

N° 7014¹**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2016-2017

PROJET DE LOI**portant réforme de l'assurance dépendance**

* * *

SOMMAIRE:

	<i>page</i>
1) Avis de la COPAS (12.10.2016).....	1
2) Avis de la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics (11.10.2016).....	15
3) Avis de la Chambre de Commerce (12.10.2016).....	17

*

AVIS DE LA COPAS

(12.10.2016)

INTRODUCTION

Depuis son introduction par la loi du 19 juin 1998, l'assurance dépendance a connu un succès croissant. A ce jour, plus de 13.500 personnes bénéficient de ce cinquième pilier de la sécurité sociale, devenu un maillon essentiel, selon le „Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'Assurance dépendance“. Suite à des problèmes structurels et de financement constatés par ce bilan publié en 2013, il a été décidé de réformer l'assurance dépendance afin de garantir sa pérennité. Par conséquent, le programme gouvernemental de 2013-2018 prévoit une „réforme structurelle de l'assurance dépendance permettant la maîtrise globale de l'évolution des dépenses“.

D'une manière générale, la COPAS ne voit pas dans quelle mesure le projet de loi 7014 portant réforme de l'assurance dépendance peut atteindre son objectif de garantir la viabilité financière de l'assurance dépendance. La plupart des mesures d'économie ayant déjà été réalisées à travers le „Budget Nouvelle Génération“ (BNG) dans les 3 dernières années, ce projet de loi n'apportera au niveau financier pas de plus-value par rapport à la situation de fait si ce n'est au détriment de la qualité de la prise en charge.

Les différents facteurs d'ajustement proposés par la réforme permettent tout au plus de faire à l'avenir des économies en adaptant la prise en charge des besoins de la population aux moyens financiers disponibles. Ces dispositions ne sont pas à l'avantage des bénéficiaires et ne procurent aucune sécurité budgétaire aux prestataires d'aides et de soins.

La COPAS déplore que la loi n'accorde qu'une moindre importance à la prévention pourtant primordiale dans la qualité de la prise en charge, et ce par la réduction massive du soutien spécialisé, prestations préventives par excellence. Par conséquent, la population cible risque de devenir plus rapidement plus dépendante, ce qui entraînera un coût plus important à long terme. Le déclin des prestations de soutien spécialisé est en plus contraire à la volonté politique de la priorité au maintien à domicile. Cette mesure entraîne la perte de personnel qualifié et donc une perte en qualité. Pour la COPAS, cette qualité n'est pas à disposition.

C'est dans ce sens que la COPAS s'oppose à toute réduction de prestations de soutien spécialisé tout en réitérant sa revendication d'inclure les besoins en activités d'appui à l'indépendance dans la détermination du seuil d'entrée pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance dépendance et,

le cas échéant, d'accorder un appui à l'indépendance à l'assuré qui n'a pas nécessairement atteint ledit seuil d'entrée.

La COPAS se félicite de l'introduction de contrôles qualité au niveau des procédures et sur le terrain dans le respect de la législation sur la protection des données. Il faudra cependant éviter d'obliger les prestataires de mettre en place un dispositif de documentation unique entraînant un investissement en temps et en outils informatiques supplémentaires et entravant l'autonomie conceptuelle de la prise en charge.

La COPAS ne voit pas non plus en quoi cette loi entraînerait une simplification administrative pour les prestataires. En effet, celle-ci se concrétise seulement au niveau de l'administration. Les prestataires ne constatent pas de procédures simplifiées les concernant.

La COPAS approuve la flexibilité introduite au niveau des forfaits AEV (actes essentiels de la vie) et AA (activités d'accompagnement). Elle estime cependant que la même flexibilité devrait être appliquée tant au regard des AAI (activités d'appui à l'indépendance) qu'au regard de l'interchangeabilité des gardes individuelles et en groupe.

D'une manière générale, la COPAS déplore qu'aucun règlement grand-ducal n'ait été déposé à ce jour et qu'elle ne pourra donc pas se prononcer définitivement sur la portée de cette réforme. Par ailleurs, la COPAS émet des doutes quant à la faisabilité d'une mise en vigueur de la loi en janvier 2017. La COPAS regrette que les questions en relation avec la transition entre le système actuel et le système réformé ne soient pas abordées dans toute leur envergure.

*

Comparatif de la situation actuelle et future

BENEFICIAIRES



Actes essentiels de la vie (AEV)

Actuellement

38 actes possibles, codifiés et normés (fréquence, durée)

exprimés en minutes

maximum 2310 minutes payées

Projet réforme

15 niveaux en fonction des besoins individuels

Remplacement des actes par des intervalles de 140 minutes

maximum 2230 minutes payées

Besoin exprimé en actes => Besoin exprimé en forfait sans possibilité d'actes additionnels.

Activités d'appui à l'indépendance (AAI)

Actuellement

Soutien spécialisé et conseil individuel et/ou entourage selon besoins

Avant Budget Nouvelle Génération (BNG) : 28h max en groupe, 4h max individuel

Après BNG : 16h max en groupe, 4h max individuel

Projet réforme

Limitation à 5h maximum dont 1h individuelle

Forte réduction des droits :- 23h en groupe avant BNG (11h après BNG) et -3h

Activités d'accompagnement (AA)

Actuellement

Garde individuelle 14h max/semaine (après BNG 8h max/semaine)

Gardes en groupe avant BNG 28h max/semaine (16h après BNG)

Tâches domestiques forfait 2,5h/semaine

Courses / démarches administratives 2h/semaine (standard)

Projet réforme

A domicile h/semaine/bénéficiaire 7h max

En établissement h/semaine/prestataire 40h max de garde en groupe

forfait de 3h/semaine

abolies

forfait de 6h pour l'ensemble des actes

Distinction faite selon le lieu de séjour. Les unités de mesure sont non comparables.

CNS / PRESTATAIRE



Simplification administrative pour la CNS

Actuellement

Facturation à l'acte

Leistungsnachweis

Documentation des soins par le prestataire

Projet réforme

Facturation forfaitaire en fonction des 15 niveaux

Leistungsnachweis

Documentation des soins par le prestataire

Simplification administrative exclusivement pour la CNS (1 forfait par personne au lieu d'un nombre élevé d'actes) sans diminution des charges administratives et de la documentation des soins.

Tarification

Actuellement

4 valeurs monétaires négociées annuellement sur base des données de l'année précédente applicables pour l'exercice suivant

Projet réforme

4 valeurs monétaires négociées tous les 2 ans uniquement (années paires)

Facteur d'ajustement pour les forfaits décidé tous les 2 ans (années impaires)

Risque d'erreur pour l'estimation de variables sur 2 ans ; les forfaits font porter un risque réel sur les prestataires ; le facteur d'ajustement ne doit pas être une variable d'ajustement au coût global de l'assurance dépendance.

Gouvernance

Actuellement

Cellule d'Evaluation et d'Orientation (CEO)

Commission consultative
Commission qualité
Commission des normes

Projet réforme

CEO devient Autorité d'évaluation et de contrôle

Fusion des 3 commissions au sein de la commission consultative

Accès au Dossier de soins partagé

Perte d'implication des professionnels au niveau de l'élaboration de concepts, leur impact se réduit à une voix consultative ; Accès DSP non acceptable et inadapté pour des contrôles de qualité.

ETAT



Réforme

Actuellement

Effets liés à la mise en place du BNG en 2014

Projet réforme

Atténue les effets du BNG

Absence de prise en charge des coûts liés à l'implémentation de la réforme

L'entrée en vigueur du BNG a eu un effet négatif sur les bénéficiaires et prestataires. La réforme ne fait qu'atténuer les effets de ce BNG.

ANALYSE DES ARTICLES

Article 348 – Introduction de cinq (5) domaines de besoins en AEV (actes essentiels de la vie)

La COPAS salue que les degrés d'intervention respectivement d'assistance soient maintenus, à savoir:

- effectuer en tout ou en partie à la place de la personne dépendante les AEV ou
- surveiller ou soutenir la personne en vue de permettre l'exécution de ces actes.

Cette approche est primordiale pour des personnes présentant des troubles cognitifs.

Article 349 alinéa 1 – Seuil d'entrée

La COPAS réitère sa revendication d'inclure les besoins en activités d'appui à l'indépendance dans la détermination du seuil d'entrée, voire d'accorder cette prestation à l'assuré qui n'a pas encore atteint ce seuil. Proposer ce type de soutien en début de dépendance permet d'éviter une augmentation des besoins en AEV par la suite. Ceci est surtout indiqué en cas de détection d'une démence ou pour des personnes en situation de handicap qui sont autonomes grâce à des aides techniques, mais qui ont besoin de soutien afin de maintenir ce niveau d'indépendance.

Article 350 (1) – Outil d'évaluation

La COPAS apprécie que les besoins du demandeur en AEV soient toujours évalués de façon individuelle dans une approche multidisciplinaire.

Article 350 (3) – Introduction de 15 niveaux de besoins hebdomadaires et AAI (activités d'appui à l'indépendance)

La COPAS est d'accord que ce système laisse une certaine flexibilité aux prestataires dans la prise en charge du bénéficiaire en fonction de ses besoins, mais elle ne constate pas de simplification administrative de son côté étant donné que les professionnels continueront à assurer une documentation de soins exhaustive correspondant à leurs objectifs qualité. La mise en pratique du concept des niveaux sera d'autant plus compliquée en cas de sous-traitance.

La COPAS revendique qu'un forfait de 5 heures d'AAI soit attribué à chaque bénéficiaire et que la forme des prestations (individuel ou en groupe) puisse être adaptée en fonction des besoins de la personne.

Elle revendique en outre qu'un facteur de majoration aux AAI (à définir par règlement grand-ducal) soit attribué au moment de l'évaluation du bénéficiaire présentant des troubles comportementaux graves telle qu'une pathologie démentielle avancée ou un handicap mental profond.

Article 350 (4) – Introduction des AA – activité d'accompagnement en milieu stationnaire

La COPAS revendique que le droit à un forfait de 360 minutes pour les activités d'accompagnement soit systématiquement accordé à tout bénéficiaire séjournant en milieu stationnaire ou intermittent. La sécurité et la prévention de l'isolement, objectifs de ces activités, doivent être garanties pour toute personne dépendante. Par ailleurs, la COPAS propose de réfléchir ensemble, avec ses partenaires, sur la définition d'objectifs plus spécifiques en fonction du concept des prestataires.

Article 350 (5) – Activités de garde individuelle et en groupe

La COPAS apprécie que les objectifs visés pour l'encadrement prolongé reflètent la conception de prise en charge des prestataires, à savoir: garantir la sécurité de la personne dépendante, éviter l'isolement social nuisible et assurer le répit de l'aidant.

Cependant, la COPAS considère qu'il faut rester cohérent dans la conception de l'assurance dépendance, à savoir rendre plus flexibles les droits aux prestations afin de donner une réponse de qualité face à une fluctuation des besoins. De ce fait, les activités de garde individuelle et en groupe doivent rester cumulables voire interchangeables et doivent pouvoir être prestées en alternance.

La COPAS demande que le droit à la prestation de garde de nuit soit introduit dans le cadre de l'assurance dépendance et défini par règlement grand-ducal.

Article 350 (6) et 353 – Activité d'assistance à l'entretien du ménage

La COPAS revendique que le droit à l'activité d'assistance à l'entretien du ménage soit attribué sous forme de forfait de 3 heures à tout bénéficiaire vivant à domicile. Le maintien de la salubrité des lieux

de vie habituels et la veille de l'approvisionnement de base doivent être garantis à toute personne dépendante.

La COPAS demande que l'installation d'un appel d'assistance (Télé-alarme, Help-line, ...) ainsi que les frais d'abonnement soient ajoutés à la liste des besoins du demandeur indépendamment du seuil d'entrée.

Article 350 (8) – Détermination par l'Autorité de la répartition de l'exécution des prestations entre l'aidant et les prestataires

La COPAS considère que la relation entre les acteurs des aides et soins doit pouvoir s'organiser dans la plus grande flexibilité. Elle demande dès lors que le prestataire soit impliqué dans la détermination du 1^{er} partage. De plus, le prestataire doit pouvoir initier des changements de partage si l'intérêt de la personne l'impose et/ou si la situation a substantiellement changé et ceci même pour une durée déterminée (par exemple: hospitalisation de l'aidant).

Voir aussi le commentaire de l'article 358 (3) – partage ex-post abrogé.

*Article 350 (9) – RGD outil d'évaluation; relevé-type; référentiel et synthèse de prise en charge
RGD définition de prise en charge pour différentes pathologies et situations cliniques*

Le RGD définissant l'outil d'évaluation, le relevé-type et le référentiel des aides et soins constitue l'élément essentiel de la présente réforme. Il doit exprimer clairement les droits des bénéficiaires et les prestations y relatives. Tant que son contenu ne sera pas défini, l'envergure des changements ne peut être évaluée de façon fiable. La COPAS se réserve le droit de revoir sa position au moment de sa publication.

En attendant, elle apprécie l'effort d'harmonisation et de transparence en matière de critères d'attribution par la révision de l'outil d'évaluation, du relevé-type et du référentiel des aides et soins. La création d'un langage commun entre évaluateurs, bénéficiaires, entourage et professionnels des soins favorisera l'organisation de la continuité des soins et permettra aux prestataires de répondre de manière cohérente et structurée au questionnement du bénéficiaire.

Article 350 (10) – Soins palliatifs

La loi introduit un forfait AEV de 780 minutes. Pour les prestataires en centre semi-stationnaire (CSS) et réseau d'aides et de soins (RAS), il y a lieu de confirmer que l'octroi d'un forfait en espèces en cas de partage (art. 354 dernier alinéa) ne viendra pas en déduction de ce forfait. Les modalités du partage en cas de soins palliatifs n'ont pas encore été précisées.

La COPAS comprend que tous les bénéficiaires de soins palliatifs (avec ou sans synthèse) ont droit à toutes les prestations de l'assurance dépendance, à savoir AAI, AA, gardes individuelles et en groupe, activités d'assistance au ménage jusqu'à la limite du plafond légal ainsi qu'au forfait AEV de 780 minutes.

Article 351 alinéa 2 – Nouvelle demande recevable après un délai d'un an

La COPAS s'oppose à ce que le délai de recevabilité d'une nouvelle demande passe de 6 mois à un an. Vu l'augmentation de la moyenne d'âge des demandeurs, la probabilité d'un changement des besoins à court terme augmente.

Articles 353 (1) et 357 – Facturation des AEV à la personne dépendante/AAI

La COPAS ne peut accepter l'interdiction formelle de facturer des AEV à la personne dépendante à domicile (cf. art. 357).

La facturation doit être possible dans les cas suivants:

- actes non repris sur la synthèse, prestés en supplément à la demande de la personne dépendante;
- actes prestés à la place de l'aidant en cas d'empêchement temporaire de ce dernier et ne donnant pas lieu à un changement du partage (congé, maladie de courte durée).

La conversion du soutien spécialisé en AAI à hauteur de maximum 5h dont seulement 1h en individuel correspond à une réduction massive de ce type de prestation. Ceci va à l'encontre de toute idée de prévention étant donné que l'objectif des AAI est „l'apprentissage ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de réaliser les AEV ou de limiter l'aggravation de la dépendance“.

Au sein d'une équipe multidisciplinaire, cette mesure entraînera une perte en personnel qualifié (éducateurs, infirmiers, thérapeutes) et donc une perte en qualité dans la prise en charge de la personne dépendante.

La réduction du personnel qualifié est par ailleurs une entrave sérieuse à la sécurité de la personne dépendante.

La COPAS revendique qu'un forfait de 5 heures d'AAI soit attribué à chaque bénéficiaire et que la forme des prestations (individuel ou en groupe) puisse être adaptée en fonction des besoins de la personne.

Elle revendique en outre qu'un facteur de majoration aux AAI (à définir par règlement grand-ducal) soit attribué au moment de l'évaluation du bénéficiaire présentant des troubles comportementaux graves telle qu'une pathologie démentielle avancée ou un handicap mental profond.

Article 353 (2) – Garde de la personne dépendante

La réduction des gardes individuelles de jour à 7 heures maximum, sauf en cas de gravité exceptionnelle, augmente le risque d'isolement social et constitue une perte en qualité de vie aussi bien pour le bénéficiaire que pour son entourage.

En ce qui concerne la garde en groupe en centre semi-stationnaire de 40 heures par semaine, la définition de la taille du groupe (coefficient d'intensité) et de la qualification du personnel fait défaut. Ces facteurs auront un impact qualité considérable et influenceront le maintien en place des équipes multidisciplinaires.

Il ne faut pas compromettre l'existence des centres semi-stationnaires, maillon incontournable du concept du maintien à domicile.

Article 353 (3) – Formation de l'aidant

L'introduction d'une formation pour les aidants est très louable. Cependant, il n'est ni clair si les 6 heures correspondent à des cours individuels ou en groupe ni quels sont les critères d'attribution.

A défaut d'une disposition réclamant une preuve de qualification, la COPAS propose d'obliger tous les aidants à effectuer la formation prévue par l'assurance dépendance et de lier le droit aux prestations en espèces à l'accomplissement d'une formation de base.

Les prestataires d'aides et de soins ont déjà pris des initiatives dans ce domaine dans le passé et une expertise en matière de contenu de ces formations existe. La qualification requise/admise des formateurs devra correspondre à celle des professionnels prestant actuellement les actes de conseil.

Article 354 dernier alinéa et article 350 (10) – Droit au maintien aux prestations en espèces au moment de l'ouverture du droit aux soins palliatifs; forfait 780 minutes de besoins en soins

Il y a lieu de préciser que le forfait de 780 minutes reste acquis nonobstant le forfait de prestations en espèces accordé. Il ne peut donc pas y avoir d'impact financier résultant d'un plan de partage en situation de soins palliatifs.

Article 355 – Affiliation assurance pension de l'aidant

La COPAS comprend que la prise en charge des cotisations accordée de façon „forfaitaire“ pourra être à temps plein ou à mi-temps (20/40) et se limitera aux aidants non-salariés, la prise en charge pour les aidants salariés se fera au prorata des heures prestées pour assurer des aides et soins.

Article 356 – Prise en charge des aides techniques

Il faut remarquer que le texte „une liste *proposée* par la Commission consultative“ n'est pas en ligne avec l'article 387 qui limite la mission de la Commission consultative à „aviser“ les modalités. La COPAS propose de clarifier ce point.

La COPAS demande que l'installation d'un appel d'assistance (Télé-alarme, Help-line, ...) ainsi que les frais d'abonnement soit également pris en charge.

Article 357 – ESC (Etablissement à séjour continu)

La COPAS ne peut accepter l'interdiction formelle de facturer des AEV à la personne dépendante en établissement. La facturation doit être possible dans les cas suivants:

- actes non repris par la synthèse, prestés en supplément à la demande de la personne dépendante.

Pour les AAI, les mêmes commentaires que ceux avancés dans le cadre du maintien à domicile s'appliquent aux ESC:

La conversion du soutien spécialisé en AAI à hauteur de maximum 5h dont seulement 1h en individuel correspond à une réduction massive de ce type de prestation. Ceci va à l'encontre de toute idée de prévention étant donné que l'objectif des AAI est „l'apprentissage ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de réaliser les AEV ou de limiter l'aggravation de la dépendance“.

Au sein d'une équipe multidisciplinaire, cette mesure entraînera une perte en personnel qualifié (éducateurs, infirmiers, thérapeutes) et donc une perte en qualité dans la prise en charge de la personne dépendante.

La COPAS revendique qu'un forfait de 5 heures d'AAI soit attribué à chaque bénéficiaire et que la forme des prestations (individuel ou en groupe) puisse être adaptée en fonction des besoins de la personne.

Elle revendique en outre qu'un facteur de majoration aux AAI (à définir par règlement grand-ducal) soit attribué au moment de l'évaluation du bénéficiaire présentant des troubles comportementaux graves telle qu'une pathologie démentielle avancée ou un handicap mental profond.

La COPAS revendique pour tout bénéficiaire l'attribution d'un forfait de 360 minutes en AA et se propose de contribuer à l'élaboration des objectifs de ces prestations.

La COPAS demande que l'installation d'un appel d'assistance (Télé-alarme, Help-line, ...) soit également prise en charge.

Article 358 (1) – ESI

Selon l'article 358 (1) de la loi actuelle, le bénéficiaire peut alterner des périodes de séjour en établissement d'aide et de soins à séjour intermittent (ESI) avec des périodes à domicile. Sachant que le projet de loi introduit des prestations différentes selon le lieu de séjour (AA versus gardes individuelles ou en groupe), le bénéficiaire aura besoin de deux synthèses: une pour son séjour à domicile destiné au RAS/AI et une pour son séjour stationnaire destiné à l' ESI.

Article 358 (3) – Partage ex-post abrogé

La disposition donnant la possibilité de modifier rétroactivement la répartition des prestations en nature et en espèces est abrogée avec l'argument qu'une facturation ex-post (c.-à-d. facturation à caractère variable due à une modification systématique et nécessaire du partage) n'est plus envisagée dans le cadre d'une prise en charge forfaitaire.

Une telle approche est contraire aux objectifs du projet de réforme, à savoir:

- la priorité au maintien à domicile avant l'hébergement en institution; ce qui, dans le secteur du handicap, n'est pas forcément garanti en cas de rigidité dans les modalités de partage;
- une augmentation de la flexibilité dans la prise en charge; ce qui, surtout dans le secteur du handicap, n'est plus garanti par une rigidité des modalités de partage fixé par l'Autorité et sans possibilité d'adaptation selon les besoins.

La COPAS insiste sur le maintien de l'article 358, alinéa 3.

Article 359 – Augmentation momentanée du besoin en AEV

Les AEV pouvant être prestés en supplément de la synthèse pour un besoin augmenté momentané résultant d'une hospitalisation de sept jours consécutifs passent de actuellement 3,5 heures à 45 minutes par semaine pendant 8 semaines.

La COPAS demande que cette mesure soit adaptée au concept du virage ambulatoire qui préconise le retour rapide du patient dans son milieu de vie habituel. Il n'est ni acceptable de considérer une condition d'hospitalisation minimale de 7 jours, ni de diminuer le temps supplémentaire accordé pour la prise en charge à 45 minutes.

La COPAS estime que le prestataire doit avoir le droit de dépasser le forfait alloué de 2 niveaux pendant la période déterminée.

Article 361 – Projet d'actions expérimentales

La COPAS regrette que les projets d'actions expérimentales soient abolis alors que ce concept permettait de mettre en place et d'évaluer des initiatives innovatrices et créatives.

Article 362 – Modalités de prise en charge en attente d'une évaluation, d'une synthèse

La COPAS s'oppose à ce que les prestations prises en charge entre la date de la demande et l'établissement de la synthèse soient limitées aux prestations accordées a posteriori. Le prestataire doit établir son plan de prise en charge provisoire correspondant aux besoins de la personne et effectuer les soins nécessaires. Ceci vaut d'autant plus que la première demande est souvent précédée d'une hospitalisation aiguë et que les besoins de la personne sont élevés après la sortie de l'hôpital pour s'équilibrer par la suite.

La COPAS propose la facturation du forfait par semaine, correspondant au temps réellement investi dans la prise en charge.

Les mêmes modalités s'appliquent en cas de décès de la personne pendant la période précédant la date de la décision, indépendamment d'une évaluation réalisée ou non par l'Autorité.

Article 366 (1) dernier alinéa – Demande en réévaluation

Ad 3)

Les modalités de transcription de la synthèse établie pour la prise en charge à domicile en synthèse pour l'établissement d'aides et de soins sont à définir étant donné que les prestations ne sont plus les mêmes.

La COPAS ne s'oppose pas à ce que le changement fondamental des circonstances soit constaté par un médecin mais souhaite que le délai défini soit maintenu à 6 mois.

Article 384bis – Contrôle tous les 2 ans

La COPAS se félicite de l'introduction d'un contrôle qualité et souhaite être impliquée lors de la détermination des critères d'évaluation.

Les résultats des contrôles biennaux étant mis à disposition des instances concernées, la COPAS revendique une procédure contradictoire antérieure à la publication du rapport.

Pour la COPAS, il est primordial que le choix de l'outil de documentation des soins reste sous la responsabilité des prestataires.

Article 385 – Pouvoir de l'Autorité

La COPAS demande que les avis de l'Autorité à portée individuelle soient motivés de façon à ce que l'attribution ou le refus, voire la réduction d'une prestation, soient transparents pour le bénéficiaire et le prestataire.

Article 386 b) alinéa 1 – Accessibilité de la documentation par voie électronique

La COPAS constate qu'il y a confusion dans le projet de loi entre le dossier de soins visé à l'art. 60bis et le dossier de soins partagé national (DSP).

En effet, selon le nouvel alinéa 1 de l'article 386, l'Autorité pourrait requérir le dossier de soins visé à l'article 60bis. Le commentaire des articles indique que l'Autorité peut consulter le dossier de soins partagé visé à l'article 60bis. Toutefois, l'article 60bis ne vise pas le dossier de soins partagé.

Le DSP, qui est individuel et personnel, ne peut être un outil de contrôle d'autant plus que le bénéficiaire d'aide et de soins peut à tout moment masquer des informations dans le dossier. Le DSP ne remplace pas le dossier de soins et ne le dédouble pas non plus.

La COPAS propose de clarifier et de reformuler cet article.

La COPAS demande de prévoir une période transitoire de 2 ans afin de permettre aux prestataires de se conformer aux exigences informatiques du présent article.

Article 387 – Commission consultative

La composition de la Commission consultative et ses missions de fond restent inchangées malgré l'information relayée dans le commentaire des articles.

Il ne s'agit malheureusement pas d'une fusion des 3 commissions (Commission consultative, Commission qualité et Commission des normes) telle que mentionnée. La mission de la Commission consultative se limite à aviser des projets finalisés. Elle ne reprend donc pas les missions des 2 autres commissions ayant des missions d'élaboration de propositions.

L'objectif de la COPAS est d'institutionnaliser les travaux entre partenaires en vue d'élaborer des lignes directrices, des standards et des normes. L'abolition des 2 commissions (Commission des normes et Commission qualité) entraîne la disparition des seules plateformes de travail entre partenaires.

Il est prévu que la Commission consultative soit saisie pour avis relatif aux règlements grand-ducaux suivants:

- RGD définissant l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le relevé-type et le référentiel des aides et soins utilisés dans le cadre des missions de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance ainsi que le formulaire type pour la synthèse de prise en charge (prévu à l'article 350, paragraphe 9);
- RGD définissant les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance ainsi que leurs termes pour le renouvellement périodique et la charge des frais d'entretien et de réparation des aides techniques (prévu à l'article 356, paragraphe 3, alinéa 4);
- RGD définissant les normes à respecter concernant la dotation et la qualification du personnel, les coefficients d'encadrement des groupes, les modalités et le contenu de la documentation de la prise en charge ainsi que les indicateurs de qualité de la prise en charge qui ont pour objet de permettre à l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance de mesurer la qualité de la prise en charge de la personne dépendante (prévu à l'article 387bis);
- RGD déterminant les critères et la procédure de négociation des valeurs monétaires (prévu à l'article 395).

Ces règlements grand-ducaux forment le cœur du système de l'assurance dépendance et la COPAS regrette de ne pas avoir été impliquée dans la conceptualisation et la définition des détails.

Il faut remarquer que le texte en question (art. 356) „une liste *proposée* par la Commission consultative“ n'est pas en ligne avec l'article sous rubrique qui limite l'impact à „aviser“ – la COPAS propose de clarifier ce point.

La COPAS exprime donc son désaccord profond avec la limitation de son rôle qui lui est imposée et la perte d'impact en ce qui concerne l'élaboration et la préparation de modèles futurs. Elle revendique la mise en place d'une Commission des normes qui fixe entre autres les normes de qualification de façon paritaire.

Article 387bis – Normes et indicateurs de qualité Abolition de l'ancien article 387bis

L'abolition pure et simple de la Commission qualité n'est pas opportune. Au contraire, il est absolument nécessaire de maintenir une plateforme regroupant les professionnels des soins au niveau national où l'élaboration et la mise en place de normes et de standards peuvent être discutées d'un point de vue des aides et soins plutôt que d'un point de vue technique, administratif ou financier.

La COPAS revendique le maintien de l'article 387bis.

Nouvel article 387bis

La COPAS salue la volonté politique d'instaurer des normes et indicateurs qualité comme outil de gestion de l'activité des prestataires.

Cependant, elle fait remarquer que le contrôle qualité présuppose l'intervention d'un personnel correctement qualifié par spécialité. Les futures normes concernant la dotation et la qualification du personnel doivent donc tenir compte du besoin en personnel spécialisé tels que qualitatifs, diététiciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes et infirmiers en soins palliatifs.

La COPAS peut être d'accord avec l'option de fixer par règlement grand-ducal des normes de qualité (dotation et qualification du personnel), ainsi que les indicateurs de mesure. Toutefois elle est d'avis qu'il serait préférable d'élaborer un règlement grand-ducal par thème au lieu d'opter pour un seul règlement couvrant ces 4 domaines fondamentalement différents:

- normes concernant la dotation et la qualification du personnel;
- coefficients d'encadrement de groupe;
- modalités et contenu de la documentation de prise en charge;
- indicateurs de qualité de la prise en charge.

Le non-respect des normes est susceptible d'entraîner une procédure devant la Commission de surveillance en vue de la récupération de la partie indue de la valeur monétaire payée par la Caisse

Nationale de Santé. La COPAS propose d'introduire une décote administrative pour régler les cas éventuels de non-respect des normes et standards. Il lui semble exagéré et administrativement fastidieux de la part de la CNS d'entamer une procédure devant la Commission de surveillance en vue de récupérer les revenus indûment perçus pour un manquement administratif qui pourrait être réglé par une décision présidentielle d'octroi d'une décote. Les modalités pratiques en cas de sous-traitance restent à définir par la convention-cadre.

Article 388bis – Convention-cadre

La COPAS note que la délimitation géographique telle que définie dans la convention-cadre actuellement en vigueur est reprise dans le texte de loi et lui donne une valeur juridique supérieure.

Article 393 – Commission de surveillance

Paragraphe 2, alinéa 2, point 5)

Le DSP ne doit pas englober la totalité de la documentation des soins qui constitue un outil de travail interne des prestataires de soins. Le DSP ne doit contenir que les informations nécessaires aux autres prestataires de santé au niveau national (médecins, pharmacies, hôpitaux, ...) en vue de la continuité des soins. Il n'est en aucun cas pertinent de l'alimenter de chaque prestation d'aides et de soins.

La COPAS propose la teneur suivante:

- 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les *éléments nécessaires à la continuation des soins*, dès lors que l'assuré ne s'y est pas explicitement opposé;

Article 395 – Valeurs monétaires (VM)

(1) La COPAS est d'avis que le maintien de 4 valeurs monétaires distinctes est une bonne décision.

La COPAS estime qu'un tarif journalier pour les centres psycho-gériatriques (CPG) et les centres semi-stationnaires (CSS) serait mieux adapté à la spécificité de ces structures.

(2) Les valeurs monétaires sont actuellement (donc pendant l'année courante N) calculées sur base des données de l'année précédente (N-1) et sont applicables pour l'exercice suivant (N+1) et ce pendant un an. Actuellement, un laps de temps de deux ans s'écoule donc entre les chiffres réels de l'exercice et leur prise en compte pour la valeur monétaire. Afin d'éviter des écarts trop importants, la détermination de la valeur monétaire prend en compte divers facteurs tels que le glissement des carrières estimé, le référentiel temps de travail, le taux de cotisation ainsi qu'un facteur de pondération permettant l'utilisation de coefficients de qualification.

Il n'est pas clair si le projet de réforme garde le système de détermination des valeurs monétaires actuel se basant sur une année ou prévoit une détermination sur base des deux exercices précédents. Ainsi, les données de l'année précédente (N-1) et les données de l'année antérieure (N-2) seraient prises en compte pendant l'année de négociation de la valeur monétaire (N) pour une application pendant les 2 années suivantes (N+1) et (N+2). Cette méthode entraîne un décalage dans le temps jusqu'à trois ans (par rapport à deux ans actuellement). Cet intervalle est important. L'estimation de facteurs influençant la VM sera difficile à apprécier et le risque d'erreur de projection non négligeable pouvant entraîner des problèmes de financement pendant deux années. Les salariés du secteur sont conventionnés (convention collective SAS, FHL ou Etat). Dans le cas d'une renégociation salariale, les impacts seraient, au mieux, reconnus avec un décalage de 2 ans.

Par contre, ce schéma a pour avantage de lisser les effets ponctuels d'une année sur l'autre.

Nous lisons et interprétons la détermination de la valeur monétaire comme suit:

Figure 1 – Calendrier et effet de la négociation Valeur Monétaire

Année		0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Actuel	Calendrier	N-1	N	N+1							
	Effet	■									
	Calendrier		N-1	N	N+1						
	Effet	■									
	Calendrier			N-1	N	N+1					
	Effet	■									
Réforme	Calendrier	N-2	N-1	N	N+1	N+2					
	Effet	■									
	Calendrier			N-2	N-1	N	N+1	N+2			
	Effet	■									
	Calendrier					N-2	N-1	N	N+1	N+2	
	Effet	■									

Source: COPAS

(3) La norme concernant la dotation et la qualification du personnel et les coefficients d'encadrement du groupe sont fixés par règlement grand-ducal et serviront de pondération à la valeur monétaire.

La COPAS revendique un coefficient supplémentaire en vue du financement d'une couverture nationale par les réseaux d'aides et de soins.

Par ailleurs, la détermination des critères et les procédures de négociation des valeurs monétaires seront prévues par règlement grand-ducal qui n'est pas disponible non plus. La COPAS propose de baser la nouvelle méthodologie sur la qualification théorique requise du personnel pour garantir la qualité des soins. Cette qualification théorique représente la mixité du personnel en train d'être élaborée dans le cadre de la Commission des normes.

La COPAS se réserve le droit d'émettre ses commentaires une fois les règlements grand-ducaux à disposition.

(4) Les données remises par les organismes gestionnaires de l'assurance dépendance sont actuellement plus exhaustives que celles indiquées dans le projet de loi. La date de remise de ces informations est fixée au 15 juillet. Historiquement, les dates de remise sont, pour la première partie, le 15 juillet et, pour l'autre partie, le 30 août. La COPAS ne voit pas d'objection à fixer une date de remise au 15 juillet si celle-ci se limite aux documents mentionnés dans cet article.

Ce paragraphe prévoit une remise annuelle de documents se rapportant aux deux derniers exercices. Ceci n'est pas nécessaire car les informations de l'exercice N-2 auront déjà été communiquées à la CNS.

Article 395bis – Facteur d'ajustement

L'article 395bis fait une référence fautive à l'article 353 alinéa 2 qui devrait se lire article 353 paragraphe 1, alinéa 2.

Pour être efficace, le facteur d'ajustement doit prendre en compte les besoins réels de la population. L'introduction de forfaits AEV comporte des avantages et des inconvénients. La fluctuation des besoins réels de la population bénéficiaire engendre un risque important pour les prestataires. Un forfait est défini par la moyenne des minutes à l'intérieur d'un intervalle minimum et maximum. Ce forfait est économiquement viable si l'ensemble de la population est réparti de manière homogène au sein de cet intervalle.

Il ne faut pas confondre la valeur monétaire avec le facteur d'ajustement, ce sont deux principes totalement différents:

- la valeur monétaire tient compte des coûts salariaux ainsi que des frais généraux pour sa détermination et donc du respect des bonnes pratiques au sein de chaque institution sur ses activités et sur les dotations/qualifications de son personnel;

- un facteur d'ajustement par niveau de besoin pourrait mieux refléter les variations des besoins réels de la population en matière d'assurance dépendance.

La COPAS comprend que le facteur d'ajustement est limité aux forfaits AEV.

Il est prévu que la CNS communique à l'IGSS au plus tard pour le 1^{er} mai de chaque année impaire (N) les variations des activités des prestataires ainsi que les statistiques des dotations et qualifications du personnel au cours des 3 années précédentes. Or, les informations relatives aux dotations et qualifications ne sont transmises, pour l'exercice précédent (N-1), que le 15 juillet à la CNS. Dès lors seules les deux années précédentes disponibles sont prises en compte ((N-2) et (N-3)), soit les années (N-2), (N-3) et (N-4) seront retenues. Aussi, on peut se demander si la validité d'une telle approche est encore donnée avec un décalage d'application de 5 ans.

Ainsi, le facteur d'ajustement ne peut et ne doit pas être une variable d'ajustement pour limiter les coûts de l'assurance dépendance, au risque d'avoir une répercussion visible et durable sur la qualité des soins aux bénéficiaires. Il est inacceptable que la croissance économique nationale puisse influencer de façon indirecte le droit individuel en soins en diminuant le forfait correspondant à un même niveau. Il est également inconcevable qu'il puisse remettre en cause les négociations de la valeur monétaire. Enfin, tel que présenté, les critères démographiques retenus pour le facteur d'ajustement ont un impact double: ils sont déjà naturellement présents avec la variation du nombre de forfaits liés à l'accroissement de la population, et il n'est donc pas nécessaire de les considérer séparément dans la détermination du facteur d'ajustement.

Nous lisons et interprétons la détermination de la valeur monétaire et facteur d'ajustement comme suit:

Figure 2 – Calendrier, effet et comparatif entre la Valeur Monétaire et le Facteur d'ajustement

Année		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Valeur Monétaire	Calendrier			N-2	N-1	N	N+1	N+2				
	Effet											
	Calendrier					N-2	N-1	N	N+1	N+2		
	Effet											
Facteur d'ajustement option 1	Calendrier			N-3	N-2	N-1	N	N+1	N+2			
	Effet											
	Calendrier					N-3	N-2	N-1	N	N+1	N+2	
	Effet											
Facteur d'ajustement option 2	Calendrier		N-4	N-3	N-2		N	N+1	N+2			
	Effet											
	Calendrier				N-4	N-3	N-2		N	N+1	N+2	
	Effet											

Source: COPAS

Le commentaire des articles prévoit qu'un premier rapport sera établi en 2019. Celui-ci se fera donc sur base des données de 2015, 2016 et 2017. Vu les changements fondamentaux que la réforme impliquera sur le terrain, la COPAS est d'avis que le rapport élaboré sur base des années antérieures à la réforme ne pourra apporter le résultat souhaité.

Articles 7-11 – Dispositions transitoires

La COPAS propose d'ajouter les dispositions transitoires supplémentaires:

- Transition PPCH – synthèse

La transition des plans de prise en charge existants aux synthèses prévues après la date de mise en vigueur doit être clairement définie par des règles de conversion.

- Mise en conformité – accès informatique en vue du contrôle

En matière de mise en conformité pour l'accès informatique destiné au contrôle (art 386 (1)), la COPAS demande une période transitoire de 2 ans.

- Valeur monétaire 2017

La COPAS suggère d'ajouter au projet de loi la possibilité de négocier la valeur monétaire 2018 au lieu de la fixer sur base des négociations ayant lieu en 2016. Au moment de ces négociations ni

l'impact de la réforme, ni l'impact de la transposition de l'accord salarial de la fonction publique sont connus. Il est important de garantir aux prestataires que la valeur monétaire soit adaptée rapidement aux réalités du terrain.

- Financement de la transition

Il faut considérer les coûts liés aux changements informatiques (documentation des soins, reporting qualité et facturation) et à la formation du personnel y relative.

Article 12 – Mise en vigueur

Vu qu'au moment de la rédaction de cet avis (mi-octobre 2016), les règlements grand-ducaux n'ont pas encore été déposés, situation combinée à la technicité des modifications prévues, la COPAS émet des doutes quant à la faisabilité d'une mise en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Les changements à prévoir, tels que la transposition des anciens plans de prise en charge en prestations prévues par la nouvelle loi ne sont pas à sous-estimer et les prestataires ne pourront accepter un financement par avances qui ne permet aucune analyse financière, budgétisation et gestion des ressources humaines.

La COPAS demande une période transitoire d'une année à partir de la date de publication de tous les règlements grand-ducaux relatifs à cette loi.

Fiche financière

La fiche financière présente plusieurs incohérences. L'IGSS a estimé par exemple que l'impact financier pour les activités d'appui à l'indépendance à domicile est négligeable tandis qu'il est de 30 millions d'euros pour les établissements.

En l'absence des RGD, la COPAS n'est pas en mesure d'estimer l'impact de la réforme. Elle se réserve le droit de communiquer ultérieurement une estimation de l'impact financier et emploi.

Ensuite, l'IGSS a estimé les impacts des mesures BNG et de la réforme sur le budget de l'Etat. Les mesures BNG sont liées aux mesures 256 et 257 (gel de la valeur monétaire et application de critères plus restrictives). Le tableau ci-après reprend les données de la fiche financière: la somme des impacts décrits (tableau page 96 en bas) ne cadre pas avec la variation avant réforme hors BNG et avant réforme avec BNG.

Figure 3 – Données financières sur l'impact budget de l'Etat de la réforme

		en M€ – selon fiche financière	2015	2016	2017	2018	2020	2025	2030
Tableau p. 96 haut	avant réforme (hors BNG) – (A)	233,6	243,9	247,7	257,8	282,9	373,2	517,7	
	avant réforme (BNG) – (B)	231,5	238,2	237,1	240,6	260,7	343,1	474,6	
	après réforme – (C)			242,4	249,3	270,5	356,6	494,3	
	Impact budget Etat – (F) (C)-(A) sauf pour 2015/2016: (B)-(A)	-2,1	-5,7	-5,3	-8,5	-12,4	-16,6	-23,4	
Tableau p. 96 bas	Mesure 256 – gel valeur monétaire – (D)	-6,0	-6,0	-7,9	-10,1				
	Mesure 256 – application efficiente des critères – (E)	-0,8	-2,8	-4,8	-5,6				
	Total impact BNG détaillé – selon IGSS (G) (D)+(E)	-6,8	-8,8	-12,7	-15,7				
	Impact BNG selon IGSS et tableau p. 96 haut (H) (B)-(A)	-2,1	-5,7	-10,6	-17,2	-22,2	-30,1	-43,1	
	Impact de la réforme basé sur la situation après BNG (F)-(H)	0,0	0,0	+5,3	+8,7	+9,8	+13,5	+19,7	

Source: IGSS, COPAS

Par ailleurs, les valeurs monétaires 2014, 2015 et 2016 ont été figées. Seul un facteur d'ajustement de +2,2% a été appliqué pour la VM2016. Bien que l'application efficiente des critères d'octroi ait obligé les prestataires de revoir leur mode de fonctionnement ainsi que la composition des équipes, il est difficilement prévisible d'augmenter les économies faites par l'Etat sur la valeur monétaire de 32%

et 68% respectivement pour les années 2017 et 2018, la négociation n'ayant pas encore commencée! Quant à l'année 2016, les économies prévues sont stables alors que la hausse de la valeur des prestations (2,9%) est supérieure au facteur d'ajustement de 2,2%.

Enfin, dans le cadre des mesures de transition, le budget 2016 de l'assurance dépendance établi par la CNS en novembre 2015 prévoit une provision de l'ordre de 35,2 (12,9 + 22,3) millions d'euros et non de 30 millions d'euros tel qu'indiqué.

Nous lisons et interprétons la fiche financière comme suit:

Figure 4 – Estimation de l'impact financier des mesures de transition

<i>en M€</i>	2015	2016	2017	2018
Selon budget de l'Etat ^(*)	0	0		
Selon fiche financière pour budget Etat		15	10	5
Selon budget assurance dépendance ^(**)	13,4	22,3		
Selon fiche financière pour budget assurance dep.	30			

* Il est prévu d'inclure dans le projet de loi relative au budget de l'Etat 2017 une disposition transitoire.

** Le budget 2016 prévoit un montant de 12,9 MEUR pour 2015, tandis que le décompte 2015 présente 13,4 MEUR

Source: COPAS

Le gain des mesures du paquet d'avenir s'élèvent à 44 MEUR pour l'Etat (années 2015 à 2018). Il n'est pas clair si, sur cette économie, seul 12 MEUR sont prévus d'être reversés avec la mesure de transition. De manière générale, la fiche financière manque de précision selon que les montants traités représentent ou non uniquement la quote-part de 40% de l'Etat.

Par ailleurs, la COPAS ne retrouve dans la loi budgétaire pour l'exercice 2016 ni crédit ni provisions pour la mesure de transition telle que décrite¹. Le projet de loi budgétaire pour l'exercice 2017 prévoit 10 MEUR pour 2017 et 5 MEUR pour 2018 (article 42.009), soit un total de 15 MEUR sur les 30 MEUR prévus.

Toutefois, dans le budget pluriannuel, les dépenses prévues sont systématiquement supérieures aux dépenses avant réforme (hors BNG), avant réforme (BNG) et après réforme tel que repris ci-dessus. Ces dépenses prévues portent par ailleurs la mention „Crédit non limitatif et sans distinction d'exercice“.

Figure 5 – Tableau comparatif entre le budget pluriannuel et la fiche financière

Année	Budget pluriannuel (A)	Fiche Financière			Crédit restant non utilisé (A)-(B)
		avant réforme (hors BNG) (B)	avant réforme (BNG)	après réforme	
2014	233.486.000	231.800.000	231.800.000		1.686.000
2015	247.616.210	233.600.000	231.500.000		14.016.210
2016	257.526.560	243.900.000	238.200.000		13.626.560
2017	270.045.782	247.700.000	237.100.000	242.400.000	22.345.782
2018	283.719.729	257.800.000	240.600.000	249.300.000	25.919.729

Source: budget.public.lu, COPAS

Ainsi, il n'est pas nécessaire de modifier le budget pour l'exercice 2016, les fonds pour la mesure de transition peuvent être couverts par le crédit restant non utilisé, non limitatif et sans distinction d'exercice.

1 <http://www.budget.public.lu/lu/budget2016/links-dokumenter/dokumenter/de-budget2016/pb2016prsiteinternet.xlsx>

Fiche d'évaluation d'impact

(5) La simplification administrative est valable exclusivement pour l'administration.

(6) La réforme introduit une facturation des AEV par niveau de besoin. Il est donc évident que les systèmes de facturation doivent être adaptés à ces nouvelles exigences. Le coût de ces adaptations ne peut être estimé une fois le cahier de charges élaboré.

Les prestataires devront mettre à disposition de l'Autorité la documentation des soins sous forme électronique (Art. 386 nouvel alinéa 1).

Ces obligations exigent des prestataires la mise en place d'un système informatique, nouvelle disposition du projet de loi. Si jamais une uniformisation de l'outil de documentation est envisagée, les investissements effectués dans le passé seront perdus et de nouveaux investissements seront nécessaires sans compter les besoins en formation. Ces investissements seront loin d'être négligeables.

(7) Le projet de loi exige à l'Art. 393 (5) la mise à jour du DSP pour chaque prestation. Cette exigence est contraire à la philosophie du DSP qui ne doit pas englober la totalité de la documentation des soins qui est un outil de travail interne des prestataires de soins. Le DSP ne doit contenir que les informations nécessaires pour les autres prestataires de santé (médecins, pharmacies, hôpitaux, ...) en vue de la continuation des soins et les documents du DSP ne sont nullement prévus comme base de contrôle des prestataires.

*

CONCLUSION

La COPAS s'interroge sur la visée de cette loi qui n'apporte aucune plus-value par rapport au dispositif actuel, bon nombre de dispositions ayant des conséquences négatives sur la qualité de la prise en charge.

La COPAS insiste à ce que des amendements relatifs à ses revendications soient introduits afin d'améliorer le système de prise en charge pour les générations futures.

Il va de soi que la COPAS se prononcera définitivement sur cette réforme dans sa globalité après l'analyse du contenu des règlements grand-ducaux non encore déposés.

*

AVIS DE LA CHAMBRE DES FONCTIONNAIRES ET EMPLOYÉS PUBLICS

(11.10.2016)

Par dépêche du 4 juillet 2016, Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale a demandé l'avis de la Chambre des fonctionnaires et employés publics sur le projet de loi spécifié à l'intitulé.

Le projet en question a pour objet de réformer le régime de l'assurance dépendance tel qu'il a été introduit par la loi du 19 juin 1998 dans le Code de la sécurité sociale et modifié aux mois de décembre des années 1998, 1999 et 2005.

Après presque deux décennies d'application de ce régime, et compte tenu de plusieurs études établissant un bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'assurance dépendance, le programme gouvernemental pour la législature 2013-2018 a constaté qu'une „*réforme structurelle de l'assurance dépendance permettant la maîtrise globale de l'évolution des dépenses et des prestations s'impose*“ et retenu qu'il faudra „*assurer la viabilité à long terme de l'assurance dépendance*“. Tels sont donc les objectifs du gouvernement et du projet de loi sous avis.

Dans son avis n° A-1394 du 20 décembre 1996 sur le projet de loi portant introduction de l'assurance dépendance, la Chambre des fonctionnaires et employés publics avait accueilli favorablement la création d'une assurance prenant soin de ceux des membres de la société qui ne sont plus à même d'accomplir les actes essentiels de la vie, mesure qui était une revendication de longue date de la Fonction publique.

Ainsi, la Chambre avait constaté que le projet de loi introduisant l'assurance dépendance „*répond à une revendication que la Fonction Publique avait posée il y a deux décennies déjà et qu'elle a depuis*

régulièrement rappelée. Il va sans dire qu'une société civilisée se doit de prendre soin de ceux de ses membres qui, pour quelque raison que ce soit, ne sont plus en mesure d'accomplir les actes essentiels de la vie sans l'assistance périodique ou régulière d'une tierce personne, parente si possible, ou professionnelle ad hoc dans la négative".

Par ailleurs, compte tenu de certains principes – tels que la priorité aux prestations en nature, la priorité au maintien à domicile et la priorité à la réhabilitation – la Chambre avait mis l'accent sur la nécessité de garantir la qualité des aides et soins fournis aux personnes dépendantes.

Pour ce qui est du projet de loi sous avis, elle insiste toujours pour que les aides et soins fournis aux personnes qui, aux termes des dispositions du Code de la sécurité sociale en vigueur ainsi que dudit projet, ne sont plus capables d'effectuer „*les actes essentiels de la vie*“ soient d'une qualité irréprochable.

Selon le nouvel article 349 que le projet de loi prévoit d'insérer dans le Code de la sécurité sociale, et qui reprend presque mot pour mot le texte actuellement en vigueur, les prestations en question seront assurées „*conformément aux bonnes pratiques en la matière*“ et „*dans un souci d'économie tout en respectant les besoins du bénéficiaire*“. Cette formulation, à elle seule, n'est pas rassurante si l'on considère qu'aussi bien „*l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le relevé-type et le référentiel des aides et soins utilisés dans le cadre des missions de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance*“ que le „*formulaire type pour la synthèse de prise en charge*“ ne seront déterminés qu'ultérieurement par règlement grand-ducal.

Selon le paragraphe (9) du nouvel article 350 du Code de la sécurité sociale, ledit règlement grand-ducal „*peut*“ en outre définir de façon forfaitaire le temps requis pour différentes pathologies et situations cliniques.

La détermination des conditions et des modalités suivant lesquelles les aides techniques relatives à des soins palliatifs seront accordées est également laissée à un futur règlement grand-ducal. De même, ce sera un règlement grand-ducal qui pourra préciser „*les modalités d'ouverture du droit aux prestations prévues*“ (nouvel article 350, paragraphe (10)).

Concernant les enfants, „*les modalités de la détermination de la dépendance*“ et les modalités d'application des mesures prévues à l'article 354 du Code de la sécurité sociale seront aussi déterminées par un tel règlement.

Le projet de loi fixe le cadre des aides techniques qui pourront être prises en charge pour permettre à la personne dépendante de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie, mais ce sera encore par voie de règlement grand-ducal que „*les limites, les conditions et les modalités de l'intervention de l'assurance dépendance*“ à l'égard de la personne dépendante restant à son domicile seront définies (nouvel article 356, paragraphe (1)). Une liste, à publier dans le cadre d'un autre règlement grand-ducal, indiquera par ailleurs les différentes aides techniques prises en charge et la période de renouvellement de celles-ci (nouvel article 356, paragraphe (3)).

Dans le contexte des personnes dépendantes aidées et soignées à domicile, un règlement grand-ducal supplémentaire déterminera, entre autres, „*les modalités et le contenu de la documentation de la prise en charge ainsi que les indicateurs de qualité de la prise en charge*“ (nouvel article 387bis).

Finalement, il y a lieu de mentionner un règlement grand-ducal qui est à prendre en vue de fixer „*les critères et la procédure de négociation des valeurs monétaires*“, c'est-à-dire des tarifs des prestations à payer par l'assurance dépendance (nouvel article 395).

Les nouvelles dispositions que le texte sous avis prévoit d'insérer dans le Code de la sécurité sociale renvoient donc à bon nombre de règlements grand-ducaux d'exécution – la liste des références précitées n'étant pas exhaustive – pour régler les modalités d'application de certaines mesures qui seront prévues. Même si lesdites dispositions reprennent pour partie le texte en vigueur du Code de la sécurité sociale et que certaines des mesures y inscrites font déjà l'objet de précisions par des règlements grand-ducaux, la Chambre des fonctionnaires et employés publics fait remarquer que la future loi devrait au moins méticuleusement définir les objectifs à poursuivre à l'égard des personnes dépendantes.

Concernant les mesures qui seront nouvellement introduites et pour lesquelles il n'existe pas encore des règlements grand-ducaux d'exécution, la Chambre regrette que les projets afférents ne soient pas annexés au dossier lui soumis. En effet, l'élaboration des règlements d'exécution ensemble avec leur fondement légal a l'avantage de faciliter l'analyse du dossier, dans la mesure où ces textes fournissent des précisions sur les dispositions légales et qu'ils permettent d'éviter des situations de vide juridique pouvant résulter de l'absence de mesures d'exécution nécessaires ou même de l'oubli de les prendre.

Pour ce qui est de la formation de l'aidant, le projet de loi prévoit que celle-ci s'élèvera à six heures par an. La Chambre des fonctionnaires et employés publics estime que cette durée de formation n'est pas suffisante. Au lieu d'une formation se limitant à seulement six heures par an, il vaudrait mieux accorder une formation initiale de quelques jours aux aidants.

La Chambre approuve la réforme de la „Cellule d'évaluation et d'orientation“ qui dépend actuellement de l'Inspection générale de la sécurité sociale. En effet, le projet de loi sous avis prévoit de transformer ladite institution en une administration de l'Etat, dénommée „Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance“.

La Chambre s'attend à ce que cette nouvelle Autorité soit munie des moyens nécessaires afin de pouvoir répondre à ses tâches – notamment celle de contrôler si les aides et soins dispensés sont adéquats et si la qualité de ces prestations répond aux normes à définir par règlement grand-ducal – et conseiller les personnes protégées et leur entourage, de même que l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance (c'est-à-dire la Caisse nationale de santé), les prestataires ainsi que le public tout court.

D'un point de vue formel, la Chambre des fonctionnaires et employés publics signale que le titre de la loi citée au point 2) de l'intitulé ainsi qu'à la phrase introductive de l'article 4 du texte lui soumis pour avis s'écrit correctement de la façon suivante:

*„loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et **des** juridictions de la sécurité sociale“.*

De plus, elle fait remarquer que la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat – citée au point 3) de l'intitulé du projet de loi – a déjà fait l'objet de modifications depuis son entrée en vigueur. Il y a donc lieu d'ajouter l'adjectif „modifiée“ avant la date.

Considérant le grand nombre de règlements grand-ducaux prévus par le texte sous avis – qui sont encore à élaborer et dont le contenu, malheureusement inconnu de la Chambre, lui aurait permis de se faire une idée plus concrète de l'orientation politique de la réforme de l'assurance dépendance – et étant donné que l'examen des dispositions légales ensemble avec tous les règlements d'exécution est indispensable pour la compréhension et l'acceptation de l'intégralité des mesures prévues par la réforme, la Chambre des fonctionnaires et employés publics ne se voit pas en mesure de donner son aval au projet de loi lui soumis pour avis.

Ainsi délibéré en séance plénière le 11 octobre 2016.

Le Directeur,
G. MULLER

Le Président,
R. WOLFF

*

AVIS DE LA CHAMBRE DE COMMERCE

(12.10.2016)

Le projet de loi sous avis a pour objet de réformer la législation sur l'assurance dépendance, qui constitue l'une des cinq branches d'assurance obligatoire de la sécurité sociale à côté de l'assurance maladie-maternité, l'assurance accident (accidents du travail et maladies professionnelles), l'assurance pension (vieillesse, invalidité et survie) et les prestations familiales. Cette branche d'assurance est financée par (i) une contribution spéciale de chaque assuré, actif ou retraité, à hauteur de 1,4% de ses revenus (salaire, rente, pensions, revenu du patrimoine), (ii) une contribution de l'Etat (40% des dépenses totales de l'assurance dépendance) et (iii) une contribution du secteur de l'électricité¹ et sa gestion revient à la Caisse nationale de santé (ci-après, la „CNS“).

Le projet de loi sous avis entend procéder à une réforme structurelle de l'assurance dépendance en vue d'assurer la maîtrise globale de l'évolution des dépenses et des prestations et ainsi d'assurer la viabilité à long terme de l'assurance dépendance. Il modifie:

¹ Cette contribution spéciale consiste dans le produit de la taxe „électricité“ imputable à tout client final, autoproduction comprise, qui affiche une consommation annuelle supérieure à 1 million de kWh, à charge du secteur de l'énergie électrique, qui est affectée au financement de l'assurance dépendance.

- principalement le Code de la Sécurité Sociale: en premier lieu le livre V (40 articles) puis, dans une moindre mesure, le livre I^{er} (2 articles) et le livre VI (2 articles);
- mais également la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et juridictions de la sécurité sociale;
- ainsi que la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat².

Le présent projet de loi est censé **entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2017**. En raison de ce calendrier serré, la Chambre de Commerce se limitera, dans le présent avis, de mettre en exergue quelques interrogations fondamentales.

*

RESUME SYNTHETIQUE

La Chambre de Commerce relève la volonté du Gouvernement de réformer l'assurance dépendance en s'appuyant sur des objectifs de viabilité. Si elle en soutient le principe et les objectifs, la Chambre de Commerce émet néanmoins à l'égard du projet de loi sous avis certaines réserves d'ordre juridique et économique.

Sur un plan juridique, elle s'interroge en premier lieu sur l'entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} janvier 2017 alors que les règlements grand-ducaux ne sont toujours pas disponibles. La Chambre de Commerce se demande notamment comment les différents acteurs (administrations de l'Etat et prestataires de soins), pourront mettre en application les nouvelles dispositions législatives. La Chambre de Commerce s'interroge également quant à certaines dispositions laissées au pouvoir réglementaire pour déterminer certains points qu'elle juge essentiels et qui devraient, selon elle, figurer dans la loi.

Sur un plan économique, même si l'assurance dépendance semble connaître actuellement une situation budgétaire relativement favorable, des difficultés de financement sont néanmoins à craindre dans les prochaines décennies, sous l'effet en particulier du vieillissement de la population résidente.

Même sous le scénario démographique assez volontariste privilégié tant par le Groupe de travail sur le vieillissement (ci-après le „GTV“) que par les auteurs du projet de loi (population résidente dépassant le cap du million dès 2045), la proportion des personnes de plus de 70 ans devrait sensiblement croître au fil du temps entraînant une hausse des dépenses de l'assurance dépendance puisque ces personnes représentent près de 80% de celles-ci. Des scénarios démographiques moins volontaristes livrent des évolutions encore plus préoccupantes. Ainsi, si l'immigration nette devenait nulle à partir de 2018, la population résidente du Luxembourg plafonnerait à terme à 700.000 habitants. La proportion des personnes de 70 ans et plus passerait de 9,5% actuellement à 18,7% en 2045 (contre 13,6% dans le scénario précité) et même à 23,8% en 2060. Il serait dans ce cas impossible de garantir l'équilibre de l'assurance dépendance jusqu'en 2030 ou 2035 postulé dans l'exposé des motifs du projet de loi.

Dans ses projections de 2015, le GTV a prévu d'ailleurs une forte augmentation du ratio par rapport au PIB des dépenses de l'assurance dépendance, passant d'environ 1,5% du PIB actuellement à 3,2% du PIB en 2060 (scénario „1 million d'habitants“) ou même à quelque 5% en 2060 dans un scénario „stress test“. Il s'agirait, dans les deux cas, d'une augmentation bien plus importante que ne le laissent augurer les simulations présentées dans le projet de loi. Ces dernières sont par ailleurs difficiles à appréhender avec précision faute d'une identification précise de l'impact budgétaire de la réforme, qui constitue d'ailleurs un défi compte tenu de l'absence à ce stade des règlements grand-ducaux.

L'ensemble de ces projections et éléments de réflexion incitent la Chambre de Commerce à souligner avec insistance le risque financier majeur qu'occasionnerait tout attentisme dans le domaine de l'assurance dépendance. Les dépenses en cause doivent dès lors être scrutées de manière détaillée et proactive, sur un horizon de temps suffisamment long, à partir de scénarios identifiant correctement les risques et reposant sur diverses analyses de sensibilité. Le tout afin d'assurer la pérennité de cette branche essentielle pour la cohésion nationale et pour le bien-être social que vise l'assurance dépendance.

² Le projet de loi détermine de nouveaux grades pour les fonctions de médecin-directeur adjoint, médecin-directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Après consultation de ses ressortissants, la Chambre de Commerce n'est en mesure d'approuver le projet de loi sous avis que sous réserve de la prise en compte de ses remarques concernant l'entrée en vigueur du projet de loi et la soutenabilité financière de l'assurance dépendance.

*

Appréciation du projet de loi:

Compétitivité de l'économie luxembourgeoise	0
Impact financier sur les entreprises	0
Transposition de directive	n.a.
Simplification administrative	0
Impact sur les finances publiques	-
Développement durable	-(*)

(*) Au vu des données parcellaires et des éléments d'appréciation retenues, la Chambre de Commerce craint que la durabilité du système soit compromise.

Légende

++	très favorable
+	favorable
0	neutre
-	défavorable
--	très défavorable
n.a.	non applicable

*

CONSIDERATIONS GENERALES

La Chambre de Commerce relève d'emblée que l'exposé des motifs cite le rapport publié le 23 mai 2013 par l'Inspection générale de la sécurité sociale (en collaboration avec la Cellule d'évaluation et d'orientation et la Caisse nationale de santé) qui présente un état des lieux sur l'organisation et le financement de l'assurance dépendance et qui fait apparaître des problèmes de financement structurels à moyen terme imputables, notamment, à l'évolution démographique future du Luxembourg.

Ce besoin de réforme figure d'ailleurs aussi au programme gouvernemental de 2013-2018 qui prévoit qu'une réforme structurelle de l'assurance dépendance permettant la maîtrise globale de l'évolution des dépenses et des prestations s'impose, le défi étant d'„assurer la viabilité à long terme de l'assurance dépendance“ (l'exposé des motifs limitant ses projections budgétaires à l'horizon 2045).

La Chambre de Commerce juge utile d'effectuer un rappel du cadre général de l'assurance dépendance et des principaux changements induits par la réforme (I) avant de développer des considérations juridiques (II) et les considérations économiques sous-jacentes au projet (III).

I. Rappels (définition, prestations ...) et changements induits par la réforme

A. La dépendance: définition et critères d'attribution

La dépendance est l'état d'une personne qui, par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature, a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les „actes essentiels de la vie“, regroupés en 5 domaines (à savoir hygiène corporelle, élimination, nutrition, habillement et mobilité). Tout assuré, qu'il soit résident ou pas³, peut en béné-

³ Ainsi, un frontalier affilié à l'assurance maladie au Luxembourg, aura droit soit (i) aux prestations en nature qui sont prévues dans le pays de résidence – à charge de remboursement au pays de résidence par la sécurité sociale du Luxembourg, soit (ii) aux prestations en espèces qui seront versées directement par le Luxembourg.

ficier sous réserve de remplir les critères d'attribution. Cette définition permet une large couverture de la population dépendante par l'assurance dépendance.

Actuellement, les prestations sont allouées (i) si la personne dépendante requiert des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie pour une durée d'au moins 3,5 heures par semaine et (ii) si, suivant toute probabilité, l'état de dépendance de la personne dépendante dépasse 6 mois ou est irréversible. Toutefois, le bénéfice des prestations peut être alloué sans égard au „*seuil d'entrée*“ de 3,5 heures si, suivant toute probabilité, la maladie ou la déficience dépasse six mois ou est irréversible, ou si un besoin (important et régulier⁴) est dûment constaté.

La définition de la dépendance et les critères d'attribution reproduits ci-avant ne sont pas modifiés par le projet de loi.

B. Les prestations servies au titre de l'assurance dépendance

L'assurance dépendance repose sur le principe du libre choix des formes de prestations et du prestataire pour effectuer les actes essentiels de la vie. L'assurance dépendance distingue entre les prestations en nature et celles en espèce.

Les prestations en nature sont les aides apportées par un prestataire professionnel (que ce soit un établissement, un réseau ou un centre semi-stationnaire) qui sont directement à charge de l'assurance dépendance, sans que la personne dépendante doive payer quoi que ce soit. Ces prestations qui peuvent être fournies intégralement ou partiellement dans le cadre d'un maintien à domicile ou d'un établissement d'aides et de soins à domicile, revêtent plusieurs formes:

- les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie (ménage, linge, courses, vais-selle ...), y compris la prise en charge financière des produits nécessaires aux aides,
- les aides et soins dans les domaines des activités *de soutien* à l'indépendance (ou activités *d'appui* dans le projet de loi),
- les aides dites techniques (lit adapté, fauteuil roulant, lève-personne, adaptation du logement⁵).

On parle par contre de prestations en espèces lorsqu'une personne de l'entourage de la personne dépendante, appelée „*aidant informel*“, assure tout ou partie des prestations ou soins en contrepartie de prestations en espèces, en remplacement d'un réseau d'aides et de soins⁶.

La possibilité de remplacer les prestations en nature par une prestation en espèces est maintenue dans le projet de loi car celles-ci contribuent à favoriser le maintien à domicile des personnes dépendantes dans de bonnes conditions, ce qui constitue une priorité par rapport à l'hébergement en institution.

Le projet de loi ne modifie pas la prise en charge intégrale des actes essentiels de la vie par l'assurance dépendance. La Chambre de Commerce comprend toutefois que le projet de loi vise notamment un recentrage autour des actes essentiels de la vie, un regroupement d'actes et une précision du champ d'intervention et de l'assurance dépendance dans les activités d'appui à l'indépendance.

C. Procédure

La personne qui pense pouvoir bénéficier des prestations doit introduire une demande, accompagnée d'un dossier médical, auprès de la CNS. Actuellement, le directeur de la CNS prend sa décision sur base de l'avis de la Cellule d'évaluation et d'orientation (ci-après „CEO“), qui est chargée de constater l'état de dépendance et d'en évaluer la gravité, ainsi que la durée probable.

L'évaluation des besoins du demandeur est individuelle et débouche, en cas de décision positive, sur une détermination individuelle des prestations auxquelles le demandeur a droit, peu importe son lieu de vie (à son domicile ou en établissement d'aides et de soins). Les prestations sont reprises dans un „plan de prise en charge“, rebaptisé dans le projet de loi „synthèse de prise en charge“.

4 Ces termes sont ajoutés par le projet de loi sous avis.

5 Les adaptations au logement peuvent consister dans l'installation d'une douche de plain-pied, l'élargissement d'une porte afin de permettre le passage d'un fauteuil roulant, etc.

6 Il peut s'agir soit d'un membre de la famille de la personne dépendante, soit d'un professionnel qui n'appartient pas à un réseau d'aide et de soins (aidant salarié).

Le projet de loi prévoit de confier les missions de l'actuelle CEO (qui est attachée à l'Inspection générale de la sécurité sociale (ci-après, l'„IGSS“) à une administration autonome, appelée „Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance“ (ci-après, l'„Autorité“) qui reçoit par ailleurs de nouvelles compétences.

D. Les principaux éléments de la réforme

Sans rentrer dans les aspects éminemment techniques de la réforme, la Chambre de Commerce relève que la grande nouveauté de la réforme consiste dans la mise en place d'un système de „facturation forfaitaire“ en remplacement de la „facturation à l'acte“. L'Autorité devra octroyer à chaque bénéficiaire un niveau de besoin parmi une échelle de 15 niveaux, en fonction du volume de temps de prise en charge en aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie. A chaque niveau correspond un nombre de minutes pour toute une semaine (forfait) qui sera pris en charge par l'assurance dépendance. Cette mesure vise à introduire de la flexibilisation en permettant au prestataire non plus d'effectuer des aides ou soins de façon systématique mais d'en faire un jour plus, un autre jour un peu moins, en fonction des besoins du bénéficiaire.

Concernant le contrôle des aides et soins prestés, il est prévu de réévaluer régulièrement les besoins des bénéficiaires pour que les prestations correspondent au mieux aux besoins. Le projet de loi prévoit toutefois que les outils d'évaluation et de détermination des besoins devront être fixés par règlements grand-ducaux. De même, un nouveau système de contrôle-qualité devrait être mis en place⁷ et les prestations devront être dûment documentées. La Chambre de Commerce regrette que ces textes n'aient pas été déposés de concert avec le projet de loi sous avis, ce qui aurait permis une évaluation plus exhaustive et cohérente de la réforme de l'assurance dépendance.

Partant du principe que le maintien au domicile familial de la personne dépendante reste la priorité, il est prévu un meilleur encadrement et suivi de l'aidant informel par la future Autorité ainsi qu'un contrôle de la qualité des aides et soins prestés par l'aidant informel.

Afin d'assurer une plus grande prévisibilité des dépenses, le projet de loi prévoit la mise en place de deux facteurs d'ajustement qui seront appliqués aux forfaits définis pour les actes essentiels de la vie, un pour le maintien à domicile, l'autre pour la prise en charge en établissement d'aides et de soins.

Sur un plan organique, l'Autorité qui a vocation à remplacer l'actuelle CEO, cessera d'être rattachée à l'IGSS pour devenir une administration autonome. Elle se voit octroyer du personnel supplémentaire afin de lui permettre d'exécuter les nouvelles missions qui lui sont confiées, à savoir notamment émettre les avis relatifs à l'existence de l'état de dépendance, proposer le maintien à domicile ou l'admission en établissement d'aides et de soins, déterminer le plan de prise en charge à l'attention de l'entourage de la personne dépendante ou des prestataires d'aides et de soins et contrôler la qualité des prestations fournies à la personne dépendante telles que prescrites sur la synthèse de prise en charge.

Des mesures compensatoires sont prévues pour permettre aux prestataires de compenser les pertes éventuelles de recettes et de s'adapter à la redistribution des prestations. Ce point est plus amplement détaillé par la Chambre de Commerce dans les considérations économiques ci-après.

Enfin, si la nouvelle loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, des dispositions transitoires sont prévues jusqu'au 30 juin 2017 afin de permettre le passage des „plans de prise en charge“ existants vers les différents „niveaux de besoins hebdomadaires“ en aides et soins, selon les modalités suivantes:

- à partir du 1^{er} janvier 2017 (date d'entrée en vigueur planifiée de la réforme) les nouveaux standards seront appliqués pour toute première évaluation;
- pour les personnes disposant déjà d'un plan de prise en charge au 1^{er} janvier 2017, le classement dans les différents niveaux de besoins hebdomadaires se fera en fonction de leur temps total requis en actes essentiels de la vie. Le bénéficiaire d'activités d'appui à l'indépendance (anciennes activités de soutien) maintiendra ce droit après l'entrée en vigueur de la loi, mais les nouveaux standards sont appliqués. Les personnes aidées à domicile continueront à bénéficier des activités d'assistance à l'entretien du ménage et des gardes individuelles ou en groupe avec les nouveaux standards;

⁷ Trois niveaux de contrôle de la qualité sont prévus: la qualité des structures, la qualité des processus/résultats et le contrôle d'adéquation. Le rôle de la CEO dans le contrôle de la qualité des prestations sera par ailleurs renforcé par la mise en place de deux types de contrôle à effectuer tous les 2 ans: (i) contrôle des prestations et de la qualité des prestations et (ii) réévaluation régulière des prestations par rapport aux besoins de la personne dépendante.

- lors de la réévaluation des personnes dépendantes, après le 1^{er} janvier 2017, les nouveaux standards seront également appliqués pour les actes essentiels de la vie.

II. Remarques d'ordre juridique

Indépendamment de la mise en place de mesures transitoires, la Chambre de Commerce relève que le projet de loi doit entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2017, à l'exception du nouvel article 350 du Code de la sécurité sociale dont la prise d'effet est reportée au 1^{er} juillet 2017.

Le commentaire des articles précise que ce report doit permettre la mise en place technique de la nouvelle procédure d'évaluation des besoins et de détermination des prestations requises, telle que prévue au nouvel article 350 précité⁸.

A cet égard, la Chambre de Commerce relève que non seulement le nouvel article 350 (article 1^{er} point 3^o du projet de loi) mais également d'autres articles du projet de loi (article 1^{er} point 7^o, 9^o, 10^o et 29^o du projet de loi) renvoient à des règlements grand-ducaux sur un grand nombre d'aspects techniques et que ceux-ci n'ont pas été communiqués avec le projet de loi, et ne sont toujours pas disponibles à la date du présent avis.

La Chambre de Commerce se demande donc, en premier lieu, comment les différents acteurs (administrations de l'Etat et prestataires de soins), pourront mettre en application les nouvelles dispositions législatives alors que les futurs règlements grand-ducaux doivent encore déterminer:

- les critères précis selon lesquels seront dorénavant évalués les besoins des personnes dépendantes et déterminé le travail à fournir par les prestataires,
- les nouveaux instruments pour déterminer les aides et soins (outil d'évaluation et de détermination des prestations, relevé-type des prestations et référentiel des aides et des soins),
- les critères objectifs d'éligibilité encadrant l'évaluation des connaissances et de la disponibilité de l'aidant (devant permettre à l'Autorité d'évaluer la qualité des aides et soins fournis par l'aidant),
- la liste des „indicateurs de qualité de prise en charge“ (devant également permettre le contrôle de la qualité des prestations),
- les critères et la procédure de négociation des valeurs monétaires,
- les qualifications minimales requises et les coefficients de pondération y relatifs,
- les conditions et les modalités suivant lesquelles les aides techniques sont prises pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs.

Plus largement, la Chambre de Commerce se demande encore si le projet de loi est conforme à l'article 32, paragraphe 3 de la Constitution (qui règle la répartition des pouvoirs législatif et réglementaire) alors que les points ainsi abandonnés au pouvoir réglementaire lui semblent être des éléments essentiels à la réforme (et non pas de simples points de détail).

En tout état de cause, la Chambre de Commerce considère qu'il n'est pas réaliste de prévoir une date d'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017 et préconise que, pour plus de sécurité juridique, l'ensemble du projet de loi (et non pas seulement le futur article 350) soit reporté au 1^{er} juillet 2017.

A titre tout à fait subsidiaire, si le report de l'ensemble de la loi n'était pas décidé, il serait plus exact, sur un plan légistique, de faire un renvoi non pas aux nouveaux articles du Code de la sécurité sociale (tels que modifiés par le projet de loi) mais aux articles du projet de loi lui-même. Ainsi, si l'article 12 du projet de loi devait être maintenu tel quel, il conviendrait de le libeller comme suit: „*La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, à l'exception de l'article 1^{er}, point 3^o qui prend effet au 1^{er} juillet 2017*“ et non pas à l'exception de l'article 350.

III. Remarques d'ordre économique

Comme l'indique le projet de loi sous avis ou encore les plus récents décomptes de l'assurance dépendance, cette dernière connaît une situation budgétaire relativement favorable à court terme, ce

⁸ Le nouvel article 350 fixe les différentes étapes de la détermination des prestations requises de besoins hebdomadaires: évaluation des besoins en soins, détermination des prestations requises, attribution d'un niveau de besoins, répartition de la réalisation des prestations entre aidant informel et réseaux de soins de santé.

dont témoigne par exemple une réserve de 138,4 millions d'EUR à la fin de 2015 ou un solde des opérations courantes excédentaire à raison de 12 millions d'EUR au cours de la même année⁹.

La Chambre de Commerce tient cependant, par ailleurs, à mettre en exergue les difficultés de financement potentielles auxquelles sera exposée l'assurance dépendance dans les prochaines décennies, sous l'effet du vieillissement graduel de la population résidente. Elle note par ailleurs que toute projection à moyen terme est entachée par les incertitudes entourant les retombées budgétaires concrètes de la réforme de l'assurance dépendance.

A. Concernant la situation budgétaire à moyen terme de l'assurance dépendance

Le projet de loi sous avis renferme des projections permettant, en théorie, de jauger l'évolution à moyen terme (soit d'ici 2045) de la situation financière de l'assurance dépendance. Les auteurs de ces projections font remarquer que la situation démographique du Luxembourg est actuellement plus favorable que dans „certains autres pays européens“, en raison en particulier de l'effet d'une immigration nette soutenue, elle-même liée au dynamisme économique du Luxembourg et au modèle de croissance „extensive“ reposant sur une forte progression de l'emploi.

Ces importants apports migratoires contribuent à tempérer le phénomène du vieillissement. Comme il ressort des calculs présentés *infra*, ce constat paraît approprié sur un horizon d'une dizaine d'années, qui peut à juste titre être qualifié de „fenêtre d'opportunité“ sur le plan financier. Pour des raisons avant tout démographiques, ce répit ne devrait cependant excéder l'horizon précité d'une dizaine d'années.

Les projections financières présentées dans le projet de loi sous avis reposent sur le scénario démographique EUROPOP2013, publié par Eurostat en 2013. Ce scénario démographique est d'une importance cruciale, car il sert de référence centrale dans de nombreux documents officiels, en particulier dans le Rapport de 2015 du GTV¹⁰, relevant du Comité de politique économique et qui constitue une référence incontournable en la matière¹¹.

Ce rapport renferme diverses estimations du coût budgétaire du vieillissement démographique à l'horizon 2060, en termes notamment de dépenses de santé, de pension et d'assurance dépendance. Les simulations budgétaires à long terme effectuées dans le projet de loi sous avis reposent également sur ce scénario démographique EUROPOP2013. L'une des caractéristiques essentielles de ce scénario démographique est son volontarisme marqué en ce qui concerne l'hypothèse d'immigration nette, puisqu'il y est postulé que le solde migratoire net (excédent des arrivées sur les départs) s'élèvera en moyenne à 10.500 personnes sur l'horizon temporel 2013 à 2045¹².

Dans ces conditions, la population résidente du Luxembourg passerait de 580.000 personnes en 2016¹³ à plus de 1 million de personnes vers 2045, soit quasiment un doublement de la population en l'espace d'une trentaine d'années, soit approximativement une génération.

Le graphique suivant synthétise (à partir de calculs propres de la Chambre de Commerce visant à reconstituer le scénario EUROPOP2013) l'évolution par classe d'âge de la population résidente, sous ce scénario „Luxembourg à 1 million d'habitants“. Un aspect marquant est qu'en dépit du quasi-doublement de la population, le Luxembourg connaîtrait un vieillissement marqué un peu avant 2030, avec à la clef une forte croissance des segments âgés de la population – soit ceux qui sont susceptibles de recourir le plus aux prestations de l'assurance dépendance.

⁹ Voir le décompte annuel global des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance, exercice 2015, publié par la Caisse nationale de santé en juillet 2016.

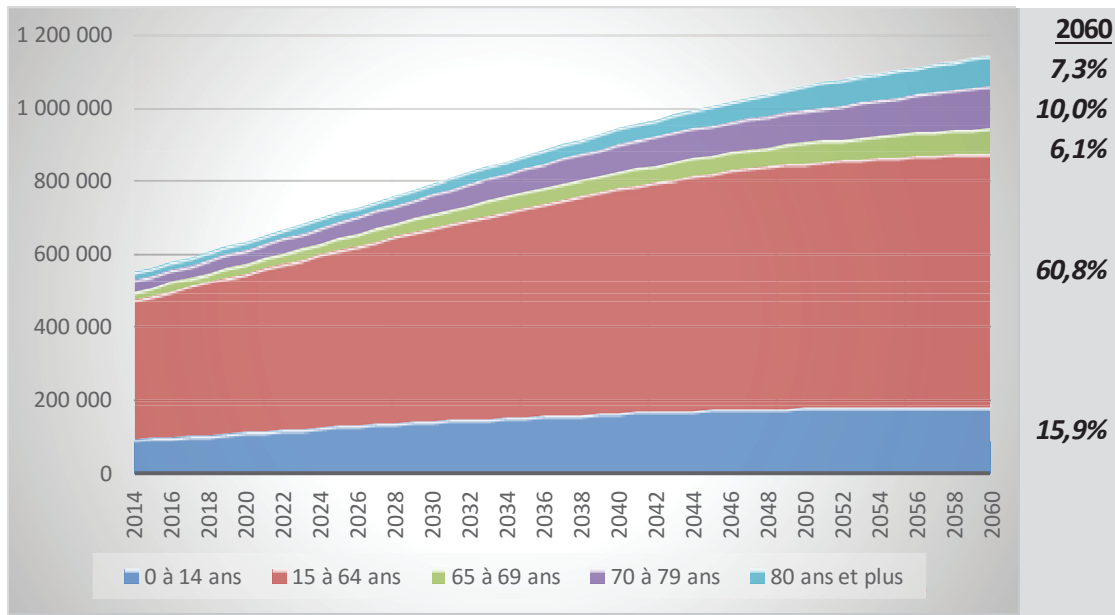
¹⁰ Voir le site http://europa.eu/epc/pdf/ageing_report_2015_en.pdf

¹¹ Ainsi, les projections du GTV sur le vieillissement sont (notamment) utilisées pour calculer les objectifs des Etats membres de l'Union européenne en termes de soldes budgétaires structurels à moyen terme.

¹² Des soldes migratoires similaires ont certes été observés ces dernières années au Luxembourg. De 2001 à 2015, le solde migratoire net s'est même établi à quelque 10.719 personnes par an en moyenne. Ce phénomène ne s'est cependant manifesté que sur une période relativement courte. De 2000 à 2010, le solde migratoire moyen n'a en effet pas excédé 5.347 personnes par an.

¹³ Selon le STATEC, le Luxembourg comptait 576.000 habitants le 1^{er} janvier 2016.

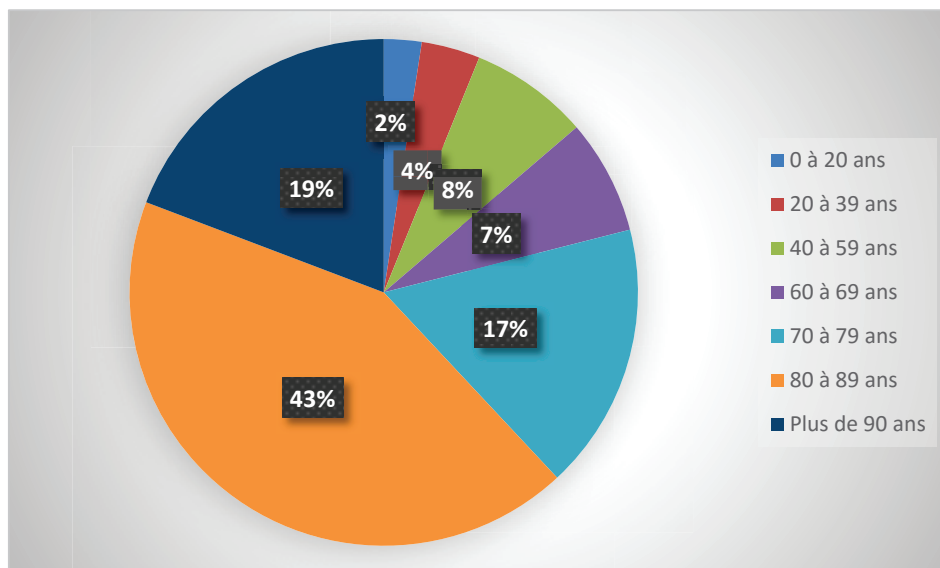
Graphique 1: Evolution de la population totale du Luxembourg
(nombre de résidents)



Sources: Estimations propres de la Chambre de Commerce sur base d'hypothèses proches de celles du GTV.

Un indicateur particulièrement éclairant du point de vue de l'assurance dépendance est précisément la proportion des personnes âgées de 70 ans ou plus dans la population résidente totale. Selon le plus récent rapport général de l'IGSS publié en novembre 2015 cette catégorie de la population est primordiale pour l'avenir de l'assurance dépendance, puisqu'elle représentait en 2013 quelque 79% du total des dépenses de cette dernière¹⁴.

Graphique 2: Composition par classe d'âge des dépenses totales
de l'assurance dépendance en 2013 (en %)



Source: IGSS.

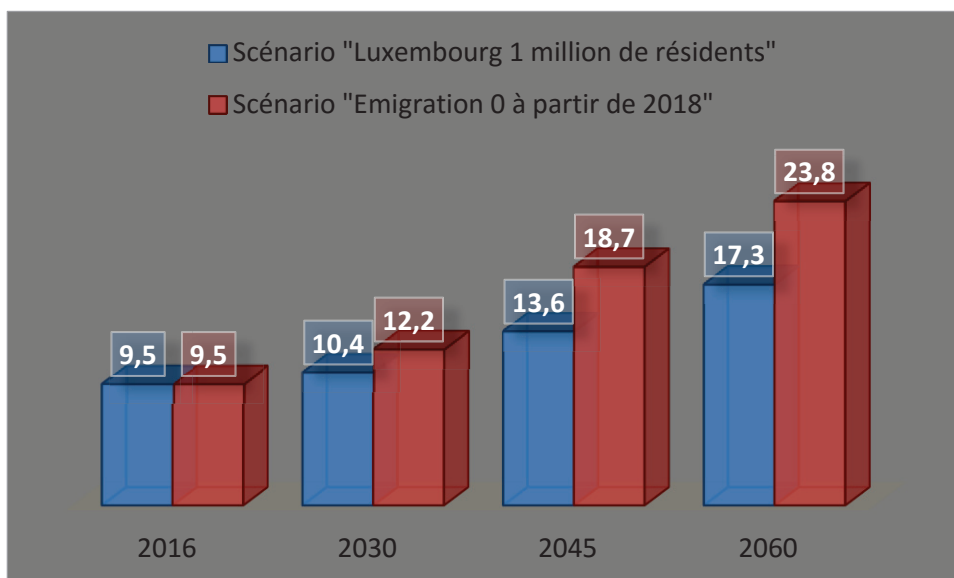
¹⁴ Soit 72% des dépenses à domicile et 84% des dépenses en établissement.

L'âge de 70 ans semble donc être l'incontournable pivot de toute projection budgétaire à moyen terme dans le domaine de la dépendance. Or, dans le cadre du scénario „1 million d'habitants“ qui sous-tend les projections budgétaires officielles, la part des personnes de 70 ans et plus dans la population totale passerait de 9,5% en 2016 à 10,4% en 2030 et 13,6% en 2045, cette dernière année étant le „terminus“ des projections figurant dans le projet de loi sous avis.

La proportion en question progresserait d'ailleurs plus rapidement encore de 2045 à 2060, période qui n'est pas considérée dans l'analyse figurant dans le projet de loi. Le nombre absolu des personnes de 70 ans ou plus, toujours hommes et femmes confondus, passerait quant à lui de 55.000 actuellement à 82.000 en 2030 (+50% par rapport à 2016), 137.000 en 2045 – soit 2,5 fois plus qu'en 2016 – et 198.000 en 2060 (3,6 fois plus qu'en 2016). On ne pourrait mieux exprimer la pression qui devrait immanquablement s'exercer sur les dépenses de dépendance au cours des décennies à venir.

Cette pression serait d'ailleurs encore exacerbée sous un scénario démographique plus tempéré, par exemple le scénario certes un peu extrême mais fort illustratif d'un solde migratoire nul à partir de 2018 (voir les colonnes rouges du graphique suivant). Ce dernier élément sera abordé plus avant dans les lignes qui suivent.

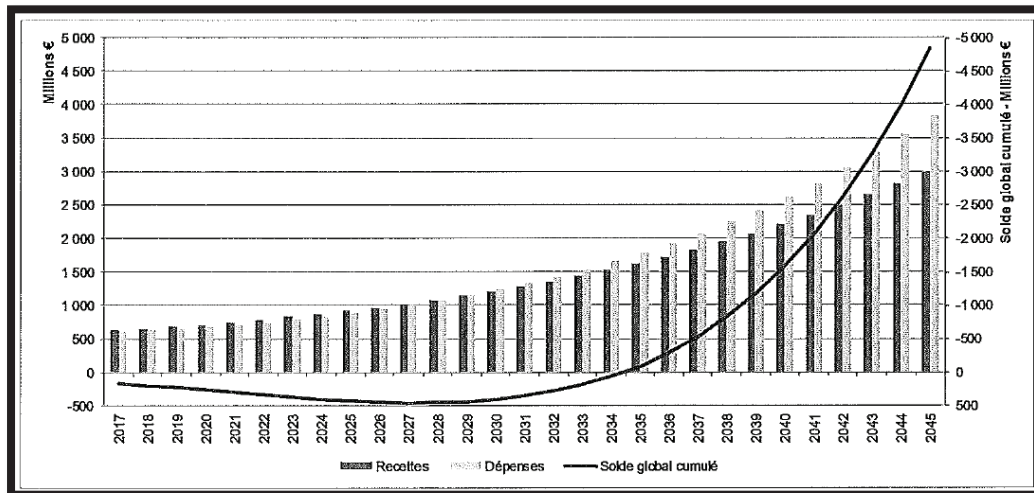
Graphique 3: Proportion des personnes de plus de 70 ans
(en % de la population totale)



Source: Estimations propres de la Chambre de Commerce.

Selon les auteurs du projet de loi sous avis, le scénario „1 million de résidents“ ou EUROPOP2013 déboucherait sur les perspectives budgétaires illustrées au graphique suivant, directement extrait de l'exposé des motifs du projet de loi sous avis. Les recettes de l'assurance dépendance, qui se composent essentiellement de la contribution dépendance de 1,40% et de la participation financière de l'Etat, excéderaient légèrement les dépenses ou feraient jeu égal avec ces dernières jusqu'en 2030 environ. Cependant, le vieillissement précité mettrait par la suite fin à cet équilibre, le solde de l'assurance dépendance s'enfonçant résolument dans le rouge. En 2045, le déficit serait même de l'ordre de 800 millions d'EUR (certes en EUR de 2045), les dépenses excédant les recettes de près de 30%. On peut regretter que les hypothèses à la base de ce scénario, le taux de croissance moyen du PIB en volume et en valeur notamment, ne soient pas décrites de manière précise dans le projet sous avis, ce qui rend difficile toute analyse de la pertinence des projections financières figurant dans le projet en question.

Graphique 4: Evolution de la situation budgétaire (millions d'EUR)



Source: Projet de loi sous avis, à partir de calculs de l'IGSS, en intégrant l'incidence budgétaire estimée de la réforme de l'assurance dépendance. Note: recettes et dépenses: voir l'échelle de gauche. L'échelle de droite se rapporte quant à elle au solde cumulé (soldes annuels recettes moins dépenses, cumulés au fil du temps).

Comme les projections „*officielles*“ reposent sur le postulat d'une stabilité du taux de contribution dépendance (1,4%) et de la participation financière de l'Etat (40% des dépenses de l'assurance dépendance)¹⁵, on peut cependant raisonnablement postuler que le ratio des recettes au PIB devrait demeurer stable en pourcentage du PIB au cours de la période 2016-2045 couverte dans ces projections, à environ 1,2% du PIB¹⁶. Les dépenses étant censées augmenter de 30% environ par rapport aux recettes dans la simulation figurant dans le projet de loi sous avis, on peut inférer sur cette base que la progression des dépenses prévue dans les simulations „*officielles*“ serait de l'ordre de 0,4 point de PIB¹⁷ – ce qui semble au final assez mesuré. La Chambre de Commerce ne s'étonne guère que dans ces conditions, les projections en question prévoient un équilibre entre recettes et dépenses prévalant jusqu'en 2030 (croissance de l'emploi réduite à 1,5% l'an), voire même 2035.

Diverses considérations conduisent cependant la Chambre de Commerce à interpréter les projections figurant dans le projet de loi sous avis avec une certaine circonspection et l'incitent à réclamer la plus grande prudence en matière d'encadrement des recettes de l'assurance dépendance.

Les projections „*officielles*“ reposent en effet sur un scénario démographique volontariste, postulant 1 million d'habitants vers 2045 comme indiqué ci-dessus. Ce scénario débouche, comme l'indique le graphique 3 ci-dessus, sur une proportion de personnes de 70 ans et plus de 13,6% en 2045, contre 9,5% actuellement. Ce qui explique dans une large mesure le dérapage budgétaire prévu à terme dans le projet de loi sous avis. Or, sous un scénario démographique moins dynamique, cette même proportion s'accroîtrait davantage encore. A titre d'exemple, si un solde migratoire nul était postulé à partir de 2018, la population résidente totale du Luxembourg plafonnerait à un peu plus de 700.000 habitants – soit le même ordre de grandeur que dans les projections budgétaires de 2012 du GTV¹⁸. Sous un tel scénario démographique, la proportion de personnes de 70 ans ou plus passerait en 2045 à 18,7% de la population totale (et même 23,8% de la population résidente en 2060), à comparer à 13,6% „*seulement*“ en 2045 sous le scénario EUROPOP2013 privilégié par les autorités. Il en résulterait bien

15 Compte tenu également du fait que les projections du même type reposent habituellement sur l'hypothèse d'une croissance des salaires en ligne avec la productivité, ce qui implique une „*part salariale*“ stationnaire.

16 Soit le ratio enregistré en 2015 selon le rapport général de l'IGSS.

17 Soit 30% de 1,2%. Un autre calcul, qui consisterait à exprimer les 3,8 milliards de dépenses prévus pour 2045 dans le projet sous avis en pourcentage d'un PIB nominal qui augmenterait de 5% l'an d'ici 2045 (par exemple 3% en réel et 2% pour le déflateur du PIB), livrerait un ratio de dépenses de l'assurance dépendance égal à un peu plus de 1,6% du PIB en 2045 – soit également une hausse de l'ordre de 0,4 point de PIB par rapport au niveau actuel.

18 Soit celui qui a immédiatement précédé l'exercice publié en 2015, voir le site: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2en.pdf

entendu un dérapage budgétaire autrement plus prononcé que dans les simulations effectuées par les auteurs du projet de loi sous avis¹⁹.

Dans son plus récent rapport, datant de 2015, le GTV met également en exergue un risque de dérapage marqué des dépenses de l'assurance dépendance, allant résolument au-delà de 0,4 point de PIB. Plus précisément, dans son scénario de référence, le GTV estime que les dépenses d'assurance dépendance au Luxembourg progresseraient à raison de 0,9 point de PIB d'ici 2045 et de 1,7 point de PIB à l'horizon 2060. Elles passeraient dès lors de 1,5% du PIB environ en 2013²⁰ à 2,4% en 2045 et 3,2% du PIB en 2060 selon le GTV. Le ratio des dépenses doublerait donc par rapport à son niveau actuel.

Ce scénario n'était pourtant pas entaché d'un quelconque biais „pessimiste“ de la part du GTV, bien au contraire. Outre le fait qu'il repose sur le scénario démographique volontariste „1 million d'habitants“, il intègre deux hypothèses cruciales. En premier lieu, il est supposé que l'état de santé d'une personne d'un âge donné tend à s'améliorer au fil du temps, ce qui réduit – à raison de 50% dans le scénario de référence du GTV – la „*facture*“ du vieillissement démographique. En second lieu, le GTV suppose une stabilité du taux de couverture de l'assurance dépendance (soit un même rapport au fil du temps entre l'assistance publique d'une part et l'aide informelle d'autre part – ce segment informel impliquant les proches ou la famille, par exemple, et ce sans assistance de l'Etat), alors que le ratio de couverture est plus bas au Luxembourg que dans la plupart des autres pays de l'Union européenne.

Dans son rapport de 2015, le GTV procède par ailleurs à divers „*tests de sensibilité*“ de ses projections²¹, en relâchant successivement certaines hypothèses de son scénario central. Toujours en ce qui concerne le Luxembourg, un „*stress test*“²² consiste à relâcher à la fois l'hypothèse de l'amélioration de l'état de dépendance au fil du temps pour des personnes d'une même cohorte d'âge (il est donc supposé que les taux de dépendance demeurent rigoureusement constants à moyen terme pour chaque tranche d'âge) et l'hypothèse de stabilité du taux de couverture de l'assurance dépendance, une convergence graduelle vers la moyenne européenne étant supposée. Il en résulte une augmentation des dépenses plus marquée encore que dans le scénario de référence. Selon ce scénario „*stress test*“ du GTV, les dépenses d'assurance dépendance luxembourgeoise passeraient de 1,5% en 2013 à 3,3% en 2045 (+1,8 point de %) et à 5,0% en 2060 – soit à plus du triple.

Le scénario de référence du GTV et son „*stress test*“ reposent pourtant tous deux sur le postulat d'une évolution démographique fort volontariste, laissant augurer 1 million de résidents en 2045 et davantage encore par la suite.

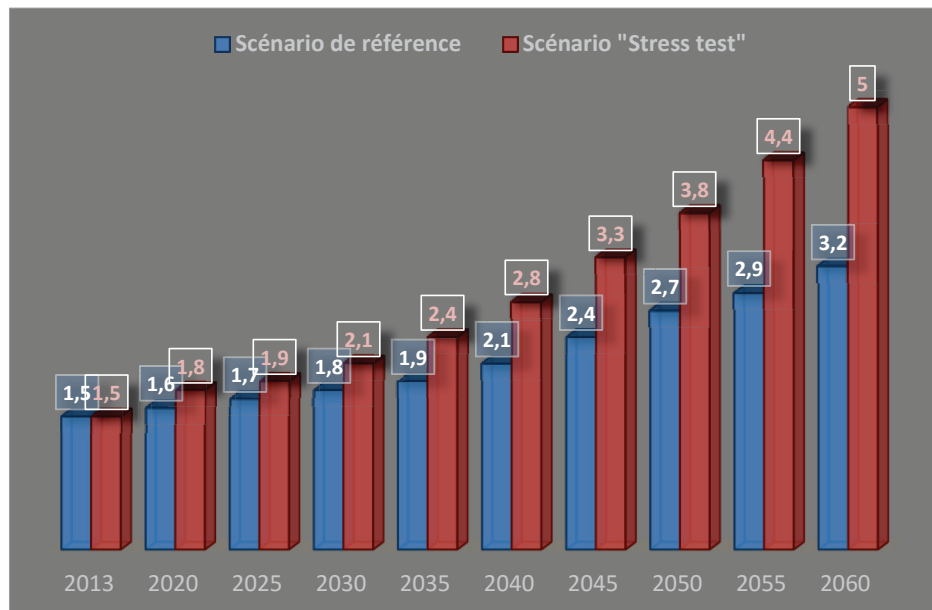
19 Cet impact à la hausse pourrait toutefois être partiellement atténué par la tendance à l'amélioration au fil du temps de l'état de santé dont bénéficie une catégorie d'âge donnée (une personne de 80 ans en 2030, par exemple, étant censée être mieux portante et donc plus autonome qu'une personne ayant actuellement le même âge). La littérature spécialisée ne parvient cependant pas à des conclusions uniformes sur l'ampleur exacte de ce phénomène.

20 Soit un peu plus que ne le suggèrent les données „officielles“ luxembourgeoises correspondantes, en raison d'une définition des prestations de dépendance un peu plus large dans le rapport du GTV.

21 Les projections de long terme figurant à la fin de l'exposé des motifs prennent partiellement en compte cette critique via une „*analyse de sensibilité*“ propre, puisqu'un scénario alternatif avec une moindre croissance de l'emploi est envisagé (1,5% de croissance de l'emploi par an sur l'essentiel de l'horizon de projection). Il convient de noter que cette „*analyse de sensibilité*“ n'est que partielle: ce scénario demeure assez volontariste, car il n'affecte que le versant des recettes de l'assurance dépendance. Une analyse de robustesse plus convaincante aurait consisté à poser un scénario démographique alternatif (qui aurait affecté les recettes et les dépenses, donc prenant pleinement en compte le vieillissement démographique).

22 Il s'agit plus précisément du „*Coverage convergence scenario*“ figurant dans le rapport de 2015 du GTV.

Graphique 5: Evolution des dépenses d'assurance dépendance au Luxembourg selon deux scénarios du GTV (en % du PIB)



Source: Rapport de 2015 du GTV.

D'autres risques ne sont pas envisagés par le GTV, ces derniers tendant à être spécifiques au Luxembourg. Il s'agit tout d'abord d'un risque associé à la population non résidente („*frontaliers*“ ou pensionnés non résidents). En cas de croissance en volume de 3% par an en moyenne et de la productivité de 1,5% l'an et toujours conditionnellement au scénario démographique „*un million de résidents en 2045*“, le Luxembourg accueillerait environ 250.000 frontaliers en 2045 et 380.000 en 2060, contre 170.000 actuellement. Les non-résidents ne représentent actuellement, il est vrai, que 1,1% des dépenses totales de l'assurance dépendance²³. Cependant, la part de ces derniers dans le nombre total de bénéficiaires de l'assurance dépendance luxembourgeoise tend à croître au fil du temps, puisqu'elle est passée de 1,3% en 2000 – soit peu de temps après la mise en place de l'assurance dépendance – à 3,2% en 2014, selon le plus récent rapport général sur la sécurité sociale de l'IGSS. La tendance est donc à la hausse. Une poursuite de cette progression pourrait à terme contribuer à accentuer la hausse des dépenses, au-delà de ce que postule le GTV.

En second lieu, la croissance du PIB en volume est tendanciellement plus forte au Luxembourg que dans la plupart des autres pays de l'Union européenne. Une telle situation comporte bien entendu de nombreux avantages, mais elle pourrait également rehausser le niveau des prestations de dépendance exigées par la population, en termes quantitatifs et qualitatifs. Ce phénomène et les coûts corrélatifs pourraient être exacerbés par le progrès technologique (progrès médical, incidence des technologies numériques et informatiques sur la prise en charge à domicile, etc.).

L'ensemble de ces projections et éléments de réflexion incitent la Chambre de Commerce à mettre en exergue le risque financier majeur que constitue l'assurance dépendance, dont les dépenses devraient être fort dynamiques au cours des décennies à venir. Ces dernières doivent dès lors être scrutées de près et de manière proactive, sur un horizon de temps suffisamment long, à partir de scénarios identifiant correctement les risques et reposant sur diverses analyses de sensibilité.

On peut, dans cette perspective, regretter que le projet de loi sous avis ne spécifie pas le type de bilan financier appelé à figurer dans le rapport d'analyse prévisionnel qui sera désormais élaboré chaque année impaire par l'IGSS (de concert avec la CNS, l'Autorité et la Commission consultative visée à l'article 387). Pour rappel, ce rapport sera établi en vue de la fixation, tous les deux ans, de „*facteurs d'ajustement*“ des valeurs monétaires. La page 33 de l'exposé des motifs se contente d'évoquer l'intégration au rapport de l'IGSS de l'évolution „*de la situation économique du pays*“, ce qui reste fort

²³ Voir le plus récent rapport général sur la sécurité sociale de l'IGSS.

vague. Le nouvel article 395bis renferme quant à lui la phrase suivante, tout aussi peu précise: „L'analyse prévisionnelle de l'Inspection générale de la sécurité sociale tient compte de l'évolution de toutes les prestations prévues dans le présent livre“.

B. Concernant l'impact financier de la réforme et les mesures compensatoires

Les projections à long terme du projet de loi sous avis, commentées ci-avant sous le point II.A., suggèrent que l'équilibre financier serait assuré jusqu'en 2035 (voire même 2030 sous le scénario alternatif d'une croissance de l'emploi ramenée à 1,5%).

Au-delà des réserves formulées ci-dessus, la Chambre de Commerce note que l'exposé des motifs évoque explicitement une incidence favorable, sur l'équilibre financier à long terme, de la réforme de l'assurance dépendance, allant même jusqu'à mentionner:

„Les projections montrent que la réforme de l'assurance dépendance permet de redresser la situation financière de celle-ci à court, moyen et long terme et selon le scénario retenu, l'équilibre financier global est assuré jusqu'à l'horizon 2035“.

Cette citation suggère que la réforme faisant l'objet du projet de loi sous avis devrait permettre de rétablir à elle seule une situation budgétaire jusqu'alors compromise. La Chambre de Commerce ne peut cependant que constater que l'ampleur exacte, tout au long de l'horizon de projection, des économies prétendument associées à la réforme n'est à aucun moment mentionnée explicitement dans le projet de loi sous avis. Il est d'ailleurs étonnant que les auteurs prétendent être en mesure d'appréhender l'incidence exacte de la réforme sur les dépenses et ce sur un horizon de long terme, alors que nombre de paramètres financiers essentiels doivent encore être précisés par le truchement de divers règlements grand-ducaux.

Une „fiche financière“ figure certes en annexe du projet de loi sous avis. Elle mentionne cependant non seulement des économies, mais également des coûts additionnels induits par la réforme. De surcroît, les montants en cause ne sont pas toujours spécifiés (voire même spécifiables) au présent stade.

Les économies explicitement mentionnées sont mises en rapport avec notamment un „recentrage autour des actes essentiels de la vie“, „plus de flexibilité dans la prise en charge des personnes dépendantes“, „une simplification administrative“ et „la priorité du maintien à domicile“. Ces économies, dont la réalité est difficile à appréhender, sont les suivantes selon la fiche financière précitée:

- „En ce qui concerne les prestations fournies dans les établissements, les gardes en groupe et individuelles, les activités d'assistance, l'entretien du ménage et les courses et démarches administratives ne sont plus d'application. Il en résulte une diminution des dépenses **de l'ordre de 45 millions euros par année**“.
- „L'application des mesures au niveau des activités d'appui à l'indépendance engendre une économie annuelle d'**environ 30 millions euros**“.

En regard de ces économies, devraient cependant se matérialiser les coûts additionnels suivants, toujours selon les auteurs du projet de loi sous avis:

- „Le financement forfaitaire introduit pour les activités d'accompagnement dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu engendre un coût supplémentaire **de l'ordre de 70 millions euros**“.
- „Les prestataires devront intégrer rapidement et efficacement ces nouvelles mesures dans leurs structures et organisations tout en garantissant la continuité de leurs services. Afin de permettre aux prestataires d'aides et de soins de se restructurer à court terme, une mesure de transition est prévue dans le cadre du budget de l'Etat pour les années 2016-2018. Les économies calculées précédemment en faveur du budget de l'Etat couvrent en grande partie le financement à court terme de cette mesure de transition d'un montant maximal de **30 millions d'euros**“.

En ce qui concerne ce dernier point, l'exposé des motifs indique que „la loi sur le budget des recettes et dépenses de l'Etat prévoira des subventions à accorder aux prestataires jusqu'en 2018. Les critères d'attribution de ces crédits par la CNS seront déterminés par la convention conclue entre la CNS et

la COPAS24 – les montants en cause ne sont dès lors pas encore connus. Ainsi il est prévu d'inclure dans le projet de loi relative au budget de l'Etat pour l'exercice 2017 une disposition transitoire permettant à l'Etat de verser à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance visé à l'article 380 du Code de la sécurité sociale un montant forfaitaire de respectivement 15 millions euros en 2016, 10 millions euros en 2017 et 5 millions euros en 2018 que ledit organisme alloue aux prestataires d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale à titre de compensation exceptionnelle et temporaire de découverts de fonctionnement inévitables pour les exercices 2015 à 2017 résultant de la mise en œuvre des mesures contenues dans le paquet d'avenir et dans la loi portant réforme de l'assurance dépendance. Les conditions et modalités d'application de cette mesure de compensation sont déterminées dans la convention visée à l'article 388bis du Code de la sécurité sociale liant l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance au groupement professionnel représentatif des prestataires d'aides et de soins“.

La Chambre de Commerce note qu'il est difficile, sur la base de ces informations assez parcellaires et en l'absence des règlements grand-ducaux, d'établir un bilan budgétaire clair des mesures que renferme le projet de budget sous avis. Cette impression d'ensemble est d'ailleurs confirmée par le tableau suivant, directement extrait de la fiche financière du projet (pages 95 à 97):

Tableau 1: Impact budgétaire estimé par l'IGSS (en millions d'EUR)

en millions euros

	2015	2016	2017	2018	2020	2025	2030
avant réforme (hors BNG)	233,6	243,9	247,7	257,8	282,9	373,2	517,7
avant réforme (BNG)	231,5	238,2	237,1	240,6	260,7	343,1	474,6
après réforme			242,4	249,3	270,5	356,6	494,3
impact budget Etat	-2,0	-5,8	-5,3	-8,5	-12,4	-16,4	-23,4

Source: Projet de loi sous avis. Note: BNG = Budget nouvelle génération.

Comme le mentionne la fiche financière, le montant total des économies se monterait globalement à 22 millions d'EUR de 2015 à 2018 (addition des montants figurant à la dernière ligne du tableau 1). Cependant, ce montant pluriannuel recouvre deux éléments distincts, comme l'indique d'ailleurs le tableau ci-joint et le reste de la fiche financière:

- l'impact du „Budget nouvelle génération“ (BNG) et, plus précisément, de la mesure n° 256 de ce budget déposé en octobre 2014 („Zukunftspak“). Pour rappel, cette mesure intégrait le gel de la valeur monétaire, une application plus efficiente des critères d'octroi des prestations et les répercussions corrélatives de ces deux mesures sur la participation financière de l'Etat à l'assurance dépendance (participation de 40% des dépenses)²⁵;
- les économies réellement imputables à la réforme *stricto sensu*, c'est-à-dire aux dispositions nouvelles que renferme le projet de loi sous avis. Or, si on en croit le tableau ci-dessus, ces mesures induiraient, par rapport aux dépenses „BNG inclus“ (voir la seconde ligne de chiffres du tableau 1) une légère augmentation des dépenses. La ligne „Après réforme“ se situe en effet, en termes de montants, à mi-chemin des deux autres lignes (représentant respectivement le *statu quo* initial et le *statu quo post* BNG).

24 La COPAS, soit la Confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans les domaines de la prévention, de l'aide et des soins aux personnes dépendantes, représente les prestataires qui offrent des services d'aide et de soins aux personnes âgées, malades, souffrant de troubles mentaux ou en situation de handicap, que ce soit à domicile ou en institution, ceci dans le but d'améliorer la qualité de leur vie quotidienne.

25 Il convient par ailleurs de noter que la différence entre les deux premières lignes du tableau 1 ci-dessus est inférieure aux économies totales imputables au BNG telles qu'elles sont identifiées par ailleurs dans la fiche financière, où le potentiel total d'économies de la mesure n° 256 est estimé à quelque 32 millions d'EUR en 2017 et à 39 millions en 2018. Ces incohérences ne favorisent pas une appréhension un tant soit peu précise des économies susceptibles d'être induites par les mesures du projet de loi sous avis.

Cette perception d'un impact budgétaire neutre, voire même légèrement négatif de la réforme *stricto sensu* est d'ailleurs confirmé par l'indication selon laquelle „*le projet de loi prévoit une augmentation des effectifs de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance*“, avec à la clef un surcoût de l'ordre de 1 million d'EUR.

*

Après consultation de ses ressortissants, la Chambre de Commerce n'est en mesure d'approuver le projet de loi sous avis que sous réserve de la prise en compte de ses remarques concernant l'entrée en vigueur du projet de loi et la soutenabilité financière de l'assurance dépendance.

