



Projet No 63/2016-1

4 juillet 2016

Assurance dépendance

Texte du projet

Projet de loi portant réforme de l'assurance dépendance et modifiant :

- 1) le Code de la sécurité sociale ;
- 2) la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et juridictions de la sécurité sociale et
- 3) la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat

Informations techniques :

No du projet :	63/2016
Date d'entrée :	4 juillet 2016
Remise de l'avis :	meilleurs délais
Ministère compétent :	Ministère de la Sécurité sociale
Commission :	Commission sociale

.... Procedure consultative



Projet de loi portant réforme de l'assurance dépendance et modifiant :

- 1) le Code de la sécurité sociale ;**
- 2) la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et juridictions de la sécurité sociale et**
- 3) la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat**





Exposé des motifs

1) INTRODUCTION

Introduite par la loi du 19 juin 1998, l'assurance dépendance est devenue le cinquième pilier de la sécurité sociale. Le législateur reconnaît ainsi la dépendance, c'est-à-dire « *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* » (article 348 du Code de la sécurité sociale) comme nouvelle branche de la sécurité sociale au même titre que la maladie, l'accident de travail, l'invalidité et la vieillesse.

Les quatre principes directeurs qui ont dès lors guidé le développement de l'assurance dépendance au Luxembourg sont les suivants :

- la réhabilitation avant la prise en charge par l'assurance dépendance ;
- la priorité au maintien à domicile avant l'hébergement en institution ;
- la priorité aux prestations en nature par rapport aux prestations en espèces ;
- la continuité des soins.

L'assurance dépendance a connu un succès grandissant au cours des années et environ 13500 personnes bénéficient aujourd'hui des prestations de l'assurance dépendance.

Un premier bilan sur le fonctionnement de l'assurance dépendance a été fait 3 ans après son introduction, en 2001. Ce bilan, qui a fait l'objet d'un débat à la Chambre des députés, étudie, entre autres, les retards dans l'évaluation des demandeurs de prestations, la pénurie des lits de long séjour, la planification d'infrastructures de soins de longue durée, la coordination entre les différents acteurs de soins de longue durée.

De ce bilan découle une première adaptation de la loi sur l'assurance dépendance en 2005. Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007. Elle se focalise sur la consolidation de certains aspects existants et l'ajout de maillons manquants de la loi. Ainsi, la loi modifiée intègre les éléments de la qualité des aides et soins en mettant l'accent sur le contrôle et la promotion de la qualité auprès des prestataires d'aides et de soins.

De l'autre côté, l'accès aux prestations devient plus souple. Les adaptations du logement sont dès lors attribuées sans égard au seuil pour les aides et soins, des prestations supplémentaires sont prévues en cas de fluctuations imprévisibles de l'état de dépendance, les plafonds pour les actes essentiels de la vie et les activités de soutien sont adaptés en vue de la prise en charge des cas d'une gravité exceptionnelle.

Un nouveau type de prestataire de l'assurance dépendance, à savoir les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, qui assurent la prise en charge des personnes handicapées, est reconnu dans cette loi modificative. Désormais, quatre valeurs monétaires doivent être





négociées entre la Caisse nationale de santé (CNS) et l'organisme représentatif des prestataires (COPAS), applicables aux réseaux d'aides et de soins, aux établissements d'aides et de soins à séjour continu ou intermittent et aux centres semi-stationnaires.

Le gouvernement issu des élections du 7 juin 2009 préconise dans son programme gouvernemental 2009-2013 la réalisation d'un bilan sur les « *années de régime de croisière* » de l'assurance dépendance, en se focalisant sur « *la qualité des prestations fournies, (...) la viabilité à long terme de l'assurance dépendance, (...) en se basant sur des évaluations et analyses statistiques et financières* ». Un tel bilan issu d'une collaboration entre l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) et la CNS, est publié le 23 mai 2013.

Ce deuxième rapport présente un état des lieux sur l'organisation et le financement de l'assurance dépendance 15 ans après son introduction. Il analyse l'évaluation et la détermination des besoins des personnes, les caractéristiques de la population dépendante, ses besoins en aides et soins mais aussi en aides techniques, en adaptations du logement et en soins palliatifs, les coûts qui en découlent ainsi que les prestataires concernés. Il présente également la complexité de la prise en charge des personnes handicapées dans le cadre de l'assurance dépendance.

Comme le montre le « *Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'Assurance dépendance* », l'assurance dépendance est devenue un maillon essentiel de la sécurité sociale luxembourgeoise. Néanmoins, le bilan fait apparaître des problèmes structurels de l'assurance dépendance et met en garde contre l'évolution démographique future du Luxembourg et les risques qui en découlent. Une réforme du système s'avère dès lors nécessaire.

Ce besoin de réforme est ancré dans le programme gouvernemental de 2013-2018. En particulier ce dernier 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 de la réforme (...) consiste à assurer la viabilité à long terme de l'assurance dépendance* ».

Ce besoin est confirmé lors d'un débat de consultation à la Chambre des députés le 7 juillet 2014 par tous les partis politiques.

Le gouvernement luxembourgeois s'est d'ailleurs engagé dans un accord signé avec les représentants des syndicats le 28 novembre 2014 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. L'ambition sera de détecter des potentiels d'économies, tout en assurant le meilleur niveau et la qualité des soins et, en respectant les principes fondamentaux de l'assurance dépendance* ». Aussi le même accord retient que « *Le Gouvernement veillera au maintien des taux de cotisations applicables pour les assurés* ».



2) DU BILAN A LA REFORME DE L'ASSURANCE DEPENDANCE

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

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

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

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

2.1) LA DETERMINATION DES PRESTATIONS REQUISES

Evaluation et détermination des besoins

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

Dans le cadre de la réforme, l'évaluation des besoins requis par la CEO dans une approche multidisciplinaire continuera à respecter la singularité du bénéficiaire. La procédure d'évaluation et de détermination des besoins sera réadaptée de façon à permettre le retraçage transparent du processus décisionnel.



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

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

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

Le coefficient d'intensité, la qualification minimale requise et le coefficient de pondération ne figurent plus dans le relevé-type. Ces paramètres, en relation avec la valeur monétaire et non pas avec le requis défini par le relevé-type, seront dorénavant réglés par l'article 395 du CSS et des normes de qualité fixées par règlement grand-ducal.

Concernant plus particulièrement l'évaluation de la dépendance des personnes atteintes de maladies démentielles, respectivement de troubles cognitifs, qui figurent parmi les causes principales de la dépendance au Luxembourg, il faut souligner que le questionnaire d'évaluation actuel utilisé par la CEO met un accent particulier sur la détection correcte et précoce des problèmes associés aux différents types de démences et troubles cognitifs. Ainsi, le test de Folstein, mondialement reconnu pour la détection des problèmes associés à ces types de maladies ou déficiences, est appliqué sur la quasi-totalité des demandeurs lors d'une évaluation. La CEO continuera à prendre en compte de façon systématique l'éventail complet des problèmes liés aux différents types de démences et troubles cognitifs à l'avenir dans le contexte de l'évaluation.

Niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins

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



- Le détail des actes et des fréquences dans le plan de prise en charge porte confusion, car il donne l'illusion d'un calcul individualisé en minutes de la charge de soins, alors que les temps par acte sont des temps moyens ;
- Le contrôle de la délivrance des actes facturés et de leur qualité fait défaut. Sans système de contrôle des prestations réellement dispensées, la facturation à l'acte offre la possibilité de facturer des prestations non-effectuées et est donc intrinsèquement source de facturations pouvant être frauduleuses ;
- La prise en charge des personnes dépendantes est centrée sur un « minutage » plutôt que sur une prise en charge globale ;
- Le détail du plan de prise en charge induit des demandes de réévaluation fréquentes. Tous les aides et soins détaillés dans le plan de prise en charge ne sont pas toujours prestés et facturés à la CNS. Ainsi, le taux de facturation des aides et soins requis dans le plan de prise en charge varie fortement entre prestataires et correspond à 95% en moyenne en établissement et à 82% en moyenne à domicile.
- La fourniture des aides et soins requis dans le plan de prise en charge dépend des besoins journaliers des personnes dépendantes qui varient, notamment selon la situation clinique de la personne. Le système actuel ne laisse cependant que très peu de flexibilité dans la réponse journalière aux besoins des bénéficiaires, créant ainsi des tensions entre bénéficiaires et prestataires ;
- Le plan de prise en charge est peu compréhensible par le bénéficiaire et son entourage ;
- Vu le caractère récurrent des prestations d'aides et de soins, la facturation à l'acte conduit à une charge administrative lourde tant pour les prestataires que pour la CNS ;
- Le modèle actuel ne permet pas de maîtriser les dépenses de l'assurance dépendance.

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

La détermination individuelle des minutes d'aides et de soins avec attribution d'un niveau de besoin hebdomadaire en aides et soins est la solution préconisée dans le présent projet de loi.

Cette approche permet une plus grande flexibilité du prestataire dans l'organisation de la dispensation des aides et soins, notamment en tenant compte des fluctuations des besoins du bénéficiaire. De plus, le nouveau modèle devrait entraîner moins de demandes de réévaluation, les bénéficiaires étant pris en charge suivant un intervalle de minutes d'aides et de soins. Il permet une simplification de la facturation.



En pratique, le nouveau système se présente comme suit :

La CEO continue à évaluer individuellement les besoins des demandeurs sur base d'un outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance et d'un rapport complet du médecin traitant. La détermination des besoins est faite suivant le relevé-type, le référentiel des aides et soins et la liste des aides techniques. Elle est traduite dans une synthèse de prise en charge qui est communiquée au demandeur et au prestataire, le cas échéant. Aussi la CEO réalise la répartition des aides à fournir entre le prestataire et l'aidant.

2.2) LES PRESTATIONS

Les bénéficiaires de l'assurance dépendance

De 2007 à 2014 la population dépendante, définie selon les articles 348 et 349 du CSS, a augmenté de 31,4%, soit de 4,0% en moyenne annuelle pour atteindre 13 464 personnes en 2014¹. A noter que la population protégée définie selon l'article 352 du CSS a évolué de 19,3%, soit de 2,5% en moyenne annuelle. Le taux de dépendance, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de personnes dépendantes et la population protégée, passe de 1,6% en 2007 à 1,7 en 2014. Le taux de dépendance standardisé² étant proche du taux de dépendance, l'évolution de la population dépendante est surtout due au changement démographique. 13 personnes sur 100, âgées de plus de 65 ans sont dépendantes au sens de la loi en 2014. Le taux de dépendance standardisé 65 ans et plus diminue et se situe en-dessous du niveau du taux de dépendance 65 ans et plus. Cela signifie que même si les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses, elles deviennent dépendantes plus tard.

¹ Chiffre au 31 décembre.

² Le taux de dépendance standardisé neutralise les effets de structure de la population dépendante (âge et sexe). Il rend compte de l'évolution de la population dépendante s'il n'y avait pas eu de changement démographique.



TABLEAU 1 : EVOLUTION 2007-2014 DES BENEFICIAIRES DE L'ASSURANCE DEPENDANCE PAR SEXE, AGE ET LIEU DE SEJOUR (SITUATION AU 31 DECEMBRE)

Année	2007	2010	2013	2014
Nombre de bénéficiaires	10 249	11 847	13 375	13 464
Hommes	3 482	4 084	4 818	4 849
Femmes	6 767	7 763	8 557	8 615
Domicile	6 955	7 965	9 122	9 079
Etablissement	3 294	3 882	4 253	4 385
Age moyen	71,9	71,9	71,7	71,8
Hommes	63,9	64,0	63,6	63,5
Femmes	76,0	76,1	75,7	76,0
Domicile	66,4	66,0	65,7	65,6
Etablissement	83,5	84,1	84,4	84,6
Taux de dépendance	1,58%	1,68%	1,76%	1,73%
Taux de dépendance standardisé (an = 2006)	1,59%	1,67%	1,72%	1,67%
Taux de dépendance 65 plus	11,57%	12,64%	13,09%	12,87%
Taux de dépendance standardisé 65 plus (an = 2006)	11,50%	12,08%	12,26%	11,95%

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

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

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

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

16,6% des causes principales de la dépendance sont la démence et les troubles des fonctions cognitives en 2014. Concernant le groupe d'âge des 80-89 et des 90 ans et plus, la démence et



les troubles des fonctions cognitives sont même la deuxième cause de dépendance au Luxembourg et représentent à chaque fois presque un quart des personnes dépendantes de ce groupe d'âge.

L'analyse des pathologies les plus fréquentes³ chez les bénéficiaires de l'assurance dépendance met en évidence que deux pathologies chroniques prédominent : la maladie démentielle, à des stades évolutifs différents allant de troubles cognitifs légers à un tableau démentiel plus sévère, et d'autre part la maladie arthrosique et ses répercussions fonctionnelles.

Une étude approfondie des maladies démentielles réalisée dans le *bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'Assurance dépendance* de 2013 a dégagé que 33,5% de l'ensemble des bénéficiaires en souffrent en 2010. Pour cette année, leur coût s'élève à 311,4 millions d'euros (les dépenses totales de l'assurance dépendance s'élevaient alors à 416,4 millions d'euros). Les dépenses pour les bénéficiaires atteints de maladies démentielles représentent dès lors 74,2% de l'ensemble des dépenses de l'assurance dépendance.

D'autre part, il est intéressant dans ce contexte de se pencher sur la cause de la dépendance chez les personnes ayant fait une demande et ne bénéficiant *in fine* pas de l'assurance dépendance. Ainsi, en 2015, parmi les 1029 personnes ayant reçu une décision négative de l'assurance dépendance (personnes complètement autonomes ou alors personnes en dessous du seuil de 210 minutes par semaine d'aides et de soins dans les actes essentiels de la vie), les trois causes principales ont été encodées. Dans cet échantillon, la majorité des personnes ayant eu un refus ont présenté une polyarthrose. Viennent en deuxième lieu les assurés présentant des anomalies de la marche et de la motilité. Ce n'est qu'en troisième position que l'on trouve les symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience, utilisés communément et par convention au niveau de la CEO comme encodage des syndromes démentiels débutants. La démence, sans autre précision, ne vient même qu'en cinquième position.

Les aides et soins requis dans les domaines des actes essentiels de la vie

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

³ Sur base de la classification ICD10 (International classification of diseases).



TABLEAU 2 : EVOLUTION 2006-2014 DU TEMPS MOYEN REQUIS (TMR) POUR LES AEV PAR LIEU DE SEJOUR (EN HEURES PAR SEMAINE)

Année	2006		2007		2010		2013		2014	
	Nombre de bénéficiaires	TMR								
Actes essentiels de la vie	9 857	12,4	10 249	12,4	11 847	12,4	13 375	12,4	13 464	12,3
Domicile	6 764	10,8	6 955	10,7	7 965	10,4	9 122	10,2	9 079	10,1
Etablissement	3 093	16,3	3 294	15,9	3 882	16,4	4 253	17,3	4 385	16,9

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

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

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

Les activités de soutien et de conseil

Suivant les conclusions du *Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'Assurance dépendance*, relevant notamment une importante augmentation de la part des prestations dans le domaine du soutien dans le total des dépenses de l'assurance dépendance, le gouvernement envisage dans son programme de 2013 une précision du champ d'intervention de l'assurance dépendance dans les activités de soutien.



TABEAU 3 : EVOLUTION 2006-2014 DU TEMPS MOYEN REQUIS (TMR) PAR LIEU DE SEJOUR ET TYPE DE PRESTATION (EN HEURES PAR SEMAINE)

Année	2006		2007		2010		2013		2014	
	Nombre de bénéficiaires	TMR								
Activités de soutien ¹⁾	7 085	18,1	7 591	19,7	9 373	25,1	10 903	28,2	11 025	28,1
Domicile	4 280	17,3	4 589	17,1	5 735	19,1	6 892	20,3	6 895	20,5
Etablissement	2 805	19,3	3 002	23,7	3 638	34,6	4 011	41,7	4 130	40,7
Activités de conseil	309	7,5	372	7,8	325	8,7	315	8,1	296	8,3
TOTAL AD	9 857	28,0	10 249	29,4	11 847	34,7	13 375	37,9	13 464	37,7
Domicile	6 764	24,1	6 955	24,3	7 965	51,4	9 122	28,0	9 079	28,0
Etablissement	3 093	36,4	3 294	40,1	3 882	26,6	4 253	59,1	4 385	57,8

¹⁾ Activités de soutien : temps moyen requis non pondéré

Le temps moyen requis pour les activités de soutien augmente de 55,2%, soit de 10 heures entre 2006 et 2014 quel que soit le lieu de séjour. A noter que de 2006 à 2007, année de la mise en œuvre de la première réforme de l'assurance dépendance le temps moyen requis croît de 8,8%. Cette évolution considérable sur toute cette période s'explique par le fait que de plus en plus de bénéficiaires de l'assurance dépendance bénéficient d'activités de soutien (hausse de 55,6% entre 2006 et 2014), que la proportion des bénéficiaires d'activités de soutien parmi la population dépendante croît de 71,9% en 2006 à 81,9% en 2014, mais aussi parce que le pourcentage de personnes dépendantes dont le temps requis dépasse 32 heures de besoins hebdomadaires est en constante augmentation. La croissance en établissement, avec 21,4 heures par semaine de différence entre 2006 et 2014 (déjà +3,7 heures de 2006 à 2007), est considérable. A domicile, le temps moyen a augmenté de 3,2 heures seulement.

Les dépenses pour les activités de soutien ont doublé au cours des 9 dernières années. En 2014, elles représentent 28,0% des dépenses totales de l'assurance dépendance.

La modification législative en matière de coefficient d'intensité introduite en 2007 avait comme objectif de modérer la croissance du requis ou des dépenses pour les activités de soutien. En parallèle, il a été décidé d'élever le plafond des activités de soutien de 12 à 14 heures par semaine, afin de permettre aux personnes à domicile de bénéficier, lorsque cela s'avère nécessaire, d'une prise en charge de 7/7 jours en centre de jour spécialisé. Or, les chiffres montrent que cette seconde mesure a annulé les effets de la première et qu'une prise en charge quotidienne en centre de jour ne se justifiait pas.

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



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

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

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

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

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

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

Le volume des AAI est fixé en fonction de la capacité de la personne de participer de façon active, mentalement et/ou physiquement, aux activités proposées ainsi que de sa capacité de compréhension et d'assimilation nécessaires à l'apprentissage. L'encadrement spécialisé en



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

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

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

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

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

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

Dans le cadre du présent projet, la formation de l'aidant s'élève à 6 heures par an. Cette nouvelle prestation améliorera la disponibilité de cette prestation car elle est renouvelable une fois par an.



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

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

Les tâches domestiques

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

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

Les soins palliatifs

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



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

2.3) LA PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS

Les prestations en nature

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

TABEAU 4 : LES NIVEAUX DE BESOINS HEBDOMADAIRES EN AIDES ET SOINS POUR LES AEV

Niveau de besoin	Intervalle de minutes
Niveau 1	210 - 350 minutes
Niveau 2	351 - 490 minutes
Niveau 3	491 - 630 minutes
Niveau 4	631 - 770 minutes
Niveau 5	771 - 910 minutes
Niveau 6	911 - 1 050 minutes
Niveau 7	1 051 - 1 190 minutes
Niveau 8	1 191 - 1 330 minutes
Niveau 9	1 331 - 1 470 minutes
Niveau 10	1 471 - 1 610 minutes
Niveau 11	1 611 - 1 750 minutes
Niveau 12	1 751 - 1 890 minutes
Niveau 13	1 891 - 2 030 minutes
Niveau 14	2 031 - 2 170 minutes
Niveau 15	Plus de 2 170 minutes

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



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

TABEAU 5 : LES FORFAITS EN MILIEU STATIONNAIRE⁴

Forfait de prise en charge	Niveau de besoin	Forfait hebdomadaire (min)
Forfait 1	Niveau 1	280
Forfait 2	Niveau 2	420
Forfait 3	Niveau 3	560
Forfait 4	Niveau 4	700
Forfait 5	Niveau 5	840
Forfait 6	Niveau 6	980
Forfait 7	Niveau 7	1 120
Forfait 8	Niveau 8	1 260
Forfait 9	Niveau 9	1 400
Forfait 10	Niveau 10	1 540
Forfait 11	Niveau 11	1 680
Forfait 12	Niveau 12	1 820
Forfait 13	Niveau 13	1 960
Forfait 14	Niveau 14	2 100
Forfait 15	Niveau 15	2 230

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

⁴ Exemple : Dans un établissement d'aides et de soins, le besoin hebdomadaire en actes essentiels de la vie d'une personne est de 650 minutes, la totalité du besoin est prestée par l'établissement.

- La personne présente un niveau de besoins hebdomadaires 4.
- Le prestataire reçoit le forfait 4.



TABEAU 6 : MAINTIEN A DOMICILE : LES FORFAITS POUR LES RESEAUX D'AIDES ET DE SOINS ET LES CENTRES SEMI-STATIONNAIRES

Forfait de prise en charge	Niveau de besoin	Forfait hebdomadaire (min)
Forfait 0	< Niveau 1	125
Forfait 1	Niveau 1	280
Forfait 2	Niveau 2	420
Forfait 3	Niveau 3	560
Forfait 4	Niveau 4	700
Forfait 5	Niveau 5	840
Forfait 6	Niveau 6	980
Forfait 7	Niveau 7	1 120
Forfait 8	Niveau 8	1 260
Forfait 9	Niveau 9	1 400
Forfait 10	Niveau 10	1 540
Forfait 11	Niveau 11	1 680
Forfait 12	Niveau 12	1 820
Forfait 13	Niveau 13	1 960
Forfait 14	Niveau 14	2 100
Forfait 15	Niveau 15	2 230

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

La prestation en espèces

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

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

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

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



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

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

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

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



TABEAU 7 : MAINTIEN A DOMICILE : LES FORFAITS POUR LES PRESTATIONS EN ESPECES SI UN AIDANT EST PRESENT⁵

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

Le droit à la prestation en espèces

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

Ce cadre est néanmoins insuffisant. En effet, d'une part, l'aidant n'est pas forcément une personne de l'entourage de la personne dépendante, un aidant informel. Il arrive aussi que l'aidant soit salarié. D'autre part, en l'absence de critères normatifs permettant de qualifier une personne d'aidant et en l'absence d'un suivi des capacités de l'aidant à fournir les aides et

⁵ Exemple 1 : Une personne à domicile a un besoin hebdomadaire de 650 minutes en actes essentiels de la vie, l'aidant fournit 100 minutes d'aide et le réseau alors 550 minutes.

- La personne présente un niveau de besoins hebdomadaires 4.
- La prestation en espèces payée correspond au forfait 2.
- Le réseau reçoit le forfait 3.

Exemple 2 : Une personne à domicile a un besoin hebdomadaire de 340 minutes en actes essentiels de la vie, l'aidant fournit 250 minutes d'aide et le réseau 90 minutes.

- La personne présente un niveau de besoins hebdomadaires 1.
- La prestation en espèce payée correspond au forfait 5 pour l'aidant.
- Le réseau reçoit le forfait 0.



soins, il est difficile pour la CEO d'évaluer si l'aidant est en mesure d'assurer les aides et soins requis.

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

Ainsi l'évaluation de la CEO ne se limite pas à l'évaluation des besoins de la personne dépendante, mais prend également en compte l'évaluation des capacités et besoins de l'aidant éventuel et identifie l'aidant principal, le cas échéant. Elle recense ainsi ses capacités physiques, psychiques et émotionnelles, ainsi que ses disponibilités, ou encore son éloignement géographique, au moment de l'évaluation et l'évolution possible de ces éléments dans le futur. Cette évaluation se fait sur base de critères précisés dans un règlement grand-ducal.

En fonction du résultat de cette évaluation, la CEO constate si l'aidant est en mesure de prester les aides et soins requis et prévoit éventuellement des mesures de formation ponctuelles de l'aidant.

Les mesures en faveur de l'aidant

Une personne dépendante peut demander la prise en charge des cotisations pour l'assurance pension de son aidant par l'assurance dépendance si celui-ci « *ne bénéficie pas d'une pension personnelle* » (article 355, alinéa 2 du CSS) ». Ce droit est limité à une personne. La cotisation est calculée sur base du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans.

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

En conséquence cette mesure est reconsidérée et un *prorata* de cotisation en fonction des heures d'aides et de soins en-dessous d'un certain seuil est dorénavant défini. Ainsi, l'assurance dépendance prend en charge les cotisations de l'assurance pension pour 173 heures par mois si la personne dépendante bénéficie d'un des forfaits 6 à 10 de prestations en espèces. Pour les personnes dépendantes bénéficiant d'un des forfaits de prestations en espèces 1 à 5, les cotisations de l'assurance pension sont prises en charge pour 87 heures par mois, soit une occupation à mi-temps.



Les projets d'actions expérimentales (PAEX)

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

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

2.4) LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Les valeurs monétaires

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

La fixation de la valeur monétaire se base sur le coût de revient des prestataires, ce qui implique plusieurs difficultés. En effet, les valeurs monétaires sont basées sur des coûts de revient moyens constatés sur le plan national, alors même que les coûts individuels des prestataires peuvent diverger de façon conséquente d'un prestataire à l'autre. Ainsi, les prestataires ayant un coût plus élevé peuvent être contraints à baisser leur structure des coûts, sans que les prestataires moins coûteux n'augmentent nécessairement leurs moyens, et donc leurs coûts. Un cadre normatif plus complet – actuellement seul le critère des qualifications minimales requises est retenu par voie réglementaire – permettra de mieux cibler le financement, donc la fixation des valeurs monétaires. Dès lors, le présent projet de loi propose de fixer les éléments constitutifs de la valeur monétaire par règlement grand-ducal.

Un autre règlement grand-ducal qui traite le sujet de la qualité des prestations définit des facteurs de pondération, à savoir les coefficients d'encadrement du groupe et les normes concernant la dotation et la qualification du personnel.



Les facteurs d'ajustement

Le présent projet de loi introduit un mécanisme visant une plus grande prévisibilité de l'évolution des dépenses de l'assurance dépendance. Deux facteurs d'ajustement, un pour le maintien à domicile, le deuxième pour la prise en charge en établissement d'aides et de soins seront appliqués aux forfaits définis pour les actes essentiels de la vie.

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

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

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

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

2.5) LA QUALITE DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE DEPENDANCE

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

Commission consultative et commission de qualité des prestations

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



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

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

La nouvelle commission est appelée à aviser le relevé-type, l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance et le référentiel des aides et soins ainsi que le règlement grand-ducal relatif aux aides techniques, celui portant les indicateurs et normes de qualité de la prise en charge et le règlement grand-ducal relatif aux critères et à la procédure de négociation des valeurs monétaires. Elle rend encore un avis sur le rapport prévisionnel établi tous les deux ans par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

La démarche qualité au niveau de la CEO

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

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

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

Le contrôle des prestations

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

Pour retracer la prise en charge de la personne dépendante et des prestations qu'elle reçoit, une documentation sur les prestations effectuées est indispensable. Cette documentation permet de vérifier que le prestataire fournit des prestations correspondant aux besoins de la



personne dépendante. Ce contrôle n'est possible que si le contenu de cette documentation est standardisé et exhaustif et accessible électroniquement.

La réévaluation régulière des besoins

Au-delà du contrôle de l'adéquation des prestations fournies par les prestataires aux prestations déterminées dans la synthèse de prise en charge, la CEO vérifie régulièrement l'adéquation des prestations de la synthèse de prise en charge par rapport aux besoins de la personne dépendante par des réévaluations à fréquence déterminée. De même, l'adéquation entre les besoins du bénéficiaire et la prise en charge est davantage garantie. Evaluer plus souvent les bénéficiaires permet de mieux connaître et de suivre leur entourage. De plus, cette recherche d'adéquation définit le rôle des prestataires et notamment celui de l'aidant et les valorise.

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

TABLEAU 8 : RESUME DES FREQUENCES DE REEVALUATION SELON LES DIFFERENTS PARAMETRES

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

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

- En cas de réévaluation des prestations pour les bénéficiaires à domicile sans prestataire, le suivi des aides et soins réalisés par l'aidant se fait tous les ans. Cette réévaluation est uniquement réalisée par la CEO.
- En cas de réévaluation des prestations pour les bénéficiaires avec prestataire, la réévaluation des prestations se fait tous les deux ans pour une personne vivant dans un établissement à séjour continu et ayant été évaluée pour la première fois en



établissement. Ces réévaluations peuvent être faites par le prestataire à la demande de la CEO.

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

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

Dans le cadre du présent projet, le bénéficiaire reçoit une décision de la CNS sous forme de synthèse de prise en charge qui reprend de façon claire et précise les aides et soins déterminés par la CEO dont peut prétendre le demandeur, le prestataire de ces aides et soins ainsi que le niveau de besoin hebdomadaire dans les actes essentiels de la vie auquel appartient la personne concernée. Avec cette information, le bénéficiaire ou l'aidant, le cas échéant, peut vérifier plus facilement si toutes les prestations ont été fournies.

En cas de non adéquation des plans de prise en charge aux besoins de la personne dépendante ou d'un défaut dans la prise en charge par l'aidant ou le prestataire, la CEO signale ces irrégularités au comité directeur de la CNS en vue de la saisine éventuelle de la commission de surveillance.

Le contrôle de la qualité des prestations

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

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

Les indicateurs qui sont proposés en vue de contrôler la qualité des prestations mesurent le processus de prise en charge et les résultats de cette prise en charge en termes de bénéfices ou



de risques pour la personne concernée. Ils mesurent également les ressources et les supports nécessaires à la mise en œuvre des processus de prise en charge.

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

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

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

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

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

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

Le contrôle de qualité des prestations au niveau de la CNS

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



l'indépendance et des activités de garde. S'y ajoute une norme de dotation pour les activités administratives et de coordination, ainsi que des ratios d'encadrement pour les activités de groupe.

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

2.6) L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

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

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

Sous le nom de « *Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance* », le projet de loi définit les missions de la CEO de la même manière que celle du Contrôle médical de la sécurité sociale. En effet, dans son avis du 17 juin 1997 au projet de loi n° 4216, le Conseil d'Etat remarque que « *la CEO a des missions qui, à certains égards, sont comparables à celles confiées par le législateur au CMSS* ». Un renforcement des missions de la CEO est prévu, notamment en ce qui concerne le contrôle des prestations.

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



TABLEAU 9 : EVOLUTION 2014-2024 DES (RE)EVALUATIONS A REALISER PAR LA CEO ET LES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS

Année	Evaluation CEO	Demande non-éligible	1 ^{ère} demande éligible	Réévaluation	Réévaluation Prestataire	TOTAL Evaluations
2014	7 621	1 434	2 905	3 282	0	7 621
2015	11 153	1 466	2 768	6 919	3 895	15 048
2016	7 966	1 504	2 792	3 670	5 228	13 194
2017	10 124	1 543	2 924	5 657	5 573	15 697
2018	9 948	1 583	3 065	5 300	4 470	14 418
2019	11 793	1 626	3 197	6 970	4 772	16 565
2020	10 001	1 668	3 381	4 952	5 653	15 654
2021	11 536	1 709	3 551	6 276	5 990	17 526
2022	11 419	1 754	3 721	5 944	5 405	16 824
2023	12 933	1 806	3 893	7 234	5 509	18 442
2024	11 843	1 855	4 052	5 936	6 233	18 076

Source : Estimations IGSS (novembre 2015).

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

3) MESURES TRANSITOIRES

Afin de compenser les découverts de fonctionnement intervenant chez prestataires d'aides et soins suite à la restructuration des prestations de l'assurance dépendance dans le cadre de la réforme, la loi sur le budget des recettes et des dépenses de l'Etat prévoira des subventions à accorder aux prestataires jusqu'en 2018. Les critères de distribution de ces crédits par la CNS sont déterminés dans la convention conclue entre la CNS et la COPAS.

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

- A partir du 1^{er} janvier 2017, entrée en vigueur planifiée de la réforme de l'assurance dépendance, les nouveaux standards sont appliqués pour toute première évaluation ;
- Pour les personnes ayant un plan de prise en charge au 1^{er} janvier 2017, le classement dans les différents niveaux de besoins hebdomadaires se fait en fonction de leur temps total requis en actes essentiels de la vie. Le bénéficiaire d'activités d'appui à l'indépendance maintient ce droit après l'entrée en vigueur de la loi de réforme mais les nouveaux standards sont appliqués. Les personnes vivant à domicile continuent à



bénéficier des activités d'assistance à l'entretien du ménage et des gardes individuelles ou en groupe avec les nouveaux standards ;

- Lors de la réévaluation de la personne dépendance ayant lieu après le 1^{er} janvier 2017, les nouveaux standards seront également appliqués pour les actes essentiels de la vie.

4) IMPACTS DE LA REFORME

4.1) PRESENTATION DE LA SITUATION ACTUELLE DE L'ASSURANCE DEPENDANCE

Evolution démographique du Luxembourg

La population protégée du Luxembourg se caractérise par une part importante de personnes non-résidentes. Il s'agit essentiellement de travailleurs frontaliers et de leurs ayants-droit.

Une autre particularité de la population protégée luxembourgeoise est sa structure d'âge : grâce à une immigration importante de personnes relativement jeunes, le vieillissement de la population est moins important que dans certains autres pays européens.

TABEAU 10 : EVOLUTION 2007-2014 DE LA POPULATION PROTEGEE PAR LIEU DE RESIDENCE

Sexe	2007	2010	2013	2014	Variation 2007/2014
Hommes	342 619	371 280	399 508	408 608	2,5%
Femmes	301 261	328 258	356 677	364 453	2,8%
TOTAL	643 880	699 538	756 185	773 061	2,6%
<i>Variation en %</i>	2,6%	2,6%	2,2%	2,2%	
Dont résidents (en % du total)					
Hommes	66,4%	64,5%	63,9%	63,7%	2,0%
Femmes	75,8%	72,9%	71,1%	70,8%	1,7%
TOTAL	70,8%	68,4%	67,3%	67,0%	1,9%

La population protégée croît en moyenne de 2,6% par an, la population protégée résidente de 1,9%. Une analyse de l'âge de la population met en évidence que la population active (15-64 ans) augmente tandis que le poids de la population jeune diminue. Même si le poids de la population âgée tend à baisser, le nombre de personnes très âgées (90 ans et plus) augmente considérablement.

En 2013, à la naissance, les hommes au Luxembourg peuvent espérer passer 63,8 années en bonne santé, ce qui représente 80,7% de leur espérance de vie totale. Pour les femmes, ce chiffre monte à 62,9 années, soit 75,3% de l'espérance totale.

Evolution des prestataires de l'assurance dépendance

Depuis l'introduction de l'assurance dépendance en 1998, l'emploi dans le secteur des soins de longue durée a évolué de manière très dynamique.



Le nombre de prestataires ayant adhéré à la convention-cadre pour un contrat d'aides et de soins avec la CNS augmente de 129 prestataires en 2007 à 155 prestataires en 2014. Surtout le nombre des centres semi-stationnaires (CSSTA) et des réseaux d'aides et de soins (RAES) ne cesse d'augmenter. Il atteint 48 centres, respectivement 21 au 31 décembre 2014 contre 38, respectivement 14 en 2007.

TABLEAU 11 : EVOLUTION 2007-2014 DES PRESTATAIRES FOURNISSANT DES PRESTATIONS A CHARGE DE L'ASSURANCE DEPENDANCE

Année	CIPA	MSN	ESC total	CSSTA	ESI	RAES	TOTAL
2007	33	17	50	38	27	14	129
2008	34	17	51	42	30	15	138
2009	35	17	52	52	32	17	153
2010	35	17	52	57	33	17	159
2011	36	17	53	58	33	15	159
2012	36	17	53	48	35	18	154
2013	35	19	54	49	36	19	158
2014	32	20	52	48	34	21	155

Source : CNS.

Le nombre total de lits disponibles en moyenne dans les établissements à séjour continu (ESC) passe de 4 939 en 2007 à 6 131 en 2014, soit une augmentation de 24,1%. Le nombre de lits de long séjour pour 1 000 habitants de 65 ans et plus s'élève à 56,6 en 2013. Ainsi, le Luxembourg se situe au-dessus de la moyenne de l'OCDE de 49,7 lits, au-dessus de l'Allemagne (53,1 lits) et de la France (56,2 lits) mais en-dessous du nombre de lits de la Belgique (71,2 lits). Dorénavant, 74% des lits de long séjour sont occupés par des personnes dépendantes (contre 65,2% en 2007).

TABLEAU 12 : EVOLUTION 2007-2013 DU PERSONNEL DES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS

Type de prestataire	2007	2010	2011	2012	2013
Réseaux d'aides et de soins	1 560,0	1 857,2	1 940,6	2 107,3	2 235,5
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	3 987,8	4 425,2	4 876,4	5 053,9	5 166,1
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	764,1	821,9	864,2	917,7	925,7
Centres semi-stationnaires	253,1	349,0	377,9	399,6	419,4
TOTAL	6 564,9	7 453,3	8 059,0	8 478,5	8 746,7
Variation en %	6,5%	4,6%	8,1%	5,2%	3,2%
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	67,8%	68,5%	71,1%	71,5%	69,6%
En % de l'emploi total du Luxembourg	2,6%	2,1%	2,2%	2,2%	2,3%

Source : CNS.



L'emploi recensé dans le cadre de l'assurance dépendance représente 2,3% de l'emploi total du Luxembourg en 2014 comparé à 2,6% en 2007. L'évolution du personnel montre que le secteur des soins de longue durée se développe de manière très dynamique. Depuis 2007, les effectifs augmentent de 33,2%, soit une moyenne annuelle de 4,9%. En 2012 et 2013, le nombre des réseaux d'aides et de soins augmente plus rapidement que celui des autres prestataires. A noter que la population dépendante augmente de 30,5% entre 2007 et 2013, respectivement de 4,5% en moyenne annuelle.

Les établissements d'aides et de soins à séjour continu (CIPA et maisons de soins - MSN) représentent environ 60% du personnel de soins de longue durée. Suivent les réseaux d'aides et de soins et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI).

La majorité du personnel des prestataires d'aides et de soins se compose de personnel de soins. Dans les réseaux, ce dernier représente environ 91% de l'effectif total embauché au cours des deux dernières années. Les établissements à séjour intermittent embauchent plus de personnel socio-éducatif que les autres types de prestataires étant donné leur prise en charge des personnes handicapées.

Situation financière de l'assurance dépendance

Le bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'assurance dépendance de 2013 a montré que le financement de l'assurance dépendance, telle qu'elle est organisée actuellement atteint ses limites. Suite à un contexte économique positif observé depuis 2013 (augmentation importante du PIB, niveau de l'emploi élevé) qui impacte l'évolution des recettes et une progression moins élevée des dépenses (stagnation du nombre de bénéficiaires et premiers effets des mesures du Budget Nouvelles Générations – BNG), l'équilibre budgétaire de l'assurance dépendance est assuré à court terme.



TABEAU 13 : EVOLUTION 2010-2014 DES RECETTES ET DEPENSES DE L'ASSURANCE DEPENDANCE (EN MILLIONS EUR)

Exercice	2010	2011	2012	2013	2014
RECETTES COURANTES					
Contribution dépendance	278,2	294,5	339,8	327,1	344,2
Contribution forfaitaire Etat	140,0	140,0	179,2	221,7	231,8
Redevance AD du secteur de l'énergie	1,8	1,9	1,7	2,1	1,7
Autres recettes	1,5	3,5	1,3	1,8	1,5
TOTAL DES RECETTES COURANTES	421,5	439,9	522,0	552,7	577,7
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>2,4%</i>	<i>4,4%</i>	<i>18,7%</i>	<i>5,9%</i>	<i>4,5%</i>
DEPENSES COURANTES					
Frais d'administration	11,5	12,8	13,5	15,1	15,9
Prestations en espèces	6,6	6,8	6,0	5,8	5,7
Prestations en nature	425,9	457,5	483,5	522,6	549,7
<i>dont:</i>					
Prestations à domicile	161,0	186,3	193,4	208,5	218,6
Prestations en milieu stationnaire	252,8	263,2	280,8	299,6	321,5
Prestations à l'étranger	11,8	8,1	9,3	14,5	9,5
Actions expérimentales	0,3	-0,1	0,0	0,0	0,0
Transferts de cotisations	4,5	4,8	5,7	5,9	5,1
Autres dépenses	0,5	0,8	0,5	0,5	0,6
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	449,0	482,7	509,2	550,1	577,0
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>10,9%</i>	<i>7,5%</i>	<i>5,5%</i>	<i>8,0%</i>	<i>4,9%</i>
SOLDE OPERATIONS COURANTES	-27,5	-42,8	12,8	2,6	2,2
Dotation / prélèvement fonds de roulement	-4,4	3,4	2,7	4,1	2,7
Excédent / découvert de l'exercice	-23,1	-46,2	10,2	-1,5	-0,5
RESERVE	151,6	108,8	121,6	124,3	126,4
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>-15,4%</i>	<i>-28,2%</i>	<i>11,8%</i>	<i>2,1%</i>	<i>1,8%</i>

Source : décompte CNS.

4.2) PROJECTIONS DE L'IMPACT FINANCIER DE LA REFORME SUR L'ASSURANCE DEPENDANCE A L'HORIZON 2045

Afin de dégager des perspectives démographiques et financières pour l'avenir, les prévisions sont basées, d'une part, à court terme sur le budget interne de la CNS⁶ et ses estimations pluriannuelles et, d'autre part, en ce qui concerne le long terme, sur des projections démographiques et macroéconomiques selon une approche définie par le groupe de travail

⁶ CNS - Budget de l'assurance dépendance pour l'exercice 2016, novembre 2015.



« Vieillesse » (AWG) de la Direction générale des affaires économiques et financières (DGECEFIN) de la Commission européenne⁷.

Evolution de la population protégée résidente de l'assurance dépendance à l'horizon 2045

Les résultats présentés se rapportent uniquement à la population protégée résidente, étant donné que les informations sur les non-résidents sont insuffisantes.

Les projections démographiques sont basées sur les projections EUROPOP2013, publiées par EUROSTAT en 2013. L'évolution future de la population protégée résidente dépendra du développement de la fécondité, de la mortalité et des flux migratoires. Selon les hypothèses d'EUROSTAT, le niveau de fécondité atteindra 1,75 enfant par femme en 2045 (1,59 en 2013). En 2045, l'espérance de vie passera pour les hommes à 83,6 ans (79,1 ans en 2013) et à 87,9 ans pour les femmes (83,5 ans en 2013). Le solde migratoire estimé par EUROSTAT est élevé avec 10 500 unités en moyenne annuelle pour les années 2013 à 2045.

Selon les prévisions à long terme, la population protégée résidente évoluera de 2,0% en moyenne annuelle. Le poids de la population 65 ans et plus augmentera au détriment de la population active, la part des personnes très âgées croîtra significativement à l'horizon 2045.

L'âge moyen de la population résidente s'élève à 38,9 ans en 2014 et devrait atteindre 40,1 ans en 2045, soit une augmentation de 1,2 an. Les femmes ont un âge moyen plus élevé que les hommes. L'âge moyen des personnes âgées de plus de 65 ans est de 75,1 ans en 2014. Il diminue légèrement à 74,9 ans en 2034 pour augmenter ensuite jusqu'à 76,3 ans en 2045. Surtout les hommes très âgés vivent plus longtemps. En effet, leur âge moyen évolue de 0,8 ans pour se situer en 2045 à 85,0 ans tandis que chez les femmes l'âge moyen augmente seulement de 0,4 ans sur cette même période.

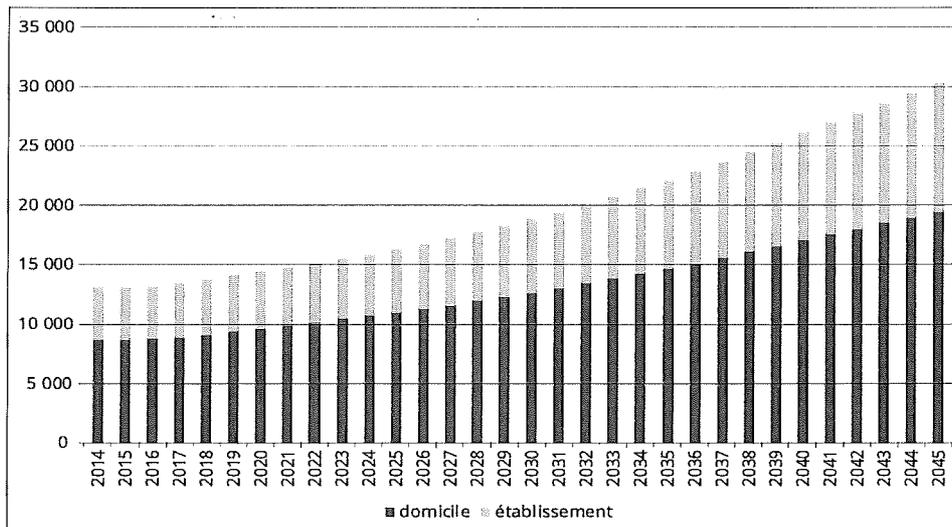
Evolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance à l'horizon 2045

Les projections sur le nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance se basent sur les prévisions de la CNS pour les années 2015 à 2019. A long terme, le scénario de l'expansion de la morbidité est retenu. Ainsi, le même taux de dépendance est appliqué à partir de 2013 par groupe d'âge, sexe et lieu de séjour à la population protégée résidente estimée. En conséquence, l'âge moyen du début de la dépendance reste constant et l'ensemble des gains de l'espérance de vie sont des gains d'espérance de vie en dépendance.

⁷ http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf



GRAPHIQUE 1 : PROJECTION DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES RESIDENTS DE L'ASSURANCE DEPENDANCE PAR LIEU DE SEJOUR



Source : Calcul IGSS

Les projections de 2015 à 2045 prévoient une augmentation annuelle moyenne de 2,8% du nombre total des bénéficiaires de prestations, de 3,1% pour ceux qui vivent en établissement et de 2,7% pour les personnes vivant à domicile. Comme un ralentissement de la croissance du nombre des bénéficiaires a été observé en 2014, les prévisions pour les années 2015 à 2019 prévoient une croissance modérée de 1,6%.

La majorité de la population dépendante est âgée de plus de 60 ans. En 2014, environ un cinquième de la population est âgée de moins de 60 ans. En 2045 par contre, cette proportion diminuera à 8,5%.

Alors que les femmes représentent 64,6% du nombre total des bénéficiaires de l'assurance dépendance en 2014, leur proportion diminuera à 63,2% en 2045. 77,7% des femmes dépendantes auront plus que 80 ans en 2045 (62,3% en 2014) et 66,8% des hommes dépendants (38,1% en 2014).

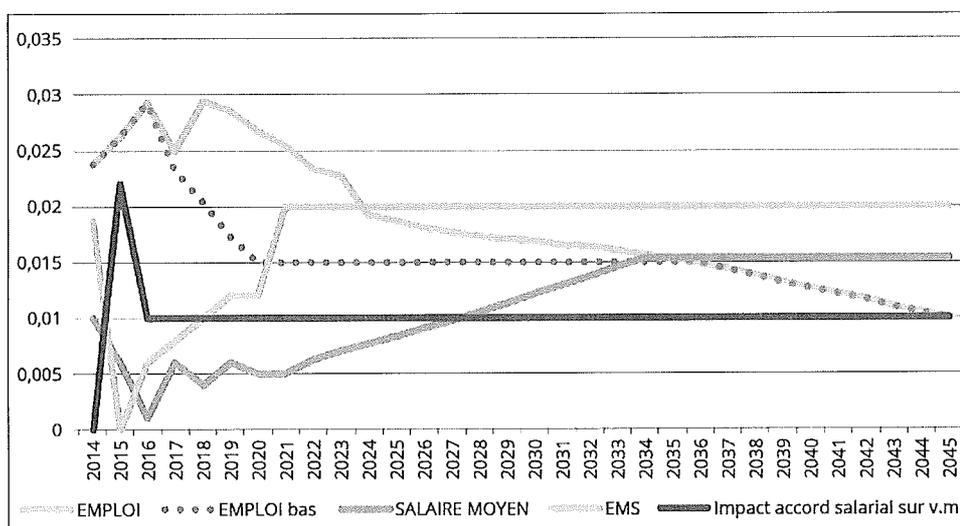
Evolution de la situation financière de l'assurance dépendance à l'horizon 2045

Un des objectifs de la réforme de l'assurance dépendance est d'évaluer la finalité, l'efficacité et le volume de certaines prestations dans le cadre de l'assurance dépendance. Dans ce contexte 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 de l'assurance dépendance dans les activités de soutien.



Deux hypothèses sur l'évolution de l'emploi sont retenues : une première hypothèse provient du groupe « Vieillesse » (AWG) de la Commission européenne et une deuxième, ayant pour but d'analyser la sensibilité de la variation de l'emploi sur l'équilibre financier de l'assurance dépendance, est basée sur une progression annuelle constante de 1,5% de l'emploi à moyen et long terme. Les prestations à charge de l'assurance dépendance sont ajustées à l'échelle mobile des salaires et à l'évolution du salaire moyen réel.

GRAPHIQUE 2 : EVOLUTION DES PARAMETRES SUR LESQUELS REPOSE LA PROJECTION DES RECETTES ET DEPENSES DE L'ASSURANCE DEPENDANCE



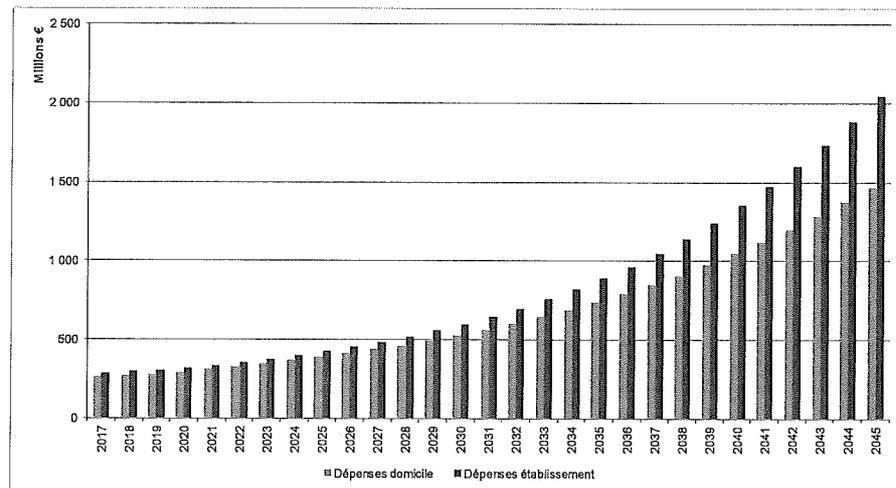
Note : EMS - Echelle mobile des salaires
Source : Calcul IGSS

Evolution des dépenses pour les prestations d'aides et de soins de l'assurance dépendance à l'horizon 2045

Les prévisions présentent l'évolution des dépenses des actes essentiels de la vie et des activités d'appui à l'indépendance, des activités du maintien à domicile et des activités d'assistance à l'entretien du ménage. La projection des dépenses montre que la réforme permet d'aligner jusqu'à l'horizon 2030 les dépenses de l'assurance dépendance dans les domaines du domicile et de l'établissement.



**GRAPHIQUE 3 : EVOLUTION DES DEPENSES POUR LES PRESTATIONS D'AIDES ET DE SOINS DE L'ASSURANCE
DEPENDANCE PAR LIEU DE SEJOUR**



Source : Calcul IGSS

Evolution du solde global de l'assurance dépendance à l'horizon 2045

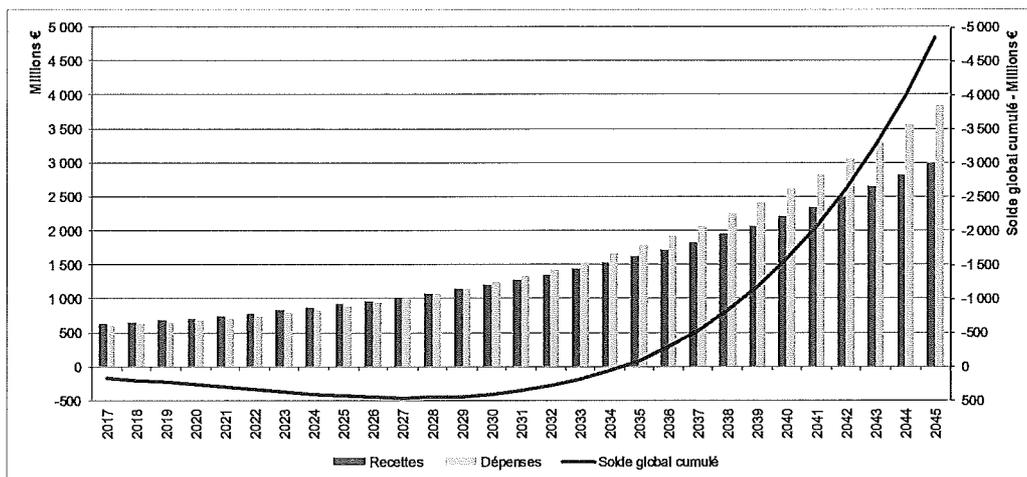
Les projections montrent que la réforme de l'assurance dépendance permet de redresser la situation financière de celle-ci à court, moyen et long terme et selon le scénario retenu, l'équilibre financier global est assuré jusqu'à l'horizon 2035.

Sous l'hypothèse d'un scénario alternatif à croissance constante de l'emploi de 1,5% par an, l'équilibre financier est assuré jusqu'en 2030.

Dans les deux cas de figure, le financement de l'assurance dépendance est assuré par l'application du taux de cotisation de 1,4% et une participation financière de l'Etat de 40% aux dépenses de l'assurance dépendance.



GRAPHIQUE 4 : EVOLUTION DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE DEPENDANCE A L'HORIZON 2045



Source : Calcul IGSS

4.3) L'IMPACT FINANCIER DE LA REFORME SUR LES DIFFERENTS TYPES DE PRESTATION

Un des principes directeurs de la loi sur l'assurance dépendance est la priorité du maintien à domicile par rapport à l'hébergement en institution et cet objectif n'est pas mis en cause dans le cadre de cette réforme.

Ainsi, en ce qui concerne les prestations à domicile, les dépenses pour les actes essentiels de la vie (AEV), les gardes en groupes (AMDG) et individuelles (AMDI) augmenteront de l'ordre de 25 millions d'euros. L'impact financier sur les prestations en espèces (forfait aidant) et les activités d'appui à l'indépendance (AAI) est négligeable.

En ce qui concerne les courses et démarches administratives ainsi que le forfait pour les activités d'assistance à l'entretien du ménage (AAEM) une économie potentielle de l'ordre de 3 millions environ est à retenir.

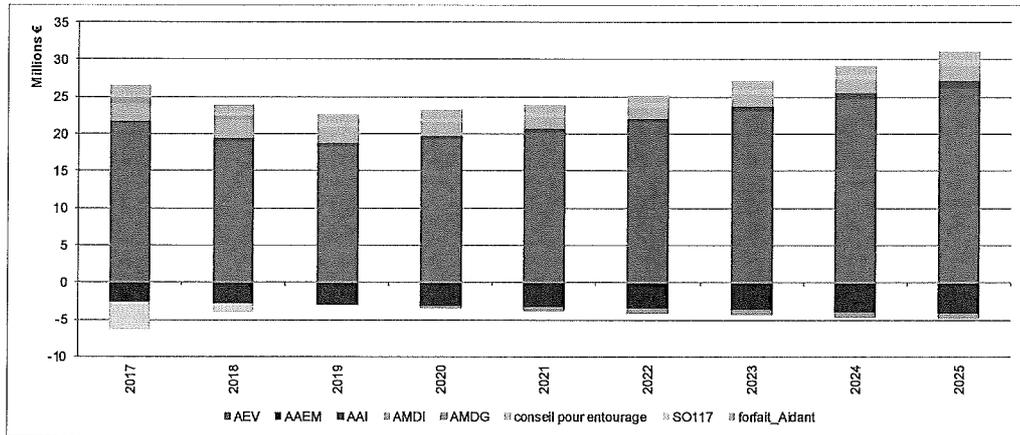
Dans le cadre de la réforme, en ce qui concerne les prestations fournies dans les établissements, les gardes en groupe et individuelles (AMDG), les activités d'assistance à l'entretien du ménage (AAEM) et les courses et démarches administratives ne sont plus d'application. Il en résulte une moins-recette de l'ordre de 45 millions d'euros par année. Par ailleurs, l'application des mesures au niveau des activités d'appui à l'indépendance implique une économie annuelle d'environ 30 millions d'euros.

De l'autre côté, le recadrage des actes essentiels de la vie (AEV) aboutit à une augmentation légère des dépenses. Le financement forfaitaire des activités d'accompagnement introduites



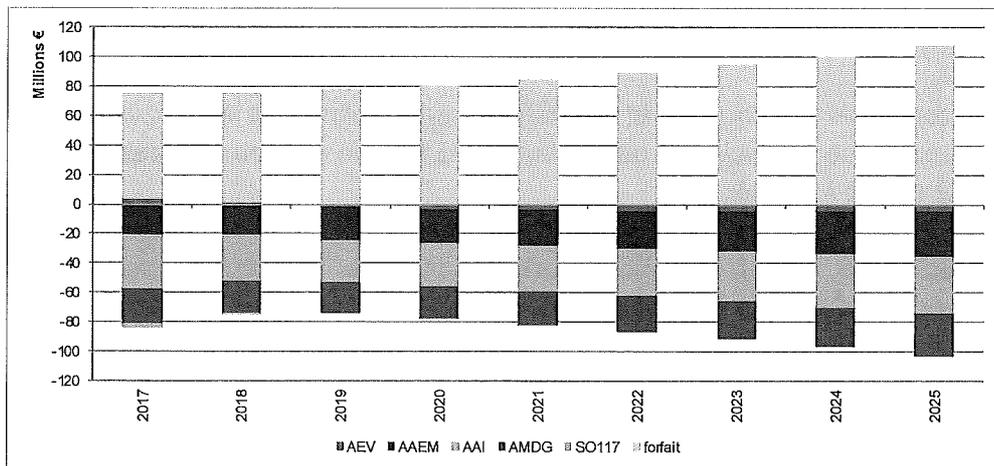
dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu engendrera un coût supplémentaire de l'ordre de 70 millions d'euros et permet à long terme de compenser les moins-recettes suite à la suppression des activités mentionnées ci-dessus.

GRAPHIQUE 5 : L'IMPACT FINANCIER DE LA REFORME SUR LES DIFFERENTS TYPES DE PRESTATIONS D'AIDES ET DE SOINS – MAINTIEN A DOMICILE



Source : Calcul IGSS

GRAPHIQUE 6 : L'IMPACT FINANCIER DE LA REFORME SUR LES DIFFERENTS TYPES DE PRESTATIONS D'AIDES ET DE SOINS – ETABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS



Source : Calcul IGSS



Texte du projet de loi

Art. 1^{er}. Le livre V du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° L'article 348 prend la teneur suivante :

« Art. 348. Est considérée comme dépendance au sens du présent livre, 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.

Les actes essentiels de la vie comprennent:

- 1) dans le domaine de l'hygiène corporelle : les aides et soins visant à la propreté du corps ;
- 2) dans le domaine de l'élimination : les aides et soins visant à l'évacuation des déchets de l'organisme ;
- 3) dans le domaine de la nutrition: les aides et soins visant à l'assistance pour l'absorption de l'alimentation, l'hydratation et la nutrition entérale;
- 4) dans le domaine de l'habillement : les aides et soins visant à s'habiller et à se déshabiller ;
- 5) dans le domaine de la mobilité : les aides et soins visant aux changements de position, aux déplacements et aux accès et sorties du logement.

L'assistance d'une tierce personne consiste à effectuer en tout ou en partie à la place de la personne dépendante les actes essentiels de la vie ou à surveiller ou à soutenir la personne dépendante en vue de permettre l'exécution de ces actes. »

2° L'article 349 prend la teneur suivante :

« Art. 349. Le bénéfice des prestations prévues par le présent livre est alloué si la personne dépendante requiert des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie définis à l'article 348, pour une durée d'au moins trois heures et demie par semaine, telle que définie à l'article 350, paragraphe 2, et si, suivant toute probabilité, l'état de dépendance de la personne dépendante dépasse six mois ou est irréversible.

Toutefois, en cas de besoin important et régulier dûment constaté par l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, les adaptations du logement, les aides techniques et la formation y relative peuvent être allouées sans égard au seuil défini ci-dessus si, suivant toute probabilité, la maladie ou la déficience dépasse six mois ou est irréversible.



Les prestations à charge de l'assurance dépendance assurent des aides et soins à la personne dépendante prodigués conformément aux bonnes pratiques en la matière.

Les prestations à charge de l'assurance dépendance sont accordées dans un souci d'économie tout en respectant les besoins du bénéficiaire.

Le bénéfice des prestations du présent livre est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs.»

3° L'article 350 prend la teneur suivante :

« Art. 350. (1) Sont évalués, dans une approche multidisciplinaire, sur base d'un rapport médical du médecin traitant, d'un outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, d'un référentiel des aides et soins et du relevé des aides techniques, les besoins du demandeur en :

- aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie, tels que définis à l'article 348 ;
- aides et soins dans le domaine des activités d'appui à l'indépendance. Ces activités ont pour objet l'apprentissage ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de réaliser les actes essentiels de la vie ou de limiter l'aggravation de la dépendance pour ces mêmes actes ;
- aides techniques.

(2) Suite à l'évaluation, les aides et soins et leur fréquence sont déterminés d'après un relevé-type qui prévoit une durée forfaitaire pour les différentes prestations du référentiel visé au paragraphe 1^{er}.

Pour les enfants, jusqu'à l'âge de huit ans accomplis, la détermination de l'état de dépendance se fait en fonction du besoin supplémentaire d'assistance d'une tierce personne par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. Les modalités de la détermination de la dépendance chez l'enfant sont fixées par règlement grand-ducal.

(3) Sur base de la détermination des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie faite par l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance en vertu du paragraphe 2, le demandeur se voit attribuer un des quinze niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins suivants :

- Niveau 1 de 210 à 350 minutes.
- Niveau 2 de 351 à 490 minutes.
- Niveau 3 de 491 à 630 minutes.
- Niveau 4 de 631 à 770 minutes.



- Niveau 5 de 771 à 910 minutes.
- Niveau 6 de 911 à 1050 minutes.
- Niveau 7 de 1051 à 1190 minutes.
- Niveau 8 de 1191 à 1330 minutes.
- Niveau 9 de 1331 à 1470 minutes.
- Niveau 10 de 1471 à 1610 minutes.
- Niveau 11 de 1611 à 1750 minutes.
- Niveau 12 de 1751 à 1890 minutes.
- Niveau 13 de 1891 à 2030 minutes.
- Niveau 14 de 2031 à 2170 minutes.
- Niveau 15 au-delà de 2171 minutes.

Pour la personne dépendante qui se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins, les aides et soins dans le domaine des activités d'appui à l'indépendance sont pris en charge en vertu des articles 353, paragraphe 1^{er}, alinéa 3 et 357, alinéa 3 suivant la détermination faite par l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance conformément au paragraphe 2.

(4) Dans le cadre d'une prise en charge en milieu stationnaire, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance évalue au sens du paragraphe 1^{er} et détermine selon le paragraphe 2, le besoin en activités d'accompagnement. Ces activités sont prises en charge pour la personne dépendante qui se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins si un besoin d'encadrement prolongé est retenu.

Ces activités d'accompagnement consistent en un encadrement durant la journée d'une personne ne pouvant rester seule de façon prolongée. Elles ont pour objectif de garantir la sécurité de la personne dépendante et visent à éviter un isolement social nuisible.

(5) Dans le cadre d'un maintien à domicile, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance évalue au sens du paragraphe 1^{er} et détermine selon le paragraphe 2, les besoins en activités de gardes soit individuelles soit en groupe. Ces activités sont prises en charge pour la personne dépendante qui se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins si un besoin constant de surveillance et d'encadrement est retenu.

Ces activités de garde ont pour objectif d'assurer la sécurité de la personne dépendante, d'éviter son isolement social nuisible et d'assurer le répit de l'aidant.



(6) Dans le cadre d'un maintien à domicile, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance évalue au sens du paragraphe 1^{er} et détermine selon le paragraphe 2 les besoins du demandeur en :

- activités d'assistance à l'entretien du ménage, si la personne dépendante se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins ;
- matériel d'incontinence, si la personne dépendante se voit attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins ;
- adaptations de son logement ;
- formations pour les aides techniques.

(7) Dans le cadre d'un maintien à domicile, le demandeur déclare au moyen d'une fiche de renseignements la présence d'un aidant à l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance. L'aidant est une tierce personne qui fournit intégralement ou partiellement les aides et soins à la personne dépendante à son domicile en dehors des prestataires visés aux articles 389 à 391.

L'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance évalue les capacités et les disponibilités de l'aidant pour fournir les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie, ainsi que ses besoins d'encadrement et de formation. Cette évaluation se fait sur base de l'outil d'évaluation et de détermination et du référentiel visés au paragraphe 1^{er}, d'une fiche de renseignements dûment complétée et signée par l'aidant et, le cas échéant, d'un entretien individuel avec l'aidant.

Un règlement grand-ducal précise les critères et les modalités d'évaluation de l'aidant.

(8) L'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance établit une synthèse de prise en charge détaillant les prestations requises conformément aux paragraphes 1 à 6.

Si, dans le cadre du maintien à domicile, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance retient que les aides et soins pour les actes essentiels de la vie ou les activités d'assistance à l'entretien du ménage sont intégralement ou partiellement fournis par un aidant visé au paragraphe 7, elle établit dans la synthèse de prise en charge la répartition de l'exécution des prestations requises entre cet aidant et les prestataires visés aux articles 389 et 391. L'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance peut modifier cette répartition si l'intérêt de la personne dépendante l'impose.

(9) Un règlement grand-ducal définit 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 et établit un formulaire type pour la synthèse de prise en charge visée au paragraphe 8, la Commission consultative prévue à l'article 387 demandée en son avis. Le même règlement grand-ducal peut encore définir pour différentes pathologies et situations cliniques de manière forfaitaire le temps requis.

(10) Par dérogation aux dispositions qui précèdent, la personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit aux prestations prévues par le présent livre, à l'exception des adaptations de son logement visées à l'article 356, paragraphe 2.

Les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie fournis par les prestataires visés aux articles 389 à 391 sont pris en charge suivant un forfait correspondant à sept cent quatre-vingt minutes de besoins en aides et soins. Les autres prestations auxquelles a droit la personne bénéficiaire de soins palliatifs sont prises en charge dans les limites prévues aux articles 353, 357 et 358. Le règlement grand-ducal visé à l'article 356, paragraphes 1^{er} et 3 définit les conditions et les modalités suivant lesquelles les aides techniques sont prises en charge pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs.

Les modalités d'ouverture du droit aux prestations prévues ci-avant peuvent être précisées par règlement grand-ducal. »

4° A l'article 351 est ajouté un nouvel alinéa 2 libellé comme suit :

« En cas de rejet d'une demande de prise en charge des prestations prévues par le présent livre au motif que le seuil fixé à l'article 349, paragraphe 1^{er} n'est pas atteint, une nouvelle demande n'est recevable qu'après un délai d'un an depuis la notification de la décision définitive, à moins qu'il ne résulte du rapport médical du médecin visé à l'article 350, paragraphe 1^{er} joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances. A défaut de ce rapport médical, la demande est rejetée par une décision non susceptible de recours. »

L'alinéa 2 actuel devient l'alinéa 3 nouveau.

5° L'article 352 est modifié comme suit :

a) L'alinéa 2 prend la teneur suivante :

« Cependant, pour les personnes ayant contracté une assurance facultative en application de l'article 2, alinéa 2 du présent code le bénéfice n'est ouvert qu'après un stage d'assurance d'une année. »

b) Il est ajouté un nouvel alinéa 3 libellé comme suit :

« L'article 18 du présent code est applicable. »



6° L'intitulé précédant l'article 353 prend la teneur « *Prise en charge des prestations en cas de maintien à domicile* » et cet article est remplacé comme suit :

« Art. 353. (1) Les prestations en nature en cas de maintien à domicile dans les domaines des actes essentiels de la vie sont prises en charge intégralement suivant les besoins en aides et soins arrêtés dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. Le prestataire ne peut pas procéder à une facturation des actes essentiels de la vie à la personne dépendante.

En tenant compte des prestations requises fournies par l'aidant visé à l'article 350, paragraphe 7, la prise en charge des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie apportés par les prestataires visés à l'article 389 correspond à un des forfaits suivants :

- Forfait 0 de 125 minutes lorsque le prestataire assure moins de 210 minutes par semaine.
- Forfait 1 de 280 minutes lorsque le prestataire assure entre 210 à 350 minutes par semaine.
- Forfait 2 de 420 minutes lorsque le prestataire assure entre 351 à 490 minutes par semaine.
- Forfait 3 de 560 minutes lorsque le prestataire assure entre 491 à 630 minutes par semaine.
- Forfait 4 de 700 minutes lorsque le prestataire assure entre 631 à 770 minutes par semaine.
- Forfait 5 de 840 minutes lorsque le prestataire assure entre 771 à 910 minutes par semaine.
- Forfait 6 de 980 minutes lorsque le prestataire assure entre 911 à 1050 minutes par semaine.
- Forfait 7 de 1120 minutes lorsque le prestataire assure entre 1051 à 1190 minutes par semaine.
- Forfait 8 de 1260 minutes lorsque le prestataire assure entre 1191 à 1330 minutes par semaine.
- Forfait 9 de 1400 minutes lorsque le prestataire assure entre 1331 à 1470 minutes par semaine.
- Forfait 10 de 1540 minutes lorsque le prestataire assure entre 1471 à 1610 minutes par semaine.
- Forfait 11 de 1680 minutes lorsque le prestataire assure entre 1611 à 1750 minutes par semaine.



- Forfait 12 de 1820 minutes lorsque le prestataire assure entre 1751 à 1890 minutes par semaine.
- Forfait 13 de 1960 minutes lorsque le prestataire assure entre 1891 à 2030 minutes par semaine.
- Forfait 14 de 2100 minutes lorsque le prestataire assure entre 2031 à 2170 minutes par semaine.
- Forfait 15 de 2230 minutes lorsque le prestataire assure au-delà de 2170 minutes par semaine.

Les activités d'appui à l'indépendance prestées en groupe sont prises en charge pour une durée ne pouvant pas dépasser cinq heures par semaine. A l'intérieur de ce plafond, ces activités peuvent être prestées de façon individuelle à hauteur de maximum une heure par semaine.

(2) L'activité de garde individuelle au domicile de la personne dépendante est prise en charge pour une durée maximale de sept heures par semaine pour garde de jour. Cette durée peut être portée à quatorze heures par semaine dans les cas d'une gravité exceptionnelle dûment constatée par l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, sans que la durée de la prise en charge des activités d'appui à l'indépendance et de l'activité de garde individuelle ne puisse dépasser quatorze heures par semaine.

L'activité de garde en groupe en centre semi-stationnaire est prise en charge pour une durée maximale de quarante heures par semaine.

(3) La formation à l'aidant vise à conseiller et à rendre compétent l'aidant pour l'exécution des aides et soins à fournir à la personne dépendante dans les domaines des actes essentiels de la vie, ainsi que pour l'utilisation d'aides techniques, en lui transmettant les techniques et le savoir nécessaire. Cette formation peut être prise en charge à raison de maximum six heures par an.

Les activités d'assistance à l'entretien du ménage de la personne dépendante visées à l'article 350, paragraphe 6, sont prises en charge de manière forfaitaire à concurrence de trois heures par semaine. »

7° L'article 354 prend la teneur suivante :

« Art. 354. Sur base de la synthèse de prise en charge établie par l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance en vertu de l'article 350, paragraphe 8, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et pour les activités d'assistance à l'entretien du ménage fournies par l'aidant selon l'article 350, paragraphe 7



peuvent être remplacées par une prestation en espèces correspondant à l'un des forfaits suivants :

- Forfait 1 de 12,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure moins de 61 minutes par semaine.
- Forfait 2 de 37,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 61 et 120 minutes par semaine.
- Forfait 3 de 62,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 121 et 180 minutes par semaine.
- Forfait 4 de 87,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 181 et 240 minutes par semaine.
- Forfait 5 de 112,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 241 et 300 minutes par semaine.
- Forfait 6 de 137,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 301 et 360 minutes par semaine.
- Forfait 7 de 162,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 361 et 420 minutes par semaine.
- Forfait 8 de 187,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 421 et 480 minutes par semaine.
- Forfait 9 de 212,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure entre 481 et 540 minutes par semaine.
- Forfait 10 de 262,50 euros par semaine lorsque l'aidant assure plus de 540 minutes par semaine.

Pour les enfants visés à l'article 350, paragraphe 2, alinéa 2 la durée des prestations réalisées par l'aidant est affectée en outre d'un coefficient d'adaptation tenant compte des besoins supplémentaires par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. Les coefficients d'adaptation et les modalités d'application de la présente disposition sont déterminés par règlement grand-ducal.

Les prestations en espèces ne sont pas soumises aux charges sociales et fiscales. L'article 441, à l'exclusion de l'alinéa 3, est applicable.

La personne dépendante bénéficiaire d'une prestation en espèces a droit au maintien de cette prestation au moment de l'ouverture du droit aux soins palliatifs. »

8° L'article 355 prend la teneur suivante :

« Art. 355. A la demande de la personne dépendante, l'assurance dépendance prend en charge les cotisations pour l'assurance pension d'un seul aidant au sens de l'article 350,



paragraphe 7, ne bénéficiant pas d'une pension personnelle, permettant de couvrir ou de compléter les périodes pendant lesquelles l'aidant assure, d'après la synthèse de prise en charge, des aides et soins à la personne dépendante à son domicile.

La cotisation à l'assurance pension est calculée sur base du salaire social minimum mensuel prévu pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins de la manière suivante :

-une occupation de cent soixante-treize heures par mois est retenue lorsque l'un des forfaits 6 à 10 prévus à l'article 354 est alloué ;

-une occupation à mi-temps de quatre-vingt-sept heures par mois est retenue lorsque l'un des forfaits 1 à 5 prévus à l'article 354 est alloué.

Les cotisations sont prises en charge au prorata des heures effectivement prestées par un aidant occupé au sens de l'article 426, alinéa 2 par la personne dépendante pour assurer des aides et soins nécessaires en raison de son état de dépendance, sans que cette cotisation ne puisse excéder la cotisation calculée sur base du salaire social minimum mensuel prévu pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. »

9° L'article 356 prend la teneur suivante :

« Art. 356. (1) La personne dépendante a droit en cas de maintien à domicile, sur avis de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, à la prise en charge:

- des adaptations de son logement;
- des aides techniques et de la formation y relative ;
- du matériel d'incontinence.

Un règlement grand-ducal détermine les limites, les conditions et les modalités de l'intervention de l'assurance dépendance qui peut être forfaitaire.

(2) Des adaptations de son logement peuvent être prises en charge pour permettre à la personne de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la préparation des repas et de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement.

Les adaptations du logement sont prises en charge sur avis de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance et selon les modalités et limites à fixer par règlement grand-ducal. Ce règlement peut également prévoir en lieu et place de l'adaptation du logement les modalités et les limites d'une prise en charge du coût supplémentaire engendré par le déménagement dans un logement adapté à l'état de dépendance de l'ayant droit.



(3) Des aides techniques peuvent être prises en charge pour permettre à la personne de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la préparation des repas, de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement, de l'habillement, des activités d'assistance à l'entretien du ménage et de la communication verbale ou écrite.

La prise en charge des aides techniques peut répondre également aux besoins en matière de sécurité, de prévention et de soulagement des douleurs.

La mise à disposition des aides techniques ainsi que l'adaptation du logement peuvent en outre être réalisées pour faciliter la tâche des personnes qui assurent les aides et soins.

Les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance sont inscrites sur une liste proposée par la Commission consultative et arrêtée par règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal peut déterminer en outre les termes pour le renouvellement périodique des aides techniques et la charge des frais d'entretien et de réparation des aides techniques.

Les aides techniques sont mises à disposition aux personnes dépendantes à charge de l'assurance dépendance sur base d'une location conformément aux conditions et modalités déterminées à l'article 394.

Si une location n'est pas possible ou indiquée, l'assurance dépendance accorde une subvention financière à la personne dépendante pour lui permettre l'acquisition des aides techniques répondant à ses besoins spécifiques.

Lorsque l'aide technique peut compenser le même besoin que l'adaptation du logement, le droit à l'aide technique est prioritaire.

La mise à disposition ou l'acquisition sont faites à la suite d'un avis de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance qui détermine le type d'aide technique ainsi que la formation s'y rapportant. Cette formation peut être prise en charge à raison de deux heures par an.

(4) Un montant forfaitaire de 14,32 euros par mois est accordé en cas d'utilisation du matériel d'incontinence fixé par règlement grand-ducal. Le montant correspondant au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 est adapté suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat. »

10° L'intitulé précédant l'article 357 prend la teneur « *Prise en charge des prestations en milieu stationnaire* » et cet article est remplacé comme suit :



« Art. 357. Lorsque la personne dépendante reçoit les aides et soins pour les actes essentiels de la vie dans un établissement à séjour continu, la prise en charge des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 se fait intégralement en application des forfaits suivants :

- Forfait 1 de 280 minutes lorsque le prestataire assure entre 210 à 350 minutes par semaine.
- Forfait 2 de 420 minutes lorsque le prestataire assure entre 351 à 490 minutes par semaine.
- Forfait 3 de 560 minutes lorsque le prestataire assure entre 491 à 630 minutes par semaine.
- Forfait 4 de 700 minutes lorsque le prestataire assure entre 631 à 770 minutes par semaine.
- Forfait 5 de 840 minutes lorsque le prestataire assure entre 771 à 910 minutes par semaine.
- Forfait 6 de 980 minutes lorsque le prestataire assure entre 911 à 1050 minutes par semaine.
- Forfait 7 de 1120 minutes lorsque le prestataire assure entre 1051 à 1190 minutes par semaine.
- Forfait 8 de 1260 minutes lorsque le prestataire assure entre 1191 à 1330 minutes par semaine.
- Forfait 9 de 1400 minutes lorsque le prestataire assure entre 1331 à 1470 minutes par semaine.
- Forfait 10 de 1540 minutes lorsque le prestataire assure entre 1471 à 1610 minutes par semaine.
- Forfait 11 de 1680 minutes lorsque le prestataire assure entre 1611 à 1750 minutes par semaine.
- Forfait 12 de 1820 minutes lorsque le prestataire assure entre 1751 à 1890 minutes par semaine.
- Forfait 13 de 1960 minutes lorsque le prestataire assure entre 1891 à 2030 minutes par semaine.
- Forfait 14 de 2100 minutes lorsque le prestataire assure entre 2031 à 2170 minutes par semaine.
- Forfait 15 de 2230 minutes lorsque le prestataire assure au-delà de 2170 minutes par semaine.



Le prestataire ne peut pas procéder à une facturation des actes essentiels de la vie à la personne dépendante.

Les activités d'appui à l'indépendance prestées en groupe sont prises en charge pour une durée ne pouvant pas dépasser cinq heures par semaine. A l'intérieur de ce plafond, ces activités peuvent être prestées de façon individuelle à hauteur de maximum une heure par semaine.

L'activité d'accompagnement de la personne dépendante dans un établissement à séjour continu est prise en charge suivant un forfait correspondant à six heures par semaine.

Un règlement grand-ducal définit les conditions et les modalités suivant lesquelles les aides techniques et le matériel d'incontinence sont pris en charge pour les personnes dépendantes hébergées dans un établissement d'aides et de soins. »

11° L'article 358, alinéa 3 est abrogé.

12° L'article 359 prend la teneur suivante :

« Art. 359. Si par suite d'une hospitalisation en milieu aigu de sept jours consécutifs au moins, la personne dépendante présente un besoin momentané d'assistance dépassant les aides et soins pour les actes essentiels de la vie prévus sur la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8, les forfaits visés aux articles 353, alinéa 2 et 357, alinéa 1 sont majorés de quarante-cinq minutes par semaine pendant huit semaines suivant la période d'hospitalisation, sans dépasser la prise en charge du forfait 15. »

13° L'intitulé « *Projets d'actions expérimentales* » précédant l'article 361 et cet article sont abrogés.

14° L'article 362 prend la teneur suivante :

« Art. 362. Les prestations prévues par le présent livre sont dues au plus tôt à partir du jour de la présentation de la demande comprenant le formulaire de demande accompagné, le cas échéant, par la fiche de renseignements relatifs à l'aidant et le rapport du médecin traitant dûment remplis.

Les prestations peuvent être accordées pour une durée déterminée ou pour une durée indéterminée.

Pour la période précédant la date de la décision visée à l'article 351, les personnes dépendantes ayant eu recours aux services des réseaux d'aides et de soins ou ayant séjourné dans un établissement d'aides et de soins visé aux articles 390 ou 391 ont droit aux



prestations en nature au sens des articles 353, 357 ou 358 en fonction des prestations requises sur la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8.

En cas de décès de la personne protégée avant la date de la décision visée à l'article 351, les prestations fournies par les prestataires visés aux articles 389 à 391 sont prises en charge en fonction des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8.

En cas de décès de la personne protégée avant que l'Autorité d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ait pu procéder à une évaluation, les prestations fournies par les prestataires visés aux articles 389 à 391 sont prises en charge suivant un forfait de sept cent quatre-vingt minutes par semaine. »

15° L'article 364 prend la teneur suivante :

« Art. 364. Les prestations prévues par le présent livre sont dues par jour, chaque jour représentant un septième de la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. »

16° L'intitulé précédant l'article 366 prend la teneur « *Réévaluation des besoins de la personne dépendante* » et cet article est remplacé comme suit :

« Art. 366. (1) A l'initiative de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, une réévaluation des besoins de la personne dépendante visés à l'article 350 peut avoir lieu dans les conditions et d'après les modalités suivantes :

- 1) lorsque l'exécution des prestations requises dans les domaines des actes essentiels de la vie arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 est intégralement assurée par un prestataire visé aux articles 389 à 391, la réévaluation est effectuée au plus tôt deux ans après la notification de la décision définitive de prise en charge ;
- 2) lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge est intégralement ou partiellement assurée au domicile de la personne dépendante par un aidant selon l'article 350, paragraphe 7, la réévaluation est effectuée au plus tôt un an après la notification de la décision définitive de prise en charge ;
- 3) lorsque la personne dépendante quitte son domicile pour être prise en charge dans un établissement d'aides et de soins, la réévaluation est effectuée dans les six mois de son admission;
- 4) lorsque la personne dépendante introduit une demande pour des aides techniques ou des adaptations du logement, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des



prestations de l'assurance dépendance peut réévaluer l'ensemble des besoins de la personne dépendante ;

- 5) lorsque l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance constate un changement fondamental des circonstances, elle peut procéder à une réévaluation des besoins visés à l'article 350.

A la demande motivée de la personne dépendante, des membres de sa famille visés à l'article 382, de l'aidant selon l'article 350, paragraphe 7 ou d'un prestataire visé aux articles 389 à 391, ainsi qu'à l'initiative de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance apprécie de l'opportunité d'une réévaluation des besoins de la personne dépendante visés à l'article 350. Une demande de réévaluation des prestations n'est recevable qu'après un délai d'un an depuis la notification de la décision définitive de prise en charge, à moins qu'il ne résulte du rapport médical du médecin visé à l'article 350, paragraphe 1^{er} joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances.

(2) La réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises se fait suivant les critères prévus aux articles 348 à 350.

Lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 est intégralement ou partiellement assurée par un prestataire visé aux articles 389 à 391, la réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises peut être confiée au prestataire à la demande de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance. L'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance révisé et complète les données recueillies au moyen de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le cas échéant.

Sur base de la réévaluation des besoins et de la détermination des prestations requises, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance établit une nouvelle synthèse de prise en charge.

(3) La décision portant augmentation des prestations prend effet le premier jour de la semaine de la présentation de la demande.

(4) Sans préjudice des dispositions de l'article 367, la décision portant réduction des prestations n'est applicable que le premier jour de la semaine suivant immédiatement celle au cours de laquelle elle a été notifiée. »

17° A l'article 367, alinéa 4 le terme « *aura* » est remplacé par le terme « *ait* ».



18° A l'article 372, les termes « *l'article 13 de la loi du 25 février 1979 concernant l'aide au logement* » sont remplacés par les termes « *l'article 13 de la loi modifiée du 25 février 1979 concernant l'aide au logement* ».

19° A l'article 375, les termes « *supérieure à 1 million de kWh* » sont remplacés par les termes « *supérieure à vingt-cinq mille kWh* ».

20° L'article 381 est complété par un nouvel alinéa 6 libellé comme suit :

« Les frais d'administration propres à la Caisse nationale de santé sont répartis entre l'assurance maladie et l'assurance dépendance au prorata de leurs prestations respectives au cours du pénultième exercice. »

21° L'article 382 est complété par un nouvel alinéa 7 libellé comme suit :

« Sont applicables par analogie les dispositions de l'article 47, alinéa 5 du présent Code. »

22° L'article 383 est précédé de l'intitulé « *Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance* » et cet article est remplacé comme suit :

« Art. 383. Il est créé une administration de l'Etat dénommée « *Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance* », placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et qui a, dans le cadre des prestations de l'assurance dépendance, des missions d'évaluation, de contrôle et de conseil telles que précisées aux articles 384 à 384ter. »

23° L'article 384 prend la teneur suivante :

« Art. 384. L'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance émet les avis prévus par le présent livre, détermine les aides et soins que requiert la personne dépendante et établit la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. »

24° A la suite de l'article 384 il est inséré un nouvel article 384bis libellé comme suit :

« Art. 384bis. (1) Tous les deux ans, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance :

- contrôle et mesure l'adéquation entre les prestations effectivement dispensées et les prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge au moyen de la documentation de la prise en charge fournie par les prestataires visés aux articles 389 à 391 et, le cas échéant, d'une visite auprès de la personne dépendante ;



- contrôle la qualité des prestations fournies à la personne dépendante compte tenu des indicateurs visés à l'article 387bis, au moyen de la documentation de la prise en charge fournie par les prestataires visés aux articles 389 à 391 et, le cas échéant, d'une visite auprès de la personne dépendante.

L'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance établit un rapport biennal relatif aux contrôles effectués, qu'elle transmet au comité directeur de la Caisse nationale de santé, aux ministres ayant la Sécurité sociale et la Santé dans leurs attributions et aux ministres compétents en vertu de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutiques.

(2) Si l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance constate dans le cadre de ses contrôles des écarts injustifiés entre les prestations effectivement dispensées et les prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge, elle les signale au comité directeur de la Caisse nationale de santé en vue de la saisine éventuelle de la Commission de surveillance. »

25° A la suite de l'article 384bis il est ajouté un nouvel article 384ter libellé comme suit :

« Art. 384ter. L'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance informe et conseille les personnes protégées, les personnes de l'entourage de la personne dépendante, y compris l'aidant visé à l'article 350, paragraphe 7, les médecins et les professionnels des aides et des soins en matière de prise en charge des personnes dépendantes.

Elle conseille l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et les départements ministériels chargés du financement et de l'agrément des services et les établissements d'aides et de soins en vue de l'adaptation des structures aux besoins de la population dépendante.

Elle fournit des expertises à la demande d'autres services publics. »

26° L'intitulé « *Cellule d'évaluation et d'orientation* » précédant l'article 385 est supprimé et cet article est remplacé comme suit :

« Art. 385. Les avis de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance à portée individuelle s'imposent à l'égard de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance a été contredit par l'expert chargé par le Conseil arbitral, l'organisme juge lui-même de l'opportunité de l'appel. »



27° L'article 386 est modifié comme suit :

a) L'alinéa 1 est supprimé.

Les alinéas 1 à 8 actuels deviennent les alinéas 1 à 7 nouveaux.

b) L'alinéa 1 nouveau prend la teneur suivante :

« L'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance exerce ses missions en prenant des renseignements, en procédant à une évaluation auprès des personnes demandant les prestations prévues à l'article 347, en requérant le dossier de soins visé à l'article 60bis et la documentation de la prise en charge visée à l'article 387bis accessibles par des moyens informatiques. »

c) L'alinéa 4 nouveau est supprimé.

Les alinéas 5 à 7 nouveaux deviennent les alinéas 4 à 6 nouveaux.

d) A l'alinéa 5 nouveau les termes « *en vertu de l'article 385* » sont supprimés.

28° L'article 387 est modifié comme suit :

a) A l'alinéa 1, tiret 5 la référence à l'article 48 est remplacée par une référence à l'article 46.

b) L'alinéa 1, tiret 6 prend la teneur suivante :

« - de deux membres désignés par le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391 ; ».

c) L'alinéa 3 prend la teneur suivante :

« Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant. La commission peut s'adjoindre des experts. »

d) L'alinéa 4 prend la teneur suivante :

« La Commission consultative peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions prévues aux articles 350, paragraphe 9, 356, paragraphe 3, alinéa 4, 387bis et 395. Elle peut être saisie également par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé ou la Famille, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance, ou encore le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 à 391. »



29° L'intitulé précédant l'article 387bis prend la teneur « *Normes et indicateurs de qualité* » et cet article est remplacé comme suit :

« Art. 387bis. Les prestations à charge de l'assurance dépendance sont fournies par les prestataires visés aux articles 389 à 391 dans le respect des normes concernant la dotation et la qualification du personnel, et suivant des coefficients d'encadrement du groupe fixés par règlement grand-ducal, la Commission consultative demandée en son avis.

Ce règlement grand-ducal détermine par ailleurs 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. »

30° L'article 388bis est précédé de l'intitulé « *Conventions-cadre* » et cet article est modifié comme suit :

a) A l'alinéa 2 la dernière phrase « *L'article 62, alinéa 2, du présent Code est applicable* » est supprimée.

b) L'alinéa 3, point 1) prend la teneur suivante :

« 1) l'engagement de fournir à la personne dépendante les aides et soins selon les prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 et de fournir ces prestations conformément aux dispositions relatives à la qualité ; »

c) L'alinéa 3, point 2) prend la teneur suivante :

« 2) les procédures et les modalités de documentation des normes de dotation et de qualification du personnel visées à l'article 387bis ; »

d) L'alinéa 3, point 4) prend la teneur suivante :

« 4) les modalités de la documentation nécessaire à la facturation et au paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification ; »

e) L'alinéa 5 prend la teneur suivante :

« Les conventions-cadre sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir. Elles peuvent être modifiées à tout moment d'un commun accord par les parties signataires et être dénoncées en tout ou en partie par chacune des parties moyennant un préavis de douze mois. Les négociations pour leur renouvellement total ou



partiel sont entamées endéans les deux mois suivant la dénonciation, à une date publiée au Mémorial à l'initiative de la Caisse nationale de santé. »

f) L'alinéa 6 prend la teneur suivante :

« L'article 62 du présent code est applicable. »

g) A l'alinéa 7, les mots « *d'une commune* » sont remplacés par les mots « *d'une circonscription électorale* ».

31° L'article 389 est précédé de l'intitulé « *Prestataires du maintien à domicile* » et le paragraphe 2, alinéa 2 de cet article est supprimé.

32° L'article 390 est précédé de l'intitulé « *Prestataires en milieu stationnaire* ».

33° L'article 391, alinéa 3 est supprimé.

34° L'article 392 est précédé de l'intitulé « *Agrément* ».

35° L'article 393 est précédé de l'intitulé « *Commission de surveillance* » et cet article est modifié comme suit :

a) Au paragraphe 1^{er}, alinéa 1 les termes « *la facturation* » sont remplacés par les termes « *le montant* ».

b) Au paragraphe 2, alinéa 1 les termes « *chargé de direction* » sont remplacés par les termes « *médecin-directeur* ».

c) Le paragraphe 2, alinéa 2, point 5) prend la teneur suivante :

« 5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque prestation d'aides et de soins, dès lors que l'assuré ne s'y est pas explicitement opposé; »

d) Le paragraphe 2, alinéa 2, point 6) prend la teneur suivante :

« 6) l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation de l'article 349, alinéas 3 et 4. »

e) Au paragraphe 3, alinéa 3, les termes « *chargé de direction* » sont remplacés par les termes « *médecin-directeur* ».



36° A l'article 393bis, alinéa 1 les termes « *chargé de direction* » sont remplacés par les termes « *médecin-directeur* ».

37° A l'article 393ter, paragraphe 1^{er}, alinéa 1 les termes « *chargé de direction* » sont remplacés par les termes « *médecin-directeur* ».

38° L'article 394 est précédé de l'intitulé « *Fournisseurs spécialisés d'aides techniques* ».

39° L'article 395 est précédé de l'intitulé « *Valeurs monétaires* » et cet article prend la teneur suivante :

« Art. 395. (1) Le montant des prestations à payer aux prestataires visés aux articles 389 à 391 est déterminé en multipliant les durées visées aux articles 350, paragraphe 10, 353, 357, 358 et 359, par une valeur monétaire fixée séparément pour:

- les réseaux d'aides et de soins;
- les centres semi-stationnaires ;
- les établissements d'aides et de soins à séjour continu;
- les établissements à séjour intermittent.

(2) Tous les deux ans, les valeurs monétaires sont négociées par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance avec le ou les groupements professionnels des prestataires visés aux articles 389 à 391.

Les valeurs monétaires correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

Un règlement grand-ducal détermine les critères et la procédure de négociation des valeurs monétaires, la Commission consultative visée à l'article 387 demandée en son avis.

Sont applicables pour autant que nécessaires les dispositions des articles 69, 70, 71 et 84, alinéa 3.

(3) Les valeurs monétaires applicables à la période biennale sont pondérées en fonction des coefficients de qualification du personnel et des coefficients d'encadrement du groupe fixés par le règlement grand-ducal visé à l'article 387bis.

(4) Les prestataires d'aides et de soins remettent à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance annuellement pour le 15 juillet au plus tard les documents suivants se rapportant aux deux exercices précédents :



- le compte d'exploitation ;
- les rapports de la comptabilité analytique ;
- le tableau relatif au personnel par carrière. »

40° A la suite de l'article 395 il est ajouté un nouvel article 395bis précédé de l'intitulé « *Facteur d'ajustement* » et libellé comme suit :

« Art. 395bis. Dans les années impaires, le Gouvernement examine au 1^{er} octobre au plus tard, sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance et la Commission consultative visée à l'article 387 demandées en leur avis, s'il y a lieu d'adapter les forfaits visés aux articles 353, alinéa 2 et 357, alinéa 1 et arrête, le cas échéant, le facteur d'ajustement respectif. Le Gouvernement soumet les facteurs d'ajustement arrêtés, accompagnés du projet de loi portant adaptation des forfaits de prise en charge à la Chambre des Députés.

Chaque facteur d'ajustement est établi sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, de la croissance économique du pays et en tenant compte d'une évaluation des besoins en prestations de l'assurance dépendance conforme aux bonnes pratiques en la matière, de la variation effective des activités des prestataires, ainsi que des statistiques concernant les dotations et les qualifications du personnel.

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.

En vue du rapport d'analyse prévisionnel, la Caisse nationale de santé communique à l'Inspection générale de la sécurité sociale au plus tard pour le 1er mai de chaque année les données détaillant la variation effective des activités des prestataires du maintien à domicile visés à l'article 389 et des prestataires en milieu stationnaires visés aux articles 390 et 391 au cours des trois années précédentes, ainsi que des statistiques concernant les dotations et les qualifications du personnel de ces prestataires ».



Art. 2. Le livre I^{er} du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° A l'article 60bis, alinéa 1, les termes de « à l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance » sont à insérer entre les termes de « à tout médecin désigné par l'assuré » et de « et au Contrôle médical de la sécurité sociale ».

2° A l'article 63, alinéa 1, les termes de « l'adaptation annuelle » sont à remplacer par les termes de « l'adaptation biennale ».



Art. 3. Le livre VI du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° L'article 412, alinéa 3 prend la teneur suivante :

« Les institutions de sécurité sociale, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, le Contrôle médical de la sécurité sociale, l'Inspection générale de la sécurité sociale et les juridictions arbitrales sont habilités à obtenir tous les renseignements individuels indispensables à l'exécution de leurs missions. »

2° A l'article 413, alinéa 1, point 1), les termes de « *de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance* » sont à insérer entre les termes de « *de l'Inspection générale de la sécurité sociale* » et de « *du Contrôle médical de la sécurité sociale* ».



Art. 4. La loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et juridictions de la sécurité sociale est modifiée comme suit :

1° L'article 1^{er} est modifié comme suit :

a) Le paragraphe 2 est abrogé.

Les paragraphes 3,4 et 5 actuels deviennent les paragraphes 2,3 et 4 nouveaux.

b) Au paragraphe 2 nouveau, les alinéas 2, 3, 4, 5 et 6 sont abrogés.

c) Au paragraphe 3 nouveau, l'alinéa 2 est abrogé.

2° A l'article 3, les alinéas 2, 3 et 4 sont abrogés.

3° Il est inséré un nouveau chapitre V intitulé « *Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance* » à la suite du chapitre IV intitulé « Conseil arbitral et conseil supérieur de la sécurité sociale » :

« Chapitre V – Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance

Art.13. La direction de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance est confiée à un médecin-directeur qui en est le chef et qui a sous ses ordres le personnel visé au présent article ainsi qu'à l'article 14 suivant.

Le cadre de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance comprend un médecin-directeur, un médecin-directeur adjoint, des médecins, des médecins dirigeants et des fonctionnaires des différentes catégories de traitement telles que prévues par la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat.

Art. 14. Le cadre prévu ci-dessus peut être complété par des stagiaires, des employés de l'Etat et des salariés de l'Etat suivant les besoins du service et dans les limites des crédits budgétaires.

L'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance peut faire appel, par voie de contrat à conclure entre le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale et les personnes intéressées, au concours de médecins, de psychologues, d'ergothérapeutes, de masseurs-kinésithérapeutes, d'orthophonistes, d'assistants d'hygiène sociale, d'assistants sociaux, d'infirmiers psychiatriques et d'infirmiers.



Les contrats fixent la nature, l'étendue et les modalités des prestations à fournir, la durée des relations contractuelles, ainsi que les rémunérations à attribuer du chef de ces prestations. »

Les chapitres V à VII deviennent les chapitres VI à VIII nouveaux et les articles 13 à 19 deviennent les articles 15 à 21 nouveaux.



Art. 5. La loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat est modifiée comme suit :

1° L'article 12, paragraphe 1^{er}, alinéa 7 est modifié comme suit :

a) Le point 12) prend la teneur suivante :

« 12) Les fonctions de médecin-directeur adjoint du Contrôle médical de la sécurité sociale et de médecin-directeur adjoint de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance sont classées au grade 17. »

b) Le point 22) prend la teneur suivante :

« 22) Les fonctions de médecin-directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale et de médecin-directeur de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance sont classées au grade 18. »

2° Le sous-groupe à attributions particulières figurant dans le groupe de traitement A1 de la catégorie de traitement A de l'annexe A intitulée « Classification des fonctions » est modifié comme suit :

a) Au grade 17, les termes de « *médecin-directeur de de l'inspection générale de la sécurité sociale- cellule d'évaluation et d'orientation* » sont à remplacer par les termes de « *médecin-directeur adjoint de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance* ».

b) Au grade 18, les termes de « *médecin-directeur de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance* » sont à insérer entre les termes de « *médecin-directeur du contrôle médical de la sécurité sociale* » et de « *président de la caisse nationale d'assurance pension* ».



Disposition additionnelle

Art. 6. Dans la mesure où la loi se réfère à « *la Cellule d'évaluation et d'orientation* », ces termes sont remplacés par les termes « *Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance* ».

Dispositions transitoires

Art. 7. Pour les bénéficiaires d'assurance dépendance au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi, le point de départ des délais visés à l'article 366, alinéa 1 correspond à la notification de la décision définitive de prise en charge en vertu de l'article 351 dont la date est antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 8. En attendant la constitution de la commission consultative prévue à l'article 387 de la présente loi, ses attributions sont provisoirement exercées par la commission consultative en fonction au 31 décembre 2016.

Art. 9. Pour la période transitoire allant du 31 décembre 2016 au 30 juin 2017, les prises en charge prévues par la présente loi se font en vertu de la procédure de détermination de l'article 350 du Code de la sécurité sociale en vigueur au 31 décembre 2016.

Art. 10. 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'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance.

Art. 11. La référence à la présente loi peut se faire sous une forme abrégée en recourant à l'intitulé : « loi du ... portant réforme de l'assurance dépendance ».

Mise en vigueur

Art. 12. La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, à l'exception de l'article 350 qui prend effet au 1^{er} juillet 2017.



Commentaire des articles

Article 1^{er}

Cet article regroupe les modifications apportées au livre V du Code de la sécurité sociale.

Point 1^o - article 348

Il est maintenu à l'article 348 que l'état de dépendance est apprécié au regard des besoins en aides pour les actes essentiels de la vie énoncés à l'alinéa 2. La définition de la dépendance reste par ailleurs inchangée.

Les définitions des actes essentiels de la vie sont reformulées pour préciser que les actes essentiels de la vie ne relèvent pas de trois mais de cinq domaines, à savoir l'hygiène corporelle, l'élimination, la nutrition, l'habillement et la mobilité. Actuellement, les domaines de l'élimination et de l'habillement sont compris dans les domaines respectivement de l'hygiène corporelle et de la mobilité. L'énumération de cinq domaines d'actes essentiels de la vie s'explique par les regroupements d'actes proposés dans le relevé-type des prestations requises et les définitions inscrites dans le référentiel des aides et soins faisant l'objet d'un règlement grand-ducal.

En outre, la formulation de définitions générales pour chacun des cinq domaines d'actes essentiels de la vie est préférée à une énumération limitative d'actes. Les actes à prendre en compte dans le cadre de l'évaluation des besoins et de la détermination des prestations requises sont, en effet, limitativement énumérés dans le relevé-type des prestations requises et dans le référentiel des aides et soins.

A l'alinéa 3, les formes d'assistance par une tierce personne, consistant en l'exécution physique des actes à la place de la personne dépendante ou à surveiller et à soutenir cette dernière dans la réalisation des actes essentiels de la vie, sont inchangées. Ainsi, au niveau de la détermination des prestations requises, il est toujours tenu compte de façon identique des personnes présentant un déficit moteur et des personnes présentant un déficit cognitif, notamment en cas de troubles démentiels. La notion d'autonomie est supprimée, sans que le contenu des deux formes d'aide précitées soit changé. Dès lors, l'aide de la tierce personne consistera soit en une intervention physique, soit en une stimulation de la personne dépendante pour s'assurer qu'elle réalise tant que possible les gestes elle-même, compte tenu des besoins de la personne dépendante et de ses aptitudes physiques et mentales à réaliser les actes elle-même.

Compte tenu de la structure du livre V, la modification de l'actuel alinéa 4 propose de déplacer la disposition relative à la détermination de l'état de dépendance des enfants de l'actuel article 348 vers le nouvel article 350, paragraphe 2 alinéa 2, concernant la détermination des



prestations requises. La détermination de l'état de dépendance des enfants est, en effet, un cas particulier de détermination des prestations requises.

Point 2° - article 349

Le « *seuil d'entrée* » actuel est maintenu. Il correspond à un besoin hebdomadaire de deux cent dix minutes dans les domaines des actes essentiels de la vie. Ce seuil prend en compte le volume des actes essentiels de la vie pour lesquels il existe un besoin d'assistance et le nombre d'interventions par jour d'une tierce personne pour la réalisation d'actes essentiels de la vie. Contrairement à ce qui a été constaté dans des systèmes d'assurance dépendance étrangers comparables au régime luxembourgeois, il n'est pas nécessaire de réfléchir à un abaissement du « *seuil d'entrée* » pour certains types de pathologies ou de déficiences dans le système d'assurance dépendance au Luxembourg. En effet, la définition de la dépendance et plus particulièrement celle de l'intervention d'une tierce personne à l'article 348, alinéa 3, permettent d'assurer une large couverture de la population dépendante par l'assurance dépendance, notamment de personnes atteintes de déchéances des activités psychiques et mentales, comme les démences. En effet, l'intervention d'une tierce personne ne vise pas uniquement la réalisation des actes essentiels de la vie à la place de la personne dépendante, mais également la surveillance et la guidance de la personne dépendante dans l'exécution de ces actes.

Par parallélisme à la formulation de l'article 348, alinéa 1, il est précisé à l'alinéa 2 que les adaptations du logement et les aides techniques peuvent être allouées sans égard du « *seuil d'entrée* », si un besoin « *important et régulier* » est constaté.

L'alinéa 3 actuel est divisé en deux alinéas dans un souci de clarté. En effet, toutes les prestations à charge de l'assurance dépendance sont accordées avec le souci de maintenir les prestations de l'assurance dépendance dans des proportions objectivement justifiées dans l'intérêt de la personne dépendante. Cet objectif ne concerne pas uniquement les aides et soins.

Point 3° - article 350

L'article 350 est totalement reformulé en suivant les différentes étapes de la détermination des prestations requises. Dans le système forfaitaire de prise en charge des prestations mis en place, il est important de noter que l'évaluation des besoins du demandeur reste individuelle et débouche sur une détermination individuelle des prestations requises qui se traduit dans une synthèse de prise en charge spécifique pour chaque demandeur.

Ainsi, le paragraphe 1^{er} concerne l'évaluation des besoins du demandeur en aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie, des activités d'appui à l'indépendance et des aides techniques. Les besoins dans ces domaines sont évalués pour tout demandeur, peu importe son lieu de vie à son domicile ou en établissement d'aides et de soins.



Les activités d'appui à l'indépendance couvrent en partie les actuelles activités de soutien. En réponse aux difficultés conceptuelles dans le domaine des activités de soutien, identifiées par le Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'assurance dépendance⁸, une distinction est introduite entre, d'une part, les activités liées à la réalisation des actes essentiels de la vie par la personne dépendante, et, d'autre part, les activités accessoires destinées à garantir la sécurité et le cadre social de la personne dépendante, ainsi que le répit de son aidant, c'est-à-dire les activités de gardes. L'objectif des activités d'appui à l'indépendance est d'apprendre à la personne dépendante à participer activement à la réalisation des actes essentiels de la vie, à persévérer dans leur réalisation ou à mener cette réalisation à son terme, soit en tentant de prévenir une diminution des capacités motrices, cognitives ou psychiques, soit en entretenant ces capacités, soit en les améliorant.

Au paragraphe 2, l'évaluation des besoins est suivie de la détermination des prestations requises suivant le relevé-type et le référentiel des aides et soins définis dans un même règlement grand-ducal. L'actuel instrument du relevé-type est modifié pour plus de transparence. Les actes qui y sont limitativement énumérés font l'objet de définitions et de standards dans le référentiel sur lequel les référents de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance fondent la détermination des prestations requises. La possibilité d'une pondération des durées forfaitaires du relevé-type moyennant un coefficient tenant compte de l'intensité des aides et soins ou de la qualification requise pour les dispenser est supprimée et remplacée par une pondération des valeurs monétaires, donc du prix à payer aux prestataires, en fonction de normes de dotation et de qualification du personnel et de coefficients d'encadrement du groupe fixés par règlement grand-ducal.

L'alinéa 2 du paragraphe 2 relatif à la détermination de la dépendance des enfants reprend la disposition de l'actuel article 348, alinéa 4.

Au paragraphe 3 sont énumérés quinze niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins. La personne dépendante se voit attribuer un de ces niveaux en fonction de la détermination des prestations requises dans les domaines des actes essentiels de la vie. Ces quinze niveaux correspondent à un besoin moyen en aides et soins exprimé en minutes par semaine. Leur fixation poursuit néanmoins l'objectif d'une prise en compte de la situation individuelle de la personne dépendante. Les besoins du demandeur sont, en effet, évalués individuellement, les prestations requises sont déterminées et une synthèse de prise en charge individuelle est établie pour toute personne dépendante.

Ainsi, en s'inspirant de modèles étrangers et en se basant sur l'expérience acquise depuis la mise en vigueur de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance, un

⁸Ministère de la Sécurité sociale, Inspection générale de la sécurité sociale, Cellule d'évaluation et d'orientation, « Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'assurance dépendance », 2013.



nombre d'intervalles réguliers et rapprochés est envisagé. Associé à une politique de réévaluation régulière des besoins de la personne dépendante et un contrôle ambitieux des prestations délivrées, ce modèle a vocation à améliorer la prise en charge individuelle des bénéficiaires d'assurance dépendance.

Dans la poursuite de ce même objectif, les activités d'appui à l'indépendance ne sont pas prises en compte pour la fixation des niveaux hebdomadaires de besoins en aides en soins. Leur prise en charge s'effectue sur base d'une facturation par le prestataire à la Caisse nationale de santé suivant les besoins individuels du bénéficiaire.

Le paragraphe 4 vise les personnes dépendantes en milieu stationnaire. L'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance évalue un besoin en activités d'accompagnement en vue de garantir la sécurité de la personne dépendante durant la journée, d'éviter son isolement social nuisible et de contribuer à structurer temporellement le déroulement de la journée du bénéficiaire.

Les paragraphes 5, 6 et 7 visent la situation particulière d'une personne dépendante résidant à son domicile.

Il est prévu au paragraphe 5 que l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance évalue les besoins en activités de gardes de la personne dépendante qui requiert des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie pour une durée d'au moins deux cent dix minutes par semaine. Les prestations de gardes requises sont déterminées sur base du relevé-type et du référentiel des aides et soins qui précise les conditions de détermination d'un besoin en gardes. Les gardes poursuivent l'objectif de protéger une personne dépendante présentant des troubles cognitifs ou psychiques, notamment en cas de démences, et de prévenir un surmenage de l'entourage de la personne dépendante, en particulier de son aidant. Compte tenu des objectifs poursuivis par ces activités, les gardes en groupe ne sont pas cumulables avec les gardes individuelles.

Selon le paragraphe 6, pour une personne dépendante à domicile, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance évalue encore les besoins en activités d'assistance à l'entretien du ménage, en matériel d'incontinence, en adaptations du logement et en formation pour les aides techniques. Les adaptations du logement comme les aides techniques et la formation y correspondante sont allouées sans égard du seuil défini à l'article 349.

Le paragraphe 7 relatif à la déclaration de la présence de l'aidant et à l'évaluation de ses capacités et disponibilités s'inscrit dans la démarche engagée par le législateur dans la loi du 23 décembre 2005 vers une plus grande qualité des soins fournis. L'objectif de ce paragraphe est de s'assurer des aptitudes physiques et morales de l'aidant qui s'engage à fournir des aides et soins par une identification de l'aidant et une évaluation de ses compétences et de ses besoins



d'encadrement et de formation, au moyen notamment d'une fiche de renseignements, couplée à des réévaluations régulières.

La notion d'« *aidant* » est préférée à celle de « *personne de l'entourage* », l'aidant pouvant être un aidant informel, c'est-à-dire une personne de l'entourage de la personne dépendante, ou un aidant salarié. Il est précisé toutefois que, s'il est salarié, l'aidant intervient en dehors d'un réseau d'aides et de soins et d'un centre semi-stationnaire. La relation entre l'aidant et la personne dépendante ne relève pas du domaine de l'assurance dépendance.

L'alinéa 3 du paragraphe 7 fournit la base au règlement grand-ducal portant une série de critères objectifs d'éligibilité encadrant l'évaluation des connaissances et de la disponibilité de l'aidant, tels que notamment la proximité géographique ou l'absence de dispositions physiques ou psychiques rendant impossible une prise en charge de qualité de la personne dépendante. Ces critères permettent de s'assurer de la qualité des aides et soins fournis et s'inscrivent dans une démarche globale de prévention de la maltraitance des personnes âgées et fragilisées⁹.

Compte tenu des prestations requises, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance établit une synthèse de prise en charge selon le paragraphe 8. Dans cette synthèse l'accent est mis sur la description des besoins de la personne dépendante en accord avec les définitions et les standards du référentiel des aides et pour une meilleure compréhension de ses droits par la personne dépendante et par son entourage.

Le cas échéant, la synthèse de prise en charge comporte la répartition de la réalisation des prestations requises entre le prestataire d'aides et de soins et l'aidant. L'aidant peut se voir confier la fourniture des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie, ainsi que la réalisation des activités d'assistance à l'entretien du ménage. Les activités d'appui à l'indépendance sont toujours effectuées par un prestataire d'aides et de soins disposant de personnel qualifié pour les réaliser. Le dispositif mis en place, comportant une appréciation des compétences de l'aidant, une répartition des tâches entre l'aidant et le prestataire professionnel correspondant le plus possible aux besoins de la personne dépendante et aux possibilités de l'aidant à fournir des soins de qualité, ainsi qu'un système de réévaluations régulières, est destiné à assurer une certaine permanence dans la prise en charge de la personne dépendante. Par conséquent, la répartition dans la réalisation des aides et soins retenue dans la synthèse de prise en charge ne devrait pas être remise en cause entre deux évaluations ou réévaluations. La prestation en espèces étant subsidiaire aux prestations en nature, en cas d'indisponibilité ou d'inaptitude de l'aidant à fournir les prestations de manière temporaire ou définitive, sans changement de l'état de la personne dépendante, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance peut modifier la

⁹ Résolution du Parlement européen du 9 septembre 2010 sur les soins de longue durée pour les personnes âgées.



répartition entre l'aidant et le prestataire professionnel sur la synthèse sans procéder à une réévaluation des besoins de la personne dépendante.

La synthèse de prise en charge est établie par l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance et transmise à la Caisse nationale de santé en vue de la prise d'une décision en vertu de l'article 351.

Le règlement grand-ducal au paragraphe 9 comporte l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le relevé-type des prestations requises, le référentiel des aides et soins, et un formulaire type pour la synthèse de prise en charge. Il modifie, voire remplace, le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

Finalement, le nouveau paragraphe 10 reprend la disposition de l'actuel paragraphe 6, tout en la simplifiant. Dans le système actuel, le prestataire facture à la Caisse nationale de santé toutes les prestations réalisées au profit du bénéficiaire de soins palliatifs dans la limite des plafonds définis, sans qu'une évaluation de ses besoins par la Cellule d'évaluation et d'orientation ne soit requise. Ce modèle n'est pas remis en cause. Néanmoins, dans le système proposé de prise en charge par forfaits des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie, afin de rendre compte de la situation particulière du patient bénéficiaire de soins palliatifs, les aides et soins fournis par le prestataire dans les domaines des actes essentiels de la vie à une personne bénéficiaire de soins palliatifs sont pris en charge de manière forfaitaire.

Point 4° - article 351, alinéa 2

S'inspirant de l'article 259 relatif à la reproduction d'une demande de pension d'invalidité, un alinéa 2 est introduit au présent article soumettant à des conditions particulières la présentation d'une nouvelle demande de prise en charge des prestations par l'assurance dépendance dans le délai d'un an. Il s'agit, en effet, d'éviter d'éventuelles demandes abusives en cas de rejet pour défaut d'atteinte du seuil de besoins en aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie. Seul un changement fondamental des circonstances, certifié par le médecin traitant, justifie l'ouverture d'une nouvelle procédure d'évaluation.

Point 5° - article 352, alinéas 2 et 3

L'actuel alinéa 2 est scindé en un alinéa 2 et un alinéa 3 pour plus de sécurité juridique. L'article 18 est, en effet, applicable tant en cas d'assurance obligatoire qu'en cas d'assurance facultative.



Point 6° - article 353

Cet article vise les prestations prises en charge par l'assurance dépendance pour une personne dépendante résidant à domicile, par opposition à la personne dépendante résidant dans un établissement d'aides et de soins. L'intitulé est complété en ce sens.

Les besoins dans le domaine des actes essentiels de la vie sont couverts par une prise en charge intégrale des coûts au moyen des forfaits fixés au paragraphe 1^{er}, alinéa 2. Le forfait attribué au réseau d'aides et de soins prend en compte la répartition dans la fourniture des prestations entre le réseau et un éventuel aidant. Cela explique la présence d'un forfait 0. De même que les niveaux hebdomadaires de besoins en aides et soins, les forfaits présentent des intervalles constants peu écartés. Ils sont fixés de manière à limiter au plus l'impact financier pour les prestataires par rapport à la situation actuelle, tout en correspondant au mieux aux besoins des bénéficiaires.

Les niveaux hebdomadaires de besoins en aides et soins sont à distinguer des forfaits de prise en charge. Les premiers reflètent, en effet, les besoins de la personne dépendante sur une certaine période, alors que l'attribution des seconds est susceptible de varier au cours de la même période, notamment en cas de changement dans la répartition de la réalisation des aides et soins entre le prestataire et l'aidant.

Les besoins en activités d'appui à l'indépendance sont pris en charge à hauteur des plafonds fixés au paragraphe 1^{er}, alinéa 3. Compte tenu de la similitude de l'objectif poursuivi par l'activité d'appui à l'indépendance en groupe ou individuellement, les deux types d'activités ne sont pas cumulables. Néanmoins, à l'intérieur du plafond de cinq heures d'activités en groupe, une heure peut être fournie individuellement. Ces heures d'activités spécialisées sont à associer aux heures de garde prises en charge selon le paragraphe 2. Pour la garde en groupe en centre semi-stationnaire, une prise en charge maximale de quarante heures par semaine est envisagée dans un but de combiner des activités spécialisées et non-spécialisées au centre semi-stationnaire au cours d'une semaine.

Suivant un objectif de maintien à domicile dans des conditions de vie dignes, la garde individuelle au domicile de la personne dépendante est prise en charge à raison de sept heures par semaine, permettant notamment d'éviter l'essoufflement d'un aidant. Une majoration des forfaits pour les activités de gardes individuelles au domicile de la personne dépendante est possible dans des cas d'une gravité exceptionnelle, notamment lorsque la personne dépendante souffre de déficiences de ses capacités psychiques en cas de démences.

Finalement, le paragraphe 3 prévoit la prise en charge des activités de formation de l'aidant qui correspondent aux actuelles activités de « conseil ». Les activités d'assistance à l'entretien du ménage remplacent les actuelles « tâches domestiques ».



La prise en charge des prestations autres que les actes essentiels de la vie se fait par des prestations en nature au moyen d'une facturation par le prestataire d'aides et de soins à la Caisse nationale de santé des prestations fournies aux bénéficiaires d'assurance dépendance, tenant ainsi compte des besoins individuels de ces personnes.

Point 7° - article 354

Le principe du remplacement de prestations en nature par une prestation en espèces est maintenu à l'article 354. Suivant les grands principes de l'assurance dépendance, la prestation en espèces contribue à favoriser le maintien à domicile des personnes dépendantes dans de bonnes conditions, tout en étant subsidiaire aux prestations en nature.

En tenant compte de la répartition dans la fourniture des prestations entre le prestataire et l'aidant retenue sur la synthèse de prise en charge, l'un des dix forfaits de l'alinéa 1 est attribué à la personne dépendante. Contrairement aux forfaits pour les prestations en nature, les forfaits de la prestation en espèces sont exprimés en euros, car il s'agit de forfaits fixes qui ne doivent pas être multipliés par une valeur monétaire et qui n'évoluent pas en fonction de l'indice du coût de la vie. Le plafond du forfait 10 correspond au montant maximal de la prestation en espèces de 25 euros par heure alloué sous la législation en vigueur. L'article s'inscrit sur ce point dans la continuité des réflexions menées lors de la modification législative du 23 décembre 2005. La prestation en espèces est une prestation secondaire par rapport aux prestations en nature, et son montant est sans lien avec celles-ci. Il s'agit d'une indemnité compensatoire pour la personne dépendante qui organise les aides et soins à domicile par un aidant familial ou salarié, mais pas d'une rémunération. Par conséquent, la prestation en espèces continue à être allouée au bénéficiaire de l'assurance dépendance afin qu'il organise la fourniture d'aides et de soins par son aidant.

Le nouvel alinéa 2 reprend la formulation de l'actuel alinéa 4 de l'article 354 qui a trait au montant de la prestation en espèces pour les enfants âgés de moins de huit ans.

L'alinéa 3 vise une adaptation de renvoi.

Point 8° - article 355

Les mesures d'encadrement et de guidance en faveur des aidants sont supprimées à l'article 355 et remplacées par le nouveau dispositif visant d'une part, l'identification de l'aidant, l'appréciation de ses capacités et de ses disponibilités à fournir les aides et soins, ainsi que de ses besoins en mesures de formation et en mesures de répit, et, d'autre part, des réévaluations régulières de la personne dépendante et de l'aidant.

La prise en charge des cotisations pour l'assurance pension de l'aidant est maintenue à l'article 355, tout en étant précisée. En effet, au moment de l'introduction de l'assurance dépendance en 1999, l'aidant était le plus souvent une personne de l'entourage familial de la personne



dépendante à laquelle il convenait de fournir un droit à pension ou de majorer la pension de la personne assurant les aides et soins. Néanmoins, en l'absence de conditions assorties à la prise en charge des cotisations à l'assurance pension, il arrive aujourd'hui que les périodes d'assurance pour lesquelles les cotisations sont prises en charge se superposent à des périodes d'affiliation. Par conséquent, la prise en charge de la cotisation pour l'assurance pension est mise en relation avec le volume des aides et soins fournis par l'aidant. La prise en charge au prorata des heures effectivement prestées étant difficile à mettre en place administrativement pour des aidants qui ne sont pas salariés par la personne dépendante, le projet prévoit deux modalités de prise en charge en fonction du forfait pour prestations en espèces alloué à la personne dépendante.

Point 9° - article 356

La structure de l'article 356 relatif aux adaptations du logement, aux aides techniques et au matériel d'incontinence est modifiée pour plus de clarté. En outre, des précisions sont apportées pour tenir compte de l'évolution de la pratique dans ce domaine.

Le paragraphe 1^{er} vise la prise en charge en général des trois catégories de prestations précitées. Il est complété pour préciser que la formation relative aux aides techniques pour la personne dépendante est également prise en charge dans ce contexte. De plus, la terminologie de « *produits nécessaires aux aides et soins* » est remplacée par celle de « *matériel d'incontinence* », plus adéquate.

Le règlement grand-ducal prévu au paragraphe 1^{er} doit modifier l'actuel 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.

Le nouveau paragraphe 2 vise les adaptations du logement.

Le nouveau paragraphe 3 est relatif aux aides techniques.

Le contenu de l'actuel paragraphe 2, alinéa 5 étant soit déplacé à d'autres endroits de l'article pour clarifier la structure de cet article, soit supprimé car s'étant révélé inutile, cet alinéa est supprimé.

La prise en charge du matériel d'incontinence est visée au paragraphe 4. La possibilité d'une majoration par règlement grand-ducal n'ayant jamais été envisagée et n'étant pas à prévoir dans l'avenir, elle est supprimée.



Point 10° - article 357

L'intitulé précise qu'il s'agit de la prise en charge des prestations en milieu stationnaire.

La prise en charge des prestations dans les domaines des actes essentiels de la vie pour une personne dépendante résidant dans un établissement d'aides et de soins à séjour continu correspond aux forfaits fixés à l'alinéa 1 de l'article 357 selon les besoins retenus dans la synthèse de prise en charge. De même que les forfaits de l'article 353, ces prestations en nature couvrent intégralement les coûts des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie.

Les forfaits couvrant les prestations en milieu stationnaire diffèrent de ceux des prestations en nature à domicile, dans la mesure où il n'existe pas, en milieu stationnaire, de répartition dans la réalisation d'actes entre le prestataire et l'aidant. Un forfait 0 n'est donc pas prévu.

La prise en charge des activités d'appui à l'indépendance individuelles et en groupe est identique qu'en cas de maintien à domicile. Pour l'activité en groupe, le même but de continuité de l'activité spécialisée est visé et la prise en charge correspond ainsi à cinq heures par semaine.

L'activité d'accompagnement de la personne dépendante dans un établissement d'aides et de soins est prise en charge par un forfait de six heures par semaine. Cette activité regroupe notamment des activités telles que des gardes et vise à couvrir diverses tâches de nettoyage.

Par parallélisme à la prise en charge à domicile, la présente disposition prévoit que les conditions et modalités de la prise en charge du matériel d'incontinence sont définies par règlement grand-ducal, alors que la hauteur de la prise en charge devrait continuer à s'effectuer, comme pour les actuels produits nécessaires aux aides et soins en établissement, par une prise en compte au niveau de la négociation de la valeur monétaire applicable aux établissements d'aides et de soins.

Point 11° - article 358, alinéa 3

L'alinéa 3 est abrogé, car une facturation de prestations *ex-post* ne peut plus être envisagée dans le cadre d'une prise en charge forfaitaire.

Point 12° - article 359

L'article 359 reprend le contenu du 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.



La loi est complétée et précisée, car les seules fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance reconnues interviennent suite à une hospitalisation en milieu aigu de sept jours. Dans le système forfaitaire mis en place, le prestataire n'établit plus de factures pour la prise en charge d'actes essentiels de la vie, c'est pourquoi une majoration du forfait de quarante-cinq minutes par semaine est prévue pour couvrir les frais additionnels résultant d'un besoin d'assistance accru passager. Si ce besoin d'assistance n'est pas passager et se poursuit au-delà de huit semaines, une demande de réévaluation peut être présentée selon l'article 366.

Point 13° - article 361

La disposition de l'article 361 est abrogée. La possibilité de projets d'action expérimentale avait été introduite dans la loi du 19 juin 1998 relative à l'assurance dépendance par crainte des auteurs à l'époque que les règles générales puissent s'avérer trop rigides dans certains cas de dépendance psychique. L'idée était de permettre le développement de nouveaux modèles de prise en charge¹⁰. Néanmoins, avec le recul, la mise en place de tels projets s'est avérée très complexe, notamment à défaut de ressources suffisantes pour accompagner de tels projets scientifiques. De tels projets sont à mener par des institutions dont la mission et les compétences relèvent du domaine de la recherche, avec une prise en charge possible par le budget de l'Etat¹¹.

Point 14° - article 362

L'alinéa 1 est complété pour préciser que la fiche de renseignements relatifs à l'aidant est à joindre à la demande d'assurance dépendance de même que le rapport du médecin traitant.

Les alinéas 2 et 3 actuels sont supprimés, car créant une incertitude juridique.

A l'alinéa 3 nouveau, il est précisé que les prestations délivrées par un prestataire d'aides et de soins entre le moment de la demande et la date de la décision de la Caisse nationale de santé sont prises en charge à hauteur des prestations requises sur la synthèse de prise en charge. Si le prestataire a fourni plus d'actes que ceux correspondant aux besoins de la personne dépendante selon la synthèse, les actes supplémentaires ne sont pas couverts par l'assurance dépendance.

Le nouvel alinéa 4 envisage l'hypothèse du décès de la personne protégée entre la date de la demande et la date de la décision de la Caisse nationale de santé. La prise en charge des prestations fournies par le prestataire professionnel correspond au requis de la synthèse de

¹⁰ Projet de loi n 4216.

¹¹ Voir par exemple le « *Plan d'action national maladies démentielles* ».



prise en charge. En l'absence de synthèse, c'est-à-dire dans l'hypothèse où le décès intervient avant l'évaluation des besoins et la détermination des prestations requises, la prise en charge correspond à un forfait de sept cent quatre-vingt minutes par semaine (alinéa 5).

Point 15° - article 364

La référence au plan de prise en charge est remplacée par la synthèse de prise en charge.

Point 16° - article 366

L'article 366 est reformulé et complété pour mettre en place un modèle de réévaluation régulière des besoins des personnes dépendantes et, le cas échéant, de leurs aidants, afin d'assurer une prise en charge de qualité correspondant aux besoins des personnes dépendantes. L'intitulé est modifié pour insister sur l'importance de la « *réévaluation* » régulière des besoins qui n'aboutit pas systématiquement à une « *révision* » des prestations requises.

Le paragraphe 1^{er} énumère les situations dans lesquelles l'initiative de la réévaluation des besoins de la personne dépendante et, le cas échéant, de son aidant, appartient à l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance. Une réévaluation est possible tous les deux ans lorsqu'un prestataire assure les actes essentiels de la vie intégralement.

Lorsque la synthèse de prise en charge prévoit que tout ou partie des prestations requises sont fournies par un aidant, la réévaluation des besoins peut avoir lieu tous les ans.

Le point 3) de l'alinéa 1 du paragraphe 1^{er} vise le cas d'une personne dépendante pour laquelle une synthèse de prise en charge est en vigueur au moment où elle quitte son domicile pour être prise en charge dans un établissement d'aides et de soins de façon permanente. Cette personne est réévaluée dans les six mois, afin de prendre en compte son nouvel environnement et la manière dont elle s'adapte au nouveau cadre de vie, ainsi que l'offre de soins du nouveau prestataire.

Au point 4) de l'alinéa 1 du paragraphe 1^{er}, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance peut prendre l'initiative de réévaluer tous les besoins d'une personne dépendante en dehors des délais, si le bénéficiaire fait une demande pour des aides techniques ou des adaptations du logement. De telles demandes peuvent, en effet, résulter d'une modification de l'état de dépendance et, par conséquent, de ses besoins en aides et soins.

Le point 5) de l'alinéa 1 du paragraphe 1^{er} laisse la possibilité à l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance de prendre à tout moment l'initiative



d'une réévaluation des besoins en cas de changement fondamental des circonstances constaté par ladite autorité.

Une réévaluation est en outre possible en dehors des délais à la demande de la personne dépendante, de son entourage, de l'aidant reconnu par l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, d'un prestataire ou de la Caisse nationale de santé en cas de changement fondamental des circonstances constaté par le rapport médical du médecin traitant. En l'absence d'un tel rapport, la demande de réévaluation ne sera recevable qu'après un délai d'un an après notification de la décision.

Selon le paragraphe 2, la réévaluation se fait sur base des mêmes instruments que l'évaluation, à savoir le l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le relevé-type, le référentiel des aides et soins, et, le cas échéant, la fiche de renseignements relatifs à l'aidant et le rapport médical du médecin traitant.

Compte tenu de la connaissance que le prestataire d'aides et de soins dispose du dossier de la personne dépendante qu'il prend en charge, l'article prévoit la possibilité d'une réévaluation des besoins de la personne dépendante par le prestataire au moyen de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance. L'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance valide alors les données recueillies par le prestataire et établit la synthèse de prise en charge qu'elle transmet à la Caisse nationale de santé en vue de la prise d'une décision.

La nouvelle synthèse de prise en charge est établie compte tenu des conclusions de la réévaluation et de la détermination des prestations requises.

Le paragraphe 3 reprend la disposition de l'actuel alinéa 3 et le paragraphe 4, celle de l'actuel alinéa 4.

Point 17° - article 367, alinéa 4

Une erreur de grammaire est corrigée à l'alinéa 4.

Point 18° - article 372

La référence à la loi citée est complétée.

Point 19° - article 375, alinéa 2, point 2)

La présente modification vise à redresser une erreur matérielle. En effet, l'article 375, alinéa 2, point 2) du Code de la sécurité sociale relatif à la contribution spéciale à l'assurance dépendance sur la taxe « *électricité* » aurait dû être adapté lors de la modification du taux de



ladite taxe par l'article 10 de la loi du 23 décembre 2005 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2006.

Point 20° - article 381, alinéa 6

La disposition du nouvel alinéa 6 est transférée de l'actuel article 384, sans modification, en vue du nouvel agencement des missions de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance.

Point 21° - article 382, alinéa 7

La disposition du nouvel alinéa 7 est transférée de l'actuel article 383, en vue de la nouvelle structuration des missions de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance.

Point 22° - article 383

L'article 383 est précédé d'un nouvel intitulé « *Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance* ».

L'un des objectifs de la présente modification législative est d'affirmer le rôle central de la nouvelle administration dans l'évaluation des besoins individuels et dans la détermination des prestations requises, dans la rédaction d'une synthèse de prise en charge tenant compte des besoins réels de la personne dépendante et des capacités et disponibilités de l'aidant éventuel, ainsi que dans le suivi de la prise en charge par une réévaluation régulière des besoins et par des contrôles de qualité périodiques.

Dès lors, compte tenu de l'importance des missions conférées à cette institution, il est souhaitable d'en faire une administration autonome qui ne soit pas rattachée à l'Inspection générale de la sécurité sociale. A l'instar du Contrôle médical de la sécurité sociale, la nouvelle administration, dénommée « *Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance* », est placée sous l'autorité du Ministre de la sécurité sociale.

Par parallélisme au nouvel article 418 relatif aux missions du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'article 383 définit de façon générale les missions de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance.

Point 23° - article 384

Le nouvel article 384 reprend, après reformulation, les missions de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance figurant actuellement à l'article 385 sous les points 1), 3), 4) et 5).



Point 24° - article 384bis

L'article 384bis détaille les missions de contrôle de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance et les effets dont ces contrôles sont assortis.

Deux catégories de contrôles sont énumérées au paragraphe 1^{er}, alinéa 1. Premièrement, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance est appelée à contrôler le degré d'exécution des prestations effectivement fournies par les prestataires d'aides et de soins par rapport aux prestations requises arrêtées dans la synthèse de prises en charge. Cette mission figure aujourd'hui au point 8) de l'alinéa 1 de l'actuel article 385.

Deuxièmement, il incombe à l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance de contrôler la qualité des prestations fournies par les prestataires d'aides et de soins en se basant sur des indicateurs fixés par règlement grand-ducal. Cette mission développe et précise l'actuelle mission prévue à l'article 385, alinéa 1, point 7).

Pour ses contrôles, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance examine la documentation de la prise en charge qui lui est fournie par les prestataires et peut décider de se rendre auprès de la personne dépendante.

Au paragraphe 1^{er}, alinéa 2, il est prévu que les contrôles sont suivis de la rédaction d'un rapport biennal transmis à la Caisse nationale de santé, aux ministres ayant la Sécurité sociale et la Santé dans leurs attributions, ainsi qu'aux ministres compétents en matière d'agrément en vertu de la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique, en particulier le ministre ayant la Famille dans ses attributions.

En effet, le ou la ministre ayant la Famille dans ses attributions est compétent(e) pour surveiller et contrôler la conformité à la législation précitée des différentes activités des gestionnaires de structures pour personnes âgées ou pour personnes en situation de handicap. Par conséquent, les manquements constatés par l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance devraient donner lieu à une instruction dans le cadre de cette législation pouvant aboutir jusqu'au retrait d'un agrément.

Le paragraphe 2 reprend les dispositions de l'article 385, alinéa 3 actuel.

Point 25° - article 384ter

Le nouvel article 384ter concerne la mission d'information et de conseil de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance. Il reprend les dispositions figurant actuellement aux points 6), 9) et 10) de l'article 385, alinéa 1.



Toutefois, la référence à l'information et au conseil en matière de prévention de la dépendance est supprimée. En effet, le sujet de la prévention de la dépendance dépasse largement le contexte de l'assurance dépendance et les missions de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance. Il s'agit d'un thème transversal de santé publique à aborder dans le cadre des programmes de médecine préventive, réalisés à l'occasion d'une collaboration interministérielle.

Point 26° - article 385

Le nouvel article 385 reprend les dispositions de l'actuel article 385, alinéa 2, selon lequel les avis de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance s'imposent à la Caisse nationale de santé.

Les missions de l'actuelle Cellule d'évaluation et d'orientation sont détaillées et reformulées aux nouveaux articles 384, 384bis et 384ter en tant que missions de la nouvelle Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance.

La mission décrite à l'actuel paragraphe 1^{er}, alinéa 1, point 2) est supprimée. La Cellule d'évaluation et d'orientation n'est pas outillée pour proposer des mesures de rééducation et de réadaptation, l'assurance dépendance n'intervenant pas en phase curative.

L'actuel paragraphe 1^{er}, alinéa 1, point 11) est également supprimé, car le rapport y visé fait partie intégrante du « *Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg* » préparé par l'Inspection de la sécurité sociale dans le cadre de sa mission prévue à l'article 423, point 4).

Point 27° - article 386

L'alinéa 1 est supprimé. Son contenu est repris au nouvel article 383. Au nouvel alinéa 1, il est précisé que, dans le cadre de ses missions, l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance peut demander à consulter le dossier de soins partagé visé à l'article 60bis. Ce dossier, comme la documentation relative à la prise en charge, devrait être accessible par voie électronique.

La disposition de l'actuel alinéa 5 est supprimée, car le règlement grand-ducal qui y est visé n'a jamais été pris et n'est pas nécessaire au travail de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance.

Compte tenu de la réécriture des articles relatifs aux missions de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, à l'alinéa 5 nouveau, il n'est plus fait référence à l'article 385.



Point 28° - article 387

Dans la suite des réflexions amorcées au moment de la modification législative du 23 décembre 2005, il est proposé de confier à un seul organe les missions, d'une part, des actuelles Commission consultative et Commission de qualité des prestations figurant dans le Code de la sécurité sociale et, d'autre part, de la Commission des normes créée par la convention-cadre liant la Caisse nationale de santé à la Fédération COPAS pour les raisons décrites dans l'exposé des motifs.

La nouvelle commission reprend les missions des trois commissions existantes. Elle est ainsi appelée à rendre un avis sur les propositions à venir de modification du règlement grand-ducal portant le relevé-type pour lequel un important travail scientifique de regroupement d'actes et de définition de ces actes dans le référentiel des aides et soins est réalisé afin de conformer les textes à la réalité des besoins des personnes dépendantes dans le cadre de la présente réforme. Ledit référentiel faisant dorénavant l'objet d'un règlement grand-ducal, l'avis de la Commission consultative est également prévu.

La commission est encore appelée à émettre un avis sur les normes et indicateurs de qualité, ainsi que le contenu et les modalités de la documentation de la prise en charge à fixer dans le règlement grand-ducal visé à l'article 387bis.

En outre, la nouvelle Commission consultative est appelée à proposer la liste des aides techniques à charge de l'assurance dépendance et à émettre un avis obligatoire sur le règlement grand-ducal déterminant les critères et la procédure de négociation des valeurs monétaires. Elle peut se saisir elle-même de toute affaire en lien avec ses missions.

Finalement, le rapport d'analyse prévisionnel biennal de l'Inspection générale de la sécurité sociale est à soumettre à l'avis de la nouvelle commission.

La composition de l'actuelle Commission consultative est maintenue.

Point 29° - article 387bis

L'intitulé « *Normes et indicateurs de qualité* » est inséré avant l'article 387bis.

Devant la difficulté de mettre en place des normes de qualité de manière consensuelle par tous les acteurs de l'assurance dépendance au sein d'une commission de qualité des prestations, il est préférable de fixer par règlement grand-ducal de telles normes de qualité, ainsi que les indicateurs nécessaires à la mesure de la qualité de la prise en charge par la personne dépendante. L'avis de la Commission consultative doit toutefois être obligatoirement demandé avant la prise dudit règlement grand-ducal.



La Commission de qualité des prestations est donc supprimée et ses attributions sont fusionnées avec celles de la Commission consultative.

Les normes de qualité à fixer par règlement grand-ducal concernent la dotation et la qualification du personnel. Elles fixent les qualifications minimales requises et les coefficients d'encadrement du groupe qui aujourd'hui sont prévus dans le relevé-type des prestations requises¹². Il s'agit, en effet, de deux facteurs de pondération des valeurs monétaires.

Par les normes de dotation et de qualification du personnel, l'assurance dépendance garantit des prestations de qualité. Le non-respect de ces normes par un prestataire est susceptible de conduire à 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. Les coefficients d'encadrement du groupe sont fixés dans le domaine des activités d'appui à l'indépendance en groupe et des gardes en groupe.

La documentation de la prise en charge à détailler dans le règlement grand-ducal reprend les modalités énumérées à l'actuelle annexe 8 de la convention-cadre entre la Caisse nationale de santé et la Fédération COPAS, tout en les révisant. Cette documentation doit permettre à l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance de constater le bon encadrement de la personne dépendante en plus de la qualité des aides et soins qui lui sont prodigués.

Les indicateurs de qualité dont il est question à l'alinéa 2 ont pour objet de permettre à l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance de contrôler la qualité des prestations fournies et de la prise en charge de la personne dépendante par le prestataire en mesurant une ou plusieurs dimensions de la qualité des aides et soins. Les indicateurs doivent être fiables et validés, facilement compréhensibles et lisibles par un plus grand nombre.

Ainsi, les indicateurs de qualité à proposer dans le règlement grand-ducal mesurent le processus de prise en charge et les résultats de cette prise en charge en termes de bénéfices ou de risques pour la personne concernée. Ils peuvent en outre mesurer les ressources et les supports nécessaires à la mise en œuvre des processus de prise en charge.

Point 30° - article 388bis

Un intitulé précède l'article 388bis relatif aux conventions-cadre.

¹² Règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.



A l'alinéa 2, la référence à l'article 62, alinéa 2 est supprimée. Un renvoi à l'application des règles de l'article 62 est envisagé à l'alinéa 6 nouveau.

Quelques adaptations sont proposées dans la liste des dispositions obligatoires des conventions-cadre à l'alinéa 3. Ainsi, au point 1), le plan de prise en charge est remplacé par la synthèse de prise en charge. Les points 2) et 4) sont reformulés en conformité avec les obligations de qualité introduites dans la loi.

La disposition de l'alinéa 5 précise que les négociations en vue du renouvellement des conventions-cadre suite à leur dénonciation débutent à une date publiée au Mémorial sur incitative de la Caisse nationale de santé, à l'instar de ce qui est prévu pour les conventions liant la Caisse nationale de santé aux prestataires dans le domaine de l'assurance maladie.

Point 31° - article 389, paragraphe 2, alinéa 2

L'intitulé « *Prestataires du maintien à domicile* » est ajouté devant l'article 389.

L'alinéa 2 du paragraphe 2 est supprimé, car faisant double emploi avec l'article 392. Cet article prévoit de manière générale la possibilité d'un règlement grand-ducal précisant quel type d'agrément est requis par quel type de prestataire de l'assurance dépendance. Un tel règlement grand-ducal est à prendre.

Point 32° - article 390, intitulé

L'intitulé « *Prestataires en milieu stationnaire* » est ajouté devant l'article 390, complétant la structure du livre V.

Point 33° - article 391, alinéa 3

L'alinéa 3 est supprimé, car faisant double emploi avec l'article 392.

Point 34° - article 392, intitulé

L'intitulé « *Agrément* » est ajouté devant l'article 392.

Le règlement grand-ducal prévu à cet article est à prendre en vue de préciser le type d'agréments au titre des règlements grand-ducaux d'application de la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique dont doivent se pourvoir les gestionnaires afin de devenir prestataires de l'assurance dépendance.



Point 35° - article 393

L'intitulé « *Commission de surveillance* » est ajouté devant l'article 393.

Au paragraphe 1^{er}, il est préférable de parler d'un litige portant sur « *le montant* » des prestations fournies à charge de l'assurance dépendance plutôt que sur « *la facturation* » dans un système de prise en charge forfaitaire des actes essentiels de la vie.

Les modifications suivantes à cet article consistent à adapter la terminologie et les renvois dans le cadre du présent projet.

Point 36° - article 393bis, paragraphe 1^{er}, alinéa 1

Cette modification consiste à adapter la terminologie.

Point 37° - article 393ter, paragraphe 1^{er}, alinéa 1

Cette modification consiste à adapter la terminologie.

Point 38° - article 394, intitulé

L'intitulé « *Fournisseurs spécialisés d'aides techniques* » est ajouté devant l'article 394 en complément de la structuration du livre V.

Point 39° - article 395

L'intitulé « *Valeurs monétaires* » est ajouté devant l'article 395.

L'alinéa 1 du paragraphe 1^{er} est reformulé, mais son contenu reste essentiellement inchangé. Quatre valeurs monétaires sont négociées par la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des prestataires, à savoir la Fédération COPAS. Les définitions actuelles des prestataires sont maintenues et à préciser par le règlement grand-ducal prévu à l'article 392 de correspondance entre les différents types d'agrèments au titre de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique et les prestataires de l'assurance dépendance.

Selon le nouveau paragraphe 2, les valeurs monétaires ne sont plus à négocier annuellement, mais tous les deux ans, par parallélisme aux négociations des lettre-clés dans le cadre de l'assurance maladie.

Une procédure et des critères de négociation sont à inscrire dans un règlement grand-ducal, pris sur avis de la Commission consultative. Ces critères concernent les éléments de négociation des valeurs monétaires, comme par exemple, les frais de personnel du personnel soignant



effectuant les aides et soins au lit du patient, les frais du personnel d'encadrement ou les frais administratifs. Ils visent en outre la prise en compte de facteurs d'adaptation objectivables, tels que l'effet d'un changement de la valeur du point indiciaire prévu par les conventions collectives de travail.

Le paragraphe 3 prévoit que les valeurs monétaires continuent à être pondérées en fonction des qualifications requises pour fournir les prestations et, le cas échéant, des coefficients d'encadrement du groupe. Les données actuellement fixées dans le relevé-type seront dorénavant inscrites dans le règlement grand-ducal relatif à la qualité prévu à l'article 387bis.

Le paragraphe 4 porte une énumération des documents devant être remis à la Caisse nationale de santé par les prestataires en vue des négociations et pour permettre à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance de vérifier régulièrement le respect des normes de qualité de dotation du personnel et les coefficients d'encadrement du groupe fixées à l'article 387bis en vue d'un recours éventuel à la commission de surveillance sur base de l'article 393.

Point 40° - article 395bis

L'intitulé « *Facteur d'ajustement* » est ajouté devant l'article 395bis.

Le présent article introduit le principe d'examiner tous les deux ans l'évolution des forfaits de prise en charge et de prévoir leur révision éventuelle. Ainsi, l'Inspection générale de la sécurité sociale établit tous les deux ans un rapport d'analyse prévisionnel, sur base duquel le Gouvernement décide de la nécessité de fixer l'ajustement respectif.

Un premier rapport devrait être établi en 2019, soit deux ans après l'entrée en vigueur du présent projet, permettant une première évaluation du nouveau mécanisme de prise en charge au moyen de forfaits.



Article 2

Cet article vise les modifications à apporter au livre Ier du Code de la sécurité sociale.

Point 1° - Article 60bis, alinéa 1

La nouvelle administration doit avoir accès au dossier de soins au même titre que le Contrôle médical de la sécurité sociale afin d'exercer les missions que lui confie le Code de la sécurité sociale. En effet, les informations contenues dans un tel dossier participent à l'appréciation des besoins en aides et soins de la personne dépendante par l'Autorité d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. Elles permettent notamment une meilleure compréhension des causes de dépendance, des motivations à l'origine de l'introduction d'une demande de prise en charge ou encore une meilleure coordination avec le médecin traitant de la personne dépendante.

Point 2° - Article 63, alinéa 1

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 22 juillet 2003 modifiant le chapitre V « Relations avec les prestataires de soins » du livre Ier du Code des assurances sociales, l'article 67, alinéa 1^{er} prévoit que la revalorisation des lettres-clés est négociée tous les deux ans. Le présent article rectifie un oubli et met l'article 63 en concordance avec l'article 67 visant une adaptation biennale de la valeur des lettres-clés.



Article 3

Cet article vise la modification à apporter au livre VI du Code de la sécurité sociale.

Point 1° -article 412, alinéa 3

La présente modification a pour objet d'ajouter la nouvelle administration à la liste des organes pouvant demander tous renseignements indispensables à l'exécution des missions que leur confie la loi.

Point 2° - article 413

Compte tenu de la création d'une nouvelle administration, il y a lieu d'ajouter l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance à l'énumération de l'alinéa 1, point 1).



Article 4

Cet article regroupe les modifications à apporter à la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et juridictions de la sécurité sociale.

Point 1° - article 1^{er}

a) Paragraphe 2

La Cellule d'évaluation et d'orientation, qui change de dénomination pour devenir l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, est détachée de l'Inspection générale de la sécurité sociale et devient ainsi une administration indépendante (*cf. modification à l'article 1^{er}, point 28° concernant l'article 386 du Code de la sécurité sociale*). Par conséquent, il y a lieu d'abroger le paragraphe 2 de l'article 1, paragraphe qui avait été ajouté par une loi du 8 juin 1999 afin de compléter le cadre du personnel de l'Inspection générale de la sécurité sociale par un cadre scientifique comprenant les carrières supérieures, moyennes et inférieures des fonctionnaires chargés des missions incombant à la Cellule d'évaluation et d'orientation, service rattaché à l'Inspection générale de la sécurité sociale par la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance. Le cadre du personnel de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance figurera désormais dans un chapitre à part de la loi déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et juridictions de la sécurité sociale (*cf. commentaire de l'article 4, point 3° ci-dessous*).

b) Paragraphe 2 nouveau

Il y a lieu d'abroger les alinéas 2 à 6 du paragraphe 2 nouveau (ancien paragraphe 3, *cf. renumérotation opérée en vertu du point 1° ci-avant*) de l'article 1 qui ont trait aux conditions de nomination et de promotion aux fonctions du cadre scientifique de l'Inspection générale de la sécurité sociale, abrogé. Il convient de préciser que le contenu des alinéas 2 à 6 n'est pas transféré tel quel dans le nouveau chapitre de la loi cadre ayant trait à l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, un remaniement du texte actuel étant proposé pour tenir compte des modifications introduites par la réforme dans la fonction publique entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2015.

c) Paragraphe 3 nouveau

Il y a lieu d'abroger les alinéas 2 à 6 du paragraphe 2 nouveau (ancien paragraphe 3, *cf. renumérotation opérée en vertu du point 1° ci-avant*) de l'article 1 qui ont trait aux conditions de nomination et de promotion aux fonctions du cadre scientifique de l'Inspection générale de la sécurité sociale, abrogé. Il convient de préciser que le contenu des alinéas 2 à 6 n'est pas transféré tel quel dans le nouveau chapitre de la loi cadre ayant trait à l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, un remaniement du texte actuel étant



proposé pour tenir compte des modifications introduites par la réforme dans la fonction publique entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2015.

Point 2° - article 3

Les alinéas 2 à 4 de l'article 3, ayant trait à la Cellule d'évaluation et d'orientation, sont à supprimer au niveau de l'Inspection générale de la sécurité sociale. La disposition figurant à l'alinéa 2 n'a pas été reprise au niveau du nouveau chapitre V ayant trait à l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, alors qu'une disposition similaire figurait à l'ancien article 6, alinéa 1 de la loi cadre au chapitre II concernant le Contrôle médical de la sécurité sociale et a été abrogée par la loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale. En effet, selon les travaux parlementaires (page 26 du rapport de la Commissions du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, doc. parl. n° 6656-7), ce texte était incompatible avec les obligations d'indépendance et de neutralité à charge des médecins du Contrôle médical et « *en autorisant les médecins-conseils à faire des expertises médicales en nom personnel et en dehors de leur activité de médecin-conseil, [ce texte] est source de conflits d'intérêts. L'article 6, alinéa 1 peut être complètement abrogé dans la mesure où l'interdiction pour les médecins-conseils d'exercer une activité médicale accessoire résulte également des dispositions de l'article 14 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat.* » Par analogie, il y a lieu d'abroger l'alinéa 2 de l'article 3 qui autorise actuellement les médecins de la Cellule d'évaluation et d'orientation à faire des expertises médicales en nom personnel.

Les dispositions figurant aux alinéas 3 et 4 sont reprises aux alinéas 2 et 3 du nouvel article 14 figurant au nouveau chapitre V intitulé « Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance » (cf. article 4, point 3° *ci-dessous*).

Point 3° - articles 13 et 14 nouveaux

Nouvel article 13

Le détachement de la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'Inspection générale de la sécurité sociale, avec comme corollaire la création d'une nouvelle administration placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et dénommée « Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance », nécessite la création d'un nouveau cadre qui comprend un médecin-directeur, un médecin-directeur adjoint, des médecins, des médecins dirigeants et des fonctionnaires des différentes catégories de traitement telles que prévues par la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat. Par rapport à l'article 1er, paragraphe 2 abrogé ci-dessus sous le point 1°, la direction change dans la mesure où la fonction de médecin-directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale-Cellule d'évaluation et d'orientation, classée actuellement au grade 17, est remplacée par la nouvelle fonction de médecin-directeur de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de



l'assurance dépendance, classée au grade 18 et complétée par la fonction de médecin-directeur adjoint de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance, classée au grade 17 (cf. modifications de la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat à l'article 5), ceci par analogie à la direction du Contrôle médical de la sécurité sociale avec les fonctions de médecin-directeur classée au grade 18 et de médecin-directeur adjoint classée au grade 17.

Nouvel article 14

L'alinéa 1 prévoit, à l'instar de ce qui se trouve dans les cadres d'autres administrations, la possibilité de compléter le cadre de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance par des stagiaires, des employés de l'Etat et des salariés de l'Etat.

Les alinéas 2 et 3 reprennent les dispositions de l'article 3, alinéas 3 et 4 où elles sont abrogées (cf. sub 4° ci-dessous).



Article 5

Cet article regroupe les modifications à apporter à la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat.

Point 1° - article 12, paragraphe 1^{er}, alinéa 7

Il est renvoyé au commentaire de *l'article 4*, point 3°, sub « Commentaire du nouvel article 13 ».

Point 2° - annexe A intitulé « Classification des fonctions »

Il est renvoyé au commentaire de *l'article 4*, point 3°, sub « Commentaire du nouvel l'article 13 ».



Disposition additionnelle

Article 6

Cette disposition a pour objet d'introduire dans tous les textes légaux le changement de dénomination de « la Cellule d'évaluation et d'orientation » en « Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance ».

Dispositions transitoires

Article 7

Le dispositif mis en place de réévaluation régulière des besoins de la personne dépendante a vocation à s'appliquer aux plans de prise en vigueur au moment de l'entrée en vigueur de la loi de réforme. Les délais pour la réévaluation des besoins sont fixés à partir de la notification de la décision définitive de la Caisse nationale de santé, qui se situe avant le 1^{er} janvier 2017 pour toutes les personnes dépendantes bénéficiant de l'assurance dépendance avant cette date.

Article 8

La commission consultative prévue à l'article 387 a pour mission de rendre des avis sur un certain nombre de règlements grand-ducaux d'exécution de la présente loi. Dans la mesure où la composition de la commission consultative reste identique et afin de ne pas ralentir la prise de ces règlements, la présente disposition permet à la commission telle que composée au 31 décembre 2016 de rendre des avis sur lesdits règlements grand-ducaux.

Article 9

Pendant la période transitoire définie, en attente de la mise en place de la nouvelle procédure de détermination des prestations requises, la détermination des prestations se fait suivant l'ancienne procédure d'évaluation et de détermination.

Article 10

Cette disposition règle le transfert du personnel affecté à la Cellule d'évaluation et d'orientation rattachée à l'Inspection générale de la sécurité sociale au 31 décembre 2016 vers la nouvelle administration Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance créée le 1^{er} janvier 2017 ainsi que le transfert de la direction actuelle de la Cellule d'évaluation et d'orientation vers les deux nouveaux postes de direction.

Article 11

Cet article prévoit un titre abrégé de la loi.



Mise en vigueur

Article 12

L'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} janvier 2017. Néanmoins, une période transitoire est envisagée jusqu'au 30 juin 2017, afin de permettre la mise en place technique de la nouvelle procédure d'évaluation des besoins et de détermination des prestations requises.



Fiche financière

Le projet de loi a pour objet une réforme structurelle de l'assurance dépendance telle que prévue par le programme gouvernemental de 2013. Le défi de la réforme consiste à assurer la pérennisation à long terme de l'assurance dépendance en consolidant les acquis du système actuel compte tenu de la démographie et de l'évolution de l'état de dépendance suite au vieillissement de la population.

La réforme place la personne dépendante et ses besoins au centre du dispositif. Elle vise une prise en charge de qualité des bénéficiaires par du personnel qualifié. Le modèle actuel est révisé en vue d'un recentrage autour des actes essentiels de la vie. Un des principes directeurs de la loi sur l'assurance dépendance est la priorité du maintien à domicile par rapport à l'hébergement en institution et ce même objectif a guidé les options retenues dans le cadre de cette réforme. Les propositions visent plus de flexibilité dans la prise en charge des personnes dépendantes, la qualité des prestations fournies ainsi qu'une simplification administrative.

En ce qui concerne les prestations à domicile, les dépenses pour les actes essentiels de la vie, les gardes en groupes et individuelles augmentent de l'ordre de 25 millions euros. L'impact financier sur les prestations en espèces (forfait aidant) et les activités d'appui à l'indépendance est négligeable.

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. En plus, l'application des mesures au niveau des activités d'appui à l'indépendance engendre une économie annuelle d'environ 30 millions euros. De l'autre côté, le recadrage des actes essentiels de la vie aboutit à une augmentation légère des dépenses. 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.

La réforme n'impacte pas le mode de financement de l'assurance dépendance. Le taux de cotisation de 1,4% et la participation financière de l'Etat à hauteur de 40% des dépenses sont maintenus. Dans le cadre de la projection des dépenses et recettes, l'évolution du nombre de bénéficiaires (2015-2019) retenue se réfère au budget 2016 de l'assurance dépendance établie par la CNS en novembre 2015. L'impact de l'économie liée à la mesure spécifique relatif à l'attribution efficiente des critères d'octroi dans le cadre du budget nouvelle génération (BNG) est revu à la hausse par l'IGSS sur base de nouvelles données disponibles par rapport aux estimations du budget de la CNS.

L'impact de la mesure BNG et de la réforme sur le budget de l'Etat, estimée par l'IGSS, ressort du tableau suivant :



<i>en millions euros</i>	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	-16,6	-23,4

Ainsi, sur la période 2015-2018 les économies en faveur du budget de l'Etat sont estimées à quelques 22 millions euros. Les dépenses projetées selon le scénario *après réforme* sont supérieures à celles du scénario *avant réforme (BNG)*, mais restent inférieures à celles du scénario *avant réforme et avant BNG*. Les économies par rapport au scénario *avant réforme (hors BNG)* restent cependant largement supérieures à ce qui était prévu dans le paquet d'avenir.

L'actualisation des chiffres (à législation constante) par la CNS en avril 2016 dans le cadre des travaux en cours pour l'établissement du budget de l'Etat fait ressortir des économies supplémentaires par rapport aux prévisions du budget interne de l'assurance dépendance de novembre 2016, et également par rapport aux projections de l'IGSS suite à une réévaluation des coûts moyens par personne dépendante due à la mesure BNG et à une progression moins rapide du nombre de bénéficiaires.

Pour rappel, le paquet d'avenir présenté par le Premier ministre à la Chambre des députés le 14 octobre 2014 comporte une série de mesures dont l'objectif est l'atteinte d'un équilibre budgétaire en 2018. Plus spécifiquement la mesure n°256, intitulée «Mesures dans le domaine de l'assurance dépendance», s'inscrit dans cet esprit. L'impact budgétaire de cette mesure a été évalué de la manière suivante :

<i>en millions euro</i>	2015	2016	2017	2018
Mesure 256 :	16,9	22,0	31,7	39,2
gel de la valeur monétaire	14,9	14,9	19,7	25,2
- dont participation Etat (40%)	6,0	6,0	7,9	10,1
application efficiente des critères d'octroi des prestations	2,0	7,1	12,0	14,0
- dont participation Etat (40%)	0,8	2,8	4,8	5,6

Selon le paquet d'avenir sur la période 2015-2018, les gains supplémentaires en faveur du budget de l'Etat suite à une application efficiente des critères d'octroi des prestations étaient estimés seulement à quelque 14 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 euros.

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.

Par ailleurs le budget de l'assurance dépendance établi par la CNS en novembre 2015 prévoit déjà actuellement des provisions de l'ordre de 30 millions euros en prévision de mesures de compensation comme dépenses de prestations. Afin d'éviter une double mise en compte de cette dépense dans le budget de l'Etat, une fois en tant que disposition transitoire et une deuxième fois en tant que participation financière de l'Etat à l'assurance dépendance de 40% des dépenses, cette provision est redéfinie en subvention à allouer directement aux prestataires dans le cadre du budget de l'assurance dépendance.

Par conséquent le crédit figurant dans la loi budgétaire pour l'exercice 2016 ainsi que les chiffres retenus dans le budget pluriannuel devront être revus vers le bas de 40% des provisions y inscrites, ce qui représente quelque 12 millions euros.

Finalement le projet de loi prévoit une augmentation des effectifs de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance de 15 ETP (2 agents du groupe de traitement A1, sous-groupe à attributions particulières, 3 agents du groupe de traitement A1, sous-groupe éducatif et psycho-social, 5 agents du groupe de traitement A2, sous-groupe éducatif et psycho-social, 3 agents du groupe de traitement B1, sous-groupe éducatif et psycho-social, 1 agent du groupe de traitement B1, sous-groupe administratif, 1 agent du groupe de traitement C1, sous-groupe administratif). Le surcoût est estimé à un million euros par an, une fois l'ensemble des agents embauchés. Ainsi, une charge supplémentaire de l'ordre d'un million euros est à prévoir dans le budget de l'Etat.



FICHE D'ÉVALUATION D'IMPACT MESURES LÉGISLATIVES, RÉGLEMENTAIRES ET AUTRES

Coordonnées du projet

Intitulé du projet :	Projet de loi portant réforme de l'assurance dépendance
Ministère initiateur :	Ministère de la Sécurité sociale
Auteur(s) :	MSS ensemble avec le service juridique de l'IGSS Contact: M. Laurent Falchero, Mme Amélie Becker
Téléphone :	247-86314/247-86309
Courriel :	laurent.falchero@mss.etat.lu/amelie.becker@igss.etat.lu
Objectif(s) du projet :	Modification de la loi modifiée du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance
Autre(s) Ministère(s) / Organisme(s) / Commune(s) impliqué(e)s	départements de la Famille et de la Santé, IGSS, CNS, CEO, CCSS
Date :	



Mieux légiférer

1 Partie(s) prenante(s) (organismes divers, citoyens,...) consultée(s) : Oui Non

Si oui, laquelle / lesquelles : départements de la Famille et de la Santé, IGSS, CNS, CEO, CCSS
différentes organisations représentant les ayants-droit dont la Patiente
Vertriedung
différentes organisations représentant les prestataires dont la COPAS

Remarques / Observations :

2 Destinataires du projet :

- Entreprises / Professions libérales : Oui Non
- Citoyens : Oui Non
- Administrations : Oui Non

3 Le principe « Think small first » est-il respecté ? Oui Non N.a. ¹
(c.-à-d. des exemptions ou dérogations sont-elles prévues suivant la taille de l'entreprise et/ou son secteur d'activité ?)

Remarques / Observations :

¹ N.a. : non applicable.

4 Le projet est-il lisible et compréhensible pour le destinataire ? Oui Non

Existe-t-il un texte coordonné ou un guide pratique, mis à jour et publié d'une façon régulière ? Oui Non

Remarques / Observations : Un texte coordonné va être élaboré

5 Le projet a-t-il saisi l'opportunité pour supprimer ou simplifier des régimes d'autorisation et de déclaration existants, ou pour améliorer la qualité des procédures ? Oui Non

Remarques / Observations : Mais il prévoit une simplification administrative par l'introduction d'un système forfaitaire de prise en charge qui remplacera celui de la facturation à l'acte



6

Le projet contient-il une charge administrative² pour le(s) destinataire(s) ? (un coût imposé pour satisfaire à une obligation d'information émanant du projet ?)

Oui Non

Si oui, quel est le coût administratif³ approximatif total ?
(nombre de destinataires x
coût administratif par destinataire)

Mais les aides et soins fournis par les prestataires devront être documentés (ce qui est actuellement déjà le cas). Les modalités seront précisées par règlement grand-ducal.

² Il s'agit d'obligations et de formalités administratives imposées aux entreprises et aux citoyens, liées à l'exécution, l'application ou la mise en œuvre d'une loi, d'un règlement grand-ducal, d'une application administrative, d'un règlement ministériel, d'une circulaire, d'une directive, d'un règlement UE ou d'un accord international prévoyant un droit, une interdiction ou une obligation.

³ Coût auquel un destinataire est confronté lorsqu'il répond à une obligation d'information inscrite dans une loi ou un texte d'application de celle-ci (exemple : taxe, coût de salaire, perte de temps ou de congé, coût de déplacement physique, achat de matériel, etc.).

7

a) Le projet prend-il recours à un échange de données inter-administratif (national ou international) plutôt que de demander l'information au destinataire ?

Oui Non N.a.

Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?

b) Le projet en question contient-il des dispositions spécifiques concernant la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel⁴ ?

Oui Non N.a.

Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?

Mais l'accès au DSP (dossier de soins partagé) est prévu.

⁴ Loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel (www.cnpd.lu)

8

Le projet prévoit-il :

- une autorisation tacite en cas de non réponse de l'administration ? Oui Non N.a.
- des délais de réponse à respecter par l'administration ? Oui Non N.a.
- le principe que l'administration ne pourra demander des informations supplémentaires qu'une seule fois ? Oui Non N.a.

9

Y a-t-il une possibilité de regroupement de formalités et/ou de procédures (p.ex. prévues le cas échéant par un autre texte) ?

Oui Non N.a.

Si oui, laquelle :

10

En cas de transposition de directives communautaires, le principe « la directive, rien que la directive » est-il respecté ?

Oui Non N.a.



Sinon, pourquoi ?

11

Le projet contribue-t-il en général à une :

- a) simplification administrative, et/ou à une
b) amélioration de la qualité réglementaire ?

Oui Non

Oui Non

Remarques / Observations :

12

Des heures d'ouverture de guichet, favorables et adaptées aux besoins du/des destinataire(s), seront-elles introduites ?

Oui Non N.a.

13

Y a-t-il une nécessité d'adapter un système informatique auprès de l'Etat (e-Government ou application back-office)

Oui Non

Si oui, quel est le délai pour disposer du nouveau système ?

L'outil d'évaluation et de détermination des prestations actuellement utilisé est réadapté au niveau de la CEO (Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations) ensemble avec les services de la CNS et du CCSS

14

Y a-t-il un besoin en formation du personnel de l'administration concernée ?

Oui Non N.a.

Si oui, lequel ?

Pour certaines fonctionnalités peut-être

Remarques / Observations :



Egalité des chances

15

Le projet est-il :

- principalement centré sur l'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non
- positif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non

Si oui, expliquez
de quelle manière :

- neutre en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non

Si oui, expliquez pourquoi :

- négatif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? Oui Non

Si oui, expliquez
de quelle manière :

16

Y a-t-il un impact financier différent sur les femmes et les hommes ? Oui Non N.a.

Si oui, expliquez
de quelle manière :

Directive « services »

17

Le projet introduit-il une exigence relative à la liberté d'établissement soumise à évaluation⁵ ? Oui Non N.a.

Si oui, veuillez annexer le formulaire A, disponible au site Internet du
Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur :

www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html

⁵ Article 15 paragraphe 2 de la directive « services » (cf. Note explicative, p.10-11)

18

Le projet introduit-il une exigence relative à la libre prestation de services transfrontaliers⁶ ? Oui Non N.a.

Si oui, veuillez annexer le formulaire B, disponible au site Internet du
Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur :

www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html

⁶ Article 16, paragraphe 1, troisième alinéa et paragraphe 3, première phrase de la directive « services » (cf. Note explicative, p.10-11)