

IGSS

Luxembourg

Luxembourg

Rapport sur le système des soins de santé et des soins de longue durée

2002

11 septembre 2002

Introduction

Le présent rapport développe les réponses du Luxembourg au questionnaire élaboré par le Comité de la protection sociale et qui porte sur les soins de santé et les soins de longue durée pour les personnes âgées. Au Luxembourg ces soins sont assurés par deux branches de la sécurité sociale, à savoir l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance. Les deux branches sont gérées par le même établissement public, l'Union des caisses de maladie (UCM). Le Luxembourg ne connaît pas de régime particulier pour faire bénéficier les personnes âgées de soins de santé et de soins de longue durée. C'est la raison pour laquelle ce rapport ne fait pas de distinction entre la situation des personnes âgées et le reste de la population couverte par les deux régimes de la sécurité sociale concernés.

1. ACCÈS

1.1. SOINS DE SANTÉ¹

1.1.1. Mécanismes de garantie d'accès

La prise en charge des soins de santé repose sur un système d'assurance obligatoire dérivé du système d'assurance bismarckien. Il couvre toutes les personnes s'adonnant à une activité professionnelle salariée ou libérale ou profitant de revenus de remplacement (indemnités de maladie, de maternité, chômage, pensions d'invalidité, de vieillesse et de survie, revenu minimum garanti...). Par dérogation au principe d'assurance individuelle, la loi accorde des « droits dérivés » aux membres de famille des assurés (conjoint, enfants), pour autant qu'ils ne sont pas protégés en vertu de droits personnels. L'Etat prend en charge l'assurance des étudiants ou des enfants ne profitant pas de droits dérivés. La personne qui est âgée de 18 ans au moins, qui réside au Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré ou la protection en qualité de membre de famille, peut demander à continuer son affiliation. Les personnes résidentes exclues de l'assurance obligatoire peuvent s'affilier sur une base volontaire (« assurance facultative »).

Les personnes bénéficiant d'un régime d'assurance maladie en raison de leur activité au service d'un organisme international ou en vertu d'une pension d'un tel organisme, ne sont pas soumises au système d'assurance maladie-maternité national.

¹ Tous les soins fournis ou soutenus par l'État aux fins de la protection, de la conservation ou du rétablissement de la santé de la population.

L'obligation d'assurance est établie dès qu'il y a constatation d'une activité professionnelle régulière, même minime. Ce principe s'applique à tous sans distinction de statut professionnel ou de niveau de revenu. Toutefois une dispense de l'assurance obligatoire peut être accordée à des personnes qui ne travaillent que de manière occasionnelle et pour une durée inférieure à trois mois/an (étudiants etc...).

Le système se caractérise donc par un régime d'assurance national unique, obligatoire, lié avant tout à l'activité professionnelle ou aux revenus de substitution. Il couvre la quasi-totalité de la population résidente.

Le taux de cotisation est le même pour tous les assurés quel que soit leur statut ou leur situation familiale. Cependant l'assiette minimum des revenus soumis à cotisation est majorée de 30% pour les assurés pensionnés. Si ce minimum dépasse les revenus réels de l'assuré, la différence de cotisation est supportée par l'organisme de pension.

Les assurés de l'assurance maladie-maternité bénéficient des prestations de santé à partir du premier jour de l'affiliation, à l'exception des assurés ayant contractés une assurance facultative : ces derniers ne bénéficient des prestations de soins de santé qu'après un stage de trois mois. En cas de cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour le mois en cours et les trois mois subséquents, à condition toutefois que la personne concernée ait été affiliée pendant au moins six mois.

Le degré de couverture est identique pour chaque assuré. Le système d'assurance maladie-maternité couvre les frais des prestations suivantes: soins ambulatoires médicaux ou autres, analyses et examens de laboratoire, soins à l'hôpital, produits pharmaceutiques, rééducation et cures thermales, moyens curatifs et prothèses, transports sanitaires.

Le taux de remboursement moyen sur base des tarifs de l'assurance maladie-maternité est estimé pour 2002 à 93,5%. Les taux de remboursement peuvent varier fortement en fonction du degré de l'utilité ou de la nécessité présumée des prestations. Ainsi le remboursement des médicaments comporte des paliers de 0%, 40%, 80% et 100% pour atteindre une moyenne de remboursement effective de 73,6%. Les soins médicaux sont remboursés à raison de 97% en moyenne et certaines prestations s'inscrivant dans le cadre de programmes de médecine préventive ou encore les prestations de maternité sont remboursées à 100%. Si le taux de remboursement pour soins dentaires s'élève à 97% (en moyenne), il faut bien préciser que les tarifs de caisse ne couvrent pas nécessairement les frais réels, surtout en matière de prothèses dentaires.

D'une manière générale, le niveau de remboursement est assez élevé ce qui explique que le système d'assurances complémentaires en soins de santé est peu développé au Luxembourg. La seule mutuelle d'envergure qui existe intervient notamment pour couvrir les forfaits journaliers à charge du patient lors d'une hospitalisation et qui rembourse également certains dépassements de tarifs pour des prestations de confort (supplément pour chambre à un lit etc..). Elle prend en charge également, à un faible niveau,

certaines soins dentaires. En principe elle ne finance pas de prestations se situant en dehors des tarifs de l'assurance maladie-maternité.

L'assurance maladie-maternité est gérée par l'Union des caisses de maladie (UCM), institution qui est chargée en outre de la gestion de l'assurance dépendance (voir sous 1.2 : soins de longue durée). D'une manière générale tous les prestataires doivent appliquer le système de tarification des soins tel qu'il est fixé dans les lois et les règlements, ainsi que dans les conventions conclues entre l'UCM et les groupes représentatifs des prestataires. Dans certains cas les prestataires, notamment les médecins, ont le droit de dépasser les tarifs officiels.

En matière de remboursement, il n'y a aucun traitement préférentiel direct en faveur des personnes âgées. Il faut noter cependant qu'il existe des remboursements préférentiels pour certains types de médicaments utilisés dans le traitement de maladies longues et coûteuses.

En général les assurés payent directement aux prestataires le montant des soins de santé dont ils ont bénéficié et sont remboursés par l'UCM. Dans certains cas (par exemple les analyses de laboratoires, les frais pharmaceutiques, les frais d'hôpitaux à l'exception des actes médicaux) l'UCM applique le système du « tiers-payant » et rémunère directement le prestataire concerné. Les statuts des caisses de maladie prévoient pour les assurés se trouvant dans une situation financière difficile, des facilités de remboursement ou encore le préfinancement de certaines prestations onéreuses.

Le tableau suivant présente la répartition par âge et par genre des personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité du Luxembourg en 2001. On peut constater que l'assurance maladie-maternité du Luxembourg couvre environ 130 000 personnes vivant à l'extérieur du territoire luxembourgeois. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 11,4% du total de la population protégée et 14,4% de la population protégée résidente.

Tableau 1. - Personnes protégées en 2001
Répartition par groupes d'âge
(moyenne annuelle)

	personnes protégées			dont résidents		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
	En nombres absolus					
< 15	47 749	45 237	92 985	40 532	38 497	79 029
15-29	58 412	53 466	111 877	39 508	38 642	78 150
30-44	92 104	72 448	164 551	55 479	52 554	108 034
45-64	65 344	55 678	121 022	49 783	47 911	97 695
65-79	21 642	27 533	49 175	20 691	26 704	47 395
>= 80	4 151	9 898	14 049	4 058	9 677	13 735
Total	289 401	264 259	553 660	210 051	213 986	424 037
	En % du total					
< 15	16,5%	17,1%	16,8%	19,3%	18,0%	18,6%
15-29	20,2%	20,2%	20,2%	18,8%	18,1%	18,4%
30-44	31,8%	27,4%	29,7%	26,4%	24,6%	25,5%
45-64	22,6%	21,1%	21,9%	23,7%	22,4%	23,0%
65-79	7,5%	10,4%	8,9%	9,9%	12,5%	11,2%
>= 80	1,4%	3,7%	2,5%	1,9%	4,5%	3,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

1.1.2. Évaluation

Il n'existe pas de système structuré d'indicateurs de performance concernant la performance d'accès aux soins de santé.

Cependant, en ce qui concerne les soins aigus il n'y a guère de difficultés d'accès en raison de plusieurs facteurs convergents :

- Le libre choix du médecin et l'accès direct aux médecins spécialistes et aux policliniques hospitalières.
- L'exercice libéral de la médecine, couplé à un système de financement à l'acte.
- Un nombre suffisant de médecins se composant d'un tiers de généralistes et de deux tiers de spécialistes.
- Au vu des comparaisons internationales, plutôt une pléthore d'équipements et un nombre relativement élevé de lits hospitaliers aigus.

Ces affirmations sont corroborées par :

- le suivi des comparaisons des activités hospitalières à l'aide de la carte sanitaire* (voir sous w.w.w etat.lu/ MS),
- par des enquêtes de satisfaction auprès de la population (voir même site) et
- par un système d'instruction des plaintes présentées par des patients à différents niveaux du système de soins de santé.

Il n'y a pas de listes d'attente concernant l'accès aux soins aigus. On constate toutefois un manque de structures pour les soins post-aigus notamment en matière de rééducation gériatrique. Comme les patients peuvent accéder directement aux médecins spécialistes, il n'y a pas d'inégalité d'accès à des traitements nouveaux.

Les structures hospitalières ont été conçues en fonction des besoins démographiques du pays et tiennent compte de certaines spécificités géographiques. De ce fait on ne connaît pas d'inégalités régionales dues au déploiement des structures sanitaires.

Pour les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité (y compris évidemment les personnes âgées) il n'y a en principe pas d'inégalités d'accès liées au revenu étant donné que toutes les personnes bénéficient de la même couverture de soins et des mêmes conditions de remboursement. En outre les statuts des caisses de maladie prévoient pour les assurés se trouvant dans une situation financière difficile, des facilités de remboursement ou encore le préfinancement de certaines prestations onéreuses.

1.1.3. Difficultés

Un des problèmes majeurs rencontrés par les personnes âgées, c'est le manque d'infrastructures et de lits dans le domaine de la rééducation gériatrique. Comme ces structures alternatives font défaut, les patients âgés hospitalisés sont souvent forcés de devoir prolonger leur séjour dans des structures de soins aigus. Une longue hospitalisation en soins aigus et la perte inexorable de l'indépendance fonctionnelle qui s'ensuit surtout pour les personnes âgées, peut même mener à une situation de dépendance permanente, faute de transition souple entre soins aigus et un retour à domicile dans de bonnes conditions.

1.1.4. Changements prévus

Une étude récente du CRP-Santé sur la structure de rééducation gériatrique actuellement existante, a mis en relief les carences tant qualitatives que quantitatives du secteur post-aigu pour personnes âgées, tout en démontrant la nécessité de telles infrastructures. Cette étude devrait déboucher sur une évaluation plus concrète des besoins dans ce domaine.

1.2. SOINS DE LONGUE DURÉE

1.2.1. Accès aux soins de longue durée

Depuis le premier janvier 1999, le législateur luxembourgeois a choisi de reconnaître le besoin en soins de longue durée comme un risque de la sécurité sociale. Ces soins sont pris en charge dans le cadre d'une assurance dépendance qui fonctionne selon les principes de la sécurité sociale:

- versement d'une cotisation sociale obligatoire, prélevée sur les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine,
- ouvrant, à l'échéance du risque, un droit inconditionnel aux prestations,
- sans examen des ressources financières,
- quel que soit l'âge de la personne dépendante.

Le bénéfice des prestations est ouvert aux personnes dépendantes assurées en matière d'assurance maladie-maternité sans condition d'âge. Pour les assurés à titre obligatoire, il n'y a pas de condition de stage. Ils bénéficient de la protection de l'assurance dépendance dès le premier jour de l'affiliation.

Pour les assurés à titre volontaire, il faut distinguer deux catégories, ceux qui ont conclu une assurance continuée et ceux qui ont conclu une assurance facultative :

- pour les personnes qui ont perdu leur qualité d'assuré et qui ont demandé à conclure une assurance continuée, il n'y a pas de stage, elles sont traitées de la même façon que les personnes assurées à titre obligatoire ;
- pour les personnes qui ne peuvent bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie et qui ont demandé à conclure une assurance facultative, il y a une condition de stage d'une année.

Etant donné que le bénéfice des prestations est ouvert aux personnes dépendantes couvertes en matière d'assurance maladie-maternité, les personnes travaillant pour un organisme international ou touchant une pension de cet organisme ne sont pas couvertes.

Le bénéfice des prestations de l'assurance dépendance est subordonné à la condition d'avoir été reconnu dépendant pour les actes essentiels de la vie dans les domaines de la nutrition, de l'hygiène et de la mobilité. Cette évaluation est réalisée par une équipe multidisciplinaire de la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO).

Les personnes qui présentent un besoin en soins de longue durée sans pouvoir bénéficier de l'assurance dépendance (notamment les personnes dont le besoin est inférieur au seuil minimum requis) peuvent bénéficier des soins dont ils ont besoin moyennant une contribution, calculée d'après *un*

tarif social établi en fonction des revenus. L'Etat verse au prestataire la différence entre la contribution du bénéficiaire fixée d'après le tarif social et le coût effectif de la prestation. Dans le cadre de l'assurance dépendance, le taux de refus des prestations parmi les demandeurs de l'assurance est actuellement de 18 %.

Les prestations sont octroyées sur base de la notion d'aides et soins requis. Les aides et soins *requis* sont les soins qui répondent de *façon nécessaire et suffisante* au besoin du bénéficiaire. Dans la mesure où les aides et soins sont requis, leur prestation est *intégralement* couverte par l'assurance dépendance.

L'assurance dépendance octroie des prestations en nature. Ces prestations sont fournies par les réseaux d'aides et de soins en cas de maintien de la personne dépendante à son domicile. Elles sont fournies par un établissement d'aides et de soins lorsque la personne est hébergée en institution de long séjour.

En cas de maintien à domicile, les prestations en nature octroyées *peuvent être partiellement converties en une prestation en espèces*. Cette prestation versée au bénéficiaire lui permet de se procurer les aides et soins qui lui sont nécessaires auprès d'une personne de son entourage (aidant informel). La valeur de la prestation en espèces équivaut à la moitié de la valeur de la prestation en nature qu'elle remplace.

Le remplacement des prestations en nature par une prestation en espèces est limité (maximum 10,5 heures par semaine) afin de garantir aux personnes fortement dépendantes une prise en charge professionnelle et de qualité, par une combinaison des prestations en nature et en espèces.

En outre, l'assurance prévoit d'autres mesures à l'égard des aidants informels :

- prise en charge de prestations sous forme de garde à domicile, de séjour en structure semi - stationnaire de la personne dépendante de façon à permettre un répit pour l'aidant informel ;
- paiement des cotisations à l'assurance pension ;
- possibilité de remplacement de l'aidant informel pendant trois semaines de façon à lui garantir une période de congé ;
- prise en charge de prestations de conseils pour l'aidant informel (apprentissage de gestes de soins adéquats etc.).

L'assurance dépendance est gérée par l'Union des caisses de maladie (UCM), institution qui est chargée en outre de la gestion de l'assurance maladie-maternité (voir sous 1.1 : soins de santé).

1.2.2 Évaluation

La performance concernant l'accès aux soins de longue durée n'a jusqu'ici pas été systématiquement mesurée. L'assurance dépendance a créé un droit inconditionnel aux prestations sans examen des ressources et sans condition de résidence. A priori donc, les dispositions légales excluent toute possibilité d'inégalités régionales ou liées au revenu.

1.2.3 Difficultés

Même si l'assurance dépendance a créé un droit inconditionnel aux prestations sans examen des ressources et sans condition de résidence, d'autres facteurs peuvent cependant être à l'origine de difficultés d'accès aux soins de longue durée, notamment les suivants :

- *La méconnaissance des dispositions légales en matière d'assurance dépendance.*

Etant donné que l'assurance dépendance n'a été introduite que très récemment, il n'a pas encore été possible de vérifier dans quelle mesure les personnes concernées sont informées de la possibilité d'y recourir. De nombreux efforts (presse écrite, télévision, conférences, brochures ...) ont été consentis pour faire connaître la loi. En ce qui concerne le contenu de la loi, on est obligé de constater qu'il est encore mal connu tant chez les prestataires d'aides et de soins que dans le grand public, notamment pour ce qui est de ses objectifs. A l'heure actuelle, on peut encore constater qu'une proportion non négligeable des demandes introduites (environ 8%) sont fondées sur d'autres besoins que ceux qui sont couverts par l'assurance (état de dépendance de courte durée, besoin d'aide exclusivement pour les tâches domestiques...).

- *Les difficultés rencontrées par les services de maintien à domicile dans leur développement*

L'un des principes directeurs de la loi sur l'assurance dépendance est la priorité accordée au maintien à domicile. On peut ainsi constater qu'en ce qui concerne les demandes de prestations, 60% proviennent de personnes en maintien à domicile. Avant l'introduction de l'assurance dépendance, les réseaux d'aides et de soins à domicile étaient peu développés. Actuellement, seuls deux réseaux couvrent l'ensemble du territoire. L'un des deux réseaux répond à environ 80 % des demandes.

Malgré un développement spectaculaire (le personnel employé a doublé en deux ans), les réseaux d'aides et de soins admettent qu'ils répondent à toutes les demandes, mais avouent qu'ils ne peuvent le faire que de manière partielle. Ils reconnaissent qu'ils sont incapables de fournir toutes les prestations sollicitées, en raison principalement d'une pénurie de l'offre de personnel d'aides et de soins sur le marché de l'emploi. Ceci légitime le maintien de la prestation en espèces conçue pour permettre à la personne

dépendante de se procurer des aides et soins auprès d'un aidant informel. On remarque ainsi que dans le cadre du maintien à domicile, 48,8 % des bénéficiaires demandent uniquement une prestation en espèces, 39,7 % demandent des prestations combinées (nature et espèces), 11,5 % demandent uniquement des prestations en nature.

- *Les difficultés d'admission dans un établissement stationnaire*

Le Luxembourg dispose actuellement de 4328 lits d'hébergement dans les centres intégrés pour personnes âgées et les maisons de soins, ce qui représente, par rapport à la population des personnes âgées de 65 ans et plus, un taux de 6,8 lits pour 100 personnes.

Cette capacité d'hébergement va être augmentée à court terme de 808 lits auxquels s'ajouteront 531 lits à moyen terme. Ceci portera la capacité d'hébergement à 5667 lits dans les cinq prochaines années.

Malgré cette capacité d'hébergement plus importante que dans les pays limitrophes et qui ne cesse d'augmenter, le problème du manque de lits de soins se pose régulièrement et une proportion non négligeable de personnes en état de besoin urgent quittent le pays pour être admises dans un établissement stationnaire à l'étranger. Les délais d'attente pour une admission au Luxembourg varient entre six mois et un an.

Peut-on cependant parler de pénurie ? Ne s'agit-il pas davantage d'un manque de transparence entre l'offre et la demande ?

La loi sur l'assurance dépendance confère à l'organisme instauré dans le cadre de l'assurance dépendance pour constater l'état de dépendance (cellule d'évaluation et d'orientation), la mission de centraliser l'offre et la demande pour l'hébergement en établissement stationnaire et de classer les personnes selon des critères d'urgence pour l'admission en établissement stationnaire.

Jusqu'à maintenant cette mission n'a pas pu être exercée² avec la conséquence que chaque établissement du pays gère à sa façon ses admissions d'après des critères d'urgence qui lui sont propres. Il existe dès lors autant de listes d'attente que d'établissements, avec le risque de retrouver les mêmes personnes sur plusieurs listes.

Par ailleurs, certains établissements, notamment dans une perspective de gestion du personnel soignant, continuent d'admettre des personnes valides dans leurs structures.

² Au moment de l'introduction de la loi, les établissements d'aides et soins ont craint de ne plus pouvoir choisir leurs pensionnaires et ont réclamé un délai de dix jours à partir de la libération d'une place avant de la déclarer à la cellule d'évaluation et d'orientation. Ce délai, qui leur fut accordé, permet aux établissements d'admettre les personnes de leur choix avant de demander l'intervention de la cellule d'évaluation et d'orientation et limite fortement le rôle de cette dernière en matière de *centralisation de l'offre*.

- *Les prix pratiqués pour l'accueil gérontologique*

Le concept d'accueil gérontologique recouvre non seulement l'hébergement mais également un ensemble de prestations destinées à garantir la dignité, le confort et le bien-être du pensionnaire en établissement stationnaire, excluant toutefois les prestations d'aides et de soins à charge de l'assurance dépendance.

Avant l'introduction de l'assurance dépendance, les ministères de tutelle fixaient les montants des prix de l'accueil gérontologique, à charge du pensionnaire. Depuis le premier janvier 1999, chaque établissement peut fixer ses propres prix.  tant donné que l'intervention de l'assurance dépendance dans les aides et soins est plus importante que l'intervention qui était précédemment accordée par l'Etat aux différents établissements, on aurait pu espérer qu'à partir du 1er janvier 1999, les prix de l'accueil gérontologique allaient diminuer. La majorité des établissements ont maintenu leurs prix, une minorité les a augmentés, une minorité les a baissés. Pour justifier cette situation, les gestionnaires d'établissements ont avancé l'argument que les lenteurs dans la mise en place de l'assurance ne leur permettaient pas de faire une comptabilité définitive et les empêchaient dès lors de toucher aux prix de l'accueil gérontologique.

Les prix pratiqués par les établissements sont très différents les uns des autres. Les prix mensuels minima se situent entre 920 EUR et 2100 EUR, sans que rien à première vue ne justifie de telles différences. Pour les personnes à revenu modeste, ces prix se révèlent souvent trop élevés. Pour les personnes qui ne peuvent couvrir leurs dépenses par leurs ressources personnelles, des mesures d'assistance sociale sont prévues sous la forme d'une intervention du Fonds national de solidarité (FNS) au prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique. La loi budgétaire fixe pour chaque année le montant maximal du coût des prestations pris en charge. L'intervention du FNS est déterminée en fonction des revenus professionnels, des revenus de remplacement, des revenus mobiliers et immobiliers.

On peut noter que pour un certain nombre de personnes, le recours au Fonds national de solidarité ne se révèle pas une solution aisée (réticences à recourir à l'assistance sociale, craintes d'altérer un patrimoine familial).

- *Parmi les personnes auxquelles les prestations ont été refusées, on peut constater une sur-représentation du groupe des personnes handicapées au niveau des membres inférieurs.*

Dans le cadre de la loi sur l'assurance dépendance, la dépendance est définie comme le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie. Or, l'exécution de la plupart des actes essentiels de la vie retenus dans la loi nécessite davantage une mobilisation des membres supérieurs que des membres inférieurs. Il en résulte que les personnes atteintes d'un handicap des membres inférieurs sont plus fréquemment exclues que d'autres du bénéfice de l'assurance.

On constate ainsi que dans le groupe des personnes à qui les prestations de l'assurance ont été refusées, on trouve 30,1 % de personnes atteintes de maladies ostéo- articulaires.

- *Difficultés liées à la délimitation entre l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance*

Dans le cadre des soins de longue durée aux personnes à domicile, on a constaté que l'absence d'intersections entre les champs d'application de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance dépendance posait problème dans certains cas précis, principalement pour les personnes en phase de réhabilitation.

Pendant leur séjour en structure de rééducation, ces personnes sont prises en charge dans le cadre de l'assurance maladie et les soins de base qui leur sont nécessaires sont pris en charge dans ce cadre. Néanmoins, il est fréquent que ces séjours soient temporairement interrompus par des retours de la personne à domicile, préparant notamment un retour définitif.

La nomenclature de l'assurance maladie-maternité ne prévoit aucun soin de base dans le cadre du maintien à domicile. Lors des retours à domicile, les soins de base sont alors à charge de la personne elle-même.

1.2.4 Changements prévus

Tant la loi sur l'assurance dépendance que la loi autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique vont être modifiées au cours des prochains mois. Toutefois, ces modifications ne sont encore qu'au stade de l'avant-projet.

En ce qui concerne plus précisément *l'accès aux prestations*, les modifications proposées pour l'assurance dépendance concernent plus particulièrement la possibilité de prise en charge de certaines prestations en dérogeant à la condition d'atteindre le seuil d'entrée pour les actes essentiels de la vie. Les prestations visées ici seraient les interventions de l'assurance dépendance dans les frais d'adaptation du logement afin de le rendre plus accessible ainsi que les prestations accordées sous forme de conseils professionnels. Cette modification permettrait aux personnes atteintes d'un handicap des membres inférieurs, groupe plus précisément exclu des prestations pour les actes essentiels de la vie, de bénéficier d'une adaptation du logement et de leur permettre de vivre de façon plus autonome.

Par ailleurs, il est proposé de modifier la loi sur l'assurance dépendance de façon à ce qu'elle puisse prendre en charge les soins de base d'une personne en phase de réhabilitation, temporairement à domicile.

En ce qui concerne *les mesures à l'égard de l'aidant informel*, des possibilités de d'encadrement vont être prévues ainsi que des mesures de contrôle quant à l'utilisation de la prestation en espèces.

Par ailleurs, le ministre de la famille, de la solidarité sociale et de la jeunesse propose de modifier le champ d'application de la loi autorisant le Fonds national de solidarité à participer au prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique et notamment d'adapter le montant de la participation du fonds en fonction de critères de qualité pour les prestations fournies.

2. QUALITÉ

2.1. SOINS DE SANTÉ

2.1.1. Normes

La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoit de fixer, par voie de règlement grand-ducal, des normes qualitatives concernant le personnel, les infrastructures, ainsi que les procédures dans le domaine de l'activité hospitalière. Cette tâche n'est pas encore réalisée.

Le plan hospitalier fixe le nombre de lits par hôpital par voie de règlement grand-ducal en fonction des besoins de la population.

Les droits des patients sont garantis par la loi. Celle-ci précise notamment :

- Le droit au libre choix de l'hôpital et du médecin, à la continuité de soins conformes aux acquis de la science.
- Le droit à l'information adéquate du patient concernant son état de santé et à l'acceptation ou au refus des traitements proposés, ceci en vue de son consentement éclairé, le droit d'accès à son dossier obligatoire au contenu minimal défini.
- L'apaisement des souffrances du malade en toutes circonstances.
- Le droit, pour les malades en fin de vie, de mourir dans la dignité. Le médecin s'abstiendra alors de tout acharnement thérapeutique sans espoir.
- L'obligation d'identification des prestataires et de tenue d'un registre des plaintes.

2.1.2. Évaluation

Hormis les comparaisons des activités et de certaines performances des hôpitaux par la carte sanitaire et des enquêtes de satisfaction il n'y a pas, à ce jour de système d'indicateurs dans le domaine des soins aigus qui permettraient de donner une évaluation correcte de la qualité des traitements et qui pourraient servir de base à un suivi de la qualité de soins.

Un premier bilan de l'existant est effectué au niveau de la carte sanitaire relevée et mise à jour par le Ministère de la Santé. La carte sanitaire reprend notamment :

- L'inventaire des établissements hospitaliers et de leurs services ainsi que leur taux d'utilisation
- Le relevé du personnel médical, soignant et autre
- L'inventaire des équipements nécessitant une planification nationale

- L'inventaire des équipements médicaux et de leurs configurations d'ensemble fonctionnel
- Certaines données statistiques en provenance de la sécurité sociale et concernant notamment l'hospitalisation des malades (nombre, âge, services d'hospitalisation, interventions, DMS, diagnostic de sortie) et aussi le nombre et la raison de transferts de malades à l'étranger.

Il faut signaler que jusqu'ici au Luxembourg on n'utilise pas encore de code de procédures médicales. Les seules informations disponibles concernant l'activité médicale sont puisées dans la nomenclature des actes médicaux, destinée à la tarification des actes.

Au-delà du bilan périodique que représente la carte sanitaire, des études ponctuelles et thématiques analysent certains traitements médicaux (par exemple : étude sur la cholécystectomie, étude concernant la réhabilitation et la rééducation gériatrique).

2.1.3. Mesures en faveur de l'amélioration de la qualité

Dans le domaine des programmes de médecine préventive intéressant un plus vaste public, la loi prévoit pour leur mise en route une collaboration entre les deux départements ministériels de la santé et de la sécurité sociale. Actuellement quatre programmes fonctionnent sur cette base :

- Dépistage de cancer du sein (Screening gratuit s'adressant à toutes les femmes âgées entre 50 et 69 ans)
- Programme de vaccination pour enfants et adolescents contre l'hépatite B
- Programme de vaccination pour enfants et adolescents contre la méningite à méningocoque C
- Programme de vaccination contre la grippe (destiné principalement aux personnes âgées .

Un programme supplémentaire concernant le dépistage du cancer de la prostate est en préparation.

La convention entre les hôpitaux luxembourgeois et l'Union des Caisses de Maladie prévoit également des incitants financiers pour promouvoir la qualité des soins dans les hôpitaux. A ce jour on compte quatre programmes différents concernant :

- Le dossier du patient
- La prévention des infections nosocomiales
- L'amélioration de la qualité technique des mammographies
- Le soulagement de la douleur

Les deux premiers programmes sont d'un intérêt général, tandis que les deux derniers sont des programmes spécifiques.

Un nouveau programme aura pour objectif d'instaurer progressivement à partir de 2003 un système global d'amélioration de la qualité selon la méthodologie EFQM, (European Foundation of Quality Management).

2.1.4. Difficultés

Les principales difficultés rencontrées en matière de promotion de la qualité sont les suivantes :

- L'insuffisance et l'imperfection des données disponibles et les difficultés de leur exploitation ;
- L'absence de normes contraignantes et d'obligations de la part des prestataires en matière de référentiels et de « benchmarking » public ;
- L'intérêt mitigé des prestataires ;
- L'insuffisance ou l'inadéquation de ressources notamment humaines pour garantir le suivi de programmes de qualité ;
- L'absence d'indicateurs de référence suffisamment validés.

2.1.5. Changements prévus

Récemment un groupe de travail vient de faire des propositions au Ministre de la Santé (voir sous [w.w.w etat.lu/Ms](http://w.w.w.etat.lu/Ms) sous « Réflexions et propositions pour l'attribution des services médicaux aux hôpitaux »)

Il est prévu de réaliser de façon plus systématique des enquêtes de satisfaction des utilisateurs ou de groupes cibles. A ce sujet les institutions concernées ont institué un échange de réflexions et de propositions.

Au sein de la Direction de la Santé une *division de l'évaluation de la qualité et des technologies* sera prochainement créée.

Par ailleurs on peut constater que les consommateurs se rendent de plus en plus compte de l'importance de l'aspect qualité des soins de santé. Le Ministère de la santé appuie les associations de défense d'intérêts de santé grâce à des subsides.

2.2. SOINS DE LONGUE DURÉE

2.2.1. Normes

Les exigences pour la qualité des soins de longue durée sont actuellement définies dans deux dispositions légales, différentes mais complémentaires. La première de ces dispositions relève de la politique générale en faveur des personnes âgées ou handicapées, la seconde relève plus particulièrement de la sécurité sociale.

L'exigence d'un agrément pour l'exercice d'une activité dans le domaine des soins de longue durée constitue la première de ces dispositions. L'agrément est accordé par le ministère de la famille, de la solidarité sociale et de la jeunesse, ministère de tutelle des institutions de soins de longue durée.

Les exigences imposées pour prester des aides et soins dans le cadre de l'assurance dépendance sont consignées dans un contrat d'aides et de soins conclu entre le prestataire et l'Union des caisses de maladie, organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. Le contrat d'aides et de soins relève donc spécifiquement des dispositions en matière de sécurité sociale.

Il est à noter qu'aucun contrat d'aides et de soins ne peut être conclu avec une institution qui ne dispose pas d'un agrément pour l'exercice des activités qu'elle propose.

L'agrément

Depuis 1999, un agrément ministériel écrit est exigé pour tout exercice par une personne physique ou morale d'une activité dans le domaine social, socio-éducatif, médico-social ou thérapeutique. Les activités soumises à cet agrément sont notamment :

- l'accueil et l'hébergement de jour ou de nuit de plus trois personnes simultanément ;
- l'offre de services de consultation, d'aide, de prestations de soins, d'assistance, de guidance, de formation sociale, d'animation et d'orientation professionnelle.

L'agrément définit toutes les conditions permettant l'exercice de l'activité pour laquelle il a été délivré. Il définit notamment :

- le type de population à laquelle s'adresse l'activité concernée ;
- les normes en ce qui concerne le nombre et les qualifications des professionnels habilités à exercer l'activité ;
- les normes en matière d'encadrement du personnel ;
- les exigences quant aux infrastructures où s'exerce l'activité : sécurité, hygiène, salubrité, adaptation spécifique à la population visée par l'activité ;
- les exigences en matière d'horaire pour l'exercice de l'activité ;

- les modalités de contrôle du respect de ces exigences et les sanctions.

Il faut remarquer que l'agrément porte sur les exigences en matière de qualité *structurelle*. Il ne définit pas de normes de qualité en ce qui concerne le soin proprement dit (qualité processuelle).

Les contrats d'aides et de soins

Les contrats d'aides et de soins définissent les droits et obligations des prestataires de soins de longue durée dans le cadre de l'assurance dépendance. Ils s'adressent aux deux types de prestataires intervenant dans le cadre de l'assurance dépendance, à savoir les établissements d'aides et de soins pour ce qui est de l'hébergement stationnaire et les réseaux d'aides et de soins pour le maintien à domicile.

On n'abordera ici que les aspects du contrat d'aides et de soins qui touchent plus particulièrement à *la qualité*.

Les prestataires de l'assurance dépendance s'engagent à fournir et de coordonner autour de la personne, l'ensemble des aides et soins dont elle a besoin, non seulement les aides et soins à charge de l'assurance dépendance mais aussi l'ensemble des soins thérapeutiques à charge de l'assurance maladie-maternité ainsi que tous les services et intervenants autour de la personne. Cette disposition permet une approche globale et multidisciplinaire de la personne soignée. Elle lui permet aussi de ne s'adresser qu'à un seul service pour l'ensemble de sa prise en charge.

Les prestataires s'engagent à assurer la continuité des soins, de jour et de nuit, tous les jours de l'année. Cette disposition s'impose également dans le cadre du maintien à domicile.

Les prestataires s'engagent à documenter les aides et soins fournis suivant des modalités précises. Les exigences quant à la documentation des aides et soins prévoient deux volets : une documentation externe par laquelle le prestataire apporte la preuve des aides et soins dispensés ainsi qu'une documentation interne. La documentation interne est en fait le dossier de soins de la personne dans lequel le prestataire consigne l'ensemble des données significatives relatives à la personne dépendante dont il assure la prise en charge. Cette documentation est établie suivant les règles de l'art. La documentation interne reprend notamment tous les éléments d'identification de la personne, les antécédents, les données médicales, l'ensemble de l'anamnèse soignante, la démarche de soins, les traitements, la surveillance clinique, les données relatives à l'intervention d'autres prestataires.

Les prestataires s'engagent à conclure avec chaque personne prise en charge un contrat de prise en charge qui détermine les droits et obligations des uns et des autres.

L'une des dispositions du contrat d'aides et soins prévoit cependant que les soins doivent être dispensés suivant les règles de qualité déterminées par

l'autorité qui a délivré l'agrément et sous le contrôle de celle-ci. Or, on a remarqué précédemment que les agréments ne comportaient aucune exigence en matière de qualité du soin proprement dit. Il s'agit ici d'une lacune du système qu'il convient de relever et que les modifications légales prévues à brève échéance se proposent de combler.

2.2.2. Suivi et promotion de la qualité

Le thème de la qualité des soins de longue durée fait depuis l'introduction de l'assurance dépendance l'objet de nombreux débats. Dans de nombreuses institutions, des projets innovateurs très variés quant à leur contenu ont été développés. Toutefois, il faut admettre qu'il n'y a actuellement aucun système de suivi ni de promotion de la qualité en matière de soins de longue durée, ni au niveau des soins professionnels, ni au niveau des soins informels.

2.2.3. Difficultés

En 2001, un premier bilan quant au fonctionnement de l'assurance dépendance a été établi. Ce bilan a, entre autres thèmes, abordé le thème de la qualité et du contrôle de la qualité.

Une des conclusions que l'on pouvait tirer des entretiens menés avec les différents interlocuteurs rencontrés était certes celle d'une *demande de promotion de la qualité*. Une seconde conclusion était que le concept de qualité des soins restait diffus et *qu'une définition commune faisait défaut*.

Il semble évident que le premier jalon à poser sera d'établir une définition de la qualité des soins de longue durée à laquelle tous les prestataires adhèrent.

2.2.4. Changements prévus

Dans le cadre de la modification de la loi sur l'assurance dépendance prévue pour les prochains mois, la proposition d'instauration d'une commission des normes a été explicitement évoquée. Cette commission serait constituée de représentants des prestataires d'aides et de soins, de représentants de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et de représentants de la cellule d'évaluation des demandeurs de prestations de l'assurance dépendance. Ses missions seraient notamment de décrire le contenu et les conditions de prestation des différents aides et soins à charge de l'assurance et de proposer des normes et standards en matière d'aides et soins requis. La commission des normes serait un organe consultatif. Elle formulerait des propositions soumises à négociation entre l'organisme gestionnaire et les groupements représentatifs des prestataires. Les propositions adoptées dans ces négociations pourraient alors être intégrées

dans une convention-cadre qui remplacerait les actuels contrats d'aides et de soins.

Dans le même contexte, des ajouts sont proposés en ce qui concerne la qualité des soins informels. Des mesures positives d'encadrement et de formation des aidants informels sont envisagées à côté d'un contrôle plus systématique de l'utilisation de la prestation en espèces.

En ce qui concerne le suivi et la promotion de la qualité, d'autres propositions ont également été faites par le ministère de tutelle des services prestataires de soins de longue durée. Le ministre de la famille propose de modifier la loi autorisant la participation du Fonds national de solidarité aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique en y intégrant des mesures d'assurance qualité. Les auteurs du projet de loi proposent de déterminer 5 critères de qualité en fonction desquels le prix maximum pour l'accueil gérontologique serait fixé :

- l'établissement d'un projet d'orientation ;
- l'établissement d'un règlement d'ordre intérieur ;
- la qualification du personnel d'encadrement ;
- les dossiers et projets individualisés ;
- la documentation.

3. VIABILITÉ

3.1. SOINS DE SANTÉ

3.1.1. Dépenses et financement

Le financement du système se fait par voie de cotisation, à l'exception des prestations de maternité, qui sont financées directement par le budget de l'Etat.

La charge des cotisations est supportée pour 37% par l'Etat. En dehors de cette intervention les cotisations incombent, en ce qui concerne les salariés et les pensionnés, à part égale aux assurés et aux employeurs ou aux caisses de pension. Les assurés non-salariés supportent intégralement la charge des cotisations. Les cotisations sont fiscalement déductibles. Comme l'assurance maladie-maternité est financée grâce à des cotisations, dont le calcul est basé principalement sur les salaires et les revenus professionnels, la viabilité financière de l'assurance maladie-maternité dépend fortement de la croissance économique du pays.

Il faut préciser que les infrastructures hospitalières sont largement financées (jusqu'à 80%) par l'Etat à travers le fonds spécial des investissements hospitaliers.

Les dépenses courantes pour soins de santé dans le régime de l'assurance maladie-maternité s'élevaient en 2001 à 1019 millions €, ce qui représente 4,8% du PIB. Pour 2002 le budget des dépenses prévoit un montant de 1058 millions €. De 1999 à 2001 le taux de croissance annuel des dépenses s'élevait à 8,9% à prix courants et à 5,8% en valeur réelle. On peut noter que les frais d'administration ne représentent que 3,4% des dépenses courantes.

3.1.2. Évolution des dépenses

En 2000 et en 2001, les recettes étaient excédentaires par rapport aux dépenses. Les prévisions actuelles pour 2002 semblent confirmer cette tendance, malgré le ralentissement économique observé depuis le début 2002.

Par suite de l'évolution dynamique de l'économie et du marché de l'emploi luxembourgeois, la population couverte par l'assurance maladie-maternité luxembourgeoise n'est pas confrontée actuellement à un phénomène de vieillissement : au contraire, de 1996 à 2001 le pourcentage des personnes âgées de plus 65 ans au sein du total des personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité du Luxembourg a baissé de 12,4% à 11,4%.

3.1.3. Mécanismes de contrôle des coûts

Les statuts de l'Union des Caisses de maladie prévoient des restrictions à la prise en charge de certaines prestations :

- En ce qui concerne les produits pharmaceutiques il y a une participation financière des assurés qui peut être plus ou moins importante selon l'indication ou l'utilité thérapeutique présumée du médicament prescrit.
- Il y a également des restrictions quant au nombre de séances de kinésithérapie pris en charge, sauf dérogation admise par le contrôle médical de la sécurité sociale.
- De même, certains soins non-urgents ne sont pris en charge que sur ordonnance médicale et après autorisation du contrôle médical, : ex. cures thermales, traitement de rééducation et de réhabilitation, soins de kinésithérapie, d'orthophonie, de psychomotricité.
- Les prothèses dentaires ou autres sont pris en charge uniquement sur base des tarifs de la caisse après présentation d'un devis.

En cas d'abus de consommation avérée de soins de santé de la part d'un assuré, l'assurance maladie-maternité peut refuser la prise en charge en charge de ces prestations.

La budgétisation des hôpitaux permet à l'assurance maladie-maternité de prévenir certaines dérives financières. Les budgets des hôpitaux sont négociés individuellement par l'hôpital concerné et l'UCM.

La convention conclue entre l'assurance maladie-maternité et les médecins engage ces derniers à une médication économique.

3.1.4. Difficultés

La loi sur l'assurance maladie-maternité de 1992 prévoit que la convention conclue entre l'assurance maladie-maternité et les médecins détermine obligatoirement « les références médicales opposables aux médecins et médecins-dentistes élaborées à partir de critères scientifiquement reconnus et permettant d'identifier les soins et prescriptions dépassant l'utile et nécessaire ». Jusqu'ici il n'a pas été possible de trouver un accord pour l'application de cette disposition.

3.1.5. Changements prévus

En ce moment il n'est pas prévu de changer le système de financement de l'assurance

--

3.2. SOINS DE LONGUE DURÉE

3.2.1. Dépenses et financement

L'assurance dépendance est financée :

- en raison de 45% des dépenses totales par une contribution à charge du budget de l'Etat ;
- par une contribution dépendance dont l'assiette est constituée par les revenus professionnels et les revenus de remplacement ainsi que les revenus du patrimoine. Le taux de la contribution dépendance est fixé à 1%. Elle n'est pas déductible des impôts sur les revenus.
- par une contribution spéciale consistant dans le produit de la taxe électricité imputable à tout client final, auto-production comprise, qui affiche une consommation annuelle supérieure à 1 million de kWh, à charge du secteur de l'énergie électrique;

Le budget de l'assurance dépendance prévoit pour 2002 des dépenses courantes de l'ordre de 185 millions €, ce qui donne un taux de croissance annuel moyen de 9,8% par rapport à 1999. Mais il faut préciser que l'assurance dépendance n'a été introduite qu'en 1999 et que la période de mise en place s'est étendue sur plusieurs années, ne se terminant en fait que cette année-ci.

3.2.2. Mécanismes de contrôle des coûts

Uniquement les soins requis, fixés préalablement dans un plan de prise en charge individuel par la Cellule d'évaluation et d'orientation, sont pris en charge par l'assurance dépendance. (voir sous 1.2.1 Accès aux soins de longue durée). On détermine le prix des prestations en multipliant la durée hebdomadaire des soins requis par un facteur appelé valeur monétaire. Cette valeur monétaire fait l'objet de négociations annuelles entre l'organisme représentatif des prestataires et l'Union des Caisses de Maladie. La valeur monétaire s'appliquant aux établissements de soins est inférieure à celle s'appliquant dans le cadre du maintien à domicile.

3.2.3. Difficultés

L'assurance dépendance ne connaît pas actuellement de problèmes de viabilité financière.

3.2.4. Changements prévus

En ce moment il n'est pas prévu de changer le système de financement de l'assurance dépendance.