CHAMBRE DES SALARIES
LUXEMBOURG

22 septembre 2017

AVIS II/41/2017

- relatif au projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3. les produits nécessaires aux aides et soins

- relatif au projet de règlement grand-ducal précisant les agréments requis au titre de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour les prestataires d'aides et de soins

- relatif au projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance

- relatif au projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant

- relatif au projet de règlement grand-ducal déterminant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge

- relatif au projet de règlement grand-ducal 1) modifiant le règlement grand-ducal modifié du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales ; 2) abrogeant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant le fonctionnement de la commission de qualité des prestations prévue à l'article 387bis du Code des assurances sociales et 3) abrogeant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant les conditions, limites et modalités du dépassement du plan de prise en charge en cas de fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance

- relatif au projet de règlement grand-ducal déterminant 1) les normes concernant la dotation et la qualification du personnel ; 2) les coefficients d'encadrement du groupe

AVIS

18 rue Auguste Lumière L-1950 Luxembourg
B.P. 1263 L-1012 Luxembourg
T. +352 27 494 200 F. +352 27 494 250
csl@csl.lu www.csl.lu

En date du 27 juillet 2017, Monsieur Romain SCHNEIDER, ministre de la Sécurité sociale a saisi pour avis notre chambre des projets de règlement grand-ducal sous rubrique.

La CSL va passer en revue les sept projets de règlement grand-ducal cités sous rubrique et faire les remarques qui s'imposent le cas échéant, sans pour autant porter un jugement de valeur pour chacun d'entre eux. En vue de préserver la cohérence de son avis par rapport à celui du 25 octobre 2016 sur le projet de loi relatif à l'assurance dépendance, la CSL donne son avis sur l'intégralité des projets de règlement grand-ducal à la fin du présent texte en guise de conclusion générale.

I. Projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3. les produits nécessaires aux aides et soins

Une revalorisation du SMA (service moyens accessoires) s'impose !

1. Le SMA a pour objet d'améliorer la qualité de vie des personnes à mobilité réduite et de faciliter leur maintien à domicile en fournissant le matériel et les moyens accessoires ainsi que les aides techniques.

1bis. La CSL revendique une meilleure disponibilité du SMA à l'égard des bénéficiaires du matériel et des aides techniques en lui mettant à disposition davantage de personnel pour assurer de façon générale un service de 24 heures sur 24. Il n'est pas concevable pour une personne dépendante dont une aide technique (chaise roulante, élévateur d'escalier ou autre) est en panne d'attendre parfois plusieurs jours le service de dépannage (sauf pour les concentrateurs d'oxygène en panne pour lesquels il existe un service 24 heures sur 24).

1ter. Il est également inacceptable que le SMA demande une taxe de 30 euros si la personne concernée ou son aidant sont dans l'impossibilité de venir chercher l'aide technique accordée par l'Administration d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance (AE) au siège du SMA, ceci d'autant plus que le site officiel Internet de l'a.s.b.l. SMA (www.sma.lu) ne souffle mot de l'existence de telles sanctions.

1quater. Pour mieux assurer l'encadrement des personnes dépendantes de matériel et d'aides techniques, la CSL demande de soumettre l'a.s.b.l. SMA sous le contrôle du comité-directeur de la CNS.

Insuffisance de protection pour le bénéficiaire en cas de violation des obligations des fournisseurs !

2. L'article 1er, point 5° de l'avant-projet de règlement grand-ducal qui insère un alinéa 3 nouveau à l'article 5 du règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 dispose que « l'Administration d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance vérifie les engagements pris par les fournisseurs dans les contrats qu'ils concluent avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et communique à cet organisme tout écart injustifié qu'elle constate entre les engagements pris et les aides techniques fournies ».

2bis. La CSL estime que ce contrôle par l'AE est certes louable et indispensable, mais néanmoins insuffisant à un double point de vue. D'abord, elle opine que les fournisseurs qui ne respectent pas les conditions contractuelles à l'égard de la CNS prévues à l'article 394 du CSS (la détermination du cahier des charges, la détermination des prix de location, les modalités relatives à l'entretien, à la réparation,

au remplacement et à la reprise des aides techniques) devraient être sanctionnés par la CNS et, le cas échéant, être exclus de la liste des fournisseurs agréés. Puis, il ne faut pas perdre de vue que le bénéficiaire de l'aide reste sur sa fin en cas de non-respect des obligations du prestataire. La CSL est d'avis que l'AE devrait tenir quitte et indemne l'assuré et se voir substituer dans les droits de ce dernier pour agir contre le fournisseur fautif.

La dispense de la restitution du montant pris en charge pour les adaptations du logement

3. L'article 33 du règlement modifié du 22 décembre 2006 prévoit que « l'organisme gestionnaire peut dispenser de la restitution, si des raisons impérieuses motivent l'abandon du logement, l'Administration d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance entendue en son avis ». Conformément au projet de loi portant réforme de l'assurance dépendance, la CSL est d'avis que l'AE doit être soumise sous le contrôle du comité-directeur de la CNS de sorte que celle-ci n'a pas de compétence liée à l'égard de l'organisme gestionnaire qu'est la CNS.

Le montant maximal de 28.000 euros par aide technique est sous-estimé par rapport à l'évolution de l'inflation des dix dernières années (2006 à 2017) !

4. La CSL est d'avis que l'augmentation du montant de 26.000 euros à 28.000 euros correspondant à un taux de 7,70% sur 10 ans ne tient pas compte de l'inflation réelle qui sur cette période est de plus de 20%.

La liste des aides techniques doit être adaptée aux nouvelles technologies de l'information et de communication (NTIC) !

5. La CSL exige que la liste des aides techniques figurant en annexe de l'avant-projet de règlement grand-ducal soit adaptée régulièrement à l'instauration des NTIC qui permettent à la personne dépendante de retrouver une certaine autonomie (ipad, domotique etc.) et simultanément à épargner les coûts du personnel des réseaux sociaux qui, à défaut de l'introduction de telles NTIC, auraient dû accomplir ces tâches.

Le contrôle de la qualité des aides techniques peut-il être assuré ?

6. La CSL a de sérieux doutes que l'AE soit en mesure de contrôler les engagements pris par les fournisseurs et les aides techniques accordées par l'AE et réalisées au bénéfice de l'assuré. L'actuelle CEO compte à peine dix personnes qui sont responsables du service qualité. Le projet de loi se contente de réitérer l'importance des missions de contrôle de l'AE en disposant que « les fonctionnaires et employés de l'Etat affectés ou détachés auprès de l'Inspection générale de la sécurité sociale — Cellule d'évaluation et d'orientation au 31 décembre 2016 - sont intégrés dans le cadre du personnel de l'Administration d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance » sans prévoir cependant ni une augmentation des effectifs ni comment elle entend réaliser cette tâche de contrôle gigantesque.

6bis. La CSL est d'avis que la finalité des contrôles qualité ne peut pas être celle d'un contrôle purement formel. Or, aussi bien le projet de loi que les avant-projets de règlement grand-ducal laissent sous-entendre qu'il n'y a pas de volonté réelle de garantir une qualité des prestations de l'assurance dépendance par le biais d'un système de contrôle adéquat. Ainsi l'article 15 prévoit-il les adaptations de voitures prises en charge par l'assurance dépendance. Par contre, le texte ne souffle mot comment ces adaptations sont contrôlées et quelles sont les conséquences pour la personne dépendante si les adaptations de voiture ne sont pas conformes.

6ter. La CSL critique par ailleurs la prise en charge très restrictive des aides techniques par l'assurance dépendance comme le témoigne l'article 12, paragraphe 2, dernière phrase qui dispose que « les aides techniques visant à assurer l'accès au balcon, à la terrasse ou au jardin ne sont pas prises en charge ».

Il est absolument inacceptable de réduire la qualité de vie d'une personne dépendante au strict minimum en la laissant languir entre ses quatre murs du fait qu'une prise en charge d'aides techniques qui pourraient lui donner accès à participer à la vie de la société est exclue. Faut-il souligner que le balcon, la terrasse ou le jardin sont des endroits par excellence qui permettent de maintenir ou de nouer des relations avec les voisins et de promouvoir la convivialité. Voilà pourquoi la CSL demande la radiation pure et simple de cette phrase.

6quater. Il en va de même en ce qui concerne les restrictions de la prise en charge d'une aide ou assistance canine telle que prévue à l'article 20. La CSL se demande pourquoi la prise en charge d'une telle aide ou assistance canine n'est pas prévue pour des personnes dépendantes non-aveugles comme des personnes souffrant d'une mobilité restreinte dans la vie quotidienne.

II. Projet de règlement grand-ducal 1) modifiant le règlement grand-ducal modifié du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales ; 2) abrogeant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant le fonctionnement de la commission de qualité des prestations prévue à l'article 387bis du Code des assurances sociales et 3) abrogeant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant les conditions, limites et modalités du dépassement du plan de prise en charge en cas de fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance

1. La CSL se doit de réitérer ses doutes quant au bien-fondé de la fusion des trois commissions précédentes – commission consultative, commission de qualité des prestations et commission des normes - en une seule dénommée Commission consultative, doutes qu'elle a exprimés dans son avis du 25 octobre 2016 relatif au projet de loi portant réforme de l'assurance dépendance comme suit :

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

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

2. En ce qui concerne l'article 1er, point 3° du projet de règlement grand-ducal qui modifie l'article 2, alinéas 1 et 2 du projet de règlement grand-ducal cité sous rubrique, la CSL se doit de constater que tant le Conseil supérieur des personnes handicapées et le Conseil supérieur des personnes âgées d'un côté, que les délégués visés à l'article 46, alinéa 1, points 1 à 4 de l'autre côté, sont exclus du droit de faire des propositions d'inscription, de modification ou de suppression d'aides ou de soins.

La CSL ne peut accepter une telle inégalité de traitement parmi les membres composant la Commission

consultative et demande par conséquent de modifier l'article 2, alinéa 2 comme suit :

« Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'aides ou de soins soumises par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé ou la Famille, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance, le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391, le Conseil supérieur des personnes handicapées et le Conseil supérieur des personnes âgées ou les délégués visés à l'article 46, alinéa 1, points 1 à 4. »

3. Afin de garantir la cohérence textuelle avec l'article 1er, point 3° du projet de règlement grand-ducal cité sous rubrique, il y a lieu de compléter comme suit le premier tiret de l'article 1er règlement grand-ducal modifié du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la Commission consultative lequel est modifié par l'article 1er, point 2° du projet de règlement grand-ducal précité:
« - les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé et la Famille, (...) ».

III. Projet de règlement grand-ducal précisant les agréments requis au titre de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour les prestataires d'aides et de soins

1. L'introduction de l'assurance dépendance par la loi du 19 juin 1998 a été suivie de l'adoption d'une loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique. Cette loi était devenue indispensable afin de conférer un cadre légal au secteur conventionné de l'action médico-socio-familiale, ainsi que de donner une base légale au financement conventionné de l'Etat.

2. Dès l'origine, les prestataires de l'assurance dépendance sont soumis à ces deux législations et doivent, d'une part disposer d'un agrément délivré en vertu de la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique (ci-après loi ASFT) et, d'autre part conclure un contrat d'aides et de soins avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, à savoir la Caisse nationale de santé.

3. Constatant que la portée de la loi ASFT précitée dépassait largement le cadre des prestataires susceptibles d'intervenir dans le cadre de l'assurance dépendance, le législateur de 2005 a introduit à l'article 392 du Code de la sécurité sociale la possibilité de préciser par règlement grand-ducal « les types d'agréments requis par les différents prestataires de l'assurance dépendance ».

4. Or, le règlement grand-ducal en question n'a pas été adopté à ce jour, laissant subsister une certaine insécurité juridique. Les quatre valeurs monétaires, négociées selon l'article 395 du Code de la sécurité sociale, se basent, par exemple, sur des éléments différents suivant les quatre types de prestataires pour aboutir à quatre valeurs distinctes. Il semble ainsi indispensable de clarifier quel gestionnaire de service pour personnes âgées ou pour personnes handicapées peut être qualifié de prestataire de l'assurance dépendance auquel l'une des quatre valeurs monétaires est applicable.

5. Cette nécessité d'analyser et de fixer les interactions possibles entre la prise en charge par l'assurance dépendance et d'autres sources, « y inclus du domaine de la planification des structures et de l'agrément des activités » est adressée, par ailleurs, dans le programme gouvernemental rédigé suite aux élections d'octobre 2013.

6. Pour déterminer les types d'agréments requis par les différents prestataires de l'assurance dépendance, deux règlements grand-ducaux d'exécution de la loi ASFT précitée sont à prendre en compte, à savoir :

- le règlement grand-ducal modifié du 8 décembre 1999 relatif à l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées, et
- le règlement grand-ducal modifié du 23 avril 2004 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées.

7. Les définitions et conditions fixées dans ces règlements grand-ducaux d'exécution sont mises en parallèle des définitions du Code de la sécurité sociale en vue de la rédaction du présent projet de règlement grand-ducal.

IV. Projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance

Les remarques générales sur le référentiel des aides et soins de l'assurance dépendance

1. Il y a lieu tout d'abord de remarquer qu'en raison de la requalification et redéfinition des actes essentiels de la vie (AEV), il est tout simplement impossible de comparer les fréquences et forfaits dans le temps de chacun des actes tels que définis dans le présent projet de règlement grand-ducal par rapport au règlement actuellement en vigueur qu'est le règlement modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance. A l'heure actuelle, ce constat est corroboré par le fait que les coefficients d'intensité, de pondération et de qualification ne sont plus déterminés dans le relevé-type, mais dans un règlement grand-ducal à part. Cet exercice de comparaison est rendu d'autant plus difficile que tout dépend de l'octroi ou non de certains compléments qui sont prévus pour certains AEV. Lorsque l'on constate la détermination de ces compléments souvent décrits en des termes très flous et aléatoires, il est sérieusement à craindre que ceux-ci ne soient accordés au bon vouloir de l'Administration d'évaluation (AE) qui remplacera la CEO (voir exemples cités sous le point 2).

1bis. Voilà pourquoi, la CSL demande qu'abstraction faite qu'une révision du référentiel s'impose, l'AE soit soumise non pas sous l'autorité du ministre de tutelle, mais sous le contrôle du comité-directeur de la CNS. Aussi importe-t-il de déterminer pour chaque AEV sous la législation précédente comment et sous quelle qualification celui-ci est transposé sous le nouveau projet de règlement grand-ducal en exécution de la loi du 29 août 2017 sur l'assurance dépendance, à défaut de quoi, on reste dans l'impossibilité de juger si l'envergure d'un AEV sous la législation actuelle est plus ou moins favorable que le même acte sous la nouvelle législation.

1ter. Finalement, il aurait importé de donner une série d'exemples sous la législation précédente ainsi que sous la nouvelle législation en faisant abstraction des compléments pour les actes qui en prévoient un afin de pouvoir juger si l'envergure et la qualité des AEV ainsi que les forfaits y relatifs ont été améliorés ou, au contraire, réduits. Comme cela n'a pas été fait et qu'aucune comparaison entre l'ancien régime et le nouveau régime n'est possible, la CSL note plutôt une dégradations des prestations tant dans leur envergure que dans leur qualité. Les exemples qui suivent ne font que corroborer cette approche.

Les remarques ponctuelles sur les prestations forfaitaires allouées en vertu de dispositions particulières

2. Les articles 2 à 7 du règlement concernent une allocation forfaitaire de 150 € / semaine qui est attribuée aux personnes atteintes d'une déficience auditive, d'une cécité complète, d'une forme symptomatique de Spina Bifida, d'une aphase ou dysartherie entravant une communication verbale normale respectivement présentant une laryngectomie.

2bis. A ce propos, la CSL tient à souligner qu'il est désormais prévu de ne plus permettre le cumul de ces forfaits entre eux. Ceci peut toutefois poser problème dans la mesure où une combinaison des conditions médicales et symptômes retenus justifieraient pour la personne concernée l'allocation du

forfait pour chacune des pathologies. Voilà pourquoi la CSL se prononce contre l'introduction d'une clause de non-cumul.

2ter. Par ailleurs, la CSL se demande si le forfait de 150€/semaine pour chacune des déficiences énumérées dans le texte est suffisant pour garantir la prise en charge adéquate des situations particulières des personnes concernées.

Les critères de l'attribution des compléments (AEV-C) : la CEO a un pouvoir discrétionnaire !

3. Pour obtenir l'AEVH-C, le bénéficiaire de l'AEVH03 doit remplir deux conditions dont l'une exige « un investissement supplémentaire au niveau de l'exécution de l'acte AEVH03 ». Sachant que la CEO voire la future Administration d'évaluation est la seule à décider si un tel investissement supplémentaire est nécessaire ou non, il est fortement à craindre que ce complément ne soit accordé à la tête du client, ce qui serait inacceptable aux yeux de la CSL. L'arbitraire continue dans la deuxième condition où l'une des possibilités pour avoir droit à ce complément est « toute autre indication médicale dûment motivée ». Cela veut-il dire que « toute (autre) indication médicale dûment motivée » ne peut être refusée par la CEO ou l'Administration d'évaluation ou, au contraire, que cette dernière reste souveraine pour l'accepter ou la refuser ?

3bis. Pour l'AEVH-C, la fréquence journalière est de 1 et le forfait hebdomadaire de 105 minutes.

3ter. La CSL conclut qu'à l'heure actuelle, il est impossible de comparer à quoi pour un AEV donné, une personne a droit sous la législation précédente et sous la nouvelle loi alors que la définition des actes a changé et que l'octroi de l'introduction d'un complément reste très aléatoire.

3quater. D'après la législation actuelle une personne a droit au maximum dans le domaine de l'hygiène corporelle si l'on compare les actes à ceux prévus dans le projet de règlement grand-ducal (AEVH01, AEVH02, AEVH03 et AEVH-C) à 142,5 minutes (AE303 = 122,5 min) + (AE308 = 15 min) + (AE309 = 5 min) alors que sous la future nomenclature, la même personne peut tout au plus bénéficier de 117,5 min (AEVH03) et, éventuellement si un complément lui est accordé (AEVH-C) de 105 min supplémentaires. Or comme déjà soulevé, le complément est soumis à la discrétion totale de l'Administration d'évaluation de sorte que la personne en question reçoive moins (117,5 min) par rapport à la situation actuelle (142,5 min).

4. Pour le complément nutrition (AEVN-C), une des conditions est d'avoir un diabète insulino-dépendant déséquilibré avec une valeur médicale HbA1C>8,5%.

4bis. Le HbA1C est une valeur qui permet de calculer la moyenne du déséquilibre du sucre dans le sang lors des trois derniers mois. Même sans connaissances médicales, la CSL est d'avis que le fait de vouloir intégrer des valeurs médicales dans le calcul du temps des soins pour un cas de dépendance n'est pas justifié.

5. En ce qui concerne le complément pour risque d'escarres (AEVM-C-ES), il est fait référence à l'échelle de Norton qui est un tableau qui décrit les risques de développer un Dekubitus.

5bis. Alors que celle-ci se base sur 5 points, la « vraie » échelle de Norton a plus de facteurs et n'est jamais fixe, elle peut varier de semaine en semaine.

Dans le référentiel, l'échelle de Norton est utilisée comme valeur fixe pour le calcul du complément . La CSL ne peut accepter une telle approche figée et rigide, ceci d'autant plus que d'autres facteurs ont été volontairement retirés du référentiel.

5ter. En conclusion, pour obtenir des compléments il faut se trouver dans une situation extrême. Le référentiel est irréaliste dans certaines parties. Des facteurs erronnés qui ne se situent absolument pas dans le juste contexte sont pris en considération pour établir le calcul du temps des soins.

Les remarques ponctuelles sur le référentiel des aides et soins de l'assurance dépendance

L'hygiène corporelle (AEVH01/AEVH02/AEVH03)

6. La CSL se doit de constater qu'il existe de grands écarts entre les valeurs des pourcentage de la surface corporelle. Les répartitions des pourcentages par rapport aux régions corporelles difficilement à accéder (p.ex. pieds, dos, fesses etc) sont sousévaluées.

6bis. Force est de constater que les soi-disants « critères d'attribution de l'acte » sont en réalité des critères d'exclusion. Ainsi une personne qui n'arrive pas à se laver les pieds, mais qui est mobile et arrive à se laver tout le reste de son corps, est exclue de l'acte « hygiène corporelle aide partielle » (AEVH02) si la surface corporelle à laver et à sécher se situe en dessous de 18%. Or sur base du schéma à la page 9 du projet de règlement grand-ducal, une personne n'arrivant pas à se laver les deux pieds (2x4%), mais le reste des deux jambes ne remplit pas à l'exclusion de toute autre aide les critères pour obtenir l'AEVH01 ni à plus forte raison, car n'atteignant pas le seuil de 18% le bénéfice de l'AEVH02.

6ter. Afin de clarifier ce point, la CSL demande un tableau comparatif avant / après réforme qui reprend en détail les pourcentages attribués aux différentes parties du corps.

6bis. Si, à la limite, on peut éventuellement témoigner de la compréhension que les soins esthétiques de manicure ou de pédicure ne justifient pas l'attribution de l'AEVH, il devrait en aller autrement pour les soins de pédicure médicale qui justement sont légitimés par une prescription médicale.

L'hygiène buccale (AEVH04)

7. Par rapport au référentiel actuel, il n'y a pas de changement : la fréquence journalière est de 2 et le forfait hebdomadaire de 35 min.

7bis. Contrairement à l'acte d'hygiène corporelle, il n'existe pas de critère d'exclusion.

7ter. La CSL se demande où est la logique de prévoir des critères d'exclusion pour l'un des actes (hygiène corporelle), mais non pas pour l'autre (hygiène buccale) ?

Hygiène menstruelle (AEVH06)

8. Même si le forfait hebdomadaire de 8 minutes reste inchangé par rapport à la situation actuelle, il faudrait néanmoins préciser vu le cycle menstruel de la femme que celle-ci a droit à 32 minutes par mois qu'elle peut prendre, si elle le veut, en une seule fois.

Elimination (AEVE01, AEVE02, AEVE03) et complément d'élimination (AEVE-C)

9. En ce qui concerne le complément élimination (AEVE-C), les mêmes remarques s'imposent que pour le complément hygiène corporelle (AEV-C).

4.6 Changement sac de stomie/Vidange sac urinaire (AEVE04)

10. La CSL ne note pas de changement par rapport à l'ancien régime de sorte qu'elle n'a pas de remarques à formuler.

Nutrition (AEVN01/AEVN02/AEVN03), complément nutrition (AEVN-C) et complément hydratation (AEVN-C-HY)

11. Les mêmes remarques s'imposent que pour les critères de l'attribution des compléments (AEV-C).

11bis. Pour le surplus, la CSL se demande pourquoi le complément (AEVN-C) est accordé si l'acte « nutrition aide partielle » (AEVN02) ou l'acte « nutrition aide complète » (AEVN03) est accordé alors que les compléments pour l'élimination (AEV-C) et pour l'hygiène corporelle (AEVH-C) sont uniquement accordés lorsque la personne touche respectivement l'acte « élimination aide complète » (AEVE02) et l'acte « hygiène corporelle aide complète » (AEVH03). Où est la logique dans la détermination de critères différents pour les trois compléments ?

Nutrition entérale (AEVN04)

12. Le même flou artistique existe au niveau des règles d'utilisation où il est dit que « l'intensité du besoin d'aide pour la nutrition entérale sera déterminée selon des actes AEVN01 à AEVN03 ».Pourtant un tel renvoi ne permet pas de savoir quelle est la durée exacte en minutes dont la personne concernée peut profiter. Cela de nouveau risque de favoriser l'arbitraire.

Transferts (AEVM11/AEVM12) et complément transferts (AEVM-C)

13. En ce qui concerne le complément transferts (AEVM-C), la même remarque s'impose que pour l'hygiène corporelle (AEVH-C)), à savoir qu'un des critères pour obtenir le complément, à savoir « toute autre indication médicale dûment motivée » est flou. Il en va de même de la condition prévoyant que « un investissement supplémentaire au niveau de l'exécution de l'acte « transfert forfait majoré » (AEVM12) est nécessaire ». Par conséquent, l'Administration d'évaluation a un pouvoir discrétionnaire pour accorder ou refuser ce complément à la tête du client.

13bis. Contrairement à d'autres AEV, il n'existe pas de critères d'exclusion de l'acte.

13ter. Au niveau de la fréquence journalière et du forfait hebdomadaire des AEVM11, AEVM12 et AEVM-C, il n'y a pas de changement.

Complément pour risque d'escarres (AEVM-C-ES)

14. Comme déjà soulevé ci-avant et contrairement à d'autres AEV, l'on introduit ici de nouveau des critères d'exclusion concernant « les personnes obtenant un score de 20 points sur l'échelle de Norton ». Tout ceci est très aléatoire voire même arbitraire et ne respecte pas l'échelle Norton qui prévoit en total 25 points. Cette proposition exclut certains facteurs important à savoir l'âge, médicaments pris, températures corporelle. L'échelle Norton est une évaluation instantanée et pourra varier très rapidement alors que les réevaluations sont seulement prévues tous les 2 ans.

14bis. Au niveau de la fréquence journalière et du forfait hebdomadaire du AEVM-C-ES, il n'y a pas de changement par rapport à la législation précédente.

14ter. La CSL est d'avis que le complément pour risque d'escarres doit pouvoir être cumulable avec le complément transferts (AEVM-C). Il faudrait donc ajouter cette précision dans le référentiel afin d'éviter par la suite toute lecture contraire de la part de l'Administration d'évaluation.

Déplacements (AEVM13/AEVM14)

15. Ici, de nouveau, la CSL se doit de constater que des critères d'exclusion de l'acte ont été introduits. Ainsi l'attribution du forfait déplacement n'est pas justifié « si une compensation est possible grâce à une aide technique permettant à la personne de réaliser l'ensemble des déplacements seule, sans aide humaine supplémentaire ».

15bis. Au niveau de la fréquence journalière et du forfait hebdomadaire des AEVM13 et AEVM14, il n'y a pas de changement à la législation actuelle.

Accès et sortie du logement (AEVM15)

16. Ici, les critères d'exclusion ne font qu'étonner alors que les causes d'exclusion ne sont pas expliquées ni à plus forte raison justifiées : pourquoi le besoin de surveillance permanente d'une personne avec risque de fugue/absence de notion de danger ne justifie pas l'attribution de l'acte ? Idem pour une personne de moins de huit ans. Pourquoi prévoit-on pour cet AEV une limite d'âge alors qu'on n'en prévoit pas par exemple pour le changement de niveau ?

16bis. Au niveau de la fréquence journalière et du forfait hebdomadaire, il n'y a pas de changement par rapport à la législation actuelle.

Changements de niveau (AEVM 16)

17. Concernant les critères d'exclusion, la question se pose si cet acte est exclu si le changement de niveau dans les lieux de vie du lieu de prise en charge habituel n'est caractérisé que par une seule marche. La CSL est d'avis que le changement de niveau par une seule marche devrait également donner lieu à l'aide (AEVM16), étant donné que le chiffre 1 est également un nombre, vu qu'on parle de « nombre de marches ». Par ailleurs faut-il noter qu'en présence d'une seule marche, le risque de chute existe également.

17bis. Tout aussi criticable est l'exclusion de l'acte « si le changement de niveau concerne une pièce autre que les lieux de vie (salle de bains, toilette, cuisine, chambre à coucher, salon, salle à manger, espaces communautaires en établissement). Que font les personnes qui ont une cave dans leur lieu de prise en charge et qui ont besoin de s'y rendre ?

17ter. Au niveau de la fréquence journalière et du forfait hebdomadaire, il n'y a pas de changement par rapport à la législation actuelle.

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

18. Les AAI aux AEV regroupent dorénavant les actes qualifiés aujourd'hui de soutien spécialisé individuel ou en groupe ainsi que les activités de conseil individuel. Elles ont pour objet l'apprentissage

ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de réaliser les AEV dans les domaines de l'hygiène corporelle, de l'élimination, de la nutrition, de l'habillage et de la mobilité ou de limiter l'aggravation de la dépendance pour ces mêmes actes.

18bis. Concernant les critères d'attribution, une des deux conditions exige que « la personne présente des capacités de compréhension et d'assimilation minimales nécessaires à l'apprentissage » Ici, il existe de nouveau un flou artistique de sorte que l'attribution des AAI risque de nouveau d'être arbitraire et à la tête du client. Il en va de même de la deuxième condition exigeant que « la personne est capable de participer de façon active, mentalement et/ou physiquement, aux activités proposées ». Par ailleurs faut-il se poser la question qui en décide : le médecin traitant ou l'Autorité d'évaluation ?

18ter. Les critères d'attribution sont en même temps des critères d'exclusion.

Les activités de maintien à domicile – garde en groupe (AMD-GG)

19. Concernant les critères d'exclusion, la CSL rend attentif qu'il convient de préciser ce qu'il faut entendre par « trouble du comportement » et « capacités physiques minimales ». A défaut d'avantage de précision, l'attribution de l'acte risque une fois de plus d'être arbitraire.

L'analyse avant / après réforme du droit aux prestations reste à approfondir

20. Sans avoir été exhaustif sur l'ensemble des AEV, force est de constater que, de façon générale, la durée des différents AEV a été amoindrie.

21. L'analyse du droit aux AEV avant et après réforme a certes démontré dans la plupart des cas analysés que le volume global des heures attribuées aux bénéficiaires sera légèrement plus important après la réforme. Or, ce constat doit être fortement relativisé par le fait que ce sont les nouveaux compléments prévus par le référentiel des aides et soins qui garantissent dans bon nombre de cas une amélioration du temps de prise en charge.

22. Cette remarque est d'autant plus importante si l'on considère qu'une perte de prise en charge dans un domaine spécifique des AEV (p.ex. hygiène) n'est pas à exclure et que la compensation après réforme se fait par le biais d'un complément transport. Or, les actes liés aux différentes prestations ne sont pas du tout comparables et la logique de compenser un acte par un autre fondamentalement différent semble ainsi tout à fait inappropriée.

23. Selon la CSL, il est hors de question que le temps de prise en charge imparti aux 5 catégories d'AEV après réforme soit inférieur au volume avant réforme. Toute autre logique constituerait une détérioration cachée de la qualité de prise en charge du bénéficiaire.

24. Une analyse avant et après réforme devrait être établie avec des cas de bénéficiaires qui n'ont pas droit aux compléments en question. La CSL est d'avis que ces analyses seront en défaveur des benéficiaires.

25. Aussi faut-il souligner que l'analyse de la Commission consultative a uniquement porté sur la partie AEV. La CSL demande dans ce contexte également d'étendre l'analyse sur les autres prestations nouvellement introduites dans le cadre de la réforme.

La synthèse de prise en charge

26. La réforme prévoit notamment de rendre la synthèse de prise en charge plus lisible pour la personne dépendante et son entourage. Or, la CSL n'en est pas convaincue. Les explications relatives au temps imparti aux soins et au contenu des différents actes restent toujours très techniques et de ce fait peu compréhensibles pour le bénéficiaire voire même son entourage.

27. La CSL se doit de réitérer sa remarque formulée dans son avis du 25 octobre 2016 sur le projet de loi réformant l'assurance pension et dont la teneur était la suivante :
« Suite au bilan de l'IGSS publié en 2013, la CSL se doit d'emblée de constater qu'à part certains remaniements devenus utiles par-ci par-là, une modification de fond en comble du système actuel de l'assurance dépendance n'est ni nécessaire d'un point de vue financier ni utile d'un point de vue qualité des prestations ni, à plus forte raison, urgente. En tout état de cause, la CSL ne saura accepter le remplacement de la tarification à l'acte et ergo d'une prise en charge sur mesure de l'assuré par l'instauration de quinze niveaux en aide et soins diluant ainsi l'individualisation des besoins, exprimée en minutes, en vigueur jusqu'à présent. Si la CSL ne s'oppose pas d'office à une forfaitisation des prestations par exemple en introduisant pour chaque prise en charge individualisée un contingent supplémentaire de minutes (ainsi la détermination du seuil individualisé en minutes augmenté d'un pourcentage de minutes pour laisser une certaine marge de manoeuvre aux prestataires et afin d'éviter de procéder à une reformulation d'une demande nouvelle auprès de l'Autorité d'évaluation), elle rend attentif que l'instauration d'une flexibilité par niveaux de besoins et de soins exprimant chacun un intervalle de minutes précis est également susceptible de favoriser la stigmatisation des bénéficiaires dans l'opinion publique et leur entourage ainsi que d'entraver le contrôle de la qualité et de la délivrance réelle des prestations. Etant donné que le système de l'assurance dépendance a fait ses preuves jusqu'à présent à tel point que notre pays est envié au niveau international pour la performance et la générosité de son système, la CSL ne peut accepter une dégradation du système actuel tel que proposé par le présent projet de loi. »

Les remarques concernant le projet de règlement grand-ducal ne font que confirmer cette approche alors que l'envergure et la qualité des prestations pour la personne dépendante risquent, en l'absence du bien-fondé de la requalification et de la re-standardisation des actes dans le cadre des AEV entre l'ancien régime et le nouveau régime et a fortiori en l'absence de comparaison possible entre les deux régimes, d'être diminuées. La CSL tient à réitérer sa remarque formulée dans son avis sur le projet de loi selon laquelle le Gouvernement devrait retirer sans délai toutes les mesures d'économie figurant dans le Paquet d'Avenir qui ont conduit à la mise en place des crédits-tampon pour les réseaux d'aides et de soins pour contrer les difficultés auxquelles sont confrontés actuellement certains prestataires. Dans le même ordre d'idées, elle ne peut que rappeler que l'accord du 28 novembre 2014 entre le Gouvernement et la CGFP, l'OGBL et le LCGB a prévu que « l'assurance dépendance sera réformée avec pour ligne directrice une application plus efficiente des critères d'octroi des prestations, dans un souci d'assurer la nature du nécessaire et de l'utile des prestations, sans pour autant contrarier les prestations objectivement requises par les assurés ».

Force est toutefois de constater que dans la période 2015 à 2016, même si le nombre de bénéficiaires n'a pas diminué et que les valeurs monétaires ont augmenté de 2,2%, la baisse des montants mensuels théoriques est due à une baisse du nombre moyen d'heures allouées.

Pour les prestations à domicile, le projet de décompte annuel de la CNS contient en effet cette information :

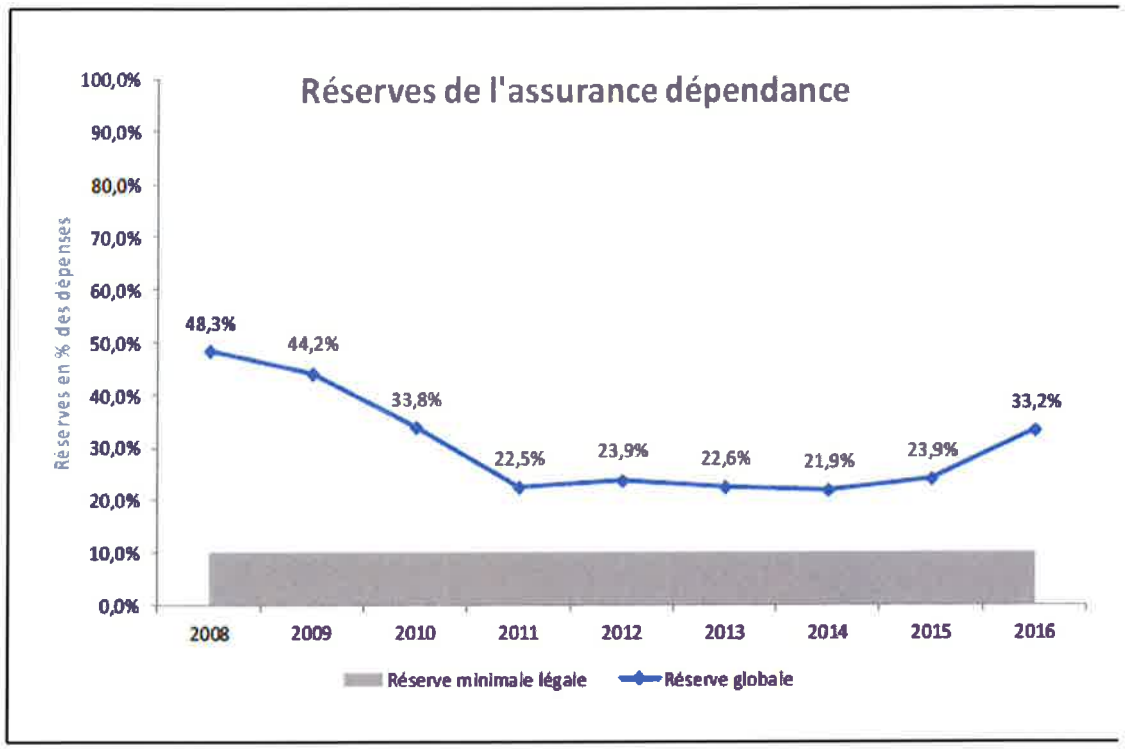
« Comme la moyenne des 3 valeurs monétaires (réseaux, centres semi-stationnaires et établissements à séjour intermittent) a augmenté de 2,2% à partir du 1er janvier 2016, la baisse du montant mensuel moyen théorique de 2,9% s'explique par la baisse du niveau du nombre moyen d'heures allouées par personne dépendante en 2016, à savoir de l'ordre de 5,1% (heures pondérées en fonction des coefficients intensité et qualification; article 350 du CSS). »

Pareillement, pour les prestations en établissements (centres intégrés et maisons de soins, le décompte précise :

« Tout comme en 2015, la baisse du montant mensuel moyen théorique dans les centres intégrés (-2,1%) est due, compte tenu de la hausse de la valeur monétaire de 2,2%, à une baisse du nombre moyen d'heures allouées [….] de l'ordre de 2,5%. »

Dans les maisons de soins, la baisse du nombre moyen d'heures allouées aurait été de l'ordre de 0,7%.

La réduction des dépenses courantes de l'AD et la quasi-stagnation des recettes a pour effet une augmentation de la réserve qui est largement supérieure au fonds de roulement légalement requis (10% des dépenses courantes), comme le montre le graphique suivant :



En guise de conclusion, le décompte de l'assurance dépendance pour l'exercice 2016 témoigne d'une situation financière très saine de cette branche de la sécurité sociale. L'excédent de 2016 a plus que quadruplé par rapport à celui de 2015, ce qui a permis de porter la réserve de l'assurance dépendance à 33,2% des dépenses, alors que la loi ne requiert qu'un taux de 10%.

La CSL tient toutefois à souligner que cette situation financière confortable provient toutefois d'une dégradation des circonstances des bénéficiaires de l'assurance dépendance, auxquels on a alloué moins d'heures de prestations que les années précédentes.

V. Projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant

Historique

1. Depuis l'introduction de l'assurance dépendance en 1999, la loi luxembourgeoise couvre la dépendance à tout âge et, par conséquent, également le risque de dépendance encouru par l'enfant. La loi de 2005 a pris en compte les spécificités de la dépendance de l'enfant pour lequel la limite d'âge a été fixée à huit ans accomplis.

2. Les spécificités de la détermination de la dépendance d'un enfant sont prises en compte en se basant sur le besoin d'aide pour la réalisation des actes essentiels de la vie d'un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. La norme de référence varie en fonction de l'âge de l'enfant et des compétences habituellement acquises par un enfant de cet âge, en fonction des actes et activités concernés, jusqu'à huit ans. Au-delà de huit ans, les enfants ont acquis les compétences nécessaires pour accomplir les actes essentiels de la vie sans l'aide d'une tierce personne et la norme de comparaison devient fixe et la situation de l'enfant rejoint alors celle de l'adulte.

3. L'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, ainsi que le référentiel des aides et soins et le relevé-type des aides et soins requis ont été revisés. Comme toutes les parties du nouvel outil d'évaluation s'appliquent également à l'évaluation des enfants, il est possible de traduire le besoin réel en aides et soins selon les mêmes degrés d'intensité de dépendance que chez la personne adulte. Ceci n'était pas le cas dans le passé où l'on partait toujours d'un degré de dépendance maximale chez tout enfant de zéro à huit ans accomplis. L'intégration du degré d'intensité de dépendance reflétant le besoin réel en aides et soins vise à éviter les écarts de transition importants qu'on peut parfois noter au moment du passage à l'application des critères de détermination des aides et soins requis pour l'adulte.

Grille de calcul de l'âge développemental

4. Comme chaque enfant représente un certain degré de dépendance dans la réalisation des actes essentiels de la vie en fonction de son âge et de ses capacités, le recours à un outil spécifique reste toujours nécessaire.

4bis. Cet outil sert à déterminer si l'enfant atteint le seuil de dépendance en fonction du calcul de son âge développemental par rapport à son âge réel. C'est la différence entre l'âge réel et l'âge développemental qui rend compte du temps supplémentaire nécessaire dans la réalisation des actes essentiels de la vie et le niveau de dépendance. Les intitulés des actions définissant les compétences nécessaires pour la réalisation des différents domaines des actes essentiels de la vie ont été revus.

Tableau portant les durées moyennes hebdomadaires par acte selon l'âge des enfants

5. Etant donné que les nouveaux instruments permettent de déterminer le besoin réel en aides et soins selon les mêmes degrés d'intensité de dépendance que chez la personne adulte, les durées moyennes hebdomadaires pour chaque acte sont intégrées dans le tableau de pondération permettant le calcul du temps supplémentaire de l'enfant en comparaison à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. Cette méthode de calcul permet de mieux tenir compte que dans le passé du besoin réel en aide et soins de l'enfant.

Synthèse de prise en charge

6. Le formulaire-type pour la synthèse de prise en charge annexé au règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de détermination de la dépendance est adapté pour tenir compte des spécificités de la détermination des beoins de l'enfant et notamment en fonction de la pondération des degrés de dépendance. **En ce qui concerne le formulaire type intitulé « synthèse de prise en charge établie par l'Administration d'évaluation mentionné à l'article 1er, point 3° du projet de règlement et qui renvoie à l'annexe IV du même règlement, la CSL tient à signaler qu'il y a lieu d'ajouter le titre « annexe IV » en haut de la page intitulée « Synthèse de prise en charge – Enfants de 0 à 8 ans ».**

6bis. Le formulaire reprend, à l'instar de celui des adultes, l'information détaillée de l'ensemble des prestations requises et identifie, le cas échéant, clairement l'aidant.

6ter. La synthèse porte l'information relative aux temps relatifs aux degrés de dépendance qui sont pondérés, déterminant l'atteinte du seuil et le niveau de dépendance. Cette information est essentielle dans le cas d'une répartition dans la réalisation des aides et soins requis entre un aidant et un prestataire professionnel. Dans ce cas, les prestations en nature sont payées selon un forfait calculé en fonction du degré de dépendance non pondéré tandis que le montant des prestations en espèces est calculé en fonction du degré de dépendance pondéré, c'est-à-dire en fonction du temps supplémentaire requis.

VI. Projet de règlement grand-ducal fixant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge

La semaine-type de prise en charge

1. A l'article 4 du projet de règlement grand-ducal, le texte dispose que « le prestataire d'aides et de soins documente la semaine-type de prise en charge ». Le commentaire de l'article explique que la semaine-type évolue suivant les besoins de la personne dépendante, auxquels elle est adaptée, sans modification de la prise en charge et que la mise à jour régulière de cette semaine-type, faisant l'objet d'une révision trimestrielle, s'insère dans le concept plus large de la réévaluation régulière des personnes dépendantes afin d'assurer une adéquation autant que possible entre les besoins de la personne dépendante et les prestations requises par l'Adminsitration d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance.
Le bien fondé d'une semaine-type échappe à la CSL complétement à ce stade. S'agit-il de disposer d'un document permettant à l'Adminsitration d'évaluation le contrôle qualité des prestations ou le document a-t-il plutôt la finalité de permettre, en cas de besoin, une réévaluation plus rapide du bénéficiaire ?

1bis. Aussi faudrait-il clarifier certaines questions d'ordre pratique et technique. Est-ce que le bénéficiaire ou l'aidant recevront une copie du document ? Compte tenu de la mise à jour régulière du document, comment l'échange des informations contenues dans la semaine-type entre le prestataire et l'Administration d'évaluation se fera-t-il ? Pourquoi le projet de loi fixe-t-il en principe un rythme de deux ans pour les réévaluations si le projet de règlement prévoit une révision trimestrielle de la semaine-type par l'Administration d'évaluation afin de permettre une réévaluation régulière des personnes dépendantes ? Comment l'Administration d'évaluation procédera-t-elle spécifiquement dans le cas de bénéficiaires à domicile sans prestataire ?

1ter. Finalement, la CSL aimerait soulever les problèmes qui pourraient découler de la présence de deux documents distincts relatifs à la prise en charge du bénéficiaire. En effet, on pourrait avoir l'impression que la synthèse de prise en charge constitue le document « officiel », disponible pour tous les personnes concernées, alors que la semaine-type constitue une document « informel », disponible uniquement au cadre restreint du prestataire et de l'Administration d'évaluation. Si tel est le cas et si les

réévaluations se font notamment sur base de la semaine-type, ceci constituerait clairement une absence de transparence pour la personne dépendante et son entourage direct.

L'évaluation de la douleur selon une échelle validée et adaptée aux spécificités des bénéficiaires

2. A l'article 7, on parle de « l'évaluation de la douleur selon une échelle validée et adaptée aux spécificités de la population prise en charge ». La CSL se demande s'il s'agit de la même échelle applicable qu'en matière d'assurance accident pour fixer l'indemnité extrapatrimoniale du *pretium doloris* ou d'une toute autre échelle ?

Le contrôle de la qualité des prestations et le contrôle de la qualité de la documentation

3. Au vu des articles 8 et 11, il y a lieu de constater que le contrôle semble ne concerner que la qualité de la documentation, mais non pas la qualité des prestations effectuées.

3bis. Si l'on peut saluer un contrôle plus rigoureux de la documentation par l'Administration d'évaluation, il faut toutefois signaler que le contrôle des prestations effectuées n'est souvent que théorique dans la mesure où il est impossible de vérifier que telle ou telle autre prestation a été effectivement effectuée du moment que le bénéficiaire de l'assurance dépendance signe la fiche de prestations. Les bénéficiaires de l'assurance dépendance n'ont souvent pas la volonté et/ou la capacité de vérifier sur la fiche des prestations les prestations qui ont été effectuées et celles qui n'ont pas été effectuées de sorte qu'elles se contentent tout bonnement de signer la fiche de prestations qui leur est soumise.

3ter. Personne ne peut vérifier sinon le bénéficiaire lui-même lequel cependant se situe souvent dans une situation de faiblesse ou d'infériorité par rapport au prestataire si les prestations figurant sur la fiche de prestations ont effectivement été dispensées malgré la signature du bénéficiaire. Ceci est d'autant plus vrai avec l'introduction des quinze niveaux. Si le bénéficiaire ne dénonce pas une éventuelle irrégularité, elle ne sera jamais portée à la connaissance de l'Administration d'évaluation.

3quater. Même si l'Administration d'évaluation peut prendre des renseignements auprès des personnes dépendantes, il ne faut toutefois pas oublier que celles-ci se trouvent dans une situation délicate pour « dénoncer » des irrégularités à l'égard d'une personne qui quotidiennement les côtoie.

3quinquies. Or s'il est certes louable d'instaurer un contrôle de la qualité de la documentation par l'Administration d'évaluation, il l'est encore davantage pour ce qui concerne la qualité des prestations effectuées. Pour ce faire, il est indispensable que l'Administration d'évaluation (sous le contrôle du comité-directeur de la CNS) effectue des contrôles à l'improviste chez les bénéficiaires.

3sexies. La CSL tient finalement à préciser que la finalité des contrôles qualité ne peut pas être celle d'un contrôle pour la forme, mais doit faire en sorte qu'un préjudice à charge de l'assuré doit être réparé et pris en charge par l'assurance dépendance (rectification d'une lésion injustifiée subie par une personne dépendante, sanction du prestataire n'ayant pas respecté certains critères de qualité). Aussi faudrait-il que le rapport qualité biennal dressé par l'Administration d'évaluation soit rendu public afin de permettre aux assurés une information aussi complète que possible sur la question de la qualité des aides et soins.

Le mécanisme de gestion des plaintes chez le prestataire d'aides et de soins

4. En raison des explications fournies ci-avant, il est très douteux qu'un mécanisme de gestion de plainte contribue à une amélioration de la qualité des prestations. Plutôt faudra-t-il mettre l'accent sur l'obligation de l'Administration d'évaluation de contrôler à l'improviste chez les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

4bis. En tout état de cause, que ce soit à l'initiative d'une plainte formulée par le bénéficiaire ou d'une dénonciation par l'Administration d'évaluation lors d'un contrôle, il faudra que cette irrégularité, même si elle devait être anonymisée pour des raisons de protection des données personnelles du bénéficiaire, soit communiquée non seulement au prestataire et à la personne dépendante, mais également au comité directeur de la CNS auquel l'Administration d'évaluation devra être soumise.

La documentation de la prise en charge et le dossier de soins partagé (DSP)

5. Aussi la question se pose-t-elle quelles données figureront dans le dossier de soins partagé et concernant des informations très sensibles sur l'état de santé et sur la vie privée du bénéficiaire.

5bis. Comme l'article 60ter du Code de la sécurité sociale qui met en place l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (ci-après Agence eSanté) ne prévoit pas explicitement le recours aux services, informations et registres permettant l'identification des patients et des prestataires de soins qui sont indispensables à l'établissement des outils destinés à assurer la qualité des informations traitées et une gestion sécurisée des identités dans les missions légales attribuées à l'Agence eSanté, il est proposé dans le projet de loi no 7061 modifiant certaines dispositions du Code de la sécurité sociale d'adapter l'article 60ter du Code de la sécurité sociale afin d'y apporter les précisions y relatives.

5ter. Si la CSL n'a pas d'objections à formuler quant à l'idée de prévoir dans le texte le recours aux services, informations et registres permettant l'identification des patients et des prestataires de soins, il n'en est pas ainsi en ce qui concerne le renvoi dans l'article 60ter à un règlement grand-ducal, ceci à un double point de vue. D'abord, à titre principal, la détermination par règlement grand-ducal des informations que le Centre commun de la sécurité sociale et la CNS doivent fournir est susceptible de violer l'article 32(3) de la Constitution alors que certaines informations – à l'heure actuelle l'on ignore lesquelles – ayant éventuellement trait à la personnalité du patient méritent d'être précisées dans la loi elle-même. Puis, subsidiairement, à défaut de règlement grand-ducal, les parties soussignées ne sont pas en mesure de vérifier ni sa constitutionnalité ni son contenu en ce qui concerne la nature des informations que le Centre commun de la sécurité sociale et le CNS sont obligés de transmettre à l'Agence eSanté sur sa demande.

5quater. Finalement, la CSL tient à préciser que la standardisation des documents à travers le DSP n'a de sens que si tous les prestataires sont techniquement en mesure et légalement obligés de fournir les informations nécessaires dans le DSP sinon un contrôle de la qualité de la documentation s'avère impossible.

VII. Projet de règlement grand-ducal déterminant 1) les normes concernant la dotation et la qualification du personnel ; 2) les coefficients d'encadrement du groupe

1. L'objet du présent règlement grand-ducal est de définir les normes de qualifications et de dotations du personnel engagé par les prestataires d'aides et de soins, ainsi que de fixer les coefficients de personnel et d'encadrement des groupes de personnes dépendantes prises en charge par les prestataires d'aides et de soins pour des activités d'appui à l'indépendance ou de garde en groupe.

2. Les normes de qualification du personnel remplacent les qualifications minimales requises listées dans l'actuel relevé-type au règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance. Ces qualifications sont identiques à celles du relevé-type, seule la qualification de l'aide socio-familiale en formation est ajoutée à l'énumération, dans un souci de sécurité juridique. En effet, depuis l'origine de l'assurance dépendance, le personnel en cours de formation à l'aide socio-familiale est admis à fournir des prestations aux personnes dépendantes à charge de l'assurance dépendance.

3. En plus de la fixation de normes de qualifications minimales du personnel, le pouvoir réglementaire définit dorénavant les normes de dotation du personnel permettant une prise en charge de qualité des personnes dépendantes. Alors que la définition de la combinaison du personnel était jusqu'ici réservée au domaine de la négociation annuelle, l'expérience révèle qu'il est souhaitable de fixer ces normes par voie réglementaire en vue de la stabilité et de la continuité de la qualité de prise en charge. Les normes annexées au présent règlement grand-ducal permettent d'assurer la continuité dans les combinaisons actuelles de personnel, tout en prenant en compte les modifications apportées par la loi de réforme de l'assurance dépendance. **La CSL revendique toutefois que les postes non qualifiés qui ont été créés sous la législation précédente, même s'ils ne rentrent plus dans les normes de qualifications minimales du personnel prévues dans le présent projet de règlement grand-ducal, soient maintenus et que des tâches appropriées soient attribuées aux personnes concernées.**

4. Les données relatives aux qualifications du personnel et au mix du personnel affectent le financement des prestations. Les quatre valeurs monétaires, une fois négociées, sont pondérées en fonction des coefficients définis dans le présent règlement grand-ducal. Le non-respect des normes et coefficients définis est à déférer à la Commission de surveillance en vertu de l'article 393 du Code de la sécurité sociale en vue de la récupération de montants indûment payés par la Caisse nationale de santé.

5. Les coefficients d'encadrement du groupe ne s'appliquent plus à une activité de groupe individuelle, mais ils sont appréciés de manière globale sur toutes les activités de groupe réalisées et facturées sur une période d'un an par chaque prestataire. Une moyenne d'encadrement du groupe sur un an est donc considérée pour la pondération des valeurs monétaires se lon l'article 395, paragraphe 3 du Code de la sécurité sociale.

Conclusion générale

Etant donné que la CSL a été saisie des différens projets de règlement grand-ducal qui ont été pris en exécution de la loi sur l'assurance dépendance et compte tenu, d'une part de son désaccord de principe formulé dans son avis du 25 octobre 2016 relatif au projet de loi réformant l'assurance dépendance et d'autre part des critiques et remarques formulées dans le présent avis relatif aux différents projets de règlement grand-ducal cités ci-avant même si pour les projets de règlement II, III, V et VII, la CSL n'a pas ou a peu formulé de remarques, la CSL est au regret de vous informer qu'elle désapprouve les projets de règlement grand-ducal émargés.

Luxembourg, le 22 septembre 2017

Pour la Chambre des salariés,

Norbert TREMUTH
Directeur

Jean-Claude REDING
Président

L'avis a été adopté à l'unanimité.