	4 032 (34%)
Age moyen des bénéficiaires	73,1 ans	72 ans
Age moyen à l'entrée	74,5 ans	75,3 ans
Age moyen au décès	81,5 ans	82,9 ans
80 ans et plus	50,8%	51,4%
Moins de soixante ans	17,3%	19,5%



Maintien à domicile prévaut

	2000	2010
Domicile	3 437 (59%)	7 836 (67%)
Etablissement	2 373 (41%)	3 870 (33%)
Nombre de lits disponibles en ESC	4 140	5 544
Nombre de lits occupés en moyenne	4 040	5 382
Occupés par des personnes dépendantes	56,6%	70,0%
Lits de long séjour pour 1000 habitants de 65 ans et plus	67,9	79,1
Moyenne OECD (2009)		49,5
Allemagne		50,3
Belgique		71,9
France (2007)		67,9

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale du 23 mai 2013

5



Les bénéficiaires: les chiffres clés les plus récents

	Au 31 décembre 2012 (chiffres provisoires)
Domicile	8 708
Etablissement	4 131
Hommes	4 537
Femmes	8 302
Résidents	12 462
Non-résidents	377
TOTAL	12 839

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale du 23 mai 2013

6



Les mouvements dans la population des bénéficiaires

- Depuis 2000
 - 22 333 nouvelles entrées
 - 14 142 décès
 - 563 sorties (38% de retours à l'autonomie / 62% autres-désaffiliations)
- Durée dans la dépendance: 18,2 mois
 - En établissement: 27 mois
 - A domicile: 11,2 mois
 - Domicile puis établissement: 36,2 mois



Les causes de la dépendance (1/2)

- Les deux diagnostics les plus fréquents

En 2000 et 2010:

- La démence
- La polyarthrose



Les causes de la dépendance (2/2)

- Les bénéficiaires atteints de maladie démentielle
 - **33,5% en 2010**
 - 61% parmi eux se trouvent en établissement
- Les **dépenses** pour ces bénéficiaires représentent 74,2 % de **l'ensemble des dépenses** de l'assurance dépendance



Les prestations requises (1/2)

Temps moyen non pondéré (en heures par semaine)
Il s'agit du temps effectivement accordé au bénéficiaire

	Total (AEV, TD, SO)		Actes essentiels de la vie		Activités de soutien	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Etablissement	21,4	51,4	14,8	16,4	4,2	34,6
Domicile	18,7	26,6	10,8	10,4	17,6	19,0
Total	19,8	34,7	12,4	12,4	8,8	25,1



Les prestations requises (2/2)

- En termes de requis:
 - 30% des bénéficiaires se partagent 50% des prestations



Les aides techniques et les adaptations du logement

- En 2010, 32 704 aides techniques pour 11 927 bénéficiaires de l'assurance dépendance
- Coût en 2010: 9,9 millions d'euros

- 798 adaptations du logement réalisées de 2000 à 2010
- Coût sur l'ensemble de la période: 9,2 millions d'euros (2,3 millions d'euros en 2010)



Satisfaction des usagers

- Etude réalisée en 2006 auprès des bénéficiaires à domicile:
 - 89% des bénéficiaires se déclarent satisfaits des prestations de l'assurance dépendance
- Etude réalisée en 2009 auprès des bénéficiaires en établissement:
 - 95% des bénéficiaires se déclarent satisfaits envers l'établissement



L'organisation

- Trois piliers
 - La CNS: organisme gestionnaire - un département divisé en trois services / 14 agents
 - La CEO: évaluation de la dépendance - contrôle de la qualité et de la quantité des prestations apportées - 49 collaborateurs permanents - démarche d'amélioration continue
 - La COPAS: fédération depuis 2011- défend les intérêts communs légaux, sociaux et économiques de ses membres



Les prestataires d'aides et de soins (1/3): l'aidant informel

- Peu de données car la loi n'a pas prévu de statut pour l'aidant informel
- La prestation en espèces a été prévue pour le rétribuer
- Dans 94 % des cas, l'AI est un membre de la famille (données étude CEPS - 2006)
- La déclaration à l'assurance pension est une prestation peu utilisée: 20% des aidants sont déclarés à l'assurance pension en 2010



Les prestataires d'aides et de soins (2/3): les différents types de prestataires actifs

Type de prestataire	2000	2007	2011
Etablissement à séjour continu	49	50	53
CIPA	35	33	36
Maison de soins	14	17	17
Etablissement à séjour intermittent		27	33
Centre semi-stationnaire	7	37	45
Réseau d'aides et de soins	10	14	15
TOTAL	66	128	146



L'emploi dans le domaine de la dépendance (en ETP)

Type de prestataire	2000	2007	2010	Variation 2000/2010
Etablissement à séjour continu	2 724	3 988	4 426	62%
dont ETP d'aides et de soins	1 483	2 620	3 021	104%
Etablissement à séjour intermittent	538	764	822	
dont ETP d'aides et de soins	426	620	674	
Centre semi-stationnaire	77	253	349	
dont ETP d'aides et de soins	49	195	268	
Réseau d'aides et de soins	447	1 560	1 857	
dont ETP d'aides et de soins	401	1 445	1 715	
Sous-total ESI+CSSTA+RAS	1 062	3 028		185%
dont ETP d'aides et de soins	876	2 657		203%
GRAND TOTAL	3 786	6 565	7 454	97%
dont ETP d'aides et de soins	2 359	4 880	5 678	141%



Les prestations facturées (1/4)

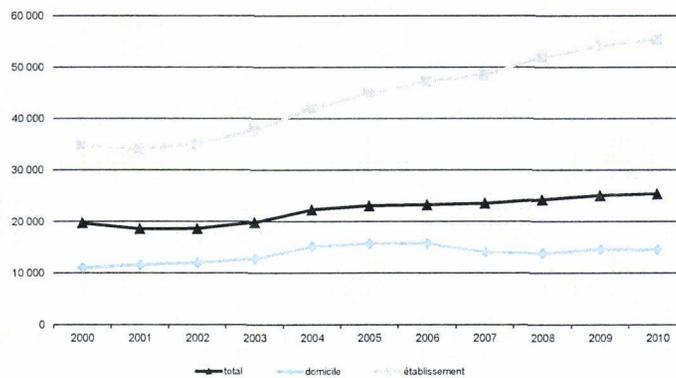
- Définition

Prestations effectivement apportées au bénéficiaire et facturées à la CNS (par opposition aux prestations déterminées par la CEO)



Les prestations facturées (2/4)

EVOLUTION 2000-2010 DU COUT MOYEN DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DEPENDANCE PAR LIEU DE SEJOUR



Commission de la Santé et de la Sécurité sociale du 23 mai 2013

19



Les prestations facturées (3/4)

EVOLUTION 2000-2010 DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DEPENDANCE PAR TYPE DE PRESTATAIRE (EN MILLIONS D'EUROS)

Type de prestataire	2000	2007	2010	Part dans total 2010
Etablissement à séjour continu	80,6	155,2	214,1	51,4%
Etablissement à séjour intermittent		22,8	25,7	6,2%
Centre semi-stationnaire		14,2	18,6	4,5%
Réseau d'aides et de soins	14,6	78,3	86,3	20,7%
Fournisseur d'aides techniques y compris SMA	1,7	8,1	9,9	2,4%
Fournisseur dans le cadre des adaptations du logement	0,1	1,2	1,5	0,4%
Aidant informel: prestations en espèces	25,2	54,2	60,2	14,5%
TOTAL	122,2	334,3	416,3	100,0%

Commission de la Santé et de la Sécurité sociale du 23 mai 2013

20



Les prestations facturées (4/4)

EVOLUTION 2000-2010 DES DEPENSES POUR LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DEPENDANCE PAR
TYPE DE PRESTATION (EN MILLIONS D'EUROS)

Type de prestation	2000	2005	2010	Part dans le total 2010
Actes essentiels de la vie	69,8	146,4	215,1	51,7%
Nutrition	12,2	24,7	37,0	
Mobilité	29,5	61,6	93,5	
Hygiène corporelle	28,1	60,1	84,5	
Activités de soutien	16,5	61,3	103,3	25,0%
Activité en groupe spécialisé	12,2	41,9	55,7	
Garde en groupe			17,0	
Soutien individuel non spécialisé	1,5	12,7	24,5	
Soutien individuel	2,9	6,7	6,1	
Tâches domestiques	5,8	16,6	25,6	6,0%
Activités de conseil	0,1	0,1	0,1	0,0%
Adaptations du logements	0,1	0,5	1,5	0,4%
Aides techniques	1,7	7,8	9,9	2,4%
Prestations en espèces	28,3	55,1	56,9	13,7%
Produits nécessaires aux aides et soins	1,2	2,8	3,4	0,8%
TOTAL	123,5	290,6	415,8	100,0%

sociale du 23 mai 2013

21



La situation financière actuelle¹⁾

Exercice	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Taux de cotisation	1,0%	1,0%	1,0%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
Recettes courantes	259,4	293,0	312,5	382,3	405,5	411,5	421,5	439,9
Variation en %		12,9%	6,7%	22,0%	6,1%	1,5%	2,4%	4,4%
Dépenses courantes	276,1	303,7	329,4	334,3	357,1	404,8	449,0	482,7
Variation en %		10,0%	8,5%	1,5%	6,8%	13,4%	10,9%	7,5%
Solde des opérations courantes	-16,7	-10,8	-16,9	48,0	48,4	6,7	-27,5	-42,8
Excédent/découvert de l'exercice	-22,3	-13,5	-19,5	47,5	46,1	1,9	-31,9	-46,2
Réserve	103,8	93,0	76,1	124,0	172,4	179,1	151,6	108,8
Rapport réserve / dépenses courantes	27,6%	30,6%	23,0%	37,0%	48,3%	25,8%	33,8%	22,5%

¹⁾ Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la liquidation, au cours de l'exercice n, des prestations provisionnées à la fin de l'exercice n-1

Commission de la Santé et de la Sécurité
sociale du 23 mai 2013

22



Les projections à l'horizon 2030 (1/4)

Plusieurs hypothèses possibles

- Scénario retenu = l'expansion de la morbidité:

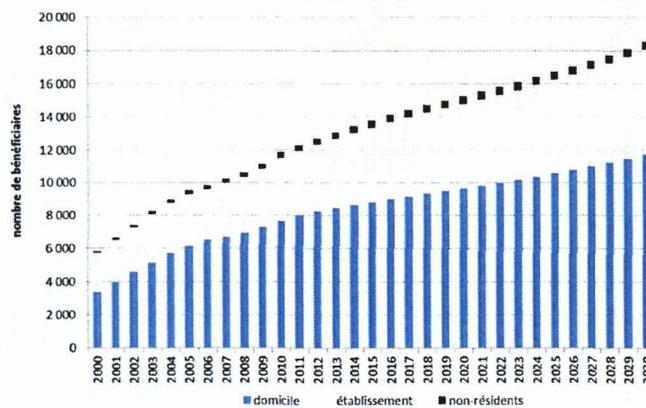
L'âge d'apparition de la dépendance augmente moins vite que l'espérance de vie ou reste constant:

⇒ l'ensemble des gains d'espérance de vie sont des gains d'espérance de vie en incapacité / en dépendance.



Les projections à l'horizon 2030 (2/4): évolution démographique

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE À L'HORIZON 2030 PAR RÉSIDENCE ET LIEU DE SÉJOUR (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)





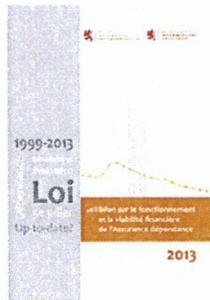
Les projections à l'horizon 2030 (3/4): évolution financière à moyen terme

- Situation financière:
 - Solde des opérations courantes (recettes – dépenses) négatif à partir de 2013 et recours à la réserve
 - Equilibre financier acquis jusque 2015 inclus



Les projections à l'horizon 2030 (4/4): évolution financière à long terme

- Taux d'équilibre de l'exercice 2030: 1,73%
- Evolution de l'emploi nécessaire pour garantir la viabilité financière: 2,10%



http://www.mss.public.lu/publications/dependance/rapport_dependance/index.html