

Bulletin luxembourgeois des questions sociales

2009

Volume 25

Alain REUTER_Mise en œuvre par le Centre commun de la sécurité sociale du statut unique pour les salariés du secteur privé **Pierre BLEY**_La Mutualité des employeurs **Paul SCHMIT**_Développement d'un cadre méthodologique commun pour les institutions de sécurité sociale **Pascale SPELTZ**_Un rapprochement de la réparation forfaitaire en matière d'assurance accident avec la réparation intégrale en droit commun est-il souhaitable dans le cadre d'une réforme de l'assurance accident? **Nicole KERSCHEN**_La difficile reconnaissance de l'aidant dans l'assurance dépendance luxembourgeoise **Stéphane KLOP**_Les aides techniques en relation avec un besoin d'aide dans les domaines de l'hygiène et de l'élimination **Katja TURINETTI**_Les aides techniques en relation avec un besoin d'aide dans le domaine du déplacement **Paul SCHMIT**_Organisation und Finanzierungsmodelle in der luxemburgischen Sozialarbeit



a l o s s

association luxembourgeoise
des organismes de sécurité sociale



a l o s s

association luxembourgeoise
des organismes de sécurité sociale

BP 1308
L-1013 Luxembourg

ISSN 2071-2486

Les articles reproduits n'engagent que la responsabilité
de leurs auteurs et non les administrations et les
institutions dont ils relèvent.

MISE EN ŒUVRE PAR LE CENTRE COMMUN DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DU STATUT UNIQUE POUR LES SALARIÉS DU SECTEUR PRIVÉ

Alain REUTER

*Centre commun de la sécurité sociale
Service de la méthodologie*

Abstrait

Le présent article décrit la mise en œuvre par le Centre commun de la sécurité sociale de la loi du 13 mai 2008 introduisant un statut unique pour les salariés du secteur privé.

Cette mise en œuvre avait été entamée aussitôt après le dépôt, en date du 3 août 2007, du projet de loi à la Chambre des députés dans l'élaboration duquel des collaborateurs du Centre commun avaient déjà participé. Le projet de loi a été voté à la Chambre des députés le 29 avril 2008 et a été promulgué en date du 13 mai 2008.

Le présent article expose les changements administratifs et informatiques qui interviendront au niveau du Centre commun en conséquence de ladite loi et analyse les nouvelles procédures qui garantiront une bonne exécution des missions du Centre commun, notamment en ce qui concerne l'affiliation et la perception des cotisations ainsi que les paiements des prestations de la part de la Mutualité des employeurs (remboursements aux employeurs) et de la Caisse nationale de santé (indemnités pécuniaires).

L'auteur de cet article a participé activement, en tant que membre de l'équipe de la méthodologie du Centre commun à partir du 1er septembre 2008, à la mise en œuvre de ces changements, mais les mérites d'une bonne gestion et d'une implémentation optimale du projet sont bien entendu partagés entre tous les acteurs impliqués.

Contenu

Abstrait

Liste des figures

Liste des tableaux

1. INTRODUCTION

1.1. Le projet de loi N°5750

1.2. Le Centre commun de la sécurité sociale

2. AFFILIATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE ET CHAMP D'APPLICATION DES CHAMBRES PROFESSIONNELLES

2.1. Affiliation à la sécurité sociale

2.1.1. Disparition des régimes "ouvriers" et "employés privés"

2.1.2. Fusion des caisses de maladie, des caisses de pension et réorganisation de la sécurité sociale

2.1.3. Champ d'application de la surprime

2.1.4. Particularités de la période d'essai

2.2. Champ d'application des Chambres professionnelles

3. LES COTISATIONS SOCIALES

3.1. La déclaration des salaires

3.1.1. Les rubriques de la rémunération

3.1.2. Les heures de travail

3.2. Les assiettes cotisables

3.2.1. L'assiette de maladie-espèces

3.2.2. L'assiette de la Mutualité des employeurs

3.2.3. L'assiette de la surprime

3.2.4. L'assiette de maladie-soins

3.2.5. L'assiette de contribution dépendance

3.2.6. L'assiette de pension

3.2.7. L'assiette des allocations familiales

3.2.8. L'assiette d'assurance accident

3.2.9. L'assiette santé au travail

3.3. Les cotisations

3.3.1. *Le taux de maladie-espèces*

3.3.2. *Le taux de la Mutualité et de la surprime*

3.3.3. *Les autres taux des cotisations sociales et de la contribution dépendance*

3.3.4. *Les arrondis des cotisations*

4. LA CONTINUATION DE LA RÉMUNÉRATION EN CAS DE MALADIE, LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS ET LES INDEMNITÉS PÉCUNIAIRES

4.1. Le modèle de la continuation de la rémunération en cas de maladie

4.2. La Mutualité des employeurs

4.2.1. *Le champ d'application de la Mutualité*

4.2.2. *Le financement de la Mutualité*

4.3. Les remboursements de la Mutualité

4.3.1. *La Mutualité, le CCSS et la CNS*

4.3.2. *Les déclarations des incapacités de travail*

4.3.3. *Le prorata des heures, base du remboursement de la Mutualité*

4.4. Les cotisations de la Mutualité

4.4.1. *Le taux d'absentéisme financier*

4.4.2. *La détermination des classes de risque, l'affectation de la surprime et les taux de cotisation*

4.4.3. *Les taux de cotisation dans les classes de risque*

4.4.4. *Autres statistiques relatives aux classes de risque*

4.5. La Caisse nationale de santé et les indemnités pécuniaires

5. CONCLUSIONS

6. BIBLIOGRAPHIE

Liste des figures

- Figure 1: Les institutions de la sécurité sociale [CHD].
- Figure 2: Version 2009 de la déclaration d'entrée du secteur privé, reprenant les informations relatives à l'activité professionnelle de l'assuré.
- Figure 3: Flux des déclarations d'entrée sur papier et des fichiers DECAFF ou DECINT par la procédure électronique SECUline.
- Figure 4: Codification des différents taux de maladie-espèces en 2008 à adopter pour les employeurs [abc].
- Figure 5: Eléments de rémunération et assiettes de cotisation [SIT].
- Figure 6: Schéma des remboursements par la Mutualité à l'employeur et du paiement de l'indemnité pécuniaire au salarié par la Caisse nationale de santé.
- Figure 7: Les classes de risque de la Mutualité en 2009.
- Figure 8: Répartition des entreprises par nombre de salariés et classe de risque ("simulation 2007").

Liste des tableaux

- Table 1: Régimes socioprofessionnels d'affiliation à la sécurité sociale. Volet maladie.
- Table 2: Régimes socioprofessionnels d'affiliation à la sécurité sociale. Volet pension.
- Table 3: Chambres professionnelles et régimes socioprofessionnels en 2008.
- Table 4: Régimes avec assiette maladie-espèces annulée.
- Table 5: SPEGEN avec assiette maladie-espèces annulée.
- Table 6: SPEGEN avec assiette de maladie-soins annulée.
- Table 7: SPEGEN avec assiette des allocations familiales annulée.
- Table 8: SPEGEN avec assiette accidents annulée.
- Table 9: SPEGEN avec le taux de cotisation de santé au travail annulé.
- Table 10: Taux des cotisations sociales en 2009.
- Table 11: Taux des cotisations sociales pour indépendants en 2009.
- Table 12: Les classes de risque et les taux correspondants de l'AAA en 2009.
- Table 13: Cotisations mensuelles de l'assurance contre les accidents agricole pour l'année 2008.
- Table 14: Types d'incapacité de travail.
- Table 15: Charges sociales patronales.
- Table 16: Les classes de risque et taux de cotisations de la Mutualité en 2009.

1. INTRODUCTION

1.1. Le projet de loi N°5750

Le projet de loi N°5750, déposé à la Chambre des députés le 3 août 2007, introduisant un statut unique pour les salariés du secteur privé, a pleinement mérité d'être qualifié de "réforme du siècle" comme l'a fait la presse luxembourgeoise lors du vote du parlement (p. ex. [W30]), le 29 avril 2009.

En effet, après de longues négociations au sein du Comité de coordination tripartite, les grandes lignes d'une réforme de la sécurité sociale et du droit de travail avaient été tracées permettant d'abolir les différences voire discriminations qui avaient subsisté du siècle dernier en ce qui concerne le traitement des différents régimes socioprofessionnels [TRI, axe 5.]. Dans son discours sur l'état de la nation du 2 mai 2006 [ETA], le Premier Ministre Jean-Claude Juncker avait qualifié le projet de la façon suivante:

"Le statut unique des salariés fait l'objet d'un accord de principe, d'un accord par lequel tous manifestent leur volonté d'abolir la discrimination entre ouvriers et employés. Certes, il faudra discuter des voies à suivre pour y arriver et ce ne sera pas facile. Néanmoins, je me réjouis sincèrement qu'au début du XXI^e siècle, c'est-à-dire trop tard, nous ayons enfin la chance de mettre fin à cette division du monde du travail."

[ETA]

Ainsi il constatait que les négociations entre partenaires sociaux n'avaient pas encore abouti. Il fallait effectivement encore toute une année de négociations au sein du Comité de coordination tripartite pour que le projet de loi soit adopté par le Conseil de gouvernement et déposé à la Chambre des députés. Le projet de loi avait évolué dans le sens qu'il éliminait non seulement les discriminations entre régimes socioprofessionnels, mais modernisait et rationalisait le domaine de la sécurité sociale à travers une réorganisation administrative de celle-ci. Ainsi devrait être réalisé un autre objectif du projet de loi, la "neutralité" au niveau des coûts pour l'économie luxembourgeoise entière.

Le projet de loi introduisant un statut unique pour les salariés du secteur privé prévoyait notamment:

- La généralisation de la continuation de la rémunération en cas de maladie: le modèle adopté est largement inspiré de la continuation de rémunération des employés privés;
- L'adaptation du droit du travail: élimination des traitements différents pour les régimes des ouvriers et des employés privés;
- La réorganisation administrative de la sécurité sociale:
 - la création d'une caisse de maladie unique pour les salariés du secteur privé, la Caisse nationale de santé (CNS), en fusionnant les caisses de maladies existantes;
 - la création d'une Caisse nationale d'assurance pension unique (CNAP), en fusionnant les caisses de pension existantes;
 - la création d'une Mutualité des employeurs pour réassurer le risque de la continuation de la rémunération en cas de maladie.

Dès le dépôt à la Chambre des députés, le service de la méthodologie du Centre commun de la sécurité sociale avait entamé une analyse approfondie et technique du projet de loi pour apprécier et préparer les changements nécessaires au niveau de l'organisation informatique et administrative. Cette analyse, dont les résultats et conclusions étaient présentés dans des réunions de travail du Ministère de la Sécurité Sociale, de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) et du Centre commun avec les représentants du patronat, a contribué à l'introduction de certains amendements parlementaires d'ordre technique au projet de loi N°5750.

Lors des débats dans les commissions parlementaires de la Santé et de la Sécurité sociale et du Travail et de l'Emploi et après un avis globalement positif de la part du Conseil d'Etat, les députés avaient adopté une totalité de 46 amendements parlementaires. Dans son premier avis, le Conseil d'Etat avait déjà introduit bon nombre d'amendements sans pour autant changer la philosophie majeure du projet de loi qui visait à harmoniser les statuts de l'ouvrier et de l'employé privé.

Le présent article décrit la mise en œuvre par le Centre commun de la sécurité sociale du projet de loi N°5750 introduisant un statut unique pour les salariés du secteur privé. Il ne décrit pas les étapes individuelles de cette mise en œuvre ou de l'analyse in fine qui a contribué au nombre d'amendements parlementaires, mais il présente les conclusions de ces analyses et la mise en pratique de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique.

Le présent article ne concerne que la mise en œuvre de la part du Centre commun de la sécurité sociale de cette loi et ainsi il se limitera aux dispositions relatives au Centre commun ou à la sécurité sociale en général, et non au Code du Travail ou à d'autres dispositions du statut unique.

Avant de présenter la mise en œuvre du statut unique au sein du Centre commun, on examine d'abord le rôle du Centre dans l'organisation de la sécurité sociale.

1.2. Le Centre commun de la sécurité sociale

Les missions du Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) sont déterminées dans le nouveau Livre VI des dispositions communes du Code de la Sécurité Sociale (CSS)¹⁾. Il fait partie des institutions de la sécurité sociale (ISS) (cf. Figure 1) qui sont des établissements publics dans le domaine de la sécurité sociale et qui jouissent de la personnalité civile.

Le Centre commun est placé sous la responsabilité d'un comité directeur à la tête duquel se trouve un président, Paul Hansen, qui est aussi président de l'Association d'assurance contre les accidents (AAA). En tant qu'institution de la sécurité sociale, le CCSS est aussi soumis à la haute surveillance du Gouvernement, laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS), rattachée au Ministère de la Sécurité Sociale.

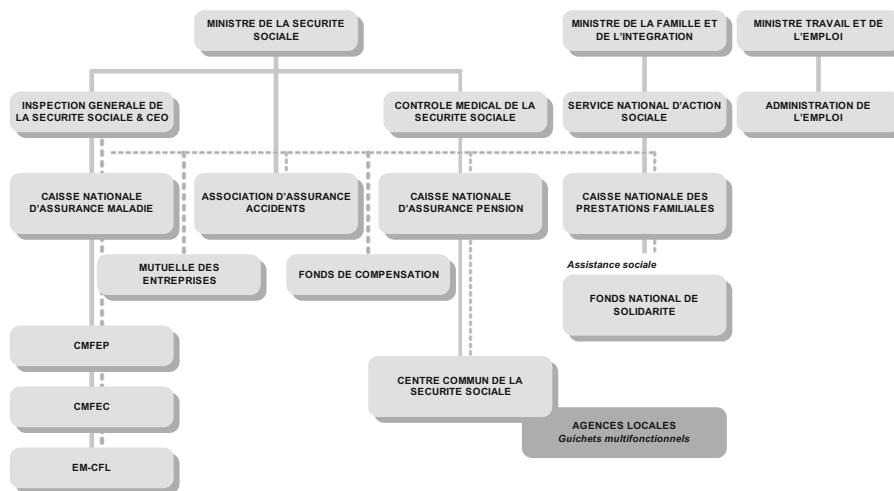


Figure 1: Les institutions de la sécurité sociale [CHD].

1) Le Code des Assurances Sociales (CAS) a été dénommé "Code de la Sécurité Sociale" (CSS) par la loi du 13 mai 2008 introduisant un statut unique.

Les missions du CCSS

L'article 413 du nouveau CSS [LOI] définit les missions du Centre commun comme suit:

Art. 413. Un centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale, qui porte la dénomination "Centre commun de la sécurité sociale" est chargé de:

- 1) l'organisation de l'informatisation, la collecte et le traitement des données informatiques pour le compte des différentes institutions de sécurité sociale, du Fonds national de solidarité, de l'Administration de l'emploi, de l'Inspection générale de la sécurité sociale, du Contrôle médical de la sécurité sociale et de l'Administration du personnel de l'Etat, dans le cadre des missions légales, réglementaires et statutaires dévolues à ces institutions et administrations;
- 2) l'affiliation des assurés, la détermination, la perception et le recouvrement des cotisations d'après les dispositions y relatives en matière de sécurité sociale, la comptabilisation et la répartition de celles-ci entre les différentes institutions;
- 3) la création d'une banque de données de la sécurité sociale et l'exploitation de cette banque selon les besoins spécifiques des institutions et administrations de la sécurité sociale;
- 4) la liquidation des rémunérations et des pensions du personnel des différentes institutions de sécurité sociale;
- 5) la réalisation de tâches communes et d'études lui confiées par l'une ou l'autre ou par plusieurs des institutions et administrations prévues au point 1);
- 6) la perception et le recouvrement forcé des cotisations légalement dues aux chambres professionnelles, ceci à leur demande et à leurs frais;
- 7) la collaboration avec l'Administration du personnel de l'Etat et les autres administrations compétentes pour l'application des régimes spéciaux de pensions;
- 8) la fourniture au ministre ayant le Travail et l'Emploi dans ses attributions ainsi qu'aux administrations et services qui en relèvent des données nécessaires à l'application de la législation du travail.

Sont dévolues au Centre les compétences des différentes institutions et de leurs organes prévues en matière d'affiliation, de détermination, de perception et de recouvrement des cotisations prévues au titre des lois et règlements.

Le Centre maintient un réseau d'agences locales multifonctionnelles, servies par des agents détachés par les différentes institutions de sécurité sociale. Le fonctionnement de ces agences est déterminé par règlement grand-ducal.

Le Centre délivre aux assurés et aux ayants droit une carte indiquant les données personnelles et le numéro d'identité.

Il fournit à l'Inspection générale de la sécurité sociale toutes données nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Un règlement grand-ducal détermine les données nominatives contenues dans les banques de données gérées par le Centre qui peuvent être consultées par télétraitement en vue de l'exercice de leurs missions légales, réglementaires et statutaires respectives, par les institutions et administrations visées aux points 1) et 8) de l'alinéa 1 ci-dessus.

L'organisation et le fonctionnement du Centre ainsi que ses relations avec les institutions de sécurité sociale sont fixés par règlement grand-ducal.

[LOI]

Le CCSS est encore chargé d'autres missions, notamment en relation avec les remboursements de la nouvelle Mutualité des employeurs (art. 54 du CSS) et en relation avec l'établissement de listes des électeurs pour la Chambre des salariés, fusionnant la Chambre des employés privés et la Chambre de Travail (art. 10, paragraphe (3), de la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective).

Dans l'article 413 ci-dessus du Code de la sécurité sociale, la loi du 13 mai 2008 introduisant un statut unique charge le CCSS explicitement de deux nouvelles missions: d'intégrer dans son enceinte le volet exécutif du service du personnel de la sécurité sociale et de maintenir le réseau des anciennes agences locales de la Caisse de maladie des ouvriers (CMO) qui deviendront des agences multifonctionnelles. La première de ces deux missions ne constitue qu'un simple réarrangement d'une mission qui incombait à l'Office des assurances sociales (OAS) aboli par la loi du 13 mai 2008 introduisant un statut unique, accompagné d'une extension de cette mission spécifique à toutes les institutions de la sécurité sociale. Le CCSS a aussi hérité d'autres charges et services qui faisaient partie des services communs de l'OAS telle que la surveillance du bon fonctionnement du site de Hollerich, de la crèche et de la cantine de la sécurité sociale. Néanmoins, le rôle du CCSS dans le maintien d'agences locales multifonctionnelles est moins évident, puisque les missions envisageables de telles agences ne sont point compatibles avec les missions du CCSS énumérées dans l'article 413 du Code de la sécurité sociale.

Les nouvelles attributions du CCSS ne constituent pas toutes l'objectif de cet article. Celui-ci se limite surtout aux dispositions de l'article 413, points 2) et 6) et de l'article 54 du Code de la sécurité sociale. L'organisation future du CCSS dans le cadre de l'article 54 du Code de la sécurité sociale fera l'objet de la section 4.3.

2. AFFILIATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE ET CHAMP D'APPLICATION DES CHAMBRES PROFESSIONNELLES

Ce chapitre traite des différences d'affiliation à la sécurité sociale et du champ d'application des Chambres professionnelles dus à la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique.

2.1. Affiliation à la sécurité sociale

Par affiliation à la sécurité sociale, on comprend l'adhérence des assurés¹⁾ à l'assurance maladie, à l'assurance pension et à l'assurance contre les accidents, régies respectivement par l'article 1er, l'article 170 et les articles 85 et 86 du Code de la sécurité sociale (CSS). L'affiliation à ces assurances par le biais d'une activité professionnelle est obligatoire et se différencie alors de l'affiliation en tant que volontaire, pour garantir par exemple l'assurance continuée après l'arrêt d'activité professionnelle, et de la pseudo-affiliation dans le chef d'une famille. Cette notion de l'affiliation constitue donc une image fiable de l'activité professionnelle rémunérée ou de l'activité professionnelle en tant que travailleur indépendant. Quand on parle d'affiliation dans cet article, on entend toujours cette forme de l'affiliation qui est étroitement liée à l'activité professionnelle. Le champ d'application de celle-ci n'a point subi de modification due au statut unique.


Un assuré est à affilier à la sécurité sociale par le Centre commun moyennant une déclaration d'entrée (cf. Figure 2) envoyée par l'employeur endéans huit jours du début de l'activité professionnelle en vertu de l'article 425 du CSS. De même, la désaffiliation de l'assuré auprès d'un employeur, se fait moyennant une déclaration de sortie.

L'affiliation d'un assuré constitue bel et bien le point d'entrée à la sécurité sociale. L'employeur doit fournir toutes les informations nécessaires relatives

1) *Par abus de langage, on utilise le terme "assuré" pour dénoter une personne physique, bien que l'individu en question ne devienne assuré qu'en vertu de son affiliation à la sécurité sociale.*

à l'activité professionnelle de l'assuré. Ces informations, ensemble avec les rémunérations déclarées mensuellement, constituent la base du calcul des cotisations sociales. Il est donc essentiel que les procédures et la gestion de l'affiliation tiennent compte de toutes les spécificités légales possibles pour aboutir à une bonne prise en charge de l'assuré par le Centre commun. Il est donc évident que l'affiliation représente un point critique et que des changements relatifs à cette affiliation ont des répercussions pour tous les volets de la sécurité sociale.

Dans les sections qui suivent nous examinons les différences qui ont été introduites par la loi du 13 mai 2008 et l'impact de ces différences en matière d'affiliation et les procédures administratives du Centre commun.



**DECLARATION D'ENTREE POUR SALARIE
DU SECTEUR PRIVE**

CENTRE COMMUN DE LA SECURITE SOCIALE
L-2975 Luxembourg
Tél.: 46141-1 www.ccs.lu

Déclaration rectificative

1) Données concernant l'employeur

MATRICULE EMPLOYEUR	
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
Nom ou dénomination _____	
Rue, Numéro _____	
Code Postal, Localité _____	Tél. _____

2) Données concernant l'assuré


MATRICULE ASSURÉ	
<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
Nom _____ Prénom(s) _____	
Nom marital _____	
Rue, Numéro _____	
Code Postal, Localité _____	Code Pays _____

3) Données concernant l'activité professionnelle de l'assuré

A) TYPE		Durée déterminée <input type="checkbox"/>	
Durée indéterminée <input type="checkbox"/>		Etudiant <input type="checkbox"/>	
Apprentissage <input type="checkbox"/>		Stage <input type="checkbox"/>	
B) PÉRIODE		Fin du contrat <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
Date d'entrée <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
Fin de la période d'essai <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
C) ACTIVITÉ		Code emploi <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
Dénomination précise _____		Activité manuelle <input type="checkbox"/>	
Heures de travail par semaine <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
D) LIEU(X) DE TRAVAIL			
L <input type="checkbox"/> Code postal <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>		Localité _____	
B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/>		Autre(s) <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	

4) Données concernant le statut / la responsabilité de l'assuré dans l'entreprise

L'assuré est détenteur de l'autorisation d'établissement <input type="checkbox"/>	
L'assuré est gérant, administrateur ou administrateur-délégué <input type="checkbox"/> Pourcentage des parts _____ %	
Nom du signataire <input type="checkbox"/> Employeur / <input type="checkbox"/> Mandataire _____	
Lieu _____, le _____	Date _____ Signature _____



Code Archivage C021 (V0905)

Réserve à l'administration

Figure 2: Version 2009 de la déclaration d'entrée du secteur privé, reprenant les informations relatives à l'activité professionnelle de l'assuré.

2.1.1. Disparition des régimes "ouvriers" et "employés privés"

L'introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé abolit les différences de traitement entre les ouvriers et les employés privés qui avaient subsisté du siècle dernier, en ce qui concerne la législation de la sécurité sociale et du travail. Ainsi seront abolis les régimes socioprofessionnels des ouvriers et des employés privés pour être remplacés par un régime unique de salarié.

En ce qui concerne le Centre commun de la sécurité sociale, l'employeur n'est plus tenu d'indiquer le régime socioprofessionnel (cf. tableau Table 1) de son salarié sur la déclaration d'entrée. Puisque le modèle de la rémunération continuée en cas d'incapacité de travail des employés privés a été retenu par le législateur, le régime 01 des ouvriers n'est plus considéré comme régime de la sécurité sociale. Le régime par défaut est dorénavant le régime 03 des salariés, ancien régime des employés privés. De même, les régimes 02 des ouvriers "ARBED" et le régime 15 des ouvriers de la société nationale des chemins de fer (SNCFL) ne sont plus utilisés à partir de 2009.

2.1.2. Fusion des caisses de maladie, des caisses de pension et réorganisation de la sécurité sociale

Les caisses de maladie

En 2008, les six caisses de maladie du secteur privé étaient:

- La Caisse de maladie des ouvriers (CMO),
- La Caisse de maladie des ouvriers de l'Arbed (CMOA),
- La Caisse de maladie des employés privés (CMEP),
- La Caisse de maladie des employés de l'Arbed (CMEA),
- La Caisse de maladie des professions indépendantes (CMPI),
- La Caisse de maladie agricole (CMA).

S'y ajoutent l'Union des Caisses de Maladie (UCM) pour les prestations en nature et les caisses de maladie suivantes pour les assurés du secteur public, les fonctionnaires et employés de l'Etat ou employés communaux et les agents de la Société Nationale des Chemins de Fer (SNCFL):

- La Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics (CMFEP),
- La Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux (CMFEC),
- L'Entraide médicale des CFL (EM-CFL).

Cette ribambelle de caisses de maladie peut s'expliquer de par le développement de la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg et des réalités en ce qui concerne le marché du travail à la fin du 19^e siècle, où les chemins de fer et la sidérurgie étaient les vrais moteurs du développement économique du pays (cf. [SCU]), tandis que le volet de l'assurance maladie pour les indépendants n'a été introduite de manière globale qu'au début des années 50, selon [DUR].

Néanmoins, après l'abolition des différences de traitement entre salariés et dans un souci d'une simplification administrative et d'une rationalisation conduisant à une neutralité globale des coûts pour l'économie du pays, le maintien de nombreuses caisses de maladie n'était plus justifié. Ainsi, les six caisses de maladie du secteur privé et l'Union des caisses de maladie sont dorénavant fusionnées en une seule caisse de maladie, la Caisse nationale de santé (CNS).

Puisque les assurés des trois caisses du secteur public ne sont point concernés par le statut unique, ceux-ci maintiendront leurs services de prestations en nature (de maladie soins) et leurs agences actuelles. Les fonds mis à disposition de ces caisses, même à ce jour, proviennent en fait de l'Union des caisses de maladie qui est dotée des cotisations des agents publics.

Le tableau Table 1 indique la répartition des différents régimes socioprofessionnels et des caisses de maladie (anciennes et nouvelles).

**Table 1: Régimes socioprofessionnels d'affiliation à la sécurité sociale.
Volet maladie.**

Code	Régime d'occupation	Affiliations (1er sept. 2007)	Maladie en 2008	Maladie Statut Unique	
				Maladie soins	Cotisations maladie
01	Ouvrier	145.164	CMO	CNS	CNS
02	Ouvrier ARBED	3.150	CMOA	CNS	CNS
03	Employé privé	150.820	CMEP	CNS	CNS
04	Employé ARBED	2.943	CMEA	CNS	CNS
06	Travailleur intellectuel indépendant	6.610	CMEP	CNS	CNS
07	Indépendant (commerçant / artisan)	10.087	CMPI	CNS	CNS
08	Indépendant agricole	3.609	CMAG	CNS	CNS
10	Fonctionnaire Etat	18.041	CMFEP	CMFEP	CNS
13	Employé Etat	6.862	CMFEP	CMFEP	CNS

11	Fonctionnaire communal	3.761	CMFEC	CMFEC	CNS
14	Employé communal	409	CMFEC	CMFEC	CNS
12	Agent CFL	2.986	EMCFL	EMCFL	CNS
15	Ouvrier CFL	23	EMCFL	EMCFL	CNS
16	Employé CFL	3	EMCFL	EMCFL	CNS
05	Occupation occasionnelle (assurance accident)	2.973	--	--	--

Les caisses de pension

En 2008, les quatre caisses de pension du secteur privé étaient :

- L'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité (EAVI)
- La Caisse de Pension des Employés Privés (CPEP),
- La Caisse de Pension des Artisans, des Commerçants et Industriels (CPACI)
- La Caisse de Pension agricole (CPAG).

Celles-ci sont fusionnées en une seule caisse de pension, la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) par la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique.

Les régimes spéciaux des pensions des agents publics, les fonctionnaires de l'Etat, les fonctionnaires communaux et les agents du SNCFL, continueront d'exister au-delà de 2009 avec leurs "caisses de pension¹⁾" respectives.

1) Le rôle de "caisse de pension" est assumé par l'établissement qui est responsable pour le traitement de l'agent public, tel que l'Administration du personnel de l'Etat (APE), l'établissement public ou la SNCFL, sauf pour les fonctionnaires communaux, pour lesquels la CPFEC constitue la caisse de pension proprement dite.

Le tableau Table 2 indique la répartition des différents régimes socioprofessionnels et des caisses de pension (anciennes et nouvelles).

**Table 2: Régimes socioprofessionnels d'affiliation à la sécurité sociale.
Volet pension.**

Code régime	Régime d'occupation	Affiliations (1er sept. 2007)	Pension 2008	Pension Statut Unique	
				Carrière pension	Cotisations pension
01	Ouvrier	145.164	EAVI	CNAP	CNAP
02	Ouvrier ARBED	3.150	EAVI	CNAP	CNAP
03	Employé privé	150.820	CPEP	CNAP	CNAP
04	Employé ARBED	2.943	CPEP	CNAP	CNAP
06	Travailleur intellectuel indépendant	6.610	CPEP	CNAP	CNAP
07	Indépendant (commerçant / artisan)	10.087	CPACI	CNAP	CNAP
08	Indépendant agricole	3.609	CPA	CNAP	CNAP
13	Employé Etat	6.862	CPEP	CNAP	CNAP
14	Employé communal	409	CPEP	CNAP	CNAP
15	Ouvrier CFL	23	EAVI	CNAP	CNAP
16	Employé CFL	3	CPEP	CNAP	CNAP
10	Fonctionnaire Etat	18.041	NON CONTR	APE	--
11	Fonctionnaire communal	3.761	CPFEC	CPFEC	--
12	Agent CFL	2.986	CFL	CFL	--
05	Occupation occasionnelle (assurance accident)	2.973	--	--	--

Conséquences

Les fusions des caisses de maladie et de pension du secteur privé ainsi que l'article 15, alinéa 1 de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, substituant la CNS et la CNAP de plein droit dans les droits et obligations des caisses fusionnées, amènent le Centre commun à ne plus continuer les affiliations aux régimes des ouvriers (régimes 01, 02 et 15) et les régimes de l'ARBED (régimes 02 et 04) au-delà du 1^{er} janvier 2009. Bien que la CNS et la CNAP constituent les seules caisses de maladie et caisse de pension pour les régimes 03 (salariés), 06 (travailleur indépendant intellectuel), 07 (commerçant/artisan) et 08 (agriculteur), une gestion séparée pour les affiliations et les assiettes cotisables des régimes des différents types d'indépendants s'impose au-delà de 2009 (cf. tableaux Table 1 et Table 2).

Cette réduction du nombre de régimes distincts ne constitue néanmoins pas la seule simplification administrative en ce qui concerne l'affiliation à la sécurité sociale. En effet, avant la fusion des caisses de maladie, le cas échéant d'activités professionnelles d'un assuré relevant de régimes d'occupations multiples donnait lieu à une appréciation du régime principal par un gestionnaire du Centre commun. Le régime principal était le régime dans lequel l'activité professionnelle est prépondérante. Le régime principal déterminait les caisses de maladie et de pension compétentes auxquelles incombait les prestations et par conséquent celles qui bénéficiaient des cotisations sociales du chef de l'assuré en question.

En vue des fusions des caisses de maladie et des caisses de pension et abstraction faite des caisses de maladie et des régimes de pension des agents publics, la gestion des régimes accessoires (par rapport au régime principal) disparaît. Le règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 détermine la caisse de maladie compétente pour la gestion de l'assurance maladie-maternité en cas de cumul d'activités ou de pensions relevant de caisses ou de régimes différents du secteur privé ou public.

L'abolition de la gestion du régime principal et accessoire entraîne aussi l'abolition du régime 09, le régime sans profession. En effet chaque assuré était classé dans ce régime accessoirement au régime principal d'où il ressortissait. Les différents cas d'activités professionnelles¹⁾ qui pouvaient se présenter en 2008 dans le régime 09 sont classés dans les régimes correspondants en 2009.

1) Les spécifications générales (SPEGEN) du régime actuel 09 (Sans profession) sont:

- 92 Congé parental (plein temps),
- 93 Congé parental (temps partiel),
- 94 Réemploi et Complément,
- 95 RMG,
- 96 Sportif d'élite.

La simplification administrative apportée par cette abolition est reflétée aussi dans le traitement des déclarations d'entrée au sein du CCSS. Ces déclarations ne sont plus examinées par les gestionnaires du service des salariés au sein du CCSS en vue de déterminer le régime principal, et, le cas échéant, le régime accessoire, ensemble avec la spécification générale¹⁾ qui devrait s'appliquer. Elles seront par contre enregistrées par le service de la saisie, moyennant un logiciel de saisie décentralisée qui transforme l'input en une forme identique aux fichiers qui entrent dans le système sous forme électronique via SECULine. Pendant la nuit, ces fichiers, contenant les données de l'activité professionnelle des personnes à affilier, sont traités de manière à pouvoir affilier les assurés automatiquement dans le fichier des affiliations. Seules les corrections des rebus de cette saisie décentralisée, le cas échéant de données manquantes ou contradictoires, les déclarations d'entrée pour ménages privés (procédure simplifiée), pour indépendants et volontaires, ainsi que pour les pensionnés du secteur public seront encore saisies directement dans le fichier des affiliations (CA) (cf. Figure 3).

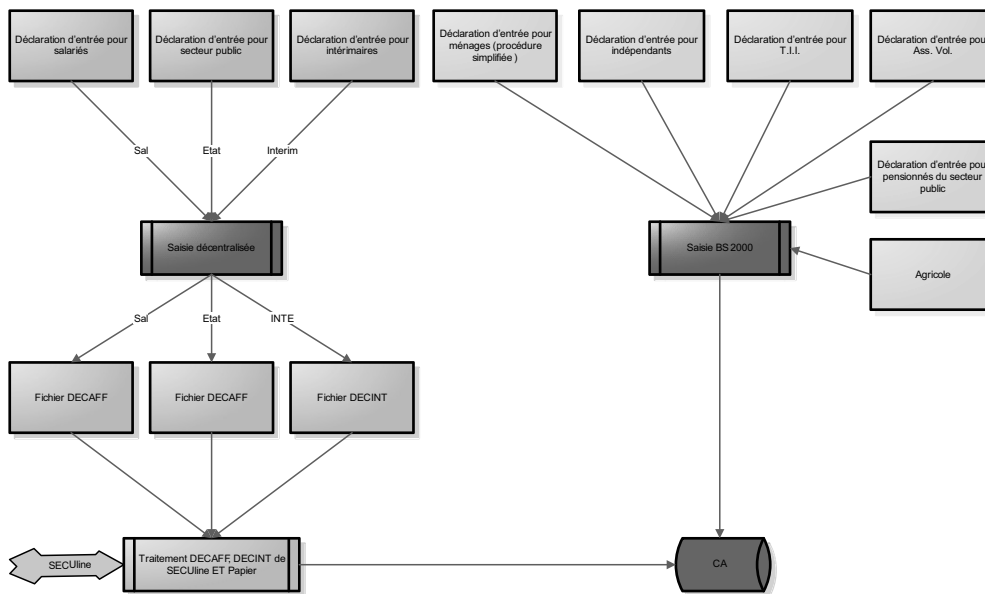


Figure 3: Flux des déclarations d'entrée sur papier et des fichiers DECAFF ou DECINT par la procédure électronique SECULine.

1) Les SPEGEN, spécifications générales, sont des classes d'assurés qui correspondent à des cas particuliers déterminés en vertu d'une loi spéciale ou de dispositions légales spécifiques des articles réglant l'affiliation à la sécurité sociale.

Exemple: Régime principal et accessoire

Un ouvrier occupé à raison de 40 heures par semaine est actif en tant qu'entraîneur de football, une activité en tant qu'indépendant, à raison de 6 heures par semaine.

En 2008, l'activité en tant qu'indépendant (régime 06) était accessoire par rapport au régime principal 01 d'ouvrier. De cette façon, les cotisations sociales pour maladie en tant qu'indépendant étaient affectées à la CMO qui était responsable des prestations maladie en espèces et en nature et non la CMEP. De même, les cotisations pour l'assurance pension étaient affectées à l'EAVI et non à la CPEP.

A partir de 2009, les deux activités ne donneraient pas lieu à des cotisations à affecter aux distinctes institutions d'une même branche de la sécurité sociale, donc une gestion du régime principal ne s'impose plus pour déterminer la caisse compétente. Les deux régimes 01 et 06 seront traités différemment en ce qui concerne la détermination de l'assiette cotisable et le paiement des cotisations, mais l'affectation des cotisations est la même : la CNS et la CNAP respectivement.

2.1.3. Champ d'application de la surprime**La surprime**

La surprime est une cotisation sociale définie à l'article 14 de la loi du 13 mai 2008 introduisant un statut unique et supportée par les assurés du type ouvrier. Elle s'élève à 2,1% de l'assiette cotisable de maladie-espèces. Ce taux se réduit à 1% à partir du 1er janvier 2012, à 0,5% à partir du 1er janvier 2013 et disparaîtra à partir du 1er janvier 2014.

La surprime est perçue auprès des employeurs par le Centre commun de la sécurité sociale au profit de la Mutualité des employeurs.

Les assurés du type ouvrier sont:

- les ouvriers en 2008 qui ne bénéficiaient pas d'une continuation de la rémunération en cas d'incapacité de travail au moins équivalente à celle des employés privés jusqu'au 31 décembre 2008,
- les salariés qui exercent une activité professionnelle à caractère principalement manuel,

à l'exclusion des assurés employés dans le cadre de travaux dans un ménage privé et affiliés selon la procédure simplifiée.

Des amendements apportés au projet de loi N°5750 par le Conseil d'Etat ont eu comme conséquence que l'ensemble des employeurs dont les salariés du type ouvrier sont soumis à une cotisation de la surprime ne représente pas un sous-ensemble des employeurs qui adhèrent à la Mutualité (cf. section 4.2.). En effet, même si un employeur n'adhère pas à la Mutualité, il doit néanmoins cotiser la surprime pour ses salariés du type ouvrier à celle-ci et ne peut pas utiliser ces fonds pour le compte de son assurance privée.

Les ouvriers qui bénéficient de la continuation de la rémunération en cas d'incapacité de travail

En 2008, l'article 29 du Code des Assurances Sociales (CAS) énumérait trois taux distincts pour l'assurance de maladie-espèces selon que les assurés

- ne bénéficiaient pas d'une continuation de la rémunération (code A);
- bénéficiaient d'une continuation de la rémunération au même titre que les employés privés, c.-à-d. pendant le mois de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents (code B);
- bénéficiaient d'une continuation de la rémunération sans limitation dans le temps au même titre que les fonctionnaires d'Etat (code C).

Les travailleurs indépendants étaient regroupés avec les employés privés. Le taux de maladie-espèces des assurés du dernier groupe était de 0%. Ces continuations de la rémunération devaient être régies par des dispositions légales ou conventionnelles.

Ainsi le Centre commun pouvait identifier les employeurs dont les assurés bénéficiaient d'un taux spécial de maladie-espèces par une codification dans le fichier des employeurs (cf. Figure 4). Un employeur standard était codifié par "ABC" tandis qu'un employeur qui offrait une continuation de la rémunération sans limitation dans le temps à tous ses salariés était codifié par "CCC". Les employeurs codifiés par "BBC", qui offraient une continuation de la rémunération à leurs ouvriers au même titre que celle des employés privés, sont essentiellement des employeurs du secteur hospitalier et quelques administrations communales.

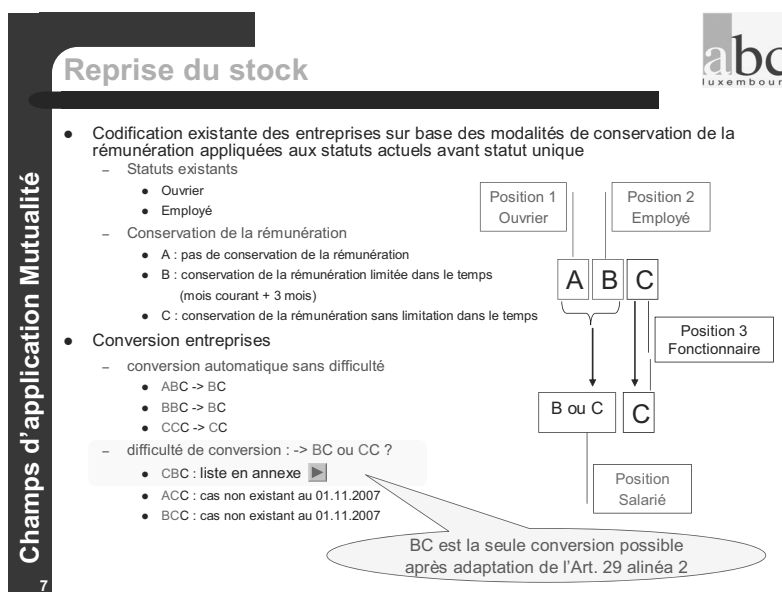


Figure 4: Codification des différents taux de maladie-espèces en 2008 à adopter pour les employeurs [abc].

La loi du 13 mai 2008 introduisant un statut unique a notamment introduit la continuation de la rémunération pour tous les salariés, ainsi un taux spécial de l'assurance maladie-espèces n'est plus requis. Néanmoins, le nouvel article 29 du Code de la sécurité sociale précise que l'exemption de cotisations pour l'assurance maladie-espèces est accordée pour les assurés "au service de l'Etat, des communes, des syndicats de communes, des établissements publics administratifs et de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle particulière."

La possibilité de bénéficier d'un taux plus avantageux due à la continuation de la rémunération sans limitation dans le temps pour ses salariés en cas d'incapacité de travail n'est donc dorénavant qu'accordée au secteur public administratif. De plus, l'information d'un tel traitement d'un salarié en cas d'incapacité de travail est enregistrée au niveau de l'individu lors de l'affiliation et non plus au niveau de l'employeur lors de l'établissement de celui-ci ou de l'établissement d'une convention collective.

Conséquences

Dans la sous-section 2.1.2., on a préconisé l'abolition des régimes ouvriers, 01, 02 et 15, tandis que la surprime nécessite la distinction entre salarié de type ouvrier et non jusqu'à la fin de l'année 2013. Le procédé le plus simple consiste à garder le régime 01 des ouvriers ensemble avec une donnée au niveau de l'assuré individuel (fichier de l'affiliation) qui indique son traitement en cas d'incapacité de travail avant le 31 décembre 2008 (article 14 de [LOI]) comme indicateur d'une surprime qui soit due pour le salarié en question.

L'employeur est donc obligé d'indiquer, en cochant la case "activité manuelle" sur la déclaration d'entrée, si le futur salarié est soumis à une surprime, tandis que l'employeur du secteur public indique aussi dans une case correspondante si le futur salarié bénéficie d'une continuation de la rémunération sans limitation dans le temps.

2.1.4. Particularités de la période d'essai

Lors du dépôt à la Chambre des députés, le projet de loi N°5750 proposait de modifier l'article 11 du Code des assurances sociales (CAS) pour que la charge de la continuation de la rémunération en cas d'incapacité de travail pendant les trois premiers mois d'une période d'essai revienne à la caisse de maladie.

La disposition du projet de loi de la prise en charge des indemnités pécuniaires par la caisse de maladie pour les absences pendant la période d'essai aurait pu conduire à la conclusion que le mode de calcul de cette indemnité pécuniaire soit régi par l'article 10 du CSS, qui détaille les deux parties qui sont mises en compte pour le calcul de l'indemnité pécuniaire (cf. [CHD]):

- 1) *“la rémunération de base la plus élevée qui fait partie de l'assiette appliquée au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par la caisse;*
- 2) *la moyenne des compléments et accessoires de la rémunération qui font partie des assiettes des douze mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance de l'incapacité de travail; si cette période de référence n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base des mois de calendrier entièrement couverts.”*

Puisqu'une prise en charge de la caisse de maladie selon ce mode de calcul n'est point possible pendant les premiers mois d'un contrat de travail, il fallait en trouver un autre qui maintient quand même l'esprit de la disposition de l'article 11 du CSS comme proposée dans le projet de loi. La période d'essai, restreinte aux trois premiers mois, est généralement située dans la période de la continuation de la rémunération prévue dans l'article L. 121-6, paragraphe (3), alinéa 2. Pendant cette période, la Mutualité des employeurs rembourse à l'employeur une fraction des coûts de cette continuation de la

rémunération, sur base des rémunérations payées au salarié en question. Il suffisait de prévoir un remboursement intégral par la même voie¹⁾ pendant les trois premiers mois d'une période d'essai.

Voilà pourquoi l'article 54 du CSS prévoit, en outre des remboursements standards de la Mutualité qui sont effectués par le Centre commun de la sécurité sociale, "*le remboursement intégral du salaire et autres avantages, charges patronales incluses, avancés par l'employeur pour les incapacités de travail concernant: [...] les périodes d'essai des apprentis et des salariés [...]; la période à prendre en considération comprend le mois de calendrier entier au cours duquel se situe la fin de la période d'essai ou la fin des trois premiers mois d'une période d'essai plus longue.*"

L'employeur est tenu d'indiquer la durée d'une éventuelle période d'essai de son salarié sur la déclaration d'entrée pour profiter de cette disposition. De plus, le Centre commun a dû collecter cette donnée à partir du 1er octobre 2008 pour qu'il sache, en janvier 2009 quels salariés se trouvent en période d'essai pour laquelle cette disposition de l'article 54 du CSS joue.

2.2. Champ d'application des Chambres professionnelles

Le Centre commun est chargé (cf. article 413 du CSS sous 6)) de la perception des cotisations à la Chambre des salariés instituée par la loi du 13 mars 2008 introduisant un statut unique, en modifiant la loi du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base électorale pour fusionner la Chambre de Travail et la Chambre des employés privés. Le champ d'application des cotisations pour ces deux chambres professionnelles était étroitement lié au champ d'application des caisses de maladie existant en 2008.

Avec l'introduction d'un statut unique et notamment avec la fusion des caisses de maladie et la simplification administrative engendrée par la disparition de la gestion du régime principal (cf. section 2.1.), le champ d'application des Chambres professionnelles nécessitait une nouvelle définition qui tient compte de la situation professionnelle des assurés, salariés et indépendants, en 2009.

En effet, les salariés et les indépendants appartiennent dorénavant à la même caisse de maladie, la Caisse nationale de santé. Avant l'introduction du statut unique, la caisse de maladie compétente déterminait la Chambre professionnelle dont l'assuré était ressortissant et pour laquelle il devait cotiser (cf. tableau Table 3).

1) *Même si la charge est à la Caisse nationale de santé, le remboursement peut se faire selon les modalités de la Mutualité des employeurs.*

Le cas échéant où un salarié exerçait aussi une activité en tant que travailleur indépendant, son régime principal et par conséquent l'affiliation à la caisse de maladie compétente, régissait alors si l'assuré devait cotiser pour une des deux Chambres professionnelles, la Chambre de travail ou la Chambre des employés privés. L'affiliation et les cotisations de la Chambre de commerce et de la Chambre des métiers sont régies par d'autres dispositions réglementaires.

Table 3: Chambres professionnelles et régimes socioprofessionnels en 2008.

Code	Régime principal	Caisse de maladie compétente	Chambre professionnelle
01	Ouvrier	CMO	Chambre de Travail
02	Ouvrier ARBED	CMOA	Chambre de Travail
15	Ouvrier CFL	EMCFL	Chambre de Travail
03	Employé privé	CMEP	Chambre des employés privés
04	Employé ARBED	CMEA	Chambre des employés privés
12	Agent CFL	EMCFL	Chambre des employés privés
16	Employé CFL	EMCFL	Chambre des employés privés
06	Travailleur intellectuel indépendant	CMEP	-
07	Indépendant (commerçant/artisan)	CMPI	Chambre de commerce ou Chambre des métiers
08	Indépendant agricole	CMAG	Chambre d'agriculture
10	Fonctionnaire Etat	CMFEP	Chambre des fonctionnaires et employés publics
11	Fonctionnaire communal	CMFEC	Chambre des fonctionnaires et employés publics
13	Employé Etat	CMFEP	Chambre des fonctionnaires et employés publics
14	Employé communal	CMFEC	Chambre des fonctionnaires et employés publics

L'affiliation à la Chambre des Métiers

Règlement grand-ducal du 18 mars 2008 relatif aux modalités d'affiliation à la Chambre des Métiers, au mode et à la procédure d'établissement du rôle des cotisations de la Chambre des Métiers, et fixant la cotisation maximale admise.

Art. 1er. Affiliation et modalités d'affiliation

Les ressortissants de la Chambre des Métiers sont affiliés avec effet à partir du jour où une autorisation ministérielle leur est octroyée par le ministre ayant l'artisanat dans ses attributions et portant sur un ou plusieurs métiers artisanaux ou partie d'un tel métier au sens de la législation respectivement réglementation applicable en matière d'établissement.

L'affiliation se fait soit d'office par la Chambre des Métiers sur base de l'autorisation ministérielle communiquée par le ministère ayant l'artisanat dans ses attributions, soit sur initiative du ressortissant, fournissant les informations respectivement pièces requises à cet effet.

En cas d'affiliation d'office, le ressortissant en est informé par simple pli fermé à la poste.

Tout changement susceptible de concerner l'affiliation est à signaler sans délai par le ressortissant par écrit à la Chambre des Métiers, accompagné le cas échéant de pièces justificatives s'y rapportant. A défaut d'information de la part du ressortissant, et sur base des informations dont elle dispose, la Chambre des Métiers effectue d'office les modifications nécessaires.

La désaffiliation intervient à partir de la cessation définitive de l'activité artisanale pour laquelle l'autorisation ministérielle a été accordée.

L'affiliation à la Chambre de commerce

RGD du 21 décembre 2007 relatif aux modalités d'affiliation à la Chambre de Commerce, au mode et à la procédure d'établissement du rôle des cotisations de la Chambre de Commerce et fixant la procédure de perception des cotisations de la Chambre de Commerce.

Article 1er: Affiliation et modalités d'affiliation

Les ressortissants de la Chambre de Commerce sont affiliés avec effet à partir de la date de leur inscription au registre de commerce et des sociétés. Ils sont inscrits au rôle des cotisations de la Chambre de Commerce soit d'office, soit sur leur propre initiative en demandant d'y être inscrits, soit sur base des données signalétiques communiquées mensuellement par l'Administration des contributions directes.

Le fait de ne pas exploiter momentanément une activité commerciale, financière ou industrielle ne met pas fin à l'affiliation auprès de la Chambre de Commerce.

L'affiliation cesse

- en ce qui concerne les personnes physiques, à la date de radiation du registre de commerce et des sociétés, figurant sur l'extrait émis par le registre de commerce et des sociétés;
- en ce qui concerne les personnes morales, à la date de radiation du registre de commerce et des sociétés, figurant sur l'extrait émis par le registre de commerce et des sociétés après clôture préalable de la liquidation de la société et publication de la clôture au Mémorial C;
- en ce qui concerne les succursales de sociétés étrangères, à la date de radiation du registre de commerce et des sociétés, figurant sur l'extrait émis par le registre de commerce et des sociétés.

La mise en liquidation, la décision de dissolution ou de cessation de l'activité commerciale, financière ou industrielle ne mettent pas fin à l'affiliation à la Chambre de Commerce et ne dispensent pas du paiement de la cotisation due.

L'obligation du paiement des cotisations à la Chambre des salariés, à partir de 2009, pourra être régie par un règlement grand-ducal analogue à celui du 22 mars 2004 déterminant le mode de perception des cotisations mises à charge des ressortissants de la Chambre de Travail et de la Chambre des employés privés:

Art. 3. La cotisation est due indépendamment du nombre d'heures de travail prestées par le ressortissant.

Elle est due que le ressortissant bénéficie d'un contrat de travail à durée indéterminée ou déterminée, qu'il soit rémunéré en espèce ou en nature, qu'il soit engagé définitivement, à l'essai ou en qualité d'apprenti.

Si un ressortissant est occupé simultanément chez plusieurs employeurs, la perception de la cotisation est opérée par celui auprès duquel la durée du travail est la plus longue. En cas d'égalité de la durée du travail, l'affiliation la plus ancienne détermine l'employeur compétent pour la perception de la cotisation.

Ainsi, les salariés qui exercent aussi une activité professionnelle en tant que travailleur indépendant relevant de la Chambre de Commerce ou de la Chambre des métiers devraient payer deux cotisations pour deux Chambres professionnelles distinctes. Est-ce qu'ils auraient aussi le droit de vote pour les élections de ces Chambres professionnelles, puisqu'ils seraient des ressortissants de celles-ci? L'article 17 de la loi du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base électorale interdit pourtant "d'opérer ou de demander l'inscription d'une personne sur plus d'une liste électorale".

Pour éviter ce dilemme juridique, il faudrait avoir recours à une hiérarchie des Chambres professionnelles. Cette hiérarchie pourrait placer la Chambre des fonctionnaires et employés publics en premier lieu, en vue des dispositions légales réglant les statuts des ressortissants de cette Chambre professionnelle qui leur interdisent toute activité professionnelle en dehors de leur occupation principale. Suivraient alors les Chambres de commerce et des métiers dont l'affiliation est réglée en vertu d'une autorisation artisanale ou de l'inscription au registre de commerce. En dernier lieu de cette hiérarchie se trouveraient la Chambre des salariés et la Chambre d'agriculture. Les ressortissants de ces Chambres professionnelles seraient alors bien définis.

En cas de plusieurs activités professionnelles par un salarié auprès de plusieurs employeurs, l'article 3 alinéa 3 du règlement grand-ducal du 22 mars 2004 (voir ci-dessus) prévoit que "la perception de la cotisation est opérée par celui [des employeurs] auprès duquel la durée du travail est la plus longue. En cas d'égalité de la durée du travail, l'affiliation la plus ancienne

détermine l'employeur compétent pour la perception de la cotisation." A défaut d'une hiérarchie qui réglerait l'affiliation à une seule des Chambres professionnelles, une disposition réglementaire à l'image de cet article 3 en termes de la durée de travail ou de l'affiliation la plus ancienne devrait trancher les cas où un doute quant à la Chambre professionnelle compétente subsiste.

3. LES COTISATIONS SOCIALES

Ce chapitre traite de la mission de la détermination des cotisations sociales qui incombe au Centre commun de la sécurité sociale (cf. article 413 du CSS). Le Centre commun calcule ces cotisations par rapport aux assiettes cotisables sur base des rémunérations que les employeurs déclarent mensuellement.

Pour des raisons de simplification de présentation, ne sera décrit que l'établissement des assiettes cotisables relatives aux salariés.

3.1. La déclaration des salaires

L'employeur est tenu de déclarer mensuellement, pour tous ses salariés individuellement, les rémunérations versées. L'article 426 du CSS précise même que les rubriques de la rémunération qui sont à déclarer doivent correspondre aux *"informations relatives aux assiettes cotisables et au remboursement par la Mutualité ainsi que le nombre d'heures supplémentaires prestées."*

L'ancien article 330 du CAS obligeait l'employeur simplement *"à déclarer tous les mois les rémunérations brutes effectivement versées"*.

Dans son premier avis du projet de loi N°5750, le Conseil d'Etat avait insisté pour que l'employeur soit obligé de renseigner les heures supplémentaires prestées afin de pouvoir *"contrôler d'éventuels abus (tel l'engagement à durée partielle assorti d'un paiement régulier d'heures supplémentaires)"* [CHD], bien que les heures supplémentaires ne contribuent pas à l'établissement des cotisations sociales.

3.1.1. Les rubriques de la rémunération

Les rubriques de la rémunération à déclarer sont précisées dans la Figure 5. Elles ont été spécifiées pour pouvoir déterminer les assiettes correspondantes, tout en essayant d'en minimiser la ventilation. En principe, à l'exception des recettes provenant de l'économie et de la bonification d'intérêt accordées aux salariés par l'employeur, de l'allocation de repas (cf. RGD du 16 décembre 2008 concernant l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie et fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette des cotisations en matière de sécurité sociale) ainsi que de la majoration des heures supplémentaires, tous les éléments de la rémunération sont à déclarer.

La rubrique du "salaire brut" (cf. article 330 du CAS) est dorénavant ventilée en rémunération de base, compléments et accessoires payables mensuellement en espèces et montants non majorés correspondant aux heures supplémentaires.

La rémunération de base:

La rémunération de base est la rémunération mensuelle constituée par les éléments, y inclus les suppléments mensuels fixes ou, à défaut, la rémunération définie dans le contrat de travail de chaque salarié (en vertu de l'article L.121-4 paragraphe (2), point 7.).

Compléments et accessoires payables mensuellement en espèces:

D'après le RGD du 16 décembre 2008 concernant l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie et fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette des cotisations en matière de sécurité sociale, il s'agit de l'ensemble des éléments de rémunération payables mensuellement en espèces dont le montant est susceptible de variation, à l'exception des majorations prévues par les dispositions conventionnelles, légales ou réglementaires. La dénomination de ces compléments ou accessoires n'importe pas.

La différenciation entre rémunération de base et compléments et accessoires payables mensuellement en espèces ne joue pas en ce qui concerne l'établissement des assiettes de cotisation, mais seulement en ce qui concerne le paiement de l'indemnité pécuniaire par la Caisse nationale de santé. Celui-ci sera traité dans le chapitre suivant (section 4.5.).

La rémunération non majorée des heures supplémentaires:

La rémunération non majorée des heures supplémentaires est soumise à la seule cotisation du risque de maladie-soins et de la contribution de l'assurance dépendance.

Les majorations des heures supplémentaires, à raison de 40% du salaire horaire normal selon l'article L. 211-27 (3) du Code du travail (CT), ou plus, le cas échéant d'un contrat de travail plus avantageux pour le salarié, ne sont pas à déclarer au Centre commun de la sécurité sociale, puisqu'elles ne sont pas soumises à des cotisations sociales.

En plus, les montants majorés à 40% correspondants aux heures supplémentaires prestées ne sont plus imposables. Ces deux dispositions avaient été introduites au projet de loi N°5750 à la suite des négociations entre partenaires sociaux pour pouvoir neutraliser les coûts de l'introduction du statut unique pour l'ensemble de l'économie nationale.

Gratification, participation, avantages en espèces et en nature:

Cette rubrique est constituée de toutes les rémunérations non encore renseignées auparavant (à part les indemnités de chômage intempéries et conjoncturel). Ces montants ne sont pas soumis à la cotisation pour le risque de maladie-espèces¹⁾. Les valeurs des rémunérations en nature sont à traiter de la même façon que pour le calcul des impôts sur le revenu (cf. RGD du 16 décembre 2008).

Le Conseil d'Etat avait remarqué dans son premier avis que les rémunérations en nature devraient nécessairement se retrouver dans cette rubrique, du fait que le salarié, dans la plupart des cas, continue de bénéficier de l'avantage en nature, même en cas d'incapacité de travail prolongée. Néanmoins, le Conseil d'Etat "s'interroge sur l'opportunité" de modifier le caractère ancien de la rémunération occasionnelle pour y inclure dorénavant toute rémunération d'une périodicité plus longue que mensuelle. Ainsi, l'employeur avisé pourrait se soustraire au paiement des cotisations de maladie-espèces en adaptant le paiement d'une prime régulière à un rythme bimensuel par exemple.

En fait la fréquence du paiement des primes lui-même n'implique pas un transfert de la rubrique "compléments et accessoires" vers la rubrique "gratification", mais seulement la fréquence de la détermination de la prime importe. Il suffit que le complément soit payable mensuellement en espèces et non nécessairement payé mensuellement pour qu'il doive figurer dans la rubrique "compléments et accessoires".

Chômage intempéries/conjoncturel:

Le traitement en ce qui concerne les cotisations sociales de ces deux types de chômage est dorénavant identique. En effet, le chômage conjoncturel n'est plus soumis ni à la cotisation de l'assurance contre les accidents, ni à celle des allocations familiales, au même titre que le chômage intempéries.

1) De par le parallélisme entre cotisations pour maladie-espèces et Mutualité, les gratifications ne sont pas cotisables pour la Mutualité non plus.

Le Statut Unique

Les différentes assiettes de cotisations
et les déclarations à produire par l'employeur

Éléments à déclarer par l'employeur	Heures à déclarer	Maladie espèces	Maladie soins	Mutualité des employeurs	Pension	Allocations familiales	Accident	Dépendance	Santé au Travail
Rémunération de base	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Compléments et accessoires payables mensuellement en espèces	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Rémunération heures supplémentaires, à l'exclusion des majorations sur ces heures	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Majorations sur heures supplémentaires	Non	Ne sont pas à déclarer !							
Gratification, participations, avantages en espèces et en nature	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Chômage intempéries / conjoncturel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non

Figure 5: Éléments de rémunération et assiettes de cotisation [SIT].

3.1.2. Les heures de travail

Quelques-unes des rubriques de rémunération mentionnées ci-dessus sont à déclarer en conjonction avec les heures correspondantes (cf. Figure 5).

Le nombre d'heures de chômage intempéries et conjoncturel est bien défini, puisqu'il s'agit de types de chômage bien définis dans le Code du Travail, dont le début et la fin sont facilement déterminés.

La comptabilisation des heures supplémentaires ne posera pas non plus de problème aux employeurs, en vue de l'imputation de ces heures sur un compte épargne d'heures supplémentaires ou, le cas échéant, en vue des majorations de la rémunération correspondante.

En pratique, la détermination des heures de travail correspondant à la rémunération de base ne pose point de problème pour les salariés-ouvriers qui sont généralement payés d'après un barème de salaire horaire. Néanmoins, pour les salariés-employés privés, ou les salariés dont le salaire est calculé sur base mensuelle, la pratique actuelle a toujours été de déclarer 173 heures de travail par mois pour une tâche complète. En effet, pour un nombre moyen de 4,33 semaines par mois de calendrier, une tâche correspondant à 40 heures hebdomadaires revient à $4,33 \cdot 40 = 173$ heures mensuelles. Dorénavant, l'employeur doit adapter cette pratique pour déclarer le nombre entier exact des heures de travail.

En vue des remboursements par la Mutualité (cf. chapitre IV) des coûts de la continuation de la rémunération (cf. article L.121-6 du CT) incombant à l'employeur, la détermination des heures de travail exactes est primordiale. Les heures de travail sont dès lors constituées des heures effectivement prestées par le salarié, des heures d'absences pour une incapacité de travail pendant la période de la continuation de la rémunération (à l'exclusion des incapacités dues à un congé de maternité ou d'accueil) et des heures correspondant à un congé légal. Ne doivent pas être inclus dans la déclaration des heures de travail, les jours fériés légaux et ceux d'usage pendant lesquels le salarié n'a pas ou n'aurait pas travaillé. En pratique, le cas échéant d'un salarié engagé avec un horaire régulier à raison de 40 heures hebdomadaires, l'employeur doit donc faire une gestion d'un calendrier mensuel des jours à ouvrir pour ce salarié et multiplier le nombre de jours correspondants par 8 heures journalières pour arriver à une bonne déclaration des heures de travail.

3.2. Les assiettes cotisables

Les différentes assiettes des cotisations sociales, à l'exception de la surprime à laquelle sont soumis les salariés du type ouvrier, sont renseignées dans la Figure 5. Cette section traite le calcul des assiettes et ainsi la présentation de ce calcul ne respecte pas nécessairement l'ordre de l'Institution de la sécurité sociale destinataire des cotisations correspondantes.

3.2.1. L'assiette de maladie-espèces

L'assiette de maladie-espèces est constituée de la rémunération de base, des compléments et accessoires payables mensuellement en espèces et de l'indemnité de chômage intempéries ou conjoncturel, en vertu des articles 33 et 34 du CSS. Elle est néanmoins limitée par le salaire social minimum (SSM) et le quintuple du SSM en vertu de l'article 39 du CSS. L'adaptation au SSM se fait sur base mensuelle, journalière ou horaire, de la façon la plus avantageuse pour l'employeur.

L'assiette maladie-espèces est mise à zéro pour les régimes du tableau Table 4, pour les salariés qui bénéficient de la continuation du salaire sans limitation dans le temps (articles 11 sous (2) et 29 du CSS, cf. section 2.1.3.), pour les activités spéciales, codifiées par les SPEGEN renseignées dans le tableau Table 5 ainsi qu'un nombre restreint d' "employeurs" telle que l'Administration de l'Emploi qui paie un complément ou une indemnité de réemploi.

Table 4: Régimes avec assiette maladie-espèces annulée.

Code	Régime
05	OCCUPATION OCCASIONNELLE
10	REGIME DES FONCTIONNAIRES ETAT
11	REGIME DES FONCTIONNAIRES COMMUNAUX
12	REGIME AGENT CFL
13	REGIME EMPLOYE ETAT
14	REGIME EMPLOYE COMMUNAL
15	REGIME OUVRIER CFL ¹
16	REGIME EMPLOYE CFL
17	REGIME SPECIAL CPREVOYANCE

1. Ce régime sera fusionné avec le régime 16 (c.f. section 2.1.1.).

Table 5: SPEGEN avec assiette maladie-espèces annulée.

Code	SPEGEN
05	occupation en qualité de religieuse avec entretien gratuit (art. 1,1.6)
11	préretraite art. 1,1.10 (Loi 24.12.1990)
13	parlementaires jouissant d'une pension spéciale
15	personne détachée au G-D L (uniquement dispense art. 6)
16	personne détachée au G-D L (dispenses art. 6 - 91 - 181)
17	membre de famille ou proche assurant "aides et soins"
18	assistant(e) maternel(le)
19	agent BCL
40	service volontaire art.1,1.16 (Loi du 28.01.1999)
60	député bénéficiaire d'une pension d'un régime contributif
92	congé parental (plein temps)
93	congé parental (temps partiel)
94	réemploi/complément (art. 21 PAN98)
95	RMG art. 18 (loi du 8.6.2004)
96	sportif d'élite (art.1,1.19) (Loi du 03.08.2005)
97	coopérant APE

3.2.2. L'assiette de la Mutualité des employeurs

L'assiette de la Mutualité des employeurs est obtenue de la même façon que celle de maladie-espèces en vertu de l'article 55 du CSS. Ainsi, elle est déjà adaptée aux SSM et maximum cotisable. De plus, elle est nulle pour les salariés pour lesquels l'assiette de maladie-espèces a été annulée. L'assiette de la Mutualité est encore mise à zéro pour les salariés occupés dans les ménages privés dans le cadre de la procédure simplifiée et pour les

employeurs qui n'ont pas adhéré à la Mutualité puisqu'ils se sont assurés auprès d'une assurance privée avant le 31 décembre 2008 contre le risque de la continuation de la rémunération en cas d'incapacité de travail pour l'ensemble de leurs salariés.

3.2.3. L'assiette de la surprime

L'assiette de la surprime est aussi obtenue de la même façon que celle de maladie-espèces en vertu de l'article 14 de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique. Elle n'incombe bien sûr qu'aux employeurs qui ont engagé des salariés du type ouvrier (régimes 01) et elle ne vise que ces salariés.

L'assiette de la surprime est encore annulée pour les salariés qui ont bénéficié, en date du 31 décembre 2008, de la continuation de la rémunération en cas d'incapacité de travail au moins pour le mois en cours et les trois mois subséquents.

3.2.4. L'assiette de maladie-soins

L'assiette de maladie-soins est obtenue en ajoutant la rémunération de base, les compléments et accessoires payables mensuellement en espèces, la rémunération non majorée des heures supplémentaires, la gratification et les indemnités de chômage intempéries et conjoncturel, en vertu de l'article 38 du CSS. Elle est néanmoins limitée par le SSM et le quintuple du SSM en vertu de l'article 39 du CSS. L'adaptation au SSM se fait sur base mensuelle, journalière ou horaire, de la façon la plus avantageuse pour l'employeur.

L'assiette de maladie-soins est annulée pour les salariés dispensés en vertu d'une occupation purement occasionnelle (article 4 du CSS) et pour les activités spéciales, codifiées par les SPEGEN renseignées dans le tableau Table 6.

Table 6: SPEGEN avec assiette de maladie-soins annulée.

Code	SPEGEN
13	parlementaires jouissant d'une pension spéciale
15	personne détachée au G-D L (uniquement dispense art. 6)
16	personne détachée au G-D L (dispenses art. 6 - 91 - 181)
17	membre de famille ou proche assurant "aides et soins"
18	assistante maternel(le)
92	congé parental (plein temps)
93	congé parental (temps partiel)
95	RMG art. 18 (loi du 8.6.2004)

3.2.5. L'assiette de contribution dépendance

L'assiette de contribution dépendance est en principe identique à l'assiette soins de santé sauf qu'il n'y a pas d'application des minima et maxima et qu'il y a déduction d'un abattement mensuel d'un quart du SSM pour un salarié engagé à temps plein (à raison de 160 heures mensuelles). L'abattement est réduit au pro rata de la tâche de l'engagement (cf. articles 376 et 377 du CSS et RGD du 27 novembre 1998).

Le paiement de la contribution dépendance au CCSS incombe à l'employeur, bien qu'elle soit due par les salariés.

3.2.6. L'assiette de pension

L'assiette de pension est constituée par toutes les rubriques de la rémunération à déclarer, sauf pour les rémunérations des heures supplémentaires, en vertu de l'article 241 du CSS. Elle est néanmoins limitée par le salaire social minimum (SSM) et le quintuple du SSM. L'adaptation au SSM se fait sur base mensuelle, journalière ou horaire, de la façon la plus avantageuse pour l'employeur.

L'assiette de pension est mise à zéro pour les salariés dispensés en vertu de leur occupation purement occasionnelle, pour les agents de la Banque Centrale du Luxembourg, pour les députés bénéficiaires d'une pension d'un régime contributif et pour les salariés occupés une première fois à un âge excédant 65 ans.

Pour les besoins des services de carrières d'assurance des régimes spéciaux l'assiette de pension n'est pas annulée pour les agents publics, mais les cotisations de sécurité sociale payables au CCSS seront annulées à travers le taux de cotisation.

3.2.7. L'assiette des allocations familiales

L'assiette des allocations familiales est déterminée par référence au revenu professionnel visé dans le cadre de l'assurance pension selon l'article 321 du CSS, à l'exception des indemnités de chômage intempéries et conjoncturel en vertu des articles L.511-11 et L.533-11 du Code du Travail (CT). Pour les employeurs du secteur privé, l'Etat prend en charge le paiement des cotisations des allocations familiales. Pour les employeurs du secteur public, l'employeur lui-même paie ces cotisations.

L'assiette des allocations familiales est mise à zéro pour les activités spéciales, codifiées par les SPEGEN renseignées dans le tableau Table 7.

Table 7: SPEGEN avec assiette des allocations familiales annulée.

Code	SPEGEN
04	occupation agent auxiliaire
11	préretraite art. 1,1.10 (Loi 24.12.1990)
13	parlementaire jouissant d'une pension spéciale
17	membre de famille ou proche assurant "aides et soins"
18	assistante maternelle
69	préretraite agent CFL
92	congé parental (plein temps)
93	congé parental (temps partiel)
95	RMG art. 18 (loi du 8.6.2004)

3.2.8. L'assiette d'assurance accident

L'assiette d'assurance accident est obtenue en ajoutant la rémunération de base, les compléments et accessoires payables mensuellement en espèces et la gratification en vertu de l'article 142 du CSS et des articles L.511-11 et L.533-11 du CT. Elle est adaptée aux minimum et maximum cotisables.

L'assiette d'assurance accident est annulée pour les apprenants adultes, les fonctionnaires d'Etat, les fonctionnaires communaux et pour les activités spéciales, codifiées par les SPEGEN renseignées dans le tableau Table 8.

Table 8: SPEGEN avec assiette accidents annulée.

Code	SPEGEN
11	préretraite art. 1,1.10 (Loi 24.12.1990)
13	parlementaire jouissant d'une pension spéciale
16	personne détachée au G-D L (dispenses art. 6 - 91 - 181)
17	membre de famille ou proche assurant "aides et soins"
18	assistante maternelle
60	député bénéficiaire d'une pension d'un régime contributif
69	préretraite agent CFL
92	congé parental (plein temps)
93	congé parental (temps partiel)
95	RMG art. 18 (loi du 8.6.2004)
96	sportif d'élite (art.1,1.19) (Loi du 03.08.2005)

3.2.9. L'assiette santé au travail

L'assiette de santé au travail est déterminée par référence au revenu professionnel visé dans le cadre de l'assurance pension selon l'article 142 du CSS, mais elle est établie dans le cadre de l'assurance accident pour des raisons techniques¹⁾.

A remarquer par ailleurs que l'assiette de cotisation 'accident', tout comme l'assiette 'STM', est déterminée par référence au revenu professionnel visé dans le cadre de l'assurance pension (article 142 du CSS). Il importe de préciser que dans l'optique retenue, un calcul des cotisations 'STM' n'est toutefois possible que dans la mesure où une assiette 'accident' est élaborée dans les chaînes de calcul.

L'assiette santé au travail elle-même n'est pas annulée²⁾, mais le taux de cotisation est mis à zéro pour les apprenants adultes, les gens de mer, les salariés des employeurs adhérant à des fédérations qui organisent leur propre service de santé au travail et pour les activités spéciales, codifiées par les SPEGEN renseignées dans le tableau Table 9.

Table 9: SPEGEN avec le taux de cotisation de santé au travail annulé.

Code	SPEGEN
05	occupation en qualité de religieuse avec entretien gratuit (art. 1,1.6)
14	le coopérant
39	le volontaire de l'armée/police
40	service volontaire art.1,1.16 (Loi du 28.01.1999)
42	étudiant
45	stagiaire ¹
94	Réemploi/Complément (art. 21 PAN98)
96	sportif d'élite (art.1,1.19) (Loi du 03.08.2005)
97	coopérant APE

1. La SPEGEN 45 des stagiaires non rémunérés a été transformée en SPEGEN pour tous les stagiaires à partir du 1er octobre 2008.

1) La seule différence de ces deux assiettes est que les chômages conjoncturel et intempéries ne sont pas cotisables pour le risque d'accident.

2) Puisque cette assiette n'est pas renseignée dans le fichier des salaires, il n'y a pas lieu de l'annuler.

3.3. Les cotisations

Les cotisations sociales pour les différents risques sont obtenues en multipliant les assiettes par le taux de cotisation correspondant.

3.3.1. Le taux de maladie-espèces

Tandis que le taux de maladie-espèces en 2008 est distinct pour les ouvriers (2,35%) et employés privés (0,10%), le taux unique en 2009 est de 0,25% pour tout salarié. Les mêmes taux s'appliquent à la part de l'employeur pour les cotisations de maladie-espèces.

Pour les indépendants, le taux de maladie-espèces s'élèvera donc à 0,50% en 2009, par rapport à un taux de 0,20% en 2008.

Aucun taux de maladie-espèces n'est à appliquer aux régimes socioprofessionnels et aux salariés qui bénéficient de la continuation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu de l'article 29 du CSS.

3.3.2. Le taux de la Mutualité et de la surprime

Le taux de la Mutualité des employeurs sera fonction de la classe de risque dans laquelle à été classé l'employeur. Ce classement se fait sur base d'un taux d'absentéisme financier des salariés de l'employeur en question.

Les différents taux à adopter, ainsi que les statistiques relatives à la Mutualité des employeurs feront l'objet du chapitre suivant.

Le taux de la surprime sera de 2,10% en 2009. Il diminuera à 1% en 2012, à 0,50% en 2013 pour disparaître complètement à partir du 1er janvier 2014.

3.3.3. Les autres taux des cotisations sociales et de la contribution dépendance

Le tableau Table 10 résume les taux de cotisations en 2009 qui s'appliqueront aux salariés et leurs employeurs.

Table 10: Taux des cotisations sociales en 2009.

Cotisation sociale	Taux (part salariale)	Taux (part employeur)
Maladie Espèces	0,25%	0,25%
Mutualité des employeurs		Selon les classes de risque, voir section 3.3.2.
Surprime ¹	2,10%	
Maladie Soins	2,70%	2,70%
Allocations Familiales		1,70%
Pension	8,00%	8,00%
Dépendance	1,40%	
Accident		Selon les classes de risque, cf. tableau Table 12
Santé au travail		0,11%

1. Pour les salariés du type ouvrier.

Le tableau Table 11 résume les taux en 2009 applicable aux indépendants.

Table 11: Taux des cotisations sociales pour indépendants en 2009.

Cotisation sociale	Taux
Maladie Espèces	0,50%
Mutualité des employeurs	1,44%
Surprime	
Maladie Soins	5,40%
Allocations Familiales (à charge de l'Etat)	0,60%
Pension	16,00%
Dépendance	1,40%
Accident pour artisans/commerçants	1,20%
Accident pour travailleurs indépendants intellectuels	0,48%
Accident pour agriculteurs	Selon les surfaces d'exploitation, cf. tableau Table 13.
Santé au travail	

Table 12: Les classes de risque et les taux correspondants de l'AAA en 2009.

N°	Classe de risque	Taux
1)	COMMERCE, ALIMENTATION ET AUTRES ACTIVITES NON CLASSEES AILLEURS	1,20%
2)	ASSURANCES, BANQUES, BUREAUX D'ETUDES ET ETABLISSEMENTS A ACTIVITES ANALOGUES	0,48%
3)	CHIMIE, TEXTILE, PAPIER	1,40%
4)	TRAVAIL DES METAUX ET DU BOIS	1,95%
5)	SIDERURGIE	1,17%
6)	BATIMENT, GROS OEUVRES, TRAVAIL DES MINERAUX	4,13%
7)	TRAVAUX DE TOITURE ET TRAVAUX SUR TOIT	5,92%
8)	AMENAGEMENT ET PARACHEVEMENT	3,03%
9)	EQUIPEMENTS TECHNIQUES DU BATIMENT	2,41%
11)	TRAVAILLEURS INTELLECTUELS INDEPENDANTS	0,48%
12)	ETAT (y compris bénéficiaires d'allocations de chômage)	0,71%
13)	COMMUNES	1,46%
14)	TRANSPORT TERRESTRE, FLUVIAL ET MARITIME	1,78%
15)	AVIATION	1,22%
16)	PRODUCTION ET DISTRIBUTION D'ENERGIE	0,84%
17)	ENTREPRISES DE RADIO- ET TELEDIFFUSION, THEATRES ET CINEMAS, CARROUSELS ETC.	0,43%
18)	ATELIERS DE PRECISION	1,13%
19)	FABRICATION FAIENCES ET VERRE	1,36%
20)	FABRICATION PAR VOIE HUMIDE D'OBJETS EN CIMENT	4,21%
21)	FABRICATION DE CIMENT, CHAUX, GYPSE, DOLOMIE	0,71%
22)	TRAVAIL INTERIMAIRE	4,34%

Table 13: Cotisations mensuelles de l'assurance contre les accidents agricole pour l'année 2008.

N°	Classe	Cotisation mensuelle par ha	
		Obligatoire	Volontaire
1)	Labours, prairies et pâturages	1,27 €	8,07 €
2)	Vignobles, vergers et jardinage	8,68 €	55,02 €
3)	Forêts	1,68 €	10,65 €

3.3.4. Les arrondis des cotisations

En vertu de l'article 428, alinéa 3 du CSS [LOI], "*[/]a cotisation individuelle est comptée en euros à deux décimales près, les fractions de cents étant arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros et vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.*"

4. LA CONTINUATION DE LA RÉMUNÉRATION EN CAS DE MALADIE, LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS ET LES INDEMNITÉS PÉCUNIAIRES

Ce chapitre traite de la continuation de la rémunération du salarié en cas d'incapacité de travail, des remboursements que la Mutualité des employeurs effectuera pendant cette période et du paiement, de la part de la Caisse nationale de santé, des indemnités pécuniaires au-delà de cette période.

4.1. Le modèle de la continuation de la rémunération en cas de maladie

La loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique a généralisé le principe de la continuation de la rémunération en cas d'incapacité de travail, un principe qui ne s'appliquait qu'aux employés privés avant le statut unique. L'article L.121-6 paragraphe (3) alinéa 2 définit la continuation de la rémunération du salarié en cas d'incapacité de travail comme suit:

"Le salarié incapable de travailler a droit au maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. Un nouveau droit à la conservation du salaire n'est ouvert qu'au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte."

[LOI]

L'exposé des motifs du projet de loi N°5750 [CHD] parle encore d'une période de continuation de la rémunération d'une durée de treize semaines en moyenne. Il s'agit des 11 semaines correspondant aux 77 jours de l'article L.121-6 et de deux semaines en moyenne pour compléter un mois de calendrier. La diminution de la durée de la continuation de la rémunération pour les employés privés (mois en cours et les trois mois subséquents) est compensée par l'introduction de la continuation de la rémunération pour les ouvriers.

La généralisation de la continuation de la rémunération en cas d'incapacité de travail aux ouvriers aura un impact non négligeable pour les employeurs de ceux-ci. Le risque financier, évalué à 3,7% de la masse salariale [CHD], incombera dorénavant aux employeurs. Afin de parer à ces problèmes, le projet de loi N°5750 prévoit des mesures de compensation, notamment:

- **Mutualisation des risques de l'employeur:** la création d'une Mutualité des employeurs à l'image des "Lohnfortzahlungsversicherungen" allemands dont l'adhérence est néanmoins obligatoire pour tout employeur luxembourgeois et qui prévoit un remboursement à raison de 80% des coûts de la continuation de la rémunération en cas de maladie;
- **Affectation du différentiel ouvrier:** tandis que la part patronale du différentiel de 2,10% d'économies par rapport au taux de cotisation pour maladie-espèces reste à la disponibilité de l'employeur, la part de l'assuré-ouvrier est affectée à la Mutualité des employeurs (la surprime, cf. sous-section 2.1.3.);
- **Base de calcul de l'indemnisation en cas d'incapacité de travail:** l'indemnité pécuniaire en cas d'incapacité de travail se basera dorénavant sur "ce que le salarié a gagné" et non plus sur le principe de "ce qu'il aurait gagné";
- **Intervention financière de l'Etat:** l'Etat contribuera entre 25 et 30 millions d'euros par an à la Mutualité dès la fin de la période transitoire de l'affectation de la surprime à la Mutualité; en outre l'Etat mettra à la disposition de la Mutualité les ressources nécessaires pour parfaire le fonds de roulement initial.

4.2. La Mutualité des employeurs

La Mutualité des employeurs a été créée pour réduire les risques de l'employeur pour cause de la continuation de la rémunération en cas d'incapacité de travail d'un de ses salariés. Cette diminution du risque est accomplie par le biais d'un remboursement de 80% des coûts de la continuation de la rémunération aux employeurs.

4.2.1. Le champ d'application de la Mutualité

Le projet de loi N°5750 déposé à la Chambre des députés prévoyait dans l'article 53 du CSS que tout employeur était obligatoirement affilié à la Mutualité, à l'exception "[d]es entreprises ayant contracté une police auprès d'une compagnie d'assurance en vue de la couverture du risque visé" [CHD].

Dans son premier avis, le Conseil d'Etat a suggéré d'amender le texte du projet de loi pour n'exempter que les employeurs qui "ont d'ores et déjà contracté auprès d'un assureur privé une police d'assurance qui couvre le risque couvert par la Mutualité", tandis que la Chambre de Commerce avait déjà interprété le texte du projet de loi déposé de cette manière et suggérait "d'amender le projet de loi afin que soient également exemptées d'affiliation les entreprises qui contracteront à l'avenir une telle police d'assurance privée". Néanmoins, la Haute Corporation avait réfuté l'argumentation de "l'égalité de traitement" de la part de la Chambre de Commerce en imposant que "le caractère obligatoire de l'affiliation devrait être absolu" pour que "le principe de solidarité à la base du système peut jouer pleinement et que peut être assuré l'équilibre financier du régime". L'argumentation du Conseil d'Etat continue: "A défaut d'affiliation obligatoire, les "bons risques" - les entreprises du secteur tertiaire occupant majoritairement des salariés jeunes et en bonne santé - quitteraient la Mutuelle, provoquant une hausse du coût du fait de la part croissante de "mauvais risques" - les entreprises occupant des travailleurs manuels plus âgés ou exerçant des activités à risque."

Selon l'avis du Conseil d'Etat, l'adhérence obligatoire des employeurs à la Mutualité était justifiée, puisque sa "fonction exclusivement sociale" et sa forme juridique d'établissement public dans le contexte du projet de loi signifiaient que l'obligation de l'adhérence à la Mutualité "ne viole pas les règles communautaires en matière de concurrence et en matière de libre prestation des services."

Les employeurs sont assurés par le biais de la Mutualité contre le risque de la continuation de la rémunération en cas d'incapacité de travail, non seulement pour leurs anciens salariés-ouvriers, mais aussi pour leurs anciens salariés-employés privés. Les seuls salariés exemptés de cette assurance sont les personnes engagées par des employeurs dans le cadre de leur vie privée pour des travaux de ménage, pour la garde de leurs enfants ainsi que pour leur assurer des aides et des soins nécessaires en raison de leur état de dépendance, les ménages privés soumis à une procédure simplifiée, et les salariés qui bénéficient de la continuation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu du nouvel article 29 du CSS. Les employeurs de ces salariés sont alors exclus de la Mutualité, mais seulement en ce qui concerne les salariés en question. Il en résulte que le secteur public doit adhérer à la Mutualité en tant qu'employeur de salariés soumis à la gestion du secteur privé en ce qui concerne la sécurité sociale, tels que les actuels employés privés au service du secteur public, et les ouvriers actuels de la plupart des

communes qui ne bénéficient pas de la continuation de la rémunération sans limitation dans le temps.

Le champ d'application de la Mutualité est dès lors défini par l'article 53 du CSS:

Art. 53. Sont affiliés obligatoirement à la Mutualité tous les employeurs occupant des salariés au sens de l'article L. 121-1 du Code du travail. Sont toutefois exemptés de l'affiliation obligatoire:

- 1) l'Etat, les établissements publics administratifs, les communes, les syndicats de communes, les établissements publics placés sous le contrôle des communes et la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois, pour ceux de leurs salariés qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle particulière;
- 2) les employeurs visés à l'article 426, alinéa 2.

Peuvent s'affilier volontairement à la Mutualité les personnes assurées en application de l'article 1er, alinéa 1, sous 4) ensemble avec celles visées par l'article 1er, alinéa 1, sous 5).

Le dernier alinéa de l'article 53 du CSS précise que les travailleurs indépendants peuvent s'affilier volontairement à la Mutualité, mais que cette affiliation est dès lors inséparable de celle de leurs aidants.

La possibilité, à titre transitoire, de l'exemption de l'affiliation à la Mutualité pour des employeurs ayant conclu, avant le 31 décembre 2008, une assurance contre le risque de la continuation de la rémunération en cas d'incapacité de travail est réglée par l'article 14, paragraphe (3) de la loi du 13 mai 2008.

4.2.2. Le financement de la Mutualité

La Mutualité est financée par des cotisations sociales incombant aux employeurs, par l'affectation de la surprime des salariés du type ouvrier pendant une période transitoire jusqu'au 1er janvier 2014, par une participation annuelle de l'Etat entre 25 et 30 millions d'euros et par la mise à disposition d'un fond de roulement en janvier 2009.

La perception des cotisations et de la surprime est garantie par le Centre commun de la sécurité sociale. Les taux de cotisation sont déterminés par classe de risque de la Mutualité. L'appartenance d'un employeur à une classe de risque sera fonction du taux d'absentéisme financier des salariés de l'employeur en question.

Les dispositions relatives aux taux de cotisation et au classement des employeurs ont été précisées dans les statuts de la Mutualité [MDE, CCM, abc] élaboré par les responsables du CCSS et de l'IGSS en collaboration

avec l'Union des Entreprises Luxembourgeoises (UEL) et des consultants de "Advanced Business Consulting s.a."

Néanmoins, avant de pouvoir présenter les détails des cotisations patronales, il est opportun d'examiner d'abord les remboursements aux employeurs que la Mutualité effectuera.

4.3. Les remboursements de la Mutualité

La Mutualité effectuera un remboursement à l'employeur à raison de 80% de la rémunération payée (augmentée de la part patronale des cotisations sociales) pendant la période de continuation de la rémunération pour tous les salariés incapables de travailler.

Si cette incapacité de travail est due à un accident de travail ou une maladie professionnelle, la Mutualité effectue le même remboursement pour compte de l'Association d'assurance contre les accidents (AAA).

La Mutualité effectuera de plus un remboursement intégral pour compte de la Caisse nationale de Santé (CNS) en cas de congé pour raisons familiales¹⁾, congé d'accompagnement ou en cas d'incapacité de travail pendant la période d'essai (cf. section 2.1.4.).

4.3.1. La Mutualité, le CCSS et la CNS

Les dispositions de l'article 54 du Code de la sécurité sociale (CSS) garantissent que le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) et la Caisse nationale de santé (CNS) seront étroitement liés à la Mutualité des employeurs en matière de l'indemnisation du salarié pendant une incapacité de travail.

Dans l'esprit du projet de loi N°5750, la simplification administrative dans ces relations entre les trois institutions de la sécurité sociale devrait être de rigueur. En effet, tandis que le Centre commun constitue le point de contact des employeurs avec la sécurité sociale et le point de déclaration des salaires mensuels et du paiement des cotisations sociales, la CNS, l'organe qui assure le paiement des indemnités pécuniaires en cas d'incapacité de travail au-delà de la période de continuation de la rémunération, est en charge du contrôle des périodes d'incapacités de travail déclarées par les assurés ainsi que du contrôle administratif des assurés. Par conséquent, les données dont la Mutualité devrait disposer pour pouvoir effectuer les remboursements sont gérées par les deux institutions, le CCSS et la CNS. Les principes de la simplification administrative et d'une adaptation rationnelle du statut unique ont conduit à une organisation future, telle que schématisée dans la Figure 6, des indemnisations et remboursements à l'employeur dus aux incapacités de travail.

1) *Le congé pour raisons familiales est en fait à charge de l'Etat, mais la CNS se chargera de la récupération auprès de l'Etat des frais encourus pour cause de ce congé.*

On remarque aussitôt que la Mutualité ne figure pas comme acteur dans la procédure des remboursements qu'elle effectue. En fait, l'article 54 du CSS précise que "*[[les remboursements [de la Mutualité] sont effectués par le Centre commun de la sécurité sociale pour compte de la Mutualité.*" En pratique, le montant à rembourser est mis au crédit de l'employeur sur l'extrait de compte (la "facture") mensuel du Centre commun et compensé avec les cotisations dues pour les différents risques.

Il s'ensuit que l'employeur qui brigue un remboursement par la Mutualité doit avoir rempli ses obligations mensuelles de déclaration des salaires ainsi que des périodes d'incapacité de travail pour le salarié visé. Ces déclarations seront enregistrées au sein du CCSS, comparées aux certificats médicaux envoyés par les assurés et enregistrés par la CNS. Si l'incapacité de travail d'un assuré se trouve en période de la continuation de la rémunération (" < 77 jours" sur le schéma de la Figure 6), le Centre commun procède au remboursement de l'employeur sur l'extrait de compte correspondant au mois visé. Dans le cas contraire (" > 77 jours" sur le schéma de la Figure 6), la CNS procède au paiement de l'indemnité pécuniaire à l'assuré. Néanmoins, à part ces déclarations, obligatoires en vertu de l'article 426 du CSS, l'employeur n'aura pas besoin de demander un remboursement directement à la Mutualité.

Le remboursement de la Mutualité sera comptabilisé par le CCSS comme un paiement des cotisations. Ainsi, l'article 430 du CSS règle l'imputation des remboursements de la Mutualité: "*[[l'imputation des paiements s'effectue successivement sur les intérêts, les amendes et le principal de la dette de cotisation la plus ancienne.*"

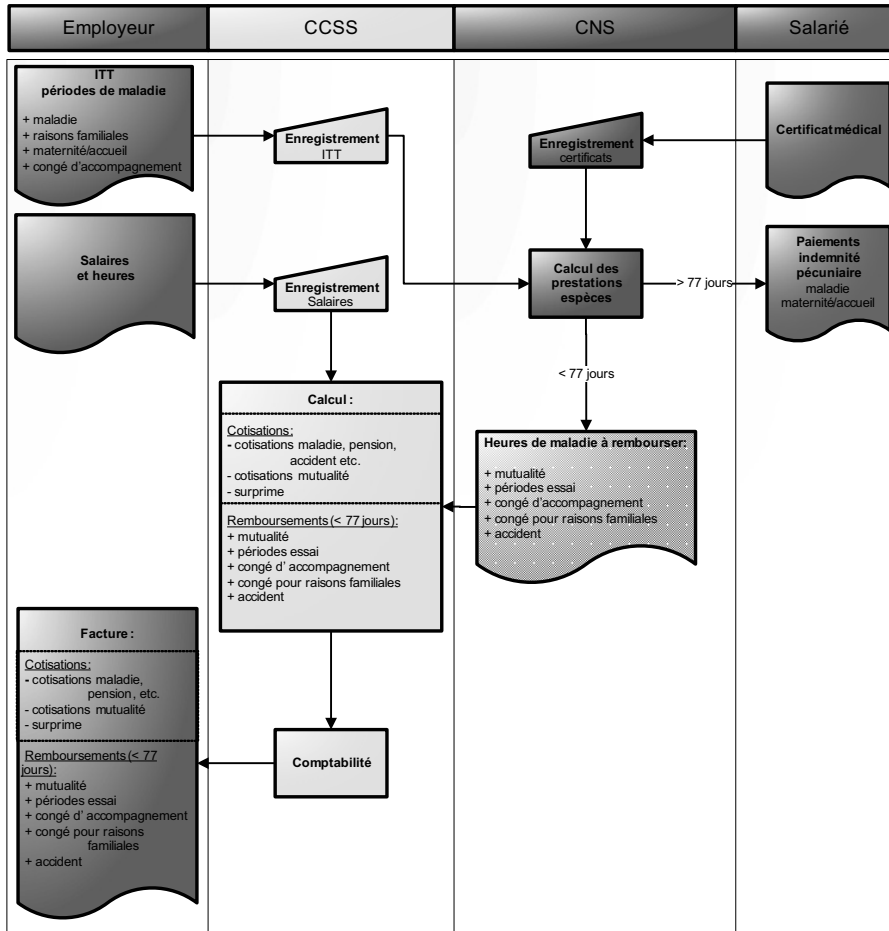


Figure 6: Schéma des remboursements par la Mutualité à l'employeur et du paiement de l'indemnité pécuniaire au salarié par la Caisse nationale de santé [LOI, art 54 du CSS].

4.3.2. Les déclarations des incapacités de travail

L'employeur est tenu d'informer le Centre commun de la sécurité commun (pour compte de la CNS) des périodes d'incapacité de travail de tous ses salariés (article 426 du CSS). Il y indique toutes les périodes continues d'incapacité de travail ainsi que le type d'incapacité (cf. tableau Table 14).

Table 14: Types d'incapacité de travail.

N°	Type d'incapacité de travail
1	Congé de maladie ou accident
2	Congé pour raisons familiales
3	Congé de maternité, dispense de travail pour femmes enceintes et allaitantes
4	Congé d'accueil
5	Congé d'accompagnement

A part suivre ces dispositions déjà en vigueur en 2008, l'employeur doit déclarer dorénavant le nombre entier exact des heures d'absence de son salarié pour cause d'incapacité de travail pendant les heures de travail (cf. sous-section 3.1.2.). Ces heures constituent les heures réclamées en vue d'un remboursement par la Mutualité.

Ne doivent pas être inclus dans la déclaration des heures réclamées, les jours fériés légaux et ceux d'usage pendant lesquels le salarié n'a pas ou n'aurait pas travaillé, d'après les statuts de la Mutualité [MDE].

4.3.3. Le prorata des heures, base du remboursement de la Mutualité

La fraction des heures réclamées de la section précédente par le nombre d'heures totales, constituées par les heures de travail (cf. sous-section 3.1.2.) ainsi que le nombre d'heures chômées pour cause d'intempéries ou de chômage conjoncturel, représente la fraction de la période pendant le mois en question qui est à indemniser au salarié pour cause d'incapacité de travail.

Si cette incapacité se trouve en période de la continuation de la rémunération, la Mutualité rembourse à l'employeur la proportion de 80% de la somme de la rémunération mensuelle et des charges patronales des cotisations sociales correspondant à la fraction d'absence.

Exemple: calcul du remboursement par la Mutualité

Un salarié travaille à raison de 40 heures par semaine du lundi au vendredi (8 heures par jour). Pour ce salarié, le mois de janvier 2009 contient :

- 21 jours ouvrables (de lundi à vendredi)
- 1 jour férié : le 1er janvier 2009
- 9 jours de repos (les samedis et dimanches).

Ce salarié est rémunéré à raison de 3 000 € en tant que rémunération de base et de 360 € de compléments et accessoires payés mensuellement pour le mois de janvier 2009.

Le salarié est absent pour cause de maladie du 9 au 12 janvier 2009. Le 9 janvier 2009 est un vendredi et le 12 janvier 2009 est un lundi. Il a donc été absent pour cause d'incapacité de travail pendant 2 jours ouvrables. Ceci correspond à une absence de 16 heures. Les heures réclamées sont donc au nombre de 16.

Le nombre des heures de travail pour le mois de janvier est de $21 \cdot 8 = 168$ heures. Puisque le nombre des heures chômées est de 0 heures, le nombre d'heures totales est aussi de 168 heures.

La proportion d'absence est alors 16/168. La proportion de la rémunération à rembourser à l'employeur par la mutualité est alors 80% de:

$$\frac{16}{168} \times (3000 + 360) = \frac{16 \times 3360}{168} = 320\text{€}$$

et des parts patronales des cotisations sociales¹:
15% de 320 € = 48 €.

Le remboursement par la mutualité à l'employeur est donc chiffré à 80% de 368 € = 294,40 €

1. A titre d'exemple, les cotisations sociales sont fixées à 15%, bien que les véritables cotisations puissent varier d'un employeur à l'autre, en vertu de la classification du risque d'accidents.

L'obligation pour l'employeur de déclarer les heures réclamées et le nombre exact des heures de travail semble, à première vue, contredire le principe de la simplification administrative. Néanmoins, par ce mécanisme de déclaration, qui ne représente qu'une charge administrative additionnelle minime par rapport aux anciennes déclarations, le Centre commun peut effectuer tous les calculs nécessaires pour que la Mutualité puisse effectuer le remboursement à l'employeur en cas d'incapacité de travail d'un de ses salariés en période de la continuation de la rémunération. L'employeur n'a nullement besoin de remplir d'autres formalités que les déclarations au Centre commun.

D'autres modèles du remboursement, notamment par jour civil ou par jour ouvrable, avaient été envisagés. Le premier n'aurait pas pu tenir compte des situations professionnelles des salariés engagés à temps partiel, mais dont les jours de travail ne sont pas répartis uniformément dans une semaine. Le deuxième de ces modèles n'aurait pas tenu compte de la situation de plus en plus fréquente de salariés qui sont en congé pour raisons familiales à temps partiel, pour compte d'un enfant qui suit un traitement médical régulier pendant des mois et pour qui une comptabilisation en nombre d'heures de congé pour raisons familiales serait de rigueur.

De plus, comme le montre l'exemple dans l'encadré ci-dessus, une comptabilisation des jours de travail en termes de nombre d'heures n'est pas trop compliquée. Il suffit de disposer d'un calendrier des jours ouvrables par salarié ou groupe de salariés (par exemple par équipe) et de multiplier les jours ouvrables par le nombre d'heures journalières de travail. Ces données ressortent normalement du contrat de travail du salarié.

Dorénavant le CCSS doit pouvoir différencier entre un mois où le salarié a travaillé par exemple pendant 168, 176 ou 184 heures et ne peut se fier à une moyenne d'un nombre d'heures de travail de 173 heures mensuelles, puisqu'une absence due à une incapacité de travail de, par exemple, 8 heures doit être remboursée, pour tout salarié, selon la proportion d'absence qui s'applique à ce salarié et ne peut pas simplement refléter une valeur moyenne.

En comparaison avec le système en vigueur en 2008, où un employeur était tenu de gérer un calendrier fictif beaucoup plus extensif pour ses salariés-ouvriers qui sont incapables de travailler, afin de pouvoir déclarer "ce qu'il aurait gagné" à la Caisse de maladie des ouvriers, le système de déclaration des heures de travail ainsi que des heures réclamées représente bel et bien une simplification administrative.

4.4. Les cotisations de la Mutualité

Les cotisations patronales de la Mutualité seront régies par les classes de risques qui sont déterminées à partir des taux d'absentéismes financiers des salariés engagés par un employeur.

Cette section traite dès lors des éléments qui définissent les taux de cotisations de la Mutualité et présente quelques statistiques importantes pour la Mutualité et les classes de risque.

4.4.1. Le taux d'absentéisme financier

Par taux d'absentéisme financier d'un employeur, on entend la fraction définie:

- au numérateur par les montants lui remboursés par la Mutualité du chef des incapacités de travail de ses salariés pour cause de maladie au cours de la période d'observation,
- au dénominateur par l'assiette de cotisation de l'ensemble des salariés de cette entreprise pour la même période.

Le taux d'absentéisme financier ne constitue donc pas une mesure pure des heures d'absence auprès d'un employeur, mais il s'agit d'un taux d'absentéisme pondéré par les rémunérations des salariés auprès de leur employeur. Ne sont pas incluses dans le calcul du taux d'absentéisme financier, les remboursements effectués par la Mutualité pour compte de

- l'Association de l'assurance contre les accidents
 - pour les congés de maladie dus à un accident ou une maladie professionnelle
- la Caisse nationale de santé
 - pour le congé de maladie pendant la période d'essai
 - pour le congé d'accompagnement prévu par la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie
- l'Etat
 - pour le congé pour raisons familiales.

La définition ci-dessus du taux d'absentéisme financier ne s'applique bien sûr pas à une période d'observation pendant laquelle la Mutualité n'existe pas encore. Aussi les statuts ont prévu de définir le taux d'absentéisme financier pendant cette période par un taux des absences en termes de jours

calendaires pondéré par 80% des rémunérations des salariés augmentées des charges patronales.

La période d'observation dure en principe 36 mois, mais par défaut d'une période d'observation fiable en janvier 2009, elle est d'une durée de 18 mois pour l'exercice 2009 et de 24 mois pour l'exercice 2010.

4.4.2 La détermination des classes de risque, l'affectation de la surprime et les taux de cotisation

Les statuts de la Mutualité ont prévu de créer 4 classes de risque pour la Mutualité. Les limites¹⁾ du taux d'absentéisme financier tel que défini dans la section précédente sont:

- de 0,0% à 0,75%: classe 1
- de 0,75% à 1,75%: classe 2
- de 1,75% à 2,75%: classe 3
- Supérieur à 2,75%: classe 4.

A première vue, ces limites semblent prises au hasard, mais une analyse statistique révèle que les classes ainsi constituées possèdent une certaine stabilité.

Un employeur est donc classé en fonction de son taux d'absentéisme financier dans une des classes de risque avec effet du 1er janvier de l'exercice en question.

Le taux de cotisation qui s'applique à cette classe de risque est fixé de manière à assurer le financement des remboursements prévus dans la classe afférente ainsi que les frais d'administration et les opérations sur réserve. Il pourra encore être modulé par l'affectation de la surprime retenue par le CCSS pour compte de la Mutualité. L'affectation de la surprime est réglé par l'article 8 des statuts de la Mutualité [MDE] : 7% des recettes de la surprime seront affectés à la classe de risque 2, 20% à la classe de risque 3 et 73% à la classe de risque 4.

En vue de ne pas alourdir les charges sociales inutilement au moment de la création de l'entreprise, les nouvelles entreprises sont classées dans la classe de risque 2. De même, les indépendants sont classés dans cette classe de risque, au moins jusqu'à la fin de l'exercice suivant celui de son affiliation. L'option de créer une classe de risque à part pour les travailleurs indépendants, ce qui éviterait ces problèmes de volatilité, n'avait pas trouvé l'appui de la part des représentants des employeurs.

1) Les bornes inférieures sont toujours incluses, tandis que les bornes supérieures sont exclues.

4.4.3 Les taux de cotisation dans les classes de risque

L'analyse statistique des taux d'absentéisme des employeurs luxembourgeois avait été entamée par l'auteur pour étudier les classes de risque de la Mutualité, le taux moyen de la Mutualité et d'autres aspects des absences dues aux incapacités de travail. L'analyse statistique avait porté en premier lieu à l'année 2007 pour relativiser les chiffres qui avaient apparu dans l'exposé des motifs du projet de loi N°5750 et portaient sur la seule période disponible à l'époque, de mai 2005 à mai 2006. Un doute quant à la fiabilité prévisionnelle de ces chiffres avait subsisté en vue de l'introduction de l'obligation des déclarations des incapacités de travail pour les employés privés seulement à partir de mai 2005. Bien qu'une telle obligation existât donc à partir de mai 2005, quelques employeurs avaient persisté à ne déclarer que les incapacités de leurs ouvriers pendant quelques mois au-delà de mai 2005. La fiabilité prévisionnelle des données de base de cette analyse n'était donc pas garantie. Néanmoins, comme le montreront les statistiques dans cette section, l'ordre de grandeur du taux de cotisation prévisionnel obtenu était correct.

Le taux d'absentéisme qui sert au classement des employeurs selon les modalités de la section précédente a été calculé sur base des jours calendaires des absences dues seulement aux maladies.

Par contre, les taux de cotisation calculés par employeur et amalgamés par classe de risque simulent les remboursements de la Mutualité et ont été calculés sur base des jours ouvrables (du lundi au vendredi). En vue du nombre élevé de maladies à courte durée, le taux de cotisation est supérieur¹⁾ en général au taux de classement. Les parts patronales des cotisations sociales sont calculées à raison de 15% de l'assiette cotisable (cf. tableau Table 15). Sont aussi inclus dans ce calcul, les frais d'administration et les opérations sur réserve et les estimations des incapacités de travail des indépendants.

Table 15: Charges sociales patronales.

Cotisation	Charge patronale
Maladie Espèces	0,25%
Maladie Soins	2,70%
Pension	8,00%
Accident	variable
Total	15,00%

1) Le facteur de multiplication qui s'est cristallisé au cours de l'analyse statistique est de 1,11.

Les statistiques relatives aux classes de risque se résument dans les tableaux Table 16 et le graphique de la Figure 7.

Table 16: Les classes de risque et taux de cotisations de la Mutualité en 2009.

Classe	% Entreprises	% Salariés	% Masse cotisable	% Affectation surprime	Taux de cotisations par classe
1	49%	13%	10%	0%	0,35%
2	16%	22%	27%	7%	1,44%
3	11%	28%	32%	20%	1,93%
4	24%	37%	32%	73%	2,29%

Quelques chiffres-clés

Il ressort du tableau Table 16 que 49% des entreprises se trouvent dans la classe au taux de cotisation le plus avantageux. Ces entreprises représentent 10% de la masse cotisable nationale et 13% des salariés au Luxembourg. Les 76% des entreprises des trois premières classes, représentant 63% des salariés et 69% de la masse cotisable, paient un taux de cotisation de la Mutualité en dessous de 2,10%, valeur du différentiel des cotisations sociales pour les salariés-ouvriers à partir de 2009. Celles de ces entreprises qui occupent majoritairement des salariés du type ouvrier ne seront donc point soumises à des cotisations sociales plus importantes en 2009.

Le taux moyen de cotisation de la Mutualité s'élève à 1,76% pour l'année 2009 après affectation de la surprime. Sans cette affectation, le taux de cotisation moyen se situerait à 2,45%.

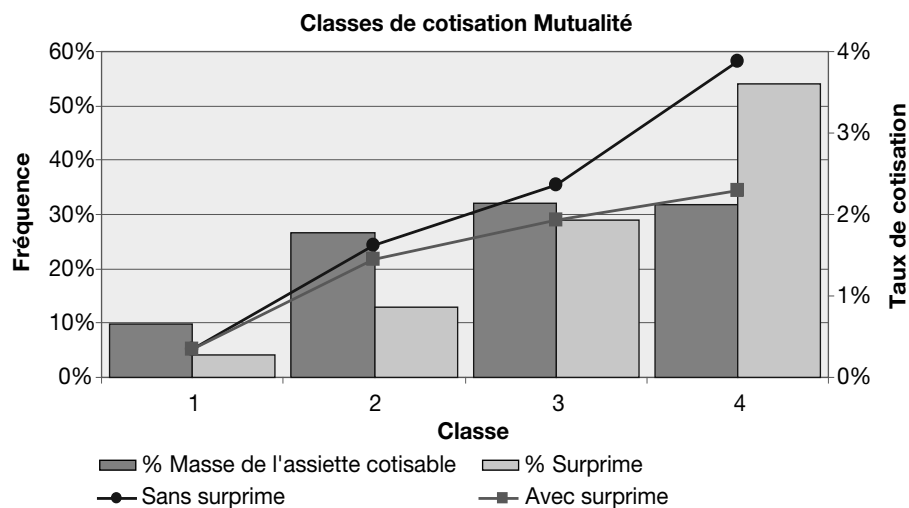


Figure 7: Les classes de risque de la Mutualité en 2009.

4.4.4. Autres statistiques relatives aux classes de risque

D'autres analyses statistiques relatives aux classes de risque ont été réalisées en vue d'une compréhension plus accentuée de ces classes de risque. Ainsi a été étudiée la question d'un lien entre le taux d'absentéisme, les classes de risque et le code NACE¹⁾ des employeurs et la " stabilité " des classes de risque, surtout en ce qui concerne les petites et moyennes entreprises.

L'étude des taux d'absentéismes financier parmi un groupe d'employeurs du même code NACE n'a pas permis de tirer des conclusions quant à une classification possible à l'instar de l'Association de l'assurance contre les accidents. En effet, si le nombre d'accidents ou de maladies professionnelles peut trouver ses causes dans l'activité économique d'une entreprise, tel n'est point le cas pour les absences de maladies quelconques.

Néanmoins, nous voyons que la classe de risque 1 est constituée en majorité par des PME ou des entreprises comptant un nombre de salariés très restreint. Ceci n'est point surprenant, si l'on considère que dans un environnement où un nombre très limité de salariés se partage les travaux, les absences pour cause d'incapacité de travail aient plus d'impact sur la survie de l'entreprise, ce qui pourrait inciter les salariés de forfaire l'état de leur santé pour éviter des absences d'incapacités de travail.

Il ressort de la Figure 8 que les petites entreprises de moins de 6 salariés appartiennent majoritairement à la classe de risque 1 avec le taux de cotisation le plus avantageux. Les entreprises qui comptent entre 10 et 19 salariés sont réparties majoritairement entre les classes de risque 1 et 4. Les entreprises comptant plus que 20 salariés sont réparties parmi toutes les classes de risque sans qu'une prépondérance claire ne se cristallise. Le risque d'une grande volatilité du taux d'absentéisme n'est donc point écarté pour les PME.

1) [STA]: "L'acronyme NACE signifie "Nomenclature statistique des Activités économiques dans la Communauté Européenne". Cette nomenclature sert à classer les unités statistiques, par exemple les entreprises, par activité économique dans l'Union européenne. Si une entreprise exerce plus d'une activité économique, le code NACE renseigne sur l'activité principale. Depuis 1990 cette nomenclature est devenue obligatoire pour la classification des entreprises dans les Etats membres."

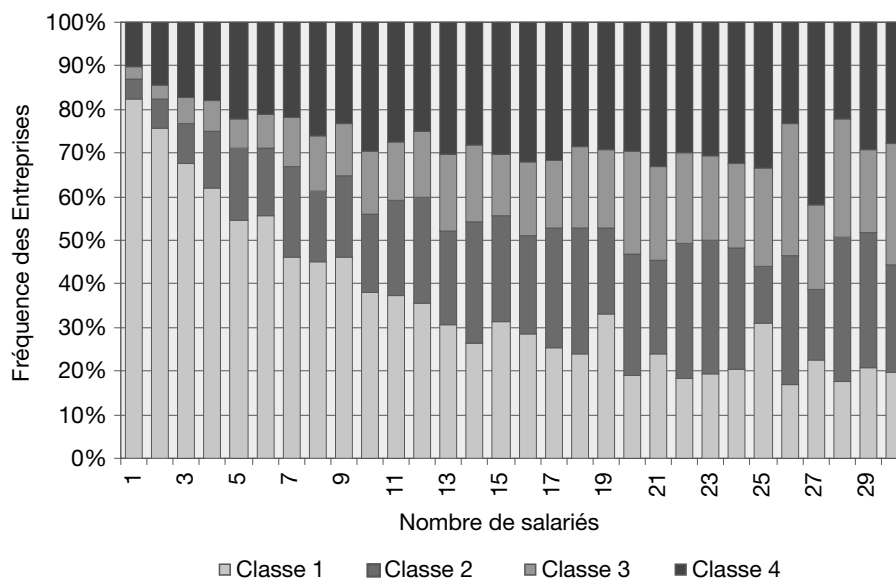


Figure 8: Répartition des entreprises par nombre de salariés et classe de risque ("simulation 2007").

4.5. La Caisse nationale de santé et les indemnités pécuniaires

En vertu de l'article 15 de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, "La Caisse nationale de santé [CNS] est substituée de plein droit dans les droits et obligations de l'Union des caisses de maladie, de la Caisse de maladie des ouvriers, de la Caisse de maladie des ouvriers de l'ARBED, de la Caisse de maladie des employés privés, de la Caisse de maladie des employés de l'ARBED, de la Caisse de maladie des professions indépendantes et de la Caisse de maladie agricole" (cf. sous-section 2.1.2.).

Ainsi les prestations de maladie-espèces, les paiements des indemnités pécuniaires au-delà de la période de la continuation de la rémunération définie à l'article L.121-6 paragraphe (3) alinéa 2 du Code du Travail (CT), incombent à la CNS (cf. Figure 6).

Les paiements d'indemnités pécuniaires qui incombent à la CNS pendant la période de la continuation de la rémunération autres que pour les congés de maternité ou d'accueil sont pris en charge par la Mutualité en vertu de l'article 54 du CSS. La détermination de la charge de la continuation de la rémunération par l'employeur ou du paiement de l'indemnité pécuniaire par la CNS est bien définie par l'article L.121-6 du CT. La charge ne peut changer que le premier jour d'un mois calendaire. En principe, la CNS informe l'employeur qu'elle va prendre en charge l'indemnisation de l'assuré ou que cette charge revient à l'employeur.

L'assiette de prestation

L'assiette de cotisation de maladie-espèces est la somme de la rémunération de base et des compléments et accessoires payables mensuellement en espèces (cf. sous-section 3.2.1. et la Figure 5). Néanmoins, une ventilation entre ces deux éléments de la rémunération est nécessaire parce que l'assiette de prestation de maladie-espèces est définie comme suit en vertu de l'article 10 du CSS:

Art. 10. Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée sur la base de l'assiette cotisable définie aux articles 34 et 39 relative aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Sont portées en compte séparément:

- 1) la rémunération de base la plus élevée qui fait partie de l'assiette appliquée au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par la caisse;
- 2) la moyenne des compléments et accessoires de la rémunération qui font partie des assiettes des douze mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance de l'incapacité de travail; si cette période de référence n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base des mois de calendrier entièrement couverts.

A défaut d'un seul mois entièrement couvert, la rémunération de base ainsi que les compléments et accessoires sont portés en compte suivant leur valeur convenue dans le contrat de travail.

Par dérogation aux alinéas qui précèdent l'indemnité pécuniaire pour les assurés visés à l'article 426, alinéa 2 est calculée sur base du nombre d'heures pendant lesquelles l'assuré remplit les conditions d'octroi de l'indemnité pécuniaire ainsi que du salaire horaire mis en compte pour le calcul des cotisations pour le mois de calendrier précédent.

Les éléments de la rémunération entrant dans le calcul de l'indemnité pécuniaire sont réduits au nombre indice cent du coût de la vie et adaptés à l'évolution de cet indice suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Le paiement du montant total de l'indemnité pécuniaire s'effectue postnumerando.

L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait être inférieure au salaire social minimum, sauf cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis, l'indemnité d'apprentissage constitue la base de calcul. L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait dépasser le quintuple du salaire social minimum.

[LOI]

Les champs d'application des ces deux éléments de la rémunération mensuelle sont donc différents en ce qui concerne le paiement de l'indemnité pécuniaire. Le recours à la moyenne sur douze mois des compléments et accessoires payables mensuellement en espèces suggère que ceux-ci possèdent un caractère essentiellement variable, même si cette variabilité n'est pas mentionnée explicitement dans le texte de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique.

L'article 34 du CSS prévoit qu'"[u]n règlement grand-ducal peut préciser les éléments de l'assiette de cotisation." Ce règlement (RGD du 16 décembre 2008) clarifie les instructions que le Centre commun communique aux employeurs afin que ceux-ci puissent déclarer correctement les salaires et que le droit à l'indemnité pécuniaire d'un assuré ne sera pas lésé par une déclaration erronée de son employeur.

La gestion et le paiement de l'indemnité pécuniaire en cas d'incapacité de travail due à un congé de maternité, d'une dispense de travail pour une femme enceinte ou allaitante, à un congé d'accueil ou à un congé de maladie pour les assurés occupés dans un ménage privé (les assurés visés à l'article 426, alinéa 2) incombent aussi à la CNS. Le CCSS fait néanmoins partie des acteurs dans ce domaine, en vue de l'établissement et la ventilation de l'assiette de prestation et en vue de la déclaration des incapacités de travail de la part de l'employeur (cf. Figure 6) qui est comparée au certificat médical du salarié par la CNS.

5. CONCLUSIONS

Cet article a exposé la mise en oeuvre par le Centre commun de la sécurité sociale de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé.

La simplification administrative, un des objectifs du projet de loi N°5750, a été au premier plan des réflexions sur la mise en œuvre du statut unique par le Centre commun. Ainsi a été conçue, par exemple, l'idée que le Centre commun se charge des remboursements de la Mutualité qui sont simplement imputés comme des paiements de la part des employeurs. Les avantages d'une telle disposition qui réduit la charge administrative à long terme pour les employeurs par rapport à une déclaration à part à une institution de la sécurité sociale supplémentaire semblent clairs, bien qu'une adaptation des procédures des déclarations ait dû être réalisée par les employeurs les derniers mois.

Le Centre commun anticipe que, grâce aux remboursements de la Mutualité qu'il effectue, les employeurs déclareront les rémunérations, les incapacités de travail et les affiliations plus consciencieusement en vue des bénéfices escomptés. Le service des salariés, libéré des tâches de la détermination d'un régime principal par une affiliation automatique rendue possible par la fusion des caisses de maladie, pourra alors s'occuper plus des lacunes dans les déclarations des employeurs, mais aussi des doléances de ceux-ci, le cas échéant où un employeur n'aurait pas été remboursé par la Mutualité à cause d'une donnée y relative qui manquait.

L'auteur croit que le statut unique représente effectivement une "*Joerhonnertreform*" du domaine de la sécurité sociale en entier. Bien que les bénéfices de cette réforme ne soient pas visibles ni pendant la période des ajustements informatiques et procédurales ni pendant la période transitoire de la surprime, la simplification administrative introduite par la fusion des caisses de maladie et des caisses de pension permettra de rationaliser toute la sécurité sociale en la dotant d'une structure moderne qui saura faire face au défis de la société du 21^e siècle. L'auteur est content d'avoir pu contribuer à une bonne gestion de ce projet du côté du Centre commun de la sécurité sociale.

6. BIBLIOGRAPHIE

[abc] Advanced Business Consulting s.a. (abc). *Documents de travail et présentations PowerPoint dans le cadre du projet des prestations espèces, élaborés avec les responsables du CCSS et al.* Luxembourg 2008.

[BLQ] Association Luxembourgeoise des Organes de Sécurité Sociale (Aloss). *Bulletin luxembourgeois des questions sociales.*

[CCM] Centre commun de la sécurité sociale, Service de la méthodologie. *Documents de travail, cahier des charges et présentations PowerPoint dans le cadre du projet de la mise en œuvre du statut unique.* Luxembourg 2008.

[SIT] Centre commun de la sécurité sociale. *Microsite sur le statut unique, www.ccss.lu/statutunique/.* Luxembourg 2008.

[CHD] *Documents parlementaires* du projet de loi N°5750 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé. Disponible sur le site web www.chd.lu, Luxembourg 2008.

[DUR] Durbach Carlo. *La sécurité sociale et les indépendants au Grand-Duché de Luxembourg.* Dans [BLQ] Volume 10, Luxembourg 2001.

[ETA] Juncker Jean-Claude. *Déclaration du gouvernement sur la situation économique, sociale et financière du pays 2006.* Traduction française. Disponible sur www.gouvernement.lu. Luxembourg 2006.

[TRI] Ministère d'Etat. *Avis du Comité de coordination tripartite.* Luxembourg 2006.

[MDE] Mutualité des entreprises. Statuts. Mémorial A N°222, 31 décembre 2008.

[LOI] Service Central de Législation. *Loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique.* Mémorial A N°60, 15 mai 2008.

[STA] Service central de la statistique et des études économiques. *Le site web du STATEC, www.statec.public.lu/.* Luxembourg 2008.

[SCU] Scuto Denis. *La naissance de la protection sociale au Luxembourg.* Dans [BLQ] Volume 10, Luxembourg 2001.

[W30] Luxemburger Wort. *Jahrhundertreform und gleichzeitig Herzensangelegenheit.* Edition du Luxemburger Wort du 30 avril 2008.

LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS

Une nouvelle institution au sein de la sécurité sociale

Pierre BLEY

Président de la Mutualité des Employeurs

La Mutualité des employeurs est l'œuvre du législateur ayant introduit un régime salarié unique dans le secteur privé de notre économie.

En effet la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique dispose en son article 2, sub point 11, "Il est créé une Mutualité des employeurs... ayant pour objet d'assurer les employeurs contre les charges salariales résultant de l'article L.121-6 du Code du travail".

La motivation pour la création de cette "assurance" est ainsi tirée de la modification de l'article 121-6, paragraphe 3, alinéa 2, qui traduit la volonté politique d'asseoir le régime unique sur celui ayant régi jusqu'alors les conditions de travail des employés privés. En effet, la nouvelle législation harmonisée a étendu l'obligation pour les employeurs de continuer à payer le salaire en cas d'incapacité de travail à l'intégralité des salariés, donc aussi aux salariés effectuant une activité à dominante manuelle et ce pendant une durée légèrement réduite par rapport à la législation pristine. Cette obligation s'étend en l'occurrence sur une durée expirant à la fin du mois au cours duquel se situe le 77^e jour d'incapacité de travail au cours d'une période de référence de 12 mois consécutifs.

Si la motivation première du législateur s'est exprimée à travers le libellé de l'article 2 de la susdite loi dont mention plus haut et portant harmonisation des statuts socio- professionnels, il n'en reste pas moins que d'autres finalités s'y sont greffées par la suite.

L'analyse de ces finalités permet de faire une description parfaite de la Mutualité ainsi que de ses missions et prérogatives.

Aussi nous proposons-nous de procéder à cet examen en distinguant dans un premier temps les attributions déléguées à la Mutualité par le législateur et dans un deuxième temps les prérogatives qui traduisent les ambitions notamment des milieux économiques en rapport avec cette nouvelle institution.

1. LES MISSIONS DÉFÉRÉES PAR LA VOIE LÉGISLATIVE

A la volonté de prémunir les entreprises contre l'obligation de la continuation du paiement du salaire en cas d'incapacité de travail (Lohnfortzahlung - LFZ), le législateur a ajouté plusieurs prérogatives à la Mutualité découlant des options politiques prises en relation avec l'abolition des statuts socioprofessionnels d'ouvrier et d'employé privé.

1.1. Prémunir les entreprises contre un absentéisme "accidentellement" élevé

Bien que le risque d'un absentéisme accidentel ait déjà pesé dans le passé sur les entreprises de petite taille qui occupaient du personnel-employés, les discussions qui devaient mettre en œuvre les conclusions tripartites du 28 avril 2006 dégageaient très vite la nécessité d'instaurer une assurance contre ce risque sous la forme d'une mutuelle des entreprises. En effet, en l'absence d'une pareille structure, les entreprises de très petite taille qui ne peuvent se prévaloir de la loi du grand nombre risqueraient de se voir rapidement confrontées en cas d'absence prolongée et concomitante de plusieurs membres du personnel, à des problèmes de trésorerie. La prise en charge de ces frais de salaire par la collectivité des employeurs affiliés à la Mutualité moyennant paiement d'une cotisation par affilié a constitué aux yeux du législateur une option judicieuse devant éviter une situation financière critique pour ce type d'entreprises à la suite de l'introduction du statut unique.

Cette option est d'autant plus indiquée que la volonté politique n'avait pas, à bon escient d'ailleurs, retenu l'alternative préconisée par d'aucuns d'assurer l'intégralité de la période de 52 semaines d'incapacité de travail par la future caisse de maladie unique du secteur privé.

1.2. Recueillir les surprimes des salariés à occupation manuelle

L'article 14 de la loi portant introduction du statut unique dispose que la surprime du personnel salarié à dominante manuelle est "perçue par le Centre commun de la sécurité sociale au profit de la Mutualité des employeurs".

A noter que cette surprime représente l'équivalent de la quote-part de la cotisation qu'ont payée sous l'empire de l'ancienne législation les assurés ouvriers à la caisse de maladie au titre de 13 semaines de continuation du paiement de salaire en moyenne (Lohnfortzahlung - LFZ). Le paiement de cette surprime à la Mutualité constitue partant un élément important dans le cadre du respect de la neutralité financière de l'introduction du statut unique pour les entreprises au niveau interprofessionnel. L'alternative pour arriver à telle fin et qui aurait consisté en un abaissement du salaire brut à due concurrence, c'est-à-dire de l'ordre de 2,1%, ne concordait pas avec la volonté politique d'augmenter à terme le salaire net des salariés effectuant une activité à dominante manuelle, en reprenant cette charge pour le compte du budget de l'Etat.

1.3. Réceptionner les interventions financières étatiques

La reprise par les finances publiques de la surprime ouvrière pour les raisons évoquées ci-dessus se fera progressivement à partir de l'an 2012 en vertu des dispositions de l'article 14 de la loi portant introduction du statut unique. Pour l'année en question, l'Etat prendra à sa charge l'équivalent de la surprime à raison de 1,1%, ce taux constituant le différentiel entre la surprime totale et le taux de la surprime qui est fixé par la loi à 1% pour 2012. Ce taux à charge de l'Etat augmentera à l'équivalent de 1,6% de la surprime pour l'exercice 2013 et de 2,1% de celle-ci à partir de 2014 et pour les années subséquentes. La charge annuelle en résultant a été estimée par le législateur à 0,3% de la masse cotisable de l'ensemble des salariés relevant des employeurs affiliés à la Mutualité, tout comme cela résulte des dispositions de l'article 56 du Code de la sécurité sociale.

Comme ce taux ne constitue toutefois qu'une estimation, un bilan sera établi à partir de 2010 par l'Inspection générale de la sécurité sociale et validé par un comité ad hoc à composition tripartite dans le but de fixer les montants exacts fixés ex-post et qui seront inscrits à la loi budgétaire afin de garantir la neutralité financière dont question ci-dessus.

A noter encore que le fonds de roulement initial que l'Etat a mis à la disposition de la Mutualité sera compensé par le biais des sommes en question.

1.4. Offrir une protection adéquate aux travailleurs indépendants et au secteur public

Le champ d'application personnel de la Mutualité englobe non seulement les employeurs occupant des salariés au sens de l'article L.121-1 du Code du travail et qui sont soumis en principe à une affiliation obligatoire, mais également les travailleurs indépendants et leurs conjoints ainsi que les membres des professions libérales.

Ces deux dernières catégories de travailleurs, qui ne sont d'ailleurs pas affiliées d'office à la Mutualité à titre personnel, profitent en cas d'affiliation volontaire d'une protection contre l'absentéisme dès le premier jour d'absence, ce qui diminue de beaucoup l'impact financier dû au risque d'être frappé d'une incapacité de travail pour un travailleur indépendant.

A noter encore que les employeurs publics dont le personnel ne bénéficie pas d'une protection statutaire illimitée dans le temps contre l'incapacité de travail sont affiliés à cette institution au titre du personnel en cause.

Il convient de relever par ailleurs que lors des discussions menées dans le cadre de l'introduction du statut unique, il avait été convenu que l'affiliation des employeurs des salariés publics ou parapublics à la Mutualité ne pouvait pas avoir pour conséquence d'alourdir la charge des entreprises du secteur privé. Il s'ensuit que des compensations pécuniaires se feront, le cas échéant, à ce titre.

2. LES FINALITÉS ATTRIBUÉES À LA MUTUALITÉ PAR LES MILIEUX ÉCONOMIQUES

Les conclusions des discussions tripartites du 28 avril 2006 dont l'objet était d'assainir les finances publiques et de redresser la situation compétitive de l'économie nationale, témoignaient partant de la volonté des parties prenantes de placer l'introduction du statut unique dans cette logique de compétitivité.

Ainsi, l'introduction du statut unique et plus particulièrement la généralisation de la LFZ devait contribuer à réduire l'absentéisme et par là augmenter la compétitivité des entreprises. L'abolition de la distinction des catégories socioprofessionnelles en cause devait à son tour conduire à des économies d'échelle au niveau des organismes de sécurité sociale et à une simplification administrative au bénéfice des entreprises.

2.1. Augmenter la compétitivité des entreprises

Des fluctuations sensibles de l'absentéisme ont pu être dénotées par le passé toutes les fois que le sujet de l'absentéisme a été thématiqué dans l'opinion publique. Il en a été ainsi notamment à la suite des discussions tripartites de 2003 qui avaient pour objet d'assainir les finances de l'Union des caisses de maladie (UCM) et qui de ce fait traitèrent de l'absentéisme.

Forts de ces observations ainsi que des conclusions d'une étude UCM de l'époque en la matière, les représentants patronaux ont demandé que des mesures incisives soient prises afin de diminuer l'absentéisme. Face au refus des milieux politiques d'introduire à ce stade une participation salariale à l'indemnisation des jours d'absences tombant dans la période de la LFZ, les organisations patronales ont néanmoins préconisé d'introduire une participation patronale dans le cadre du remboursement des salaires de la part de la Mutualité. C'est ainsi que les dispositions de l'article 14 des statuts de la Mutualité ne prévoient qu'un remboursement de l'ordre de 80% de l'assiette de cotisation au titre des prestations en espèces de la Caisse nationale de santé augmenté des cotisations patronales à la sécurité sociale.

Le bilan qui sera dressé pour la première fois en 2010 renseignera sur l'efficacité de l'ensemble des mesures entreprises dans le but de réduire l'absentéisme, notamment au regard du critère chiffré inscrit par le législateur à l'article 2, point 11 de la loi portant introduction du statut unique et figurant désormais à l'article 56 du Code de la sécurité sociale, en l'occurrence 0,3% de la masse cotisable des affiliés obligatoires à la Mutualité.

Notons encore qu'au moment de l'adoption de la susdite loi, la Chambre des Députés a voté une motion invitant le Gouvernement

- "à suivre de près l'exécution administrative et jurisprudentielle de la mise en œuvre de ces mécanismes (de contrôle administratif des malades), et d'en dresser le résultat, au plus tard lors du bilan prévu pour l'exercice 2010, et de proposer, à ce moment, le cas échéant, les adaptations qui s'imposeraient;
- à tenir la Chambre informée des travaux du Groupe de haut niveau, qui, établira un état des lieux et un programme d'action permettant de contenir le phénomène de l'absentéisme."

Il convient encore de signaler à cet endroit que les efforts patronaux tendant à réduire l'absentéisme ont également eu une retombée au niveau du financement de la Mutualité et en particulier en ce qui concerne l'organisation des classes de cotisation en son sein.

2.2. Organiser la solidarité entre entreprises dans une optique de réduction de l'absentéisme

Si la Mutualité a pour objet d'éviter que des entreprises ne soient confrontées à des difficultés de trésorerie en raison d'un absentéisme " accidentel ", le mode de financement de cette nouvelle structure ne devait pas non plus ni pénaliser les entreprises ayant un absentéisme peu élevé, ni conduire à une augmentation excessive du coût des entreprises exposées à un absentéisme élevé. En d'autres mots, il fallait créer un système qui garde une incitation financière pour les entreprises de réduire leur absentéisme sans pour autant imposer des taux de cotisation trop élevés par rapport aux taux du passé.

Il s'agissait donc de différencier les entreprises en fonction de leur taux d'absentéisme financier et de les classer en plusieurs groupes de façon à inciter les entreprises à diminuer leur absentéisme et à honorer, le cas échéant, leurs efforts en la matière du passé sans pour autant grever trop les entreprises les moins bien loties. C'est ainsi que quatre classes ont été créées dans lesquelles les entreprises sont regroupées à la fin de chaque exercice sur la base de l'absentéisme enregistré au cours d'une période d'observation allant de 18 mois à trois ans, lorsque la Mutualité aura pris son rythme de croisière définitif.

Le critère en fonction duquel ce classement se fera annuellement est l'absentéisme financier, c.-à-d. exprimé de manière simplifiée le rapport entre le coût de l'absentéisme et la masse cotisable d'une entreprise.

Les taux résultant de cette classification se situent entre 0,35% et 2,29% pour l'exercice en cours. Ces taux remplacent pour ainsi dire les taux uniques fixés autrefois par catégorie socioprofessionnelle.

2.3. Simplifier le travail administratif des entreprises et réaliser des synergies au niveau des structures de la sécurité sociale

Une autre motivation de l'introduction du statut unique pour les parties aux discussions tripartites était la rationalisation - par la réalisation d'économies d'échelle - et l'allégement - par la fusion subséquente de différentes institutions de la sécurité sociale - de l'architecture générale des organismes de sécurité sociale.

La création de la Mutualité qui s'ajoutait ainsi aux institutions alors en place ne devait pas contrecarrer ces ambitions. Par ailleurs, le flux des informations et déclarations de la part des employeurs, d'un côté, et celui des cotisations et remboursements de la part des institutions de la sécurité sociale, de l'autre, devaient être organisés de façon à suffire à la finalité de la simplification administrative au profit des entreprises. Il échet de constater à

ce stade que grâce à la diligence des responsables des institutions auxquelles revient un rôle clé dans le déroulement des processus opérationnels de la Mutualité, cette mission a largement abouti.

Il s'y ajoute que la Mutualité, en ce qu'elle repose sur les services notamment du Centre commun de la sécurité sociale et de la Caisse nationale de santé, n'a pas de personnel propre mais bénéficie pleinement de cette recherche de synergies.

A noter encore que dans le même souci de cohérence et de simplification, la Mutualité reprend notamment de la part des caisses de maladie le service payeur des indemnités pécuniaires en cas d'accident de travail, et ce aux mêmes conditions que les absences dues au titre d'une incapacité de travail pour cause de maladie.

S'il est vrai que les synergies n'ont pas encore abouti en terme d'effectifs des différentes caisses, il n'en reste pas moins que les ajustements pourront se faire au fur et à mesure en fonction, le cas échéant, des missions élargies des différentes institutions.

Considérations finales

Il serait prématuré à ce stade de porter une appréciation définitive sur la pertinence de tous les aspects relatés dans la présente. L'évolution de l'absentéisme sera un des éléments déterminants à cet égard. Toujours est-il que pour un nombre considérable des missions de la Mutualité exposées ci-avant, le bien-fondé des différentes solutions ayant prévalu lors de l'introduction de la Mutualité ne peut que difficilement être invalidé par la pratique.

Il nous reste à relever un aspect non négligeable non abordé dans le corps de la présente, en l'occurrence la relation causale existant entre le mode de la prise en charge du coût de la LFZ par la Mutualité et le caractère stable des relations de travail. Tout porte à croire que l'introduction de la Mutualité des employeurs et l'organisation financière de celle-ci - en ce qu'elle vise à prémunir, pour autant que faire se peut, les entreprises des effets pécuniaires de l'absentéisme - ne manqueront pas de se répercuter favorablement sur les rapports individuels de travail, sur la paix sociale et partant sur la cohésion sociale.

DÉVELOPPEMENT D'UN CADRE MÉTHODOLOGIQUE COMMUN POUR LES INSTITUTIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE¹⁾

Paul SCHMIT

Inspection générale de la sécurité sociale

1. INTRODUCTION

Les différentes branches de la sécurité sociale sont gérées par des établissements publics chargés de fournir un service administratif performant et de qualité. Confrontées à des contraintes financières permanentes, patronnées étroitement par le monde politique et les partenaires sociaux, les institutions de sécurité sociale telles que les caisses de maladie ou de pension ont l'obligation de piloter un système complexe de prestations sociales, de garantir le droit des assurés à des prestations de qualité et d'assurer la viabilité à long terme des branches respectives de la sécurité sociale. Délivrant un service public de première importance sur base d'une législation nationale et européenne (voire internationale) de plus en plus complexe, ces institutions sont devenues des administrations d'une envergure considérable en matière de ressources humaines et se basant sur des supports techniques complexes et indispensables. En outre, toutes les parties impliquées - principalement l'Etat, le patronat et le salariat - apportent une attention particulière à la charge financière y relative leur incombant respectivement.

1) *Le présent article représente prioritairement une réflexion personnelle de l'auteur par rapport aux implications et aux corollaires de certaines dispositions introduites dans le Code de la sécurité sociale dans le cadre de la réforme du statut unique.*

Elaboré au sein du service "Surveillance" de l'IGSS et validé par le Directeur de l'IGSS, la mise en oeuvre pratique et progressive du cadre méthodologique commun est actuellement discutée avec les institutions de sécurité sociale.

Les institutions de sécurité sociale sont ainsi devenues des systèmes organisationnels complexes auxquels il est nécessaire d'appliquer des principes de gestion reconnus pour faire face aux différents risques opérationnels, juridiques, politiques ou financiers. L'introduction d'un statut unique pour tous les salariés du secteur privé a été l'occasion de réformer en profondeur l'organisation des institutions de sécurité sociale et d'introduire une exigence pour une méthodologie procédurale commune, une assurance qualité et une gestion des risques.

Les changements législatifs et les nouvelles structures et missions qui découlent de la loi portant introduction d'un statut unique nécessitent en fait un recadrage global en matière de gouvernance, de surveillance et de gestion des institutions de sécurité sociale. La mission de la mise en œuvre structurelle de ces nouvelles obligations incombe à l'Inspection générale de la sécurité sociale, en tant qu'organe de tutelle des institutions de sécurité sociale.

Le présent article a aussi comme objectif de fournir une description et une explication des différentes méthodes de gestion évoquées dans la loi, notamment de la gestion des risques. La mise en œuvre graduelle d'une gestion des risques dans les institutions de sécurité sociale sera proposée et esquissée, en tenant compte des pré-requis et de certaines contraintes organisationnelles. Cette mise en œuvre devra se faire en concertation et en coordination avec les institutions afin de garantir la nécessaire adhésion et une efficacité maximale.

2. CADRE LÉGAL ET ORGANISATIONNEL

2.1. Loi portant introduction d'un statut unique

Le 1er janvier 2009 est entré en vigueur la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé. Cette loi fondamentale introduit différentes innovations dans le domaine du droit du travail et de la sécurité sociale, dont les principales sont:

- l'introduction d'un statut unique harmonisant les anciennes dispositions pour employés privés et pour ouvriers en matière de droit du travail,
- le regroupement de six caisses de maladies sectorielles avec l'Union des caisses de maladie dans une Caisse nationale de santé (CNS) et la création d'une Mutualité des employeurs (MdE) destinée à assurer les employeurs contre les charges salariales résultant de l'indemnisation des congés de maladie,

- la fusion des quatre caisses de pension sectorielles en une Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) et l'adaptation des missions du Fonds de compensation (FDC) destiné à gérer la réserve du régime général d'assurance pension,
- la redéfinition des dispositions en matière de gouvernance et de surveillance de la sécurité sociale et plus particulièrement l'adaptation des missions de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS).

L'objectif de la réforme institutionnelle de la sécurité sociale est multiple et en termes d'objectifs stratégiques il y a lieu:

- de répondre à l'attente des institutions d'atteindre une meilleure gestion des procédures,
- d'améliorer la communication entre les institutions et le Centre informatique de la sécurité sociale (CISS),
- de mettre à terme à la disposition des assurés l'accès aux services de la sécurité sociale à travers des guichets uniques,
- de permettre un contrôle efficace de la gestion des institutions de sécurité sociale,
- de contribuer à l'efficacité et à la pérennité des systèmes de sécurité sociale.

2.2. Les institutions de sécurité sociale

Le fonctionnement des institutions de la sécurité sociale (ISS) est de caractère tripartite. L'Etat se voit attribué un rôle prépondérant en matière d'organisation et de financement et les partenaires sociaux gèrent de façon autonome l'institution de sécurité sociale, qui bénéficie du statut d'établissement public lui assurant une autonomie administrative et financière.

Les ISS sont placées sous la responsabilité d'un comité directeur, qui est chargé de la gestion, notamment en ce qui concerne l'établissement du budget et du décompte annuel, la projection budgétaire pluriannuelle, la fixation des taux de cotisation, l'établissement des statuts réglant les prestations, le fonctionnement interne et la gestion du patrimoine. Le comité directeur se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'Etat, de délégués du salariat et du patronat, désignés en fonction de leur représentativité sectorielle.¹⁾

1) Il faut noter qu'il existe différentes exceptions à cette règle générale, telles que la Mutualité des employeurs, où le comité directeur se compose exclusivement de représentants du patronat, ou la Caisse nationale de santé statuant en matière de dépendance, où les employeurs ne sont pas représentés au sein du comité directeur.

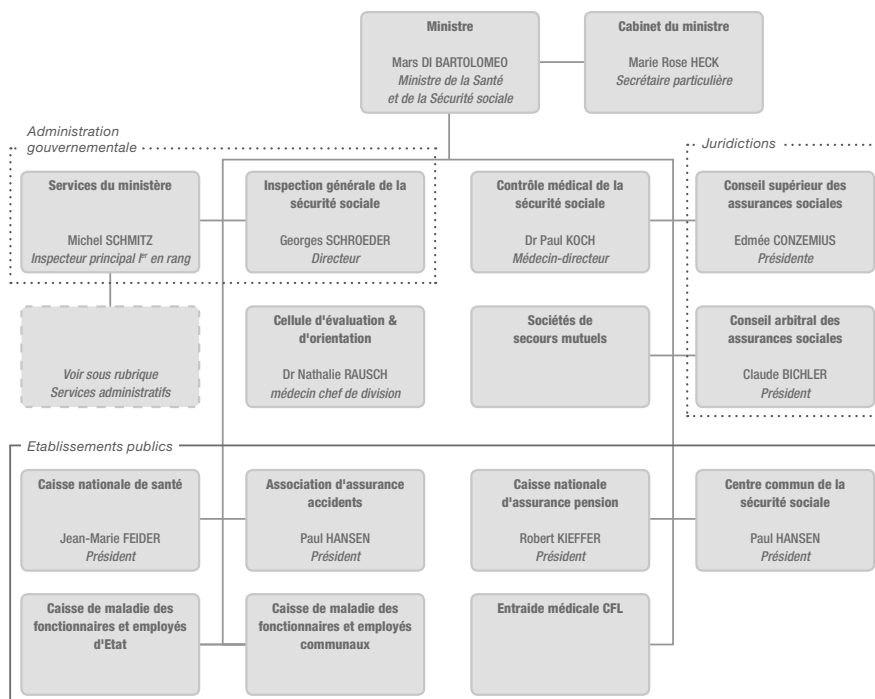
Les institutions de sécurité sociale comprennent:

- la Caisse nationale de santé gérant les assurances maladie-maternité et dépendance et les caisses de maladie du secteur public uniquement compétentes pour les prestations en faveur de leurs assurés respectifs,
- la Caisse nationale d'assurance pension,
- le Fonds de compensation qui a pour mission d'assurer la gestion de la réserve de compensation destinée à garantir la pérennité du régime général de pension et qui peut recourir aux services administratifs de la CNAP,
- l'Association d'assurance contre les accidents,
- le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) comme centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun de la sécurité sociale,
- la Mutualité des employeurs destinée à prémunir les employeurs contre le coût financier que représente la continuation du paiement des salaires aux travailleurs frappés d'une incapacité de travail et qui a recours aux services administratifs du CCSS et de la CNS,
- la Caisse nationale des prestations familiales (CNPF) chargée notamment de la gestion des différentes allocations familiales.

Ces institutions tombent sous la tutelle du Ministre de la Sécurité sociale, à l'exception de la CNPF, tombant sous celle du Ministre de la Famille et de l'Intégration.¹⁾

Le personnel affecté aux institutions majeures comprend actuellement 435 agents pour la CNS, 166 pour la CNAP et 203 pour le CCSS.

1) *Le Fonds national de solidarité (FNS), également sous tutelle du Ministère de la Famille et de l'Intégration, est en charge de la gestion du revenu minimum garanti (RMG) et d'autres prestations d'assistance sociale, bénéficie d'un fonctionnement et d'une législation spécifique et n'est pour cette raison pas repris dans cette liste. L'assurance chômage tombe dans les attributions du Ministre du Travail et de l'Emploi.*

Graphique 2.1: Organisation de la sécurité sociale (source: IGSS)¹⁾

2.3. L'Inspection générale de la sécurité sociale

L'IGSS est par la loi²⁾ l'organe de tutelle des différentes institutions de sécurité sociale. En dehors des missions classiques de la gestion du cadre juridique national et international, de l'actuariat et des projections statistiques, l'IGSS assure par le biais de son service de surveillance également le contrôle budgétaire et comptable ainsi que la conformité aux prescriptions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles des activités en matière de sécurité sociale.

1) Etat au 1er mai 2009. Le FDC et la MDE ne sont pas repris dans l'organigramme.

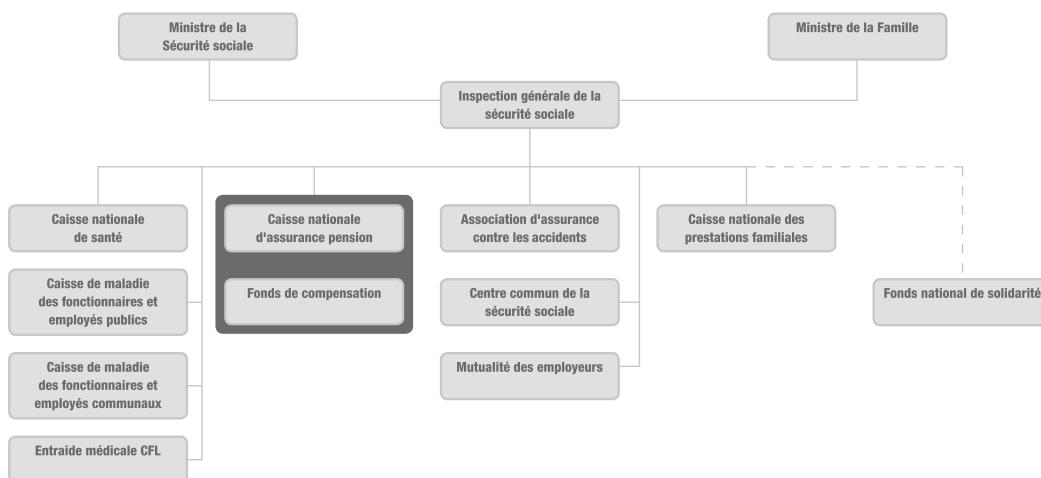
2) L'IGSS a été créée par la loi du 25 avril 1974 et est l'héritière de l'ancienne Inspection des institutions sociales créée en date du 23 octobre 1944.

Ladite loi du 13 mai 2008 confère différentes nouvelles missions à l'IGSS à savoir:

- prescrire des critères pour la mise en œuvre d'une gestion des risques et d'une assurance qualité par les institutions de sécurité sociale¹⁾,
- contribuer à l'élaboration de processus et de procédures sur base d'un cadre méthodologique commun.²⁾

La définition de processus centrés sur les assurés nécessite la mise en place d'un cadre méthodologique commun. A cet égard il est important de maintenir le Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) comme organisme centralisateur des opérations informatiques de la sécurité sociale opérant en concertation étroite avec les cellules méthodologiques des différents organismes.

L'IGSS assistera les institutions de la sécurité sociale dans l'élaboration des processus et procédures administratifs dans le contexte d'un cadre méthodologique qu'elle définit. En cas de conflits entre les acteurs impliqués dans l'implémentation de ces processus et procédures, elle assure les arbitrages nécessaires pour l'avancement des travaux.



Graphique 2.2 : Périmètre de contrôle de l'IGSS (source: IGSS)

1) Art. 409. (extrait) Celles-ci (i.e. les ISS) sont tenues de mettre en œuvre une gestion des risques et une assurance qualité appropriée suivant des critères prescrits par l'autorité de surveillance.

2) Art. 423. L'Inspection générale a pour mission: (...) **7)** d'assister les institutions de sécurité sociale dans l'élaboration des processus et procédures administratifs sur base d'un cadre méthodologique commun qu'elle détermine et d'assurer, en cas de besoin, les arbitrages nécessaires pour l'implémentation de ces processus et procédures.

3. GOUVERNANCE, SURVEILLANCE ET GESTION DES INSTITUTIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

3.1. Principes de gouvernance

3.1.1. Définition

Le mot gouvernance est une nouvelle expression de la langue française s'inspirant de l'approche de gestion de "good governance" et qui est p.ex. défini dans le cadre du Code belge de gouvernance d'entreprise (Code Lippens, 2004): "La gouvernance d'entreprise recouvre un ensemble de règles et de comportements en fonction desquels les sociétés sont gérées et contrôlées. Une bonne gouvernance d'entreprise atteindra son objectif en établissant un équilibre adéquat entre l'esprit d'entreprise et le contrôle ainsi qu'entre la performance et la conformité à ces règles."^{1) 2) 3)}

La bonne gouvernance essaie donc de donner un cadre efficace et transparent au fonctionnement d'une entreprise ou d'une organisation, en essayant de concilier le dynamisme et les risques entrepreneuriaux avec la nécessité de contrôle et de conformité. Sont plus particulièrement visés:

- la responsabilité, la nomination et le fonctionnement des organes de surveillance et de direction,
- les règles de contrôle de conformité et de surveillance interne et externe,
- la transparence financière en matière de rémunération, budgets, comptes financiers,...
- la fixation d'objectifs stratégiques et opérationnels et la mesure de leur efficacité et de leur performance.

1) Cette définition est complétée par: "En ce qui concerne l'esprit d'entreprise, les règles de gouvernance d'entreprise doivent non seulement faciliter une gestion axée sur la performance mais aussi fournir des mécanismes de direction et de leadership tout en assurant l'intégrité et la transparence du processus de prise de décisions.

Une bonne gouvernance d'entreprise doit permettre de fixer les objectifs de la société, les moyens de les atteindre et la façon d'évaluer les performances. En ce sens, la gouvernance d'entreprise constitue un incitant de nature à contribuer à la capacité du conseil d'administration et du management à poursuivre des objectifs conformes aux intérêts de la société, de ses actionnaires ainsi que des autres parties prenantes (stakeholders).

Le contrôle implique l'évaluation effective des performances, la gestion attentive des risques potentiels et la surveillance appropriée des procédures et processus agréés.

A cet égard, il s'agit surtout de vérifier si des systèmes de contrôle rigoureux fonctionnent effectivement, si les conflits d'intérêts potentiels sont gérés et si des contrôles suffisants sont mis en œuvre pour éviter les abus de pouvoir susceptibles de faire prévaloir des intérêts particuliers sur ceux de la société." (Code Lippens 2004)

2) Définition AISS de la gouvernance: "Structure et procédures au moyen desquelles une organisation ou une collectivité conduit ses affaires de façon à procurer le plus grand avantage à toutes les parties prenantes et à résoudre les conflits d'intérêts qui peuvent les opposer." (AISS, 2004)

3) Ces principes, formulés dans différents pays et à un niveau international (Code allemand, 2008; OCDE, 2004) ont une valeur globale et universelle et trouvent leur application aussi dans le domaine public (ALARM, 2001; OCDE, 2004) ou paraétatique (Gronemann, J., Fuchs, R., 2005).

En relation avec la crise économique mondiale qui sévit actuellement, on peut d'un côté constater une certaine défaillance de tous ces mécanismes et approches de gestion, d'un autre côté, la crise a démontré la nécessité urgente d'une plus grande pertinence de ces principes dans la législation et dans la gestion des entreprises.

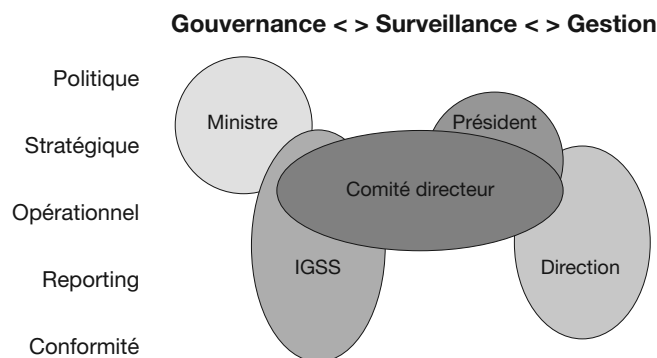
3.1.2. Gouvernance politique et stratégique

Dans le domaine de la sécurité sociale, l'Association internationale de sécurité sociale (AISS) a plus particulièrement soulevé l'importance de ces principes pour la gestion des régimes de sécurité sociale, des différents organismes et des fonds de réserves (AISS, 2004; Daykin, 2006).

Le nouveau cadre législatif et réglementaire de la sécurité sociale luxembourgeoise est fortement inspiré de ces principes de créer un cadre de gouvernance, de surveillance et de gestion cohérent et transparent des différentes branches de couverture et des institutions de sécurité sociale. Dans cette optique, les principes suivants ont été arrêtés:

- 1) Les institutions de sécurité sociale doivent assurer la globalité de la gestion de leurs activités en suivant des pratiques de gestion reconnues, notamment en ce qui concerne le contrôle interne, la gestion de la qualité et surtout la gestion des risques.
- 2) Un cadre méthodologique commun, complété par des dispositions spécifiques, fixera les principes de gouvernance, de surveillance et de gestion des institutions de sécurité sociale.
- 3) L'IGSS va adapter ses missions de surveillance, de contrôle, de tutelle et d'assistance en se concentrant, en dehors des missions de surveillance fixées par la loi, sur la bonne gouvernance des institutions de sécurité sociale.

L'organisation de la sécurité sociale luxembourgeoise telle qu'elle est prévue par la loi peut être décrite schématiquement à l'aide graphique suivant:



Graphique 3.1: Schéma fonctionnel des acteurs impliqués dans la gouvernance des institutions de sécurité sociale (source: IGSS)

La gouvernance politique et stratégique incombe prioritairement au Ministre de la sécurité sociale, assisté de l'IGSS et du président de l'ISS, ainsi que des partenaires sociaux composant le comité directeur. Les objectifs communs à partager par tous les acteurs doivent être:

- une bonne gouvernance de l'institution,
- la pérennité du système à long terme.
- un service de qualité (volume, critères, normes ...),
- la satisfaction du client/assuré/bénéficiaire.

Sur base de la loi et des orientations politiques fondamentales, les institutions de sécurité sociale, devront se doter d'un "*mission statement*" ou d'un "*Leitbild*", affichant la vision, les valeurs et les missions organisationnelles.

3.2. Principes de surveillance

3.2.1. Surveillance externe

Par la loi, la surveillance des institutions de sécurité sociale incombe à l'Inspection générale de la sécurité sociale. Dans le passé, cette surveillance, effectuée dans un cadre normatif établi par la loi, représentait souvent le principal contrôle des activités, en dehors de certaines procédures établies en interne.

Depuis la création du Fonds de compensation (FDC) et des risques apparents découlant de la gestion sensible des réserves de l'assurance pension, il s'est affirmé que la surveillance doit être établie sur de nouvelles bases (Feller, 2008).

Une première conclusion évidente est que la surveillance doit être établie à plusieurs niveaux et ceci aussi bien en interne qu'en externe. La surveillance externe est effectuée notamment par l'IGSS, par des réviseurs externes¹⁾ et par d'autres autorités de surveillance suivant les spécificités de l'institution, comme p.ex. la Commission de surveillance du secteur financier (CSSF) par rapport aux organismes de placement collectifs (OPC) gérés par le FDC. Ainsi la surveillance exercée par l'IGSS ne peut pas s'exercer en lieu et en place de celle à instaurer en interne par les ISS elles-mêmes: "Une autorité de surveillance ne peut pas exercer son pouvoir d'appréciation en lieu et place de l'organe suprême, à savoir du Conseil d'administration. Ni le service actuariat de l'IGSS, ni l'organe de révision, ni le service de surveillance de l'IGSS ne peuvent assumer la responsabilité stratégique et organisationnelle du Fonds de compensation." (Feller, 2008).

Depuis 2005, les bases pour un changement d'approche de l'IGSS en matière de surveillance ont été posées (IGSS/PwC, 2005). Depuis lors, l'orientation vers une approche de gestion des risques est devenue apparente, avec un accent particulier sur la pérennité globale du système et sur la gestion informatique des données.

1) *qui actuellement ne sont pas encore prévues pour les ISS.*

3.2.2. Surveillance interne

Une deuxième conclusion est que la mise en place d'une surveillance interne adéquate, complémentaire à la surveillance externe ou à celle exercée par l'autorité de tutelle, est de la responsabilité interne des ISS. Cette surveillance interne peut se décliner à plusieurs niveaux, en commençant par l'organe suprême de l'organisme qui est le comité directeur. Bien que la mission du comité directeur puisse être interprétée comme directement liée à la "gestion" ou à la "direction" de l'ISS, il est néanmoins clair que son rôle primordial consiste et doit consister dans la surveillance des activités de l'ISS.

Cette nouvelle gouvernance des ISS¹⁾ a permis une uniformisation et une simplification du fonctionnement organisationnel. Il est néanmoins important de formuler quelques remarques critiques. Il est globalement reconnu, notamment dans les codes de bonne gouvernance, qu'il faut une séparation nette, aussi bien en ce qui concerne les attributions qu'en ce qui concerne la composition, entre l'organe suprême de surveillance et l'organe directeur de gestion. Ainsi on distingue entre "Comité de surveillance" et "Conseil d'administration" (ou entre "Aufsichtsrat" et "Verwaltungsrat").²⁾ Concentrer les deux missions en un seul organe comporte une faiblesse au niveau du pilotage qui doit être compensée par la surveillance externe.

La mission de surveillance des comités directeurs, et par ce biais des partenaires sociaux, relève d'une importance primordiale. Ils ont notamment l'obligation de s'assurer du respect des droits des assurés respectivement des intérêts des employeurs. Ils doivent contribuer à l'orientation stratégique des ISS et analyser de façon critique l'efficacité et l'efficience du fonctionnement des ISS.

3.2.3. Contrôle interne

Un autre élément indispensable de la surveillance interne est la mise en place d'un contrôle interne efficace. Le contrôle interne est une technique de gestion visant à maîtriser les activités de l'organisation. En tant que processus organisationnel intégré, il relève de la responsabilité de la direction, voire des différents services et de l'ensemble du personnel.

Afin d'assister le comité directeur, dans sa mission de surveillance, il peut être utile de créer au sein de l'ISS et au plus haut niveau organisationnel une

1) Avant la nouvelle configuration introduite par la loi portant introduction d'un statut unique, les responsabilités étaient réparties entre l'assemblée générale et le conseil d'administration de l'Union des caisses de maladies (UCM). Cette architecture a été abolie, vu qu'il ne s'agissait pas d'une vraie séparation des pouvoirs (notamment parce que les acteurs-clé étaient les mêmes) et que le fonctionnement était compliqué, avec une prise de décision assez lourde. Afin de gagner le soutien des partenaires sociaux pour la réforme du statut unique, il leur a été concédé un renforcement de leur rôle dans la gestion des institutions de sécurité sociale.

2) Ce principe de fonctionnement basé sur un partage des compétences entre surveillance et administration est aussi établi auprès des caisses de maladie allemandes (Steinmeyer 2005).

fonction indépendante et objective chargée d'informer le comité directeur mais aussi la direction de l'ISS sur la manière dont fonctionne le contrôle interne. Cet audit interne qui, contrairement au contrôle interne, est une fonction et non un processus, n'est normalement pas directement impliqué dans la mise en place ou le maintien du système de contrôle interne.

Afin que l'audit interne puisse efficacement fonctionner, différentes conditions doivent être remplies:

- l'engagement de ressources suffisantes et qualifiées,
- le rattachement de l'audit au Président avec des attributions clairement définies,
- l'indépendance par rapport à la direction,
- un lien étroit avec le comité directeur, en ce qui concerne les missions et le reporting,
- le droit de s'autosaisir de toute question potentiellement susceptible d'intérêt pour l'audit.

On peut s'interroger sur l'opportunité de la création d'un service d'audit interne au sein de toutes les institutions de sécurité sociale. Une analyse approfondie mènerait probablement à des critères en relation avec la taille de l'ISS ainsi qu'à la sensibilité et la complexité de l'activité. L'audit interne représente avant tout une ressource complémentaire œuvrant pour la transparence, la conformité et l'efficacité de l'activité opérationnelle, pouvant notamment aider à faciliter les relations entre comité directeur et direction, ainsi qu'avec les parties prenantes externes telles que le Ministre, l'IGSS¹⁾ ou aussi le CCSS.

3.2.4. Reporting et compliance

Sans entrer dans le détail, il est néanmoins nécessaire de souligner deux exigences pour toute surveillance efficace. En premier lieu, toutes les activités doivent être documentées et recensées de façon exhaustive et précise. Les critères en relation avec le reporting sont évidents et ne posent guère de problème dans un environnement se basant sur les valeurs de la fonction publique. Ces informations doivent néanmoins être disponibles dans des délais aussi réduits que possibles et doivent en outre être constituées de façon concise et digeste pour qu'elles puissent être utiles pour un pilotage efficace des activités. En deuxième lieu, il est important de pouvoir assurer la conformité des opérations. Il est primordial de pouvoir garantir le respect des droits des assurés, dont une grande partie est constituée de personnes non-résidentes au Luxembourg, et de répondre aux intérêts des partenaires sociaux et du monde politique.

1) *Il est clair que des liens fonctionnels étroits devraient être établis entre les deux organes de surveillance externe et interne.*

3.3. Gestion organisationnelle

Les institutions de sécurité sociale sont gérées par les comités directeurs respectifs. En dehors de certaines décisions devant être soumises pour approbation au Ministre et avisées par l'IGSS, il appartient au comité directeur de prendre les décisions majeures par rapport au fonctionnement de l'institution (CSS, 2009)¹⁾, notamment en ce qui concerne le budget et les statuts, mais aussi en ce qui concerne le fonctionnement de l'ISS. Les comités directeurs se composent en majeure partie de façon paritaire des partenaires sociaux avec un fonctionnaire de l'Etat comme président.

Un règlement grand-ducal est prévu par la loi du statut unique afin de définir le fonctionnement du Comité directeur, notamment en ce qui concerne la pondération des voix ou les modalités de remplacement en cas d'absence.²⁾

Le président du comité directeur représente l'ISS judiciairement et extrajudiciairement. Les actes posés par le président et le comité directeur dans les limites de leurs pouvoirs engagent l'ISS. Le président peut déléguer certaines missions, notamment l'évacuation des affaires courantes, à un fonctionnaire ou employé dirigeant de l'institution de sécurité sociale. (CSS, Art. 397)

Néanmoins, mises à part celles du président, les missions des fonctionnaires dirigeants des institutions ne sont pas définies. Une possibilité de clarification consiste dans l'élaboration d'objectifs stratégiques et opérationnels et de baser le fonctionnement interne sur des règles, précisant les missions de gestion des différents organes, clarifiant la délégation de pouvoirs et réglant la communication et l'interaction des différents niveaux hiérarchiques de prise de décision.

Ceci mènerait à un véritable règlement d'ordre interne, englobant l'organigramme, les remplacements, les incompatibilités, la nomination pour les différents niveaux hiérarchiques, les reportings nécessaires, la politique d'audit ou la gestion qualité, la gestion des plaintes, les principes de délégation de signatures ... (Gronemann, Fuchs, 2005), (DCGK, 2008). Une importance particulière revient à l'organigramme, qui doit décrire les missions des différents services et englober des descriptions de fonctions cohérentes. En outre, il doit comprendre certaines unités obligatoires, comme le contrôle interne, la lutte anti-fraude ou la cellule méthodologique.

1) Exemple CNS: Art. 45. "La Caisse nationale de santé est placée sous la responsabilité d'un comité directeur. Le comité directeur gère la caisse dans toutes les affaires qui n'ont pas été déferées à un autre organe par la loi ou les règlements.". Bien que le statut unique ait introduit une large uniformisation entre les différentes ISS, certaines particularités spécifiques continuent à exister.

2) A noter que les dispositions en matière de règlement d'ordre interne varient pour les différentes ISS.

Dans certains cas précis, la loi prévoit des commissions spécifiques. Si, dans le cas du comité d'investissement du Fonds de compensation, elles sont bien définies (à savoir d'assister le conseil d'administration du FDC en matière d'investissement financier), la loi laisse une large marge pour le fonctionnement des sous-commissions de la Caisse nationale de santé. Il appartiendra à un règlement d'ordre interne de préciser les modalités de fonctionnement de ces sous-commissions, aussi bien en ce qui concerne leur instauration et leurs thématiques, qu'en ce qui concerne leurs pouvoirs de décision effectifs.

3.4. Cadre méthodologique commun

Le cadre méthodologique introduit par la loi est interprété dans le présent contexte comme un cadre ne se limitant pas uniquement à l'établissement et à la gestion de procédures, mais englobant l'ensemble des conventions arrêtées entre l'organe de surveillance et de tutelle et l'institution de sécurité sociale. Il représente aussi une approche graduelle, partant du contrôle légal et comptable existant et se basant sur des outils et des méthodes communs, à travers une gestion standardisée des processus, impliquant les processus de contrôle interne et d'assurance qualité, pour aboutir à celui de la gestion des risques.

3.4.1. Budgets et comptabilités

Le contrôle comptable représente une mission classique de l'IGSS à l'encontre des ISS. Il se base sur un règlement grand-ducal relatif à la comptabilité et aux budgets de la sécurité sociale (CSS, 2009), uniformisant les règles et les procédures applicables aux ISS autour d'un plan comptable uniforme arrêté par l'IGSS. En outre, les ISS sont obligées d'utiliser le même logiciel comptable établi auprès du CCSS.

L'IGSS planifie l'élaboration et l'implémentation d'une nouvelle approche de suivi des budgets et de la comptabilité, permettant rationalisation des tâches respectives des ISS et de l'IGSS dans une optique de simplification administrative, d'accélération des procédures et d'augmentation de la transparence.

3.4.2. Gestion des processus

La gestion des processus représente certainement un volet central du cadre méthodologique commun, vu qu'elle est essentielle pour toute démarche qualité voire pour la gestion des risques. Actuellement les ISS n'effectuent pas de gestion des processus. Si les démarches administratives sont encore documentées dans les différentes institutions dans des guides de procédures

ou d'autres documents et textes se basant largement sur le cadre légal applicable, il faut néanmoins conclure qu'un standard commun fait défaut. Ceci mène à des situations insatisfaisantes aussi bien à l'intérieur des différentes institutions (documentation, transfert de connaissances, traçabilité,...) qu'entre elles et surtout dans leurs relations avec le CCSS en tant qu'organe centralisateur des démarches administratives et informatiques communes.

Actuellement une norme commune et unique de la gestion de processus fait défaut. Le développement d'une telle approche commune doit donc être une priorité, naturellement en respectant dans la mesure du possible les standards reconnus, plus spécifiquement ceux fixés au niveau de la fonction publique luxembourgeoise.

3.4.3. Contrôle interne

Il n'existe actuellement guère de processus ou de procédures de contrôle interne clairement établis. Normalement les contrôles sont soit effectués par la voie hiérarchique interne normale, soit laissés à l'IGSS en tant qu'autorité de surveillance. Il sera donc prioritaire d'établir en parallèle avec la gestion des processus, une implémentation de mécanismes de contrôle interne appropriés. Etant donné le lien étroit entre contrôle interne et gestion des risques, qui s'illustre notamment à travers COSO¹⁾, l'implémentation d'un contrôle interne efficace dans les ISS représente une étape importante.

3.4.4. Assurance qualité

La loi impose aux ISS la mise en œuvre d'une assurance qualité appropriée suivant des critères à établir par l'IGSS. Considérant que l'assurance qualité représente une approche managériale généraliste et complémentaire axée sur la conformité des processus et des procédures, un large choix de normes et de cadres de référence est ouvert à chaque ISS. Parmi les différentes techniques et approches tel qu'ISO, EFQM, BSC, TQM etc, l'Etat luxembourgeois a développé depuis quelques années une approche globale de réforme administrative de la fonction publique. Dans ce cadre, il promeut l'application de l'outil CAF (Common Assessment Framework) proposé par l'Institut européen d'administration publique, qui représente un cadre d'auto-évaluation des administrations de la fonction publique, se basant sur une version allégée et adaptée de l'EFQM.

1) COSO: "Comittee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission". Le COSO est un référentiel de contrôle interne utilisé notamment dans le cadre de la mise en place des dispositions relevant des lois Sarbanes-Oxley (US) ou de la Loi de sécurité financière (LSF-France) pour les entreprises assujetties respectivement aux lois américaines ou françaises. Le référentiel initial appelé COSO I a évolué depuis 2002 vers un second corpus dénommé COSO II.

L'IGSS n'impose pas de méthode ou de norme concrète aux ISS, mais de leur laisser à ce stade le choix d'une approche adaptée à leurs besoins. Néanmoins, à terme certaines normes spécifiques pourraient être prescrites, plus spécifiquement dans le domaine du traitement des données.¹⁾

3.4.5. Gestion des risques

La finalité de la démarche de l'IGSS est l'implémentation d'un système de gestion des risques dans un horizon de 3 à 5 ans. Ce point central du cadre méthodologique commun sera exposé en profondeur au chapitre 4.

3.4.6. Outils et méthodes

En dehors des outils standards utilisés au sein de la sécurité sociale pour la gestion comptable (AOF²⁾), la gestion des ressources humaines (GEPOSS et APSAL³⁾) et le suivi et les contrôles des budgets et de la comptabilité (en discussion/élaboration), dont l'usage est commun et obligatoire à toutes les ISS, il est prévu de se baser pour la gestion des processus sur deux outils adoptés largement au niveau de l'administration publique luxembourgeoise.

Issu d'une méthodologie suisse, le référentiel QUAPITAL-HERMES est une solution globale personnalisée et optimisée pour le Luxembourg pour la gestion de projets de technologie de l'information et de la communication. Avec la volonté de professionnaliser la conduite et le pilotage de projets de technologies de l'information et de la communication (TIC) au sein de l'Etat luxembourgeois, le référentiel QUAPITAL-HERMES a été spécifiquement élaboré par e-Luxembourg et le Centre de recherche public Henri Tudor pour la gestion et le pilotage de ce type de projets.⁴⁾

Pour la modélisation des processus, l'outil ARIS⁵⁾ a été adopté au niveau de la fonction publique. Ce package de logiciels offre une large panoplie de possibilités dans le domaine du Business process management (BPM) en intégrant notamment les volets stratégie, modélisation, implémentation et contrôle. Le logiciel est plutôt complexe dans ses fonctionnalités et son appropriation par les ISS représente un premier défi.

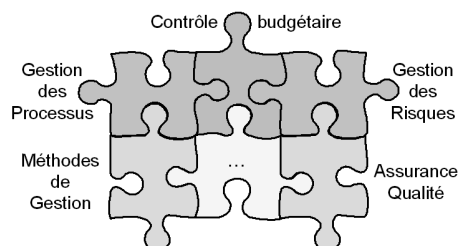
1) Comme p.ex. la norme ISO 27001:2007 pour les systèmes de gestion de l'information.

2) Cf. Real Solutions : www.real.lu

3) Resp. développement propre du CCSS et de la société Telindus (www.telindus.lu)

4) Les références sont: <http://www.eluxembourg.public.lu/>; <http://www.tudor.lu/> et plus spécifiquement <http://www.gestiondeprojet.lu/>

5) Logiciel développé et distribuée par la société IDS-Scheer: <http://www.ids-scheer.com>



Graphique 3.2: Les différentes composantes du cadre méthodologique commun

4. GESTION DES RISQUES AU SEIN DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

4.1. Définition, origine et limites

Depuis plus de dix ans, la gestion des risques est devenue un outil de gestion standard des entreprises et des organisations. Complémentaire au contrôle interne et à l'assurance qualité, il intègre la dimension de "prise de risque" inhérente à toute entreprise.

Le risque est communément défini comme un danger éventuel plus ou moins prévisible. L'origine étymologique de "risque" se trouve dans le mot latin "risicare" qui signifie "oser". Suivant le "Cadre de référence de la gestion des risques" (FERMA, 2003), le risque est la combinaison de la probabilité d'un événement et des conséquences ou de l'impact de sa survenance. Ces événements, inhérents à chaque activité entrepreneuriale, peuvent être potentiellement bénéfiques (aléa positif) ou préjudiciables (aléa négatif) et peuvent avoir à leur source des origines internes (facteurs endogènes) ou externes (facteurs exogènes) à l'organisation.

La gestion du risque fait partie intégrante de la mise en œuvre de la stratégie d'une organisation et est centrée sur l'identification et le traitement des risques. La gestion des risques s'effectue dans le cadre d'un processus méthodologique formalisé, régulier et permanent d'amélioration continue englobant tous les niveaux internes et externes influençant l'organisation et son environnement - politique, stratégique, opérationnel, financier ou autre - et prenant en compte les facteurs présents, futurs et passés. La gestion des risques vise à générer des bénéfices ou des avantages durables dans le cadre des activités de l'organisation, d'augmenter la probabilité de succès et de réduire la probabilité d'échec.

"La gestion du risque doit faire partie intégrante de la culture de l'organisation et disposer d'une politique efficace et d'un programme d'action soutenu et suivi par la direction au plus haut niveau." (FERMA, 2003). C'est donc un processus-clé de la bonne gouvernance qui doit être rattaché à l'organe directeur et rapporter aussi aux organes de surveillance.



Graphique 4.1: Interaction entre gouvernance, contrôle interne et gestion des risques

La gestion des risques découle du développement des conceptions de contrôle interne d'entreprises ou d'organisations, prioritairement d'origine anglo-saxonne, notamment des cadres de référence COSO I (*Internal Control - Integrated Framework* / 1992) et COSO II (*Enterprise Risk Management - Integrated Framework* / 2004). Suivant ce dernier, la gestion des risques de l'entreprise est un processus mis en œuvre par le conseil d'administration, les dirigeants et le personnel d'une organisation, exploité pour l'élaboration de la stratégie et transversal à l'entreprise, destiné à identifier les événements potentiels pouvant affecter l'organisation, maîtriser les risques afin qu'ils soient dans les limites de l'appétence au risque de l'organisation et à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs de l'organisation (COSO, 2004). COSO II se base donc sur les principes du contrôle interne et les complète par le concept de la gestion des risques.

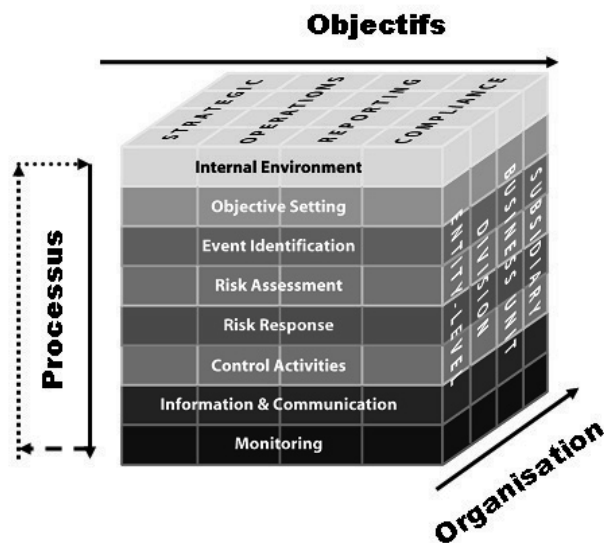
La présente introduction au processus de gestion des risques doit être complétée par les limites de cette technique de gestion. La gestion des risques suivant le modèle décrit ne remplace pas la responsabilité de la direction en matière de leadership, de prise de décision, d'implémentation de contrôles internes etc. Il ne compense pas entièrement le risque d'erreurs humaines ou de fraudes intentionnelles d'une ou de plusieurs personnes. En outre, l'évaluation du risque reste, au moins en ce qui concerne la probabilité d'un événement, dans une certaine mesure subjective. Par ailleurs, il est difficile d'évaluer certains éléments exogènes, qui peuvent influencer l'organisation dans un périmètre plus ou moins éloigné, tel qu'il est notamment le cas pour les aspects politiques (p.ex. changements

gouvernementaux ou législatifs), sociétaux (p.ex. pauvreté ou surendettement des ménages) ou macroéconomiques (p.ex. crises conjoncturelles).

4.2. Le processus de gestion des risques

Le "cube" de COSO II donne sous forme d'une matrice en trois dimensions une illustration des différentes dimensions de l'entreprise, aussi bien en ce qui concerne son organisation interne que ses différentes catégories d'objectifs, et introduit le processus de la gestion des différents risques y liés. Cette matrice établit une relation entre les objectifs que cherche à atteindre une organisation et les éléments du dispositif de gestion des risques qui représentent ce qui est nécessaire à leur réalisation:

- colonnes: les quatre grandes catégories d'objectifs stratégiques, opérationnels, de reporting et de conformité
- lignes: les huit éléments du processus de gestion des risques
- profondeur: les unités de l'organisation

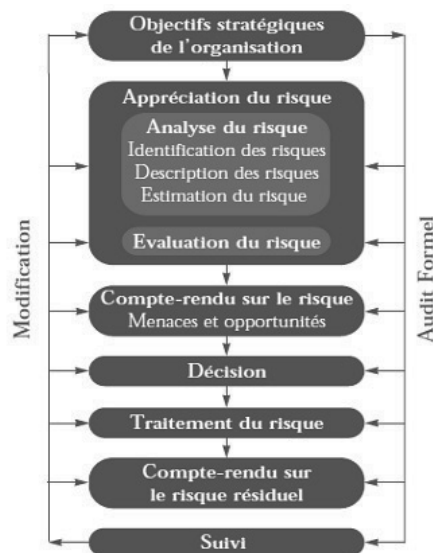


Graphique 4.2: Matrice COSO II, combinant les objectifs et les entités de l'organisation avec la gestion des risques

Le dispositif de gestion des risques comprend différents éléments résultant de la façon dont l'organisation est gérée (COSO, 2004):

- l'environnement interne: la culture et l'esprit de l'organisation, la conception de gouvernance, l'appétence pour le risque, l'intégrité et les valeurs éthiques....,

- la fixation des objectifs: sans fixation préalable et systématique des objectifs, aucune évaluation de la conformité, des risques ou des résultats ne peut être faite,
- le catalogue des risques: les événements internes et externes susceptibles d'affecter l'atteinte des objectifs d'une organisation doivent être identifiés,
- l'évaluation des risques: les risques sont analysés en fonction de leur probabilité et de leur impact,
- le traitement des risques: les risques sont adressés en fonction du seuil de tolérance et de l'appétence de risque de l'organisation: évitement, acceptation, réduction ou partage,
- les activités de contrôle: des politiques et procédures sont définies et déployées afin de veiller à la mise en place et à l'application effective des mesures de traitement des risques,
- l'information et la communication: une politique d'information efficace et structurée doit mettre à disposition des données fiables pour le pilotage de l'organisation et pour le traitement des risques,
- le pilotage: le pilotage s'effectue au travers des activités permanentes de management et par le biais d'évaluations indépendantes.
- Le caractère multidirectionnel et itératif du processus continu de gestion des risques et l'interaction permanente entre les différents éléments et niveaux est illustré par le schéma du processus extrait du "Cadre de référence de la gestion des risques" (FERMA, 2003):



Graphique 4.3: Processus de la gestion des risques

Différentes techniques existent pour catalogiser et évaluer les risques, voire pour les mesurer et pour appliquer un cadre normatif. Sans entrer dans le détail, on peut distinguer entre les méthodes suivantes:

- simplifiée: permettant uniquement une analyse qualitative sommaire et unidimensionnelle; peut être appliquée en tant qu'entrée en matière, p.ex. pour l'évaluation de risques opérationnels,
- semi-quantitative: l'impact et la probabilité sont évalués séparément sur des échelles plus ou moins fines (souvent de 1 à 5); le poids ou l'importance du risque étant défini comme le produit de l'impact et de la probabilité,
- quantitative: déterminant la courbe de probabilité combinant l'impact et la probabilité; s'applique prioritairement à la gestion de projets d'importance et à la gestion financière.

L'atténuation ou le traitement du risque peut se faire de différentes manières, tout en restant une décision réfléchie et responsable de l'organe directeur compétent:

- accepter le risque: soit parce qu'il est jugé être en dessous du seuil de tolérance, soit parce qu'il est jugé intraitable (en fonction d'une certaine rentabilité),
- supprimer ou transformer le risque: éliminer ou atténuer considérablement le risque, p.ex. par des mesures de contrôle, des décisions appropriées, des mesures de compensation ou de combinaison,
- transférer le risque: p.ex. par un accord juridique, une mesure législative ou une couverture d'assurance.

4.3. Les types de risques

La classification des risques peut mener à différentes catégories qui varient suivant l'organisation concernée, son type d'activité et l'environnement dans lequel elle évolue. Globalement, on peut distinguer entre les catégories suivantes, qui dans certains cas se recoupent ou s'influencent respectivement se cumulent:

- les risques politiques ou juridiques: changement d'un gouvernement, nouvelle initiative politique, nouvelle législation, juridiction nationale ou européenne, crise sociale et/ou économique,....,
- les risques opérationnels: organisation administrative, changement de direction, séparation de fonctions, procédures inexistantes ou incomplètes, contrôles défectueux, manque d'effectifs, pyramide des âges des agents, contrats,....,

- les risques humains: respect des règles et des directives, documentation et circulation de l'information, formation et compétences, manque de remplaçants, absence ou démission de personnes-clé, erreurs et fraudes, actes délictueux,....,
- les risques informatiques: capacité et compatibilité de systèmes informatiques, sauvegarde et backup inadéquat des données, évolution technologique, qualité et accès aux données, pannes de systèmes informatiques ou de télécommunication,....,
- les risques d'infrastructure: localisation et bâtiment, destruction partielle ou complète d'infrastructures ou de bâtiments, usure et défectuosité de matériel,....,
- les risques liés à des évènements externes: conflits sociaux et civils, catastrophes naturelles ou industrielles, dépendance de fournisseurs, environnement,....,
- les risques financiers: liquidité, rentabilité de placements, respect de limites et de règles, cessation de paiements, dévaluation, défaillance des bourses et des marchés financiers, systèmes de paiement ou de clearing, abus et fraudes,....,

En dehors de ces catégories de risques somme toutes classiques, différentes catégories plus spécifiques peuvent être identifiées, telles que:

- les risques de communication : information fautive ou incomplète, presse et médias, gestion de la communication de crises, atteinte à la réputation ou à l'image,....,
- les risques de gestion de projet : non-atteinte d'objectifs, planning des échéances, respect des budgets,....,

Ces catégories peuvent et doivent être continuellement et méthodiquement adaptées, complétées ou modifiées en fonction du contexte spécifique.

4.4. Gestion des risques dans le domaine de la sécurité sociale

Par sa vocation, la sécurité sociale se dédie au traitement de risques. Il s'agit ici de risques sociaux qui pourraient frapper les citoyens dans des situations de détresse : maladie, dépendance, chômage, invalidité, pauvreté etc. Dans le contexte de la gestion de ces régimes de sécurité sociale et du fonctionnement de leurs organismes gestionnaires, la gestion des risques, tout comme d'autres techniques de gestion comme l'assurance qualité ou le contrôle interne, n'était pas connue ou utilisée.

A partir de 2004, l'IGSS a fait réaliser par PwC Luxembourg une étude sur la révision de ses procédures de contrôle (IGSS/PwC, 2005), afin d'analyser les risques dans le périmètre du contrôle qu'elle exerce sur les institutions de

sécurité sociale, plus particulièrement sur les branches accident et pension. Il s'agissait notamment d'identifier les risques principaux et d'évaluer leur criticité pouvant impacter les missions de contrôle de l'IGSS ainsi que les objectifs des institutions. En second lieu, la nature des actions envisagées devait être analysée et un plan d'action par rapport aux zones de risques majeurs devait être proposé. Les risques ont été classifiés selon les domaines

- des processus opérationnels (traitement des prestations de pensions et des rentes accident, gestion financière et budgétaire),
- des services de support (systèmes d'information, service contentieux et juridique, ressources humaines, sécurité physique, archivage),
- de l'organisation générale (relations externes, relations internes, gestion des risques).

Chaque risque a été lié à un des objectifs de l'IGSS¹⁾ et évalué suivant une méthode semi-quantitative dans le cadre d'un processus d'autoévaluation. Dans le cadre de cette analyse, il est apparu que chacun des objectifs de l'IGSS était mis en péril par les risques identifiés. Plus particulièrement, deux objectifs sont restés dans des zones de risque évaluées comme inacceptables:

- assurer la confidentialité et la sécurité des données,
- assurer la pérennité du système.

Objectifs:	
	Assurer la conformité des décisions des Organismes de Sécurité Sociale
	Assurer la régularité des opérations comptables
	Assurer la confidentialité et la sécurité des données
	Assurer l'efficacité des opérations
	Assurer la pérennité du système
	Assurer la sécurité physique
	Objectifs organisationnels

Graphique 4.4: Objectifs de l'IGSS liés à des risques majeurs (source: IGSS/PwC, 2005)

Cette étude montrait donc que les risques opérationnels et ceux liés à l'organisation générale semblaient être mieux assurés que ceux liés aux services de support et notamment ceux liés aux systèmes d'information. Parmi les actions proposées - et qui, faute de ressources, ont seulement partiellement été adressées depuis lors - on peut citer la revue du

1) Ces objectifs de l'IGSS sont ceux d'avant la réforme du statut unique.

fonctionnement du CISS, la documentation des procédures opérationnelles, la documentation des incidents ou encore l'adoption d'une méthodologie d'audit axée sur les risques.

Depuis cette étude de 2005, la gestion des risques a été inscrite dans la loi en tant qu'obligation des institutions de sécurité sociale (CSS, art. 409). Néanmoins, dans la pratique le développement vers une gestion des risques n'a pas connu de véritable évolution, notamment pour des raisons de ressources qualifiées et de priorités. En outre, on peut constater au niveau des ISS une certaine réserve vis-à-vis de techniques de gestion modernes, motivée à un certain degré par la tradition et le fonctionnement du secteur public. La cause majeure de la réticence envers ces techniques réside probablement plutôt dans le manque d'une approche globale, se basant sur une stratégie affirmée et visant le moyen et le long terme et guidée par une gouvernance et un management adhérent à cette stratégie. Le chapitre 5 sera dédié au développement d'une approche de mise en œuvre structurée et coordonnée avec les ISS.

Au niveau international, la gestion des risques est de plus en plus utilisée pour le pilotage des administrations publiques en général et plus spécifiquement pour les institutions de sécurité sociale. Ainsi, en Grande-Bretagne le rôle de la gestion des risques pour une bonne gouvernance dans le secteur public a été étudiée en profondeur (ALARM, 2001) (CIPFA/SOLACE, 2001)¹. L'importance cruciale du rôle du gestionnaire des risques (risk manager) d'un organisme dans le développement d'une stratégie de gestion organisationnelle des risques est notamment soulignée. La bonne gouvernance d'un organisme ou d'une administration publique se traduit notamment par la mise en œuvre d'un contrôle interne performant et par une gestion des risques efficace.

En 2007, l'Association internationale de sécurité sociale (AISS/ISSA) a publié une étude "*Managing Change or Leading Change? - Change Management and Risk Management in Social Security Administrations*". (AISS/accenture, 2007) ayant pour objectif de faire un inventaire de l'utilisation de pratiques de la gestion des risques et de la gestion du changement, ainsi que d'analyser l'efficacité de ces pratiques. Cette étude a été effectuée à l'aide de questionnaires et d'entretiens avec des responsables dirigeants de différentes organisations de sécurité sociale réparties à travers le monde. L'étude menait à la conclusion que la gestion du changement était la priorité des organismes et de leurs dirigeants, qui mettaient l'accent plus particulièrement sur la gestion de projets informatiques, structurels, législatifs ou organisationnels. Les facteurs clés pour le succès de ces projets de

1) La définition donnée de la gestion des risques est: "Risk Management is the management of integrated or holistic business risk in a manner consistent with the virtues of economy, efficiency and effectiveness. In essence it is about making the most of opportunities (making the right decisions) and about achieving objectives once those decisions are made. The latter is achieved through: Controlling risks, Transferring risks, Living with risks."

changement étaient l'ouverture au changement, la mobilisation d'un support adéquat, une planification efficace, le travail en équipe, la bonne gouvernance du projet, une implémentation et un *leadership* efficaces. Néanmoins, la gestion des risques a été interprétée comme une pratique inadéquate pour la réalisation d'un projet de changement efficace. Ce résultat a été interprété par les auteurs de l'étude comme étant dû à une certaine immaturité de certaines administrations de sécurité sociale par rapport à la méthodologie de la gestion des risques et à la perception de la gestion des risques comme corvée administrative imposée par la hiérarchie plutôt comme une partie valable du processus de gestion du changement.

Dans un article de 2006, Chris Daykin soulève l'importance de la gestion des risques pour les institutions de sécurité sociale, surtout en ce qui concerne la gestion financière (liquidité, placements, viabilité à moyen et à long terme, crédits, obligations financières, évolution du marché,...) mais également en ce qui concerne les autres volets (opérationnel, économique, politique, catastrophes,...) (Daykin C., 2006). "Une des composantes de base de la gouvernance devrait être le processus de gestion du risque, qui doit être correctement intégré dans les activités de l'organe directeur, s'il existe, ou au moyen de mécanismes correspondants. La responsabilité de la gestion du risque devrait être attribuée à un cadre supérieur relevant directement du Directeur général et de l'organe directeur. Le suivi et la gestion du risque devraient être au cœur de la gestion opérationnelle et stratégique de l'organisation. Chaque organisation créera ses propres processus d'évaluation, de suivi et de gestion du risque, mais il doit s'agir d'un processus formel, régulier et permanent, complété par des études et des enquêtes spéciales occasionnelles concernant certaines expositions particulières au risque. Il convient d'envisager de publier régulièrement une synthèse de l'évaluation du risque ainsi qu'un rapport sur les mesures qui sont prises pour gérer les risques."

Dans un article de 2007, Kientzler analyse la gestion des risques comme instrument de direction dans les institutions et administrations de sécurité sociale (Kientzler F., 2007). La gestion des risques est présentée comme un processus systématique permettant d'identifier des événements ou des problèmes prévisibles ou imprévisibles dans le cadre de l'implémentation des réformes structurelles, afin d'améliorer les chances de réussite de tels projets. L'approche systémique et structurée de la gestion des risques, intégrant toutes les éventualités d'ordre politique, technologique, opérationnel, financier, personnel ou autre, et se basant sur un processus continu avec les éléments d'identification, de description, d'estimation, d'évaluation, de traitement des risques, est décrit comme une technique adaptée pour aider des gestionnaires et responsables de projets dans leurs missions de pilotage et dans leurs prises de décisions.

4.5. Risques opérationnels: le cas de la Caisse nationale de santé

La CNS issue du statut unique est la plus grande ISS et présente certainement aussi le fonctionnement le plus complexe. Elle concerne directement tous les assurés et toutes les entreprises par ses missions de liquidation de prestations en nature (soins de santé, maternité et dépendance) et de prestations en espèces (indemnités pécuniaires en cas de maladie). Les assurés et les prestataires s'attendent à une prompte liquidation de leurs remboursements, de façon à ce que les procédures administratives et l'efficacité des opérations jouent un rôle essentiel.

L'attente vis-à-vis de la CNS est aussi qu'elle assume pleinement son rôle d'acteur majeur du système de santé national en matière:

- de développement et de mise en œuvre de politiques de santé dans les domaines préventif, curatif et palliatif,
- de développement d'une approche "service au client" concernant l'accessibilité, l'information et l'orientation,
- de pilotage du système de financement des assurances maladie et dépendance, notamment au niveau des prestations et de leur tarification,
- de combat contre les fraudes, les erreurs et les abus.

Face à ce défi, l'Union des caisses de maladie en tant qu'organisme précurseur de la CNS avait lancé le processus d'un développement stratégique et organisationnel intégrant le nouveau cadre légal (UCM/PwC, 2008). Ce processus intégrait une appréciation des risques sur base d'une analyse des forces et des faiblesses au sujet:

- de l'organisation: répartition des responsabilités, remplacements internes, structure organisationnelle, pilotage organisationnel, rôle exposé du Président,...,
- des processus: absence d'un processus de contrôle interne structuré, absence d'une gestion de projets et de changement, échange d'information, gestion de la qualité,...,
- des ressources humaines : planification du personnel insuffisante,...,
- de la gouvernance: fonctionnement coordonné et structuré des différents acteurs directionnels.

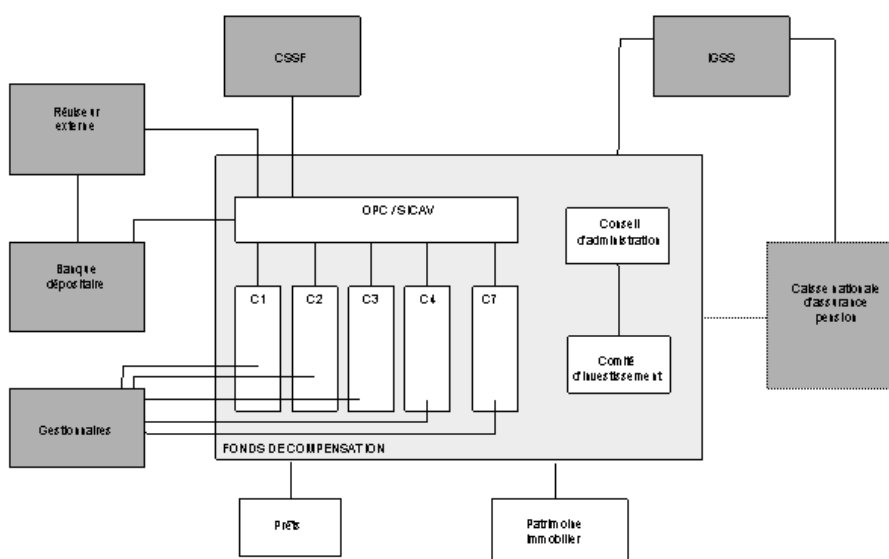
Avant et après l'entrée en vigueur effective du statut unique au 1er janvier 2009, les efforts se sont concentrés sur la fusion des caisses de maladie aux différents niveaux organisationnels. Le comité directeur et la direction générale nouvellement instaurés ont la mission d'attaquer les nouveaux chantiers et de développer une approche commune y relative. La démarche devrait passer par les premières étapes de la stabilisation de la hiérarchie

décisionnelle interne, de la mise en place d'un contrôle interne et de la description des processus. L'accent est particulièrement mis sur la gestion de changements, qui ont par leur fréquence et par leur impact une incidence majeure sur le fonctionnement de la CNS. Le but est que l'organisation arrive à maîtriser ces changements de ses propres forces, en atteignant les objectifs fixés et en respectant les délais. Cette approche rejoint notamment les conclusions tirées de différents projets de réorganisation interne et de modélisation de processus effectués depuis 2004 dans le cadre d'une réforme de l'assurance dépendance ainsi que dans le cadre du statut unique.

4.6. Risques financiers: le cas du Fonds de compensation

Le défi qui consiste à garantir un financement suffisant à long terme des régimes de pension figure en bonne place au programme de nombreux pays. L'exploitation de sources financières novatrices, notamment à travers l'optimisation des investissements du fonds de réserve, est un outil important, mais tout aussi délicat.

Le Fonds de compensation est un établissement public créé en 2004, qui a pour mission d'assurer la gestion de la réserve de compensation du régime général des pensions du secteur privé. Le FDC est autorisé à créer des organismes de placement collectif (OPC) et d'y investir une partie des valeurs de la réserve. La gouvernance du FDC est résumée dans le tableau suivant:



Graphique 4.5: Fonctionnement schématique du Fonds de compensation (source: IGSS)

Actuellement, le contrôle exercé par l'IGSS se concentre sur quatre grands domaines:

- la tutelle sur les personnes: mandats et composition des organes,
- la tutelle sur les actes: conformité des décisions,
- la tutelle sur le plan budgétaire: frais d'administration,¹⁾
- la tutelle sur le plan comptable et financier: reporting financier.

Le contrôle externe des OPC est parallèlement assuré par un réviseur d'entreprises ainsi que par la Commission de surveillance du secteur financier luxembourgeois (CSSF). En outre, la banque dépositaire assure la conservation et la surveillance des actifs de la SICAV.

L'administration du FDC assure notamment la coordination et le contrôle de la banque dépositaire. La stratégie d'investissement est fixée par le Fonds de compensation sur base des avis du Comité d'investissement et validée par l'autorité de tutelle.

Dans une logique de gestion des risques, les catégories et critères de risque classiques applicables au secteur financier s'appliquent aussi au Fonds de compensation. Ainsi, l'AISS a élaboré des "Principes directeurs pour le placement des fonds des régimes de sécurité sociale" (AISS, 2004). Ce document exprime des recommandations par rapport aux structures et aux mécanismes de gouvernance et par rapport aux placements. Les deux objectifs fondamentaux visés sont la sécurité et le rendement. En matière de sécurité, les règles classiques de politique et de stratégie d'investissement s'appliquent: diversification, dispersion, structure du portefeuille, règles prudentielles, congruence des monnaies (couverture des positions en devises), alignement des actifs sur les échéances des engagements (*Asset liability management*), suivi des valeurs de marché, etc. La performance des investissements dans les phases d'accumulation et de retrait devrait faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation par rapport aux taux de rendement et aux indicateurs de référence visés. (AISS, 2008) (Daykin, 2006)

Le système de gestion du Fonds de compensation luxembourgeois est très cadré. Le cadre légal fixe clairement les règles de gouvernance et de surveillance interne et externe, ainsi que les critères de base (principes, seuils, limites maximales, taux, etc.) de la politique et de la stratégie d'investissement. La quote-part de la réserve des régimes de pension investie via le Fonds de compensation dans des produits financiers divers est d'une part limitée, et d'autre part placée de façon prudente et diversifiée. Ainsi, les pertes enregistrées suite à la chute des marchés boursiers sont somme toutes très limitées, voire insignifiantes comparées aux pertes enregistrées dans certains pays qui avaient cédé aux attraits de marchés

1) *Tel que décrit dans le Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale.*

boursiers flamboyants et qui avaient transformé leurs régimes de pension de systèmes de répartition vers des systèmes plus capitalisés. La crise a en outre fait apparaître le nouveau risque de fébrilité potentielle d'une banque dépositaire, qui même si elle ne mettait pas en péril les actifs confiés, aurait néanmoins pu bloquer l'emprise sur ces fonds.

Une expertise du fonctionnement de la surveillance du Fonds de compensation se basant notamment sur la gestion des risques et effectuée pour le compte de l'IGSS a néanmoins détecté certaines faiblesses au niveau des différents acteurs de contrôle interne et externe. (Feller, 2008) En fait, ni l'IGSS, ni le Fonds de compensation lui-même ne peuvent assurer un contrôle détaillé de toutes les opérations des OPC, comme peut le faire par exemple le Fonds de réserve pour les retraites en France (FFR, 2008). Ces contrôles sont répartis sur les différents acteurs repris dans l'organigramme ci-avant. Il s'agit donc prioritairement de contrôler en permanence ces mécanismes de contrôle externalisés. Ces mécanismes doivent encore être adaptés à la complexité et au volume important des activités du Fonds de compensation pour correspondre à l'importance des enjeux financiers et politiques. Dans ce contexte la gestion des risques peut en tant que méthodologie apporter une plus-value certaine.

Par ailleurs la loi du 13 mai 2008 a tenu compte de ce rôle important en prévoyant de façon expresse la possibilité de préciser par règlement grand-ducal les modalités de la surveillance du FDC (CSS, art 268).

5. PROPOSITION POUR LA MISE EN ŒUVRE DU CADRE MÉTHODOLOGIQUE COMMUN ET DE LA GESTION DES RISQUES

5.1. Approche et priorités

L'Inspection générale de la sécurité sociale a pris la décision de lancer dès à présent le chantier de la mise en œuvre du cadre méthodologique commun. Les raisons sont multiples:

- La base légale est claire.
- La réforme portant introduction d'un statut unique a apporté un chamboulement fondamental des missions et de l'organisation interne de certaines institutions de sécurité sociale, notamment de la Caisse nationale de santé. Dans ces institutions, il est manifeste qu'un besoin et une volonté de réorganisation et de fonctionnement sur base de processus existe.

- Différentes études, notamment celles établies par PwC (UCM/PwC, 2008) (IGSS/PwC, 2005), mais aussi l'étude Feller établie pour le Fonds de compensation (IGSS/Feller, 2008) ont établi les faiblesses du fonctionnement actuel.
- Depuis plusieurs années, on peut constater une certaine perte de coordination entre les institutions de sécurité sociale. Ceci est notamment dû au fait que les multiples dispositions légales nouvelles, établies aussi bien à un niveau national qu'europpéen, doivent être administrativement et informatiquement mises en œuvre. Les différentes institutions ont commencé à rechercher des solutions particulières, quittant notamment le cadre commun établi au niveau du CISS.
- De nouveaux changements structurels se dessinent à l'horizon. En dehors des mesures législatives découlant probablement de l'élection gouvernementale de juin 2009 et rendues nécessaires par la crise économique, on peut également citer le règlement d'application du règlement 883/2004, qui remplace le règlement bien connu 1408/71 en matière de coordination des mécanismes de sécurité sociale entre pays membres de l'Union européenne¹⁾. Endéans deux ans, l'échange d'information entre pays membres, qui s'est fait jusqu'à présent à l'aide de formulaires, se fera exclusivement de façon électronique, et ceci pour toutes les branches de la sécurité sociale²⁾.
- Les interactions entre les ISS, et plus particulièrement avec le CCSS, respectivement le CISS, se multiplient et les interfaces deviennent de plus en plus complexes.

1) *Règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.*

Règlement (CE) N° 883/2004 du parlement et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

2) *Inclusivement des prestations familiales et de chômage, qui ne tombent pas sous les attributions du Ministre de la sécurité sociale.*

La démarche proposée se dessine suivant des axes prioritaires:

1) Capitaliser des expériences antérieures

L'expérience acquise au cours de deux projets antérieurs va être capitalisée. Lors de l'entrée en vigueur des réformes de l'assurance dépendance au 1er janvier 2007 et du statut unique au 1er janvier 2009, les modélisations des processus et des procédures ainsi que l'organigramme de la CNS à l'aide de l'outil ARIS en s'appuyant sur un consultant externe¹⁾ avaient été effectuées. Dans le cadre de ces projets, la modélisation a bien été faite, mais les institutions concernées ne se sont pas vraiment appropriées les outils et les méthodes et la modélisation des processus, sans parler d'une utilisation quotidienne comme outil de gestion ou dans le cadre d'une gestion des risques.

2) Assurer l'adhésion des ISS

Il est primordial de développer avec les principales ISS - CCSS, CNS, CNAP, AAA, CNPF - une démarche commune de mise en œuvre du cadre méthodologique commun, et notamment de la modélisation des processus. A cette fin, ces ISS sont invitées à établir à travers une démarche participative ensemble avec l'IGSS les bases de cette démarche, les méthodes et les conventions. Afin de justifier une allocation de ressources importante et étant conscient que les bénéfices de cette approche ne se montreront pas à court terme, il doit être clair qu'il s'agit d'un engagement sur le long terme.

3) Prévoir une mise en œuvre graduelle

Un calendrier de mise en œuvre doit être élaboré en commun, fixant les différentes étapes de la démarche. Ce calendrier doit notamment tenir compte des contraintes spécifiques des ISS (autres projets, changements législatifs,...). Une approche spécifique sera fixée avec chaque institution reprenant les délais, les priorités et les étapes, de préférence au moyen d'un accord ISS-IGSS.

4) Libérer les ressources nécessaires

Une priorité sera un capacity building au sein des institutions afin qu'elles puissent optimiser l'impact de ce projet et assurer une meilleure intégration dans leur fonctionnement normal. Chaque institution devra nommer, recruter, former un responsable en méthodologie, qui devra répondre à un profil de Senior Business Analyst et se doter d'une cellule méthodologique interne. L'ISS doit garder la maîtrise de sa démarche en interne. Au besoin, les ISS doivent et peuvent recourir temporairement à l'appui d'un consultant externe, sans que la responsabilité du projet puisse lui être déléguée.

1) Société ABC - informations supplémentaires sous <http://www.abcluxembourg.com/>.

5.2. La coordination au niveau de la sécurité sociale

La coordination du projet va se faire à plusieurs niveaux. Le pilotage stratégique et la gouvernance globale du projet, ainsi que la définition précise du cadre méthodologique commun seront faits au niveau d'une Conférence des présidents, qui réunira de façon informelle les présidents des ISS majeures¹⁾ avec le directeur de l'IGSS. En tenant compte du cadre légal et du rôle spécifique des présidents dans les ISS, il est normal que les présidents soient les interlocuteurs principaux de l'IGSS, afin d'aboutir à une démarche commune entre les ISS et l'IGSS.

Cette démarche n'est pas sensée porter entrave à l'autonomie des ISS ou à mettre en question les rôles et les missions des partenaires sociaux ou des organes internes des ISS. Il s'agit plutôt, conformément à l'esprit de la loi, de l'établissement d'un langage organisationnel commun à appliquer au sein des et entre les ISS, donc commun à l'ensemble des intervenants du domaine de la sécurité sociale. Pour les questions majeures respectivement pour la clarification de points litigieux, le niveau "politique" (ministre, partenaires sociaux) peut être intégré dans la démarche.

Au niveau "métier", une plateforme "Méthodologie commune" sera instaurée, regroupant les responsables en méthodologie des différentes ISS, ainsi que les personnes en charge du côté de l'IGSS. Les missions de cette plateforme sont la mise en œuvre pratique et technique de la méthodologie commune, notamment et prioritairement (au moins dans une première phase) en matière de processus et de procédures:

- la définition et maintenance de la convention de modélisation,
- l'échange d'expertise,
- les démarches communes,
- ...

Il est également prévu d'établir avec chaque ISS une feuille de route, détaillant de part et d'autre les étapes et les engagements dans le processus à venir. Cette approche rejoint dans une certaine mesure la pratique des contrats pluriannuels de gestion (CPG) et des Conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui sont conclues en France avec les caisses et organismes de sécurité sociale²⁾. (DRASS, 2005)

Le CCSS, et plus particulièrement le CISS, possède dans la réalisation de l'implémentation du projet esquissé, aussi bien en ce qui concerne la

1) CNS, CNAP, CNPF, AAA, CCSS.

2) Les CPG et les COG ont néanmoins une vocation beaucoup plus contraignante d'exécution de directives arrêtées par un pouvoir central et d'atteinte d'objectifs statistiques et financiers prédéfinis.

méthodologie commune des processus et procédures qu'en ce qui concerne la gestion des risques:

- mise à disposition des ressources techniques et humaines nécessaires,
- programmation informatique, notamment des interfaces des applications des ISS,
- gestion des projets informatiques majeurs.

Le CISS s'est doté d'un schéma directeur informatique qui a comme objectif primaire de préparer et de définir l'évolution informatique des institutions de sécurité sociale pour les années à venir. Il s'agira de trouver un moyen réaliste et pragmatique pour intégrer les éléments non-prévus de la présente démarche dans la planification spécifique du CISS.

5.3. Calendrier proposé

La démarche proposée par l'IGSS se décline en trois étapes sommaires:

A court terme (2009-2010)

- Stabilisation du fonctionnement des ISS, notamment après le statut unique.
- Mise en place d'une gouvernance commune entre IGSS et ISS pour le pilotage du cadre méthodologique commun.
- Définition d'outils informatiques/techniques et de méthodes/référentiels standards applicables pour toutes les institutions de sécurité sociale pour la description et le traitement des processus-clé:
 - Opérations comptables/budgétaires (cf. plan comptable),
 - Gestion des processus (via ARIS),
 - Gestion des risques (suivant ERM).
- Libération des ressources nécessaires au sein des ISS,
- Fixation d'une convention de méthodologie commune pour les processus et les procédures.

A moyen terme (2010-2011)

- La feuille de route pour chaque ISS sera établie.
- Les cellules méthodologiques seront opérationnelles au sein des ISS.
- Le contrôle interne existera et fonctionnera au sein de chaque ISS.
- L'assurance qualité sera mise en route.

Finalité (2011-2013): Gestion des risques

- Le processus de gestion des risques sera devenu opérationnel tel que prévu dans les normes.
- L'interaction en matière de risques entre ISS et IGSS sera mise en place.

La finalité de la démarche est la gestion des risques. L'objectif est que les différents mécanismes et outils de pilotage et de contrôle de gestion soient mis en place à un horizon de +/-5 ans. Néanmoins, ce calendrier n'est pas une fin en soi mais devra servir de repère pendant le processus de mise en œuvre.

5.4. L'impact sur le fonctionnement interne de l'IGSS

Les changements présentés dans le présent document ont naturellement aussi un impact d'envergure sur l'IGSS en tant qu'organe coordinateur et organisateur de la démarche. La loi portant introduction du statut unique confie des missions majeures à cette institution qui, par sa vocation est normalement plus en retrait du fonctionnement journalier et opérationnel des institutions de sécurité sociale. En plus, elle doit aussi se doter en interne des compétences nécessaires d'un point de vue qualitatif et quantitatif pour appliquer le cadre méthodologique commun des processus et des procédures à ses propres activités.

Le service "Surveillance" de l'IGSS a parmi ses missions classiques le contrôle comptable des opérations des ISS et le contrôle de conformité des décisions de leurs organes décisionnels. Vu que ce service est désigné à assurer la mise en œuvre technique du cadre méthodologique commun, il est clair qu'il devra intégrer cette vocation dans son organisation et dans son fonctionnement. Ceci concerne aussi bien les contrôles et enquêtes effectuées auprès des ISS que l'approche audit à implémenter.

L'IGSS est actuellement seulement au début de ce développement (IGSS/PwC, 2005). Les difficultés majeures s'opposant à une réorientation d'un service classique de contrôle vers un organe de surveillance adéquat comprennent certainement les ressources limitées et leurs qualifications et la large panoplie de missions dans les diverses branches de la sécurité sociale. Le chemin devrait mener par des formations et l'adaptation du cadre du personnel, le dégagement de ressources par la simplification de processus et par l'utilisation d'outils efficaces. Néanmoins, il faut probablement aussi s'attendre à une certaine méfiance interne par rapport au changement, qui va probablement exiger une adaptation des missions des collaborateurs affectés à ce service, aussi par rapport à l'élaboration de nouveaux plans et méthodes de contrôle, etc. (Feller, 2008)

6. CONCLUSION

Les institutions de sécurité sociale sont, au plus tard depuis la réforme portant introduction d'un statut unique, des organisations d'une taille moyenne, qui évoluent dans un environnement spécifique et complexe. Parmi les contraintes systémiques majeures, il y a lieu de citer:

- la configuration spécifique en matière de gouvernance politique et stratégique et la gestion opérationnelle des activités,
- les défis majeurs qui se dessinent à plus ou moins courte échéance pour les systèmes de sécurité sociale luxembourgeois,
- le cadre de fonctionnement contraignant pour des administrations publiques "classiques" devant assumer un changement vers des missions supplémentaires et des nouveaux modes de fonctionnement.

Conformément aux nouvelles missions lui confiées, l'IGSS a élaboré une proposition de cadre de référence pour le domaine de la sécurité sociale en général et pour les institutions de sécurité sociale en particulier. Les objectifs peuvent être résumés comme l'introduction d'un nouveau mode de gouvernance, de surveillance et de fonctionnement basé sur la gestion des processus et sur la gestion des risques.

L'adoption de règles de bonne gouvernance est reconnue comme un principe important du fonctionnement de toute organisation, qu'elle soit de droit privé ou public, à but commercial ou sans but lucratif. Par conséquent, les institutions de sécurité sociale doivent aussi se trouver concernées par l'importance voire la nécessité d'une bonne gouvernance de leurs champs d'activité. Il est primordial qu'une large cohérence de vue et une cohésion d'action s'établissent au moins à deux niveaux, premièrement, au niveau de la stratégie politique et des missions des différentes institutions (à arrêter au niveau d'une stratégie et/ou d'un mission statement) et deuxièmement au niveau du management opérationnel entre Comité directeur, président et fonctionnaires dirigeants (à arrêter à l'aide d'un règlement d'ordre interne).

La gestion des risques, en tant que développement logique du contrôle interne, est globalement reconnue comme une technique innovatrice et multidimensionnelle contribuant à la bonne gestion des organisations. Son utilité, voire sa nécessité, s'illustre par le vaste champ d'application dans le secteur public et privé, qui devrait encore s'accroître sous l'effet de la crise actuelle et la volonté et le besoin de régulation constaté. Son application dans le domaine de la sécurité sociale commence seulement à dépasser le cadre de la gestion des risques financiers, pour s'étendre aussi au domaine opérationnel et aux autres dimensions organisationnelles. Par son caractère de processus cyclique, destiné à faire surgir aussitôt que possible l'éventualité d'un problème qui empêchera ou rendra plus difficile

l'accomplissement des objectifs, la gestion des risques devrait contribuer aussi dans le domaine de la sécurité sociale à identifier, mesurer, maîtriser, traiter et à minimaliser les risques dans les systèmes et les processus concernés.

La démarche proposée pour la sécurité sociale luxembourgeoise est à fixer dans un processus commun et partagé par toutes les ISS, se basant notamment sur:

- l'adoption des mêmes outils de support, surtout informatiques,
- l'élaboration d'un cadre méthodologique commun de gestion des processus et d'établissement de procédures,
- l'adaptation des mécanismes de surveillance externe et interne, avec une évolution vers un contrôle interne et la mise en place d'une gestion des risques dans les ISS et une approche audit pour l'IGSS.

Afin que cette démarche, qui devrait s'étaler sur +/- cinq ans puisse aboutir, différents pré-requis doivent être acquis. En premier lieu, l'adhésion de toutes les parties prenantes et ce pendant toute la durée de la démarche doit être assurée: politique, partenaires sociaux, présidents des ISS, direction de l'IGSS. En second lieu, la démarche doit être organisée de façon à ce que la prise de décision se fasse dans la mesure du possible de façon participative, tout en ne perdant pas de vue l'objectif global. En dernier lieu, il est nécessaire que chaque organisme de sécurité sociale, affecte les ressources nécessaires à l'accomplissement de cet objectif, que ce soit à un niveau quantitatif (collaborateurs internes, recrutements,...) qu'à un niveau qualitatif (profil de postes, formations,...).

L'objectif global et final de toute la stratégie esquissée dans le présent document est de rendre les institutions de sécurité sociale plus fortes, plus autonomes, plus stables et plus responsables dans l'accomplissement de leurs missions à long terme. Elles doivent notamment être bien ou mieux outillées pour faire face aux défis, projets, réformes et changements de tout ordre - législatifs, technologiques, financiers, organisationnels ou autres. Un responsable dirigeant d'un organisme de sécurité sociale a implicitement exprimé le principe de la gestion des risques (AISS/accenture 2007):

"Nothing can be taken for granted. Change has a momentum and dynamic all its own, and today is completely different from yesterday, and so will tomorrow be different from today."

Liste des abréviations

AAA:	Association d'Assurance contre les Accidents	L
AISS:	Association internationale de sécurité sociale	
ALARM:	National forum for risk management in the public sector in the UK	GB
BPM:	Business Process Management	
BSC:	Balanced Score Card	
CAF:	Common Assessment Framework	
CCSS:	Centre commun de la sécurité sociale	L
CISS:	Centre informatique de la sécurité sociale	L
CNAP:	Caisse nationale d'assurance pension	L
CNPF:	Caisse nationale des prestations familiales	L
CNS:	Caisse nationale de santé	L
COG:	Convention d'objectifs et de gestion	F
COSO:	Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission US	
CPG:	Contrat pluriannuel de gestion	F
CSSF:	Commission de surveillance du secteur financier	L
DRASS:	Direction régionale des affaires sociales et sanitaires	F
DSS:	Direction de la sécurité sociale en France	F
EFQM:	European Foundation for Quality Management	
FDC:	Fonds de compensation	L
FERMA:	Federation of european risk management associations	
FRR:	Fonds de réserve pour les retraites	F
IASS:	International social security association	
IGSS:	Inspection générale de la sécurité sociale	L
ISO:	International Organization for Standardization	
ISS:	Institution de sécurité sociale	L
MdE:	Mutualité des employeurs	L
MSS:	Ministère de la sécurité sociale	L
OCDE:	Organisation de coopération et de développement économiques	
OPC:	Organisme de placement collectif	
SICAV:	Société d'investissement à capital variable	
TIC:	Technologies de l'information et de la communication	
TQM:	Total Quality Management	

Bibliographie

Sécurité sociale au Luxembourg

Inspection générale de la sécurité sociale (2007). "Droit de la sécurité sociale". Luxembourg: IGSS

Inspection générale de la sécurité sociale (2009). "Code de la sécurité sociale - Lois et règlements". Luxembourg: IGSS

Inspection générale de la sécurité sociale (2007). "Rapport général sur la sécurité sociale". Luxembourg: IGSS

Ministère de la Sécurité sociale (2008). "Rapport d'activité 2008"

Loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé. Mémorial A n°60 du 15.05.2008 (p. 790). Documents parlementaires projet de loi N°5750.

Loi du 25 avril 1974 portant institution d'une inspection générale de la sécurité sociale et création d'un centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale. Mémorial A N° 31 de 1974.

Arrêté grand-ducal du 23 octobre 1944, portant création d'une Inspection des Institutions sociales. Mémorial A N° 10 de 1944

Règlement grand-ducal du 19 décembre 2008 relatif à la comptabilité et aux budgets des institutions de sécurité sociale. Mémorial 222 du 31.12.2008 (p. 3306)

Règlement grand-ducal du ... déterminant les valeurs de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension pouvant être investies à travers un ou plusieurs organismes de placement collectif. (en voie d'approbation)

Gouvernance et surveillance

Code Lippens (2004). "Le code belge de gouvernance d'entreprise"

Gronemann, J.; Fuchs, R. (2005). "Corporate Governance für Nonprofit-Organisationen". Zeitschrift für Sozialmanagement 2005 Bd.3.Nr.1 S.19-29.

Deutscher Corporate Governance Kodex (DCGK) (2008). Version française: <http://www.corporate-governance-code.de/f/kodex/index.html>.

OCDE (2004). "Lignes directrices sur le gouvernement d'entreprise des entreprises publiques ". <http://www.oecd.org/dataoecd/47/6/34803478.pdf>

OCDE (2004). "Principes de gouvernement d'entreprise". <http://www.oecd.org/dataoecd/32/19/31652074.PDF>

Steinmeyer, H.-D. (2005). "Krankenkassen und juristische Personen des Privatrechts - Die Organe im Vergleich". Wissenschaftlicher Beirat der Betrieblichen Krankenversicherung. ISSN 1861-7352.

CIPFA/SOLACE (2001) Corporate Governance in Local Government - A keystone for Community Governance . ISBN 0852999275.

Cadre méthodologique commun

IEAP (2006). Institut européen d'administration publique. " Le cadre d'auto-évaluation des fonctions publiques CAF-Common assessment framework) " Formation préparatoire tenue à Luxembourg, 16-17 mai 2006. www.ieap.eu.

Ministère de la fonction publique et de la réforme administrative (Luxembourg, 2006). Brochure " CAF-Cadre d'auto-évaluation des fonctions publiques - Comment améliorer une organisation par l'auto-évaluation ". www.mfpra.public.lu.

Quapital Hermes, Pilotage de projets TIC. <http://www.gestiondeprojet.lu/cms/gestiondeprojet/publishingfr.nsf/id/WEBR-73PG7K>

ARIS platform,
<http://www.ids-scheer.fr/set/6473/Product%20Brochure%202008-07.pdf>

Gestion des risques

FERMA (2003). "Cadre de référence de la gestion des risques".
<http://www.ferma-asso.org>

COSO (2004). "Le management des risques de l'entreprise-Cadre de Référence". Synthèse de COSO II. www.coso.org

AISS/accenture (2004). "Création de valeur par la gestion des performances dans la sécurité sociale" - 28e Assemblée Générale à Péking (12-18 septembre 2004)

AISS/accenture (2007). "Managing Change or Leading change? Change Management and Risk Management in Social Security Administrations".

Daykin, C. (2006). "Gouvernance financière et gestion des risques de la sécurité sociale". AISS (ISSA/ACT/COTONOU/06/I(a)).

ALARM (2001). "Corporate Governance in the Public Sector - The Role of Risk Management".

IGSS/Rapport PwC (2005). "Révision des procédures de contrôle de l'Inspection générale de la sécurité sociale". (3 mai 2005)

UCM/Rapport PwC (2008). "Fit für die Zukunft - Begleitung der UCM bei Ihrer Strategie- und Organisationsentwicklung im Kontext der sich verändernden gesetzlichen Rahmens". Abschlussbericht. (Juillet 2008)

Feller, K. (2008). "Bericht zur Aufsicht über den Fonds de compensation". (Rapport pour l'IGSS du 9 mai 2008).

AISS (2005). "Principes directeurs pour le placement des fonds des régimes de sécurité sociale".
<http://www.issa.int/pdf/general/1Merida-Guidelines.pdf>.

DRASS (2004). "La qualité du pilotage dans les organismes de sécurité sociale" (Mission d'évaluation des conventions d'objectifs et de gestion).

FFR (2008). "Stratégie d'investissement responsable".
http://www.fondsdereserve.fr/IMG/pdf/Strategie_ISR_FRR_2008_2012.pdf.

DSS (2006). "Tableau synthétique de performance des organismes de sécurité sociale du régime général".

DSS (2008) "Programme de qualité et d'efficience Maladie".
http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2008/2008_plfss_pqe/2008_plfss_pqe.htm.

AISS (2008). "Les fonds de la sécurité sociale: investir pour l'avenir". Perspectives en politiques sociales 05. ISSN 1818-5908

Kientzler, F. (2007), "Das Risikomanagement als Führungsinstrument". AISS, Weltforum für soziale Sicherheit, Moskau 2007.

IGSS (2008), "Rapport sur la mission de contrôle concernant l'exercice 2007 auprès du Fonds de Compensation" (juin 2008)

**UN RAPPROCHEMENT DE LA RÉPARATION
FORFAITAIRE EN MATIÈRE D'ASSURANCE ACCIDENT
AVEC LA RÉPARATION INTÉGRALE EN DROIT COMMUN
EST-IL SOUHAITABLE DANS LE CADRE
D'UNE RÉFORME DE L'ASSURANCE ACCIDENT?**

Pascale SPELTZ

Association d'assurance contre les accidents

1. INTRODUCTION

**2. LE SYSTÈME D'INDEMNISATION ADOPTÉ PAR L'ASSOCIATION
D'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS: LA RÉPARATION
FORFAITAIRE DU PRÉJUDICE SUBI PAR L'ASSURÉ**

- 2.1. Origine et conditions d'application du régime assurance accident
- 2.2. Les prestations en matière d'assurance accident
- 2.3. Avantages et inconvénients du système d'indemnisation forfaitaire de l'assurance accident

- 3. LE SYSTÈME D'INDEMNISATION DU PRÉJUDICE EN DROIT COMMUN: LE PRINCIPE DE LA RÉPARATION INTÉGRALE DU DOMMAGE**
 - 3.1. Origine et conditions d'application de la responsabilité civile: l'indemnisation du préjudice en droit commun
 - 3.2. La réparation du dommage en droit commun
 - a. *Le dommage moral*
 - b. *Le préjudice esthétique*
 - c. *Le préjudice sexuel*
 - d. *L'atteinte à l'intégrité physique*
 - e. *Le préjudice d'agrément*
 - f. *Le préjudice juvénile*
 - 3.3. Avantages et inconvénients du système d'indemnisation intégrale du droit commun
- 4. UN RAPPROCHEMENT DE LA RÉPARATION FORFAITAIRE EN MATIÈRE D'ASSURANCE ACCIDENT AVEC LA RÉPARATION INTÉGRALE EN DROIT COMMUN EST-IL SOUHAITABLE DANS LE CADRE D'UNE RÉFORME DE L'ASSURANCE ACCIDENT?**
- 5. LE PROJET DE RÉFORME DE L'ASSURANCE ACCIDENT**
- 6. CONCLUSION**

1. INTRODUCTION

On entend par système d'indemnisation forfaitaire un système dans lequel le mode de détermination des indemnités est fixé par avance d'une manière invariable¹⁾. La présente analyse portera avant tout sur la rente accident allouée par l'assurance accident à l'assuré frappé d'une incapacité partielle permanente par suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle et sur les indemnités allouées en droit commun suite à un accident à titre de réparation de la perte de revenu et des préjudices sans incidence financière directe, alors que les deux systèmes d'indemnisation diffèrent essentiellement sur ces points. Nous ne ferons que mentionner brièvement les autres prestations de l'assurance accident et les autres indemnités allouées en droit commun, ceci afin d'avoir un aperçu complet des deux systèmes d'indemnisation en vue de leur comparaison. Nous évoquerons les prestations allouées par l'assurance accident et les indemnités payées en droit commun aux ayants droit de l'assuré ou de la victime, puisque la question du rapprochement entre les deux systèmes d'indemnisation se pose également à ce niveau.

Les règles qui régissent l'indemnisation du dommage corporel²⁾ ne sont pas limpides, qu'il s'agisse de celles de l'assurance accident ou de celles du droit commun, dans la mesure où le commun des mortels aura du mal à comprendre qui indemnise quoi et comment. Si la matière peut sembler indigeste, c'est d'abord parce qu'il y règne une certaine confusion en raison de l'application de règles partiellement inadaptées compte tenu de l'évolution du contexte économique et social dans lequel elles s'inscrivent, de l'adoption d'une terminologie parfois inadéquate et d'une jurisprudence fluctuante, mais aussi à cause du caractère forcément imparfait des tentatives d'indemnisation d'atteintes à ce que l'homme a de plus précieux, sa santé.

Les discussions portant sur la nécessité d'une réforme de l'assurance accident ne datent pas d'aujourd'hui. En effet, au mois de mars 1992, le Premier ministre saisit le Conseil économique et social pour avis sur huit problèmes spécifiques dont celui de la réforme de l'assurance accident. Dans son avis sur l'évolution économique, financière et sociale du pays du 10 avril 1992, le Conseil économique et social s'interrogea *"sur la nécessité de soumettre le cadre législatif de cette branche à une révision globale, notamment à la suite des réformes du livre premier (assurance maladie) et du livre trois (assurance pension) du Code des assurances sociales. Cette révision devrait également porter sur le champ d'application personnel de l'assurance accident dans les domaines agricole et forestier."* Par lettre du 4

1) cf. définition du forfait dans le "petit Robert"

2) L'indemnisation du dommage corporel comporte l'indemnisation de l'ensemble des préjudices résultant d'une atteinte corporelle, préjudices se traduisant par des souffrances physiques et psychiques et comportant des incidences économiques et financières.

août 1992, le gouvernement demanda au Conseil économique et social d'examiner les problèmes essentiels en relation avec la réforme de l'assurance accident, à savoir son champ d'application, son financement, ses prestations et son organisation administrative.

Le Conseil économique et social arrêta son avis lors de son assemblée plénière du 2 octobre 2001, avis dans lequel il analysa, outre les quatre points susvisés, l'aspect prévention des accidents.

Le gouvernement de l'époque avait retenu dans son programme d'août 1999 qu'il *"tirerait les conclusions de l'avis imminent du Conseil économique et social"*. Il n'en fit rien. Le gouvernement suivant, assermenté le 31 juillet 2004 à l'issue des élections législatives du 13 juin 2004, s'est engagé dans son programme d'examiner, sur la base de l'avis du Conseil économique et social du 2 octobre 2001, *"les adaptations à apporter à la législation sur l'assurance contre les accidents"*.

S'il est intéressant d'analyser aujourd'hui si un rapprochement de la réparation forfaitaire en matière d'assurance accident avec la réparation intégrale en droit commun est souhaitable dans le cadre de la réforme de l'assurance accident, c'est parce que la réalisation de la réforme se concrétise. En effet, le gouvernement a déposé en date du 4 juillet 2008 à la Chambre des députés le projet de loi numéro 5899 portant réforme de l'assurance accident.

A l'instar de ce qu'a suggéré le Conseil économique et social et des réformes déjà mises en œuvre dans plusieurs pays européens ou discutées dans d'autres, ce projet prévoit un système d'indemnisation de l'assurance accident qui se rapproche du système d'indemnisation appliqué en droit commun.

Pour répondre à la question de savoir si un tel rapprochement est souhaitable dans le cadre d'une réforme de l'assurance accident, il convient de se pencher d'abord sur ce qui caractérise et distingue ces deux systèmes et sur leurs avantages et inconvénients.

2. LE SYSTÈME D'INDEMNISATION ADOPTÉ PAR L'ASSOCIATION D'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS: LA RÉPARATION FORFAITAIRE DU PRÉJUDICE SUBI PAR L'ASSURÉ

2.1. Origine et conditions d'application du régime assurance accident

Le régime légal de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles repose sur un système d'indemnisation forfaitaire de l'assuré. Le choix de ce système forfaitaire fut opéré au début du 20^e siècle. Avant la mise en place de l'assurance accident, l'assuré qui avait subi un dommage corporel par le fait de son travail pouvait, comme toute autre personne victime d'un dommage, intenter une action en justice contre le responsable dans le but de voir indemniser son préjudice. Toutefois, la victime d'un accident du travail n'obtenait une réparation de son dommage que si elle arrivait à établir une faute de l'employeur ou d'un tiers et à condition que ce dernier soit solvable, conditions rarement remplies en pratique. En effet, s'il était possible d'engager un procès afin de se voir accorder une réparation des préjudices résultant du dommage corporel subi, les dispositions du Code civil étaient fondées sur la notion de faute.

Les conditions du système de réparation de droit commun étaient inadaptées à une indemnisation équitable des victimes d'accidents du travail, ceci d'autant plus que le travail industriel comportait des risques d'accident existant même en-dehors de tout contexte fautif, risques qu'il convenait d'assurer peu importe la cause de l'accident. Voilà pourquoi il fut décidé de mettre en place un système d'assurance accident permettant une indemnisation quasi automatique et généralisée des victimes d'accidents du travail. Le système était jugé plus favorable à l'assuré que celui du droit commun de la responsabilité civile dans la mesure où dorénavant l'assuré bénéficiait d'une indemnisation facilitée, abstraction faite de toute considération de faute, excepté en cas de faute intentionnelle. A partir du moment où l'assuré se blessait au travail, il bénéficiait d'une présomption d'imputabilité du dommage au travail sans devoir établir l'existence d'une faute dans le chef d'un tiers. Il était par ailleurs toujours indemnisé de la même façon, sans prise en considération d'une quelconque origine fautive du préjudice, donc même en l'absence de tiers fautif ou en cas de propre faute. En contrepartie des conditions d'indemnisation plus avantageuses que celles du droit commun, l'assuré se voyait indemniser globalement de manière forfaitaire et non compte tenu du dommage réellement subi. Cette répartition du risque professionnel entre les employeurs et les salariés contribua et contribue jusqu'à aujourd'hui de façon significative à maintenir la paix sociale dans les entreprises.

2.2. Les prestations en matière d'assurance accident

L'indemnisation par l'assurance accident des préjudices résultant d'un accident du travail comprenait, dès le début et sous certaines modalités, la prise en charge des frais de traitement et, en cas d'incapacité de travail totale ou partielle, une indemnisation forfaitaire consistant en une rente totale équivalant à deux tiers du salaire ou en une rente partielle dont le montant était obtenu en multipliant la rente totale par le taux médical d'incapacité partielle permanente.

Le système d'indemnisation forfaitaire par l'octroi d'une rente était basé sur le postulat qu'il y avait pour toutes les victimes une corrélation identique entre l'incapacité physiologique et la perte de gain, principe qui paraissait légitime au début de l'ère industrielle pour les travailleurs manuels de l'industrie. Si des améliorations substantielles ont été apportées au cours du temps aux prestations en nature et en espèces allouées par l'Association d'assurance contre les accidents, le mode d'indemnisation forfaitaire par l'octroi d'une rente n'a pas été modifié, en dépit d'une diversification croissante du marché du travail.

Les prestations en nature accordées sont celles prévues en matière d'assurance maladie: le traitement médical, les médicaments, les frais d'analyses et d'examen de laboratoire, les frais d'hospitalisation, de voyage et de transport ainsi que la fourniture de tous les moyens de nature à garantir les résultats du traitement ou de réduire les séquelles de l'accident. Ces prestations sont versées par l'intermédiaire de la Caisse nationale de santé pour le compte de l'Association d'assurance contre les accidents suivant les modalités applicables en matière d'assurance maladie, sous réserve de deux particularités importantes: elles sont toujours payées intégralement, c'est-à-dire sans participation financière de l'assuré¹⁾, et sont versées directement aux prestataires de soins suivant le système du tiers payant, sans que l'assuré ait à en faire l'avance.

Si, à la suite de l'accident ou de la maladie professionnelle, l'assuré a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition ou de la mobilité, il a droit aux prestations prévues en matière d'assurance dépendance, à savoir notamment la prise en charge des aides et des soins fournis par un réseau ou un établissement d'aides et de soins et la prise en charge des appareils et adaptations du logement.

L'Association d'assurance contre les accidents indemnise par ailleurs le dégât causé au véhicule de l'assuré blessé dans le cadre d'un accident de

1) L'article 97, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale dispose que le comité directeur de l'Association d'assurance contre les accidents détermine des règles complémentaires pour assurer la prise en charge intégrale des prestations y visées.

trajet ou de mission à l'extérieur de l'entreprise, ainsi que le dommage aux vêtements et aux objets que l'assuré portait au moment de l'accident, l'indemnisation étant toutefois limitée à un montant global ne pouvant pas dépasser 2,5 fois le salaire social minimum applicable au moment de l'accident.

Les prestations en espèces comprennent essentiellement les prestations en cas d'incapacité temporaire et les prestations en cas d'incapacité définitive. En cas d'incapacité temporaire, elles comprennent d'abord, pour l'assuré ayant exercé une activité professionnelle au moment de l'accident et tant qu'il est frappé d'une incapacité de travail totale imputable à l'accident, une prise en charge pendant la période légale de conservation de la rémunération¹⁾, ensuite l'indemnité pécuniaire calculée comme en matière d'assurance maladie et ne pouvant dépasser la limite de cinquante-deux semaines y prévue et, enfin, pour tous les assurés, le versement d'une rente en cas d'incapacité de travail totale ou partielle temporaire postérieure à la fin du droit à l'indemnité pécuniaire, mais au plus tôt à l'expiration des treize semaines consécutives à l'accident, rente fixée selon le degré d'incapacité sur base du montant de la rente due en cas d'incapacité totale, fixée à 85,6 % de la rémunération moyenne annuelle de l'assuré au moment de l'accident. La rente plénière est quasiment équivalente au salaire net de l'assuré compte tenu du fait qu'elle est exemptée des retenues sociales et fiscales légales.

En cas d'incapacité totale ou partielle définitive, l'assuré bénéficie d'une rente viagère plénière ou partielle. Le montant de la rente partielle définitive est égale au produit résultant de la multiplication du taux d'incapacité permanente partielle retenu par le montant de la rente plénière.

Notons que les prestations en espèces versées dans le cadre de la section agricole et forestière de l'Association d'assurance contre les accidents diffèrent sur certains points de celles énoncées ci-dessus accordées dans le cadre de la section industrielle de l'Association d'assurance contre les accidents.

Si l'accident du travail ou la maladie professionnelle a provoqué le décès de l'assuré, l'Association d'assurance contre les accidents accorde une indemnité funéraire au conjoint ou partenaire ayant vécu en communauté

1) *Depuis l'introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé, la réparation de l'assurance accident comprend, conformément aux nouvelles dispositions de l'article 97 du Code de la sécurité sociale, pour les périodes d'incapacité de travail totale imputable à l'accident et à hauteur de 80 %,*
- *pour les assurés ayant exercé une activité professionnelle pour compte d'autrui, la prise en charge du salaire et autres avantages avancés par l'employeur conformément à l'article L. 121-6 du Code du travail,*
- *pour les assurés ayant exercé une activité professionnelle pour leur propre compte, le paiement d'une indemnité calculée sur base de l'assiette cotisable pendant en moyenne les 13 premières semaines.*

domestique et, à défaut, à la personne ayant pris en charge les frais d'enterrement, une rente de survie au conjoint ou partenaire ainsi qu'une rente d'orphelin aux enfants du défunt âgés de moins de 18 ans ou 27 ans en cas d'études ou de formation professionnelle.

2.3. Avantages et inconvénients du système d'indemnisation forfaitaire de l'assurance accident

Le système actuel d'indemnisation forfaitaire de l'incapacité de travail partielle par le versement d'une rente viagère partielle a le mérite d'être simple.

Une fois l'état de l'assuré consolidé et mis à part les prestations en nature auxquelles il pourra le cas échéant encore prétendre en raison des séquelles de l'accident, l'assuré frappé d'une incapacité partielle permanente se verra indemniser par une prestation globale et forfaitaire, la rente partielle viagère. Ce système est transparent pour l'assuré et de toute évidence facile à gérer sur le plan administratif.

Ce système est également sécurisant dans la mesure où l'assuré sera indemnisé peu importe qu'il ait commis une faute ou non¹⁾.

Comme relevé précédemment, l'Association d'assurance contre les accidents indemnise l'assuré à partir du moment où il s'est blessé à son travail, peu importe l'origine du dommage. L'assuré accepte en contrepartie une indemnisation forfaitaire. L'Association d'assurance contre les accidents, assurance financée par les entreprises en ce qui concerne le régime général, ne peut en principe pas s'exonérer de la présomption d'imputabilité du dommage au travail par la faute du salarié. Réciproquement, le salarié ne peut agir en responsabilité contre l'employeur.

Le système d'assurance contre les accidents du travail repose ainsi sur le compromis suivant lequel en contrepartie d'une indemnisation automatique, la réparation et la responsabilité de l'employeur sont limitées au regard de celles résultant du droit commun de la responsabilité civile.

L'immunité patronale contre un recours en responsabilité civile est donc la règle dans le système d'indemnisation forfaitaire actuel de l'assurance accident. Les salariés et leurs ayants droit ne peuvent ainsi en principe agir

1) *Aux termes de l'article 114 du Code de la sécurité sociale, seule la faute intentionnelle est susceptible d'exclure l'indemnisation de l'assuré victime d'un accident du travail; la jurisprudence exclut l'indemnisation de l'assuré qui par son comportement crée unilatéralement un risque dépassant de loin le risque normal de l'entreprise. Quant aux accidents de trajet, l'article 2 de l'arrêté grand-ducal du 27 octobre 1952 ayant modifié l'arrêté grand-ducal du 22 août 1936 portant exécution de l'article 92 du Code des assurances sociales dispose que ne donnera pas lieu à réparation l'accident de trajet que l'assuré a causé ou auquel il a contribué par sa faute lourde, notion interprétée restrictivement par la jurisprudence. Les cas d'exclusion de l'indemnisation sont donc rares.*

judiciairement en dommages intérêts contre leur employeur ou collègues de travail, à moins qu'ils n'aient été condamnés au pénal pour avoir provoqué intentionnellement l'accident ou qu'il s'agisse d'un accident de trajet, auquel cas le droit commun reprend généralement son empire.

Dans les cas exceptionnels où l'immunité patronale ne joue pas, les assurés et leurs ayants droit ne peuvent agir au civil que pour les dommages non indemnisés par les prestations de l'Association d'assurance contre les accidents.

Une remise en cause de l'immunité patronale ou encore de l'indemnisation forfaitaire pour autant que celle-ci serait remplacée par le système d'indemnisation du droit commun ébranlerait le principe de solidarité, pierre angulaire de l'assurance accident et fragiliserait un système qui a fait ses preuves.

Par un arrêt du 28 mai 2004¹⁾, la Cour constitutionnelle a validé ce système d'indemnisation forfaitaire limitant le droit d'agir des victimes directes, après avoir constaté notamment qu'il garantit une indemnisation même en cas d'absence de responsabilité dans le chef de l'auteur de l'accident et de faute de la victime et qu'il contribue au maintien de la paix sociale dans les entreprises.

Le Tribunal d'arrondissement a par la suite affirmé la conformité du système d'immunité prévu à l'article 115 actuel du Code de la sécurité sociale aux exigences notamment des articles 6, §1 et 14 de la Convention européenne des droits de l'homme et de l'article 2, §1 du protocole n° 7 de la même convention (droit d'agir en justice)²⁾.

Dans l'arrêt du 28 mai 2004 susmentionné, la Cour constitutionnelle a cependant déclaré ce système inconstitutionnel pour autant qu'il exclut également du droit d'agir au civil des personnes n'ayant pourtant pas droit à des prestations au titre de l'assurance accident (en l'occurrence l'épouse ayant soigné la victime d'un accident grave, étant précisé que l'accident avait eu lieu avant l'introduction de l'assurance dépendance). Il convient donc de se demander s'il n'y a pas lieu de compléter la réparation de l'assurance accident.

Le Conseil économique et social releva dans son avis du 2 octobre 2001 que *"de nos jours, la rente accident indemnise, dans la plupart des cas, plus que la simple perte de revenu professionnel causée par un accident du travail. Pour s'en convaincre, il suffit de comparer le revenu réalisé avant l'accident et après la consolidation"* (pages 37 et 38).

1) Arrêt n° 20/04 rendu dans l'affaire *Lopes Ferreira et Moreira Salta c/ Kronospan Sanem Ltd et Cie, AAA et Jean Lamesch-Exploitation s.a.*, publié au *Mémorial A* n° 94 du 18 juin 2004.

2) Tribunal d'arrondissement de Luxembourg, 13 mai 2005, n° 145/2005 XI, cité in G. Ravarani, *La responsabilité civile des personnes privées et publiques*, 2ème édition, *Pasicrisis luxembourgeoise*, no 1194.

Se fondant sur des données du Centre commun de la sécurité sociale, le Conseil économique et social a, pour 3.268 accidents du travail survenus au cours des années 1991-1997 et ayant conduit à l'attribution d'une rente viagère avant 2000, fait comparer le revenu professionnel réalisé au cours de l'exercice précédant l'accident à celui déclaré pour l'exercice suivant l'attribution de la rente viagère. Il résulte de cette comparaison que:

- "57,2 % des assurés justifient après la consolidation d'un revenu professionnel supérieur à celui réalisé avant l'accident;
- pour 13,2 % des accidentés, le nouveau revenu professionnel dépasse ensemble avec la rente accident l'ancien revenu, si l'on fait abstraction de la substitution du versement d'un capital au versement mensuel de la rente, qui s'impose pour les IPP¹⁾ ne dépassant pas 10 % et est facultatif pour le bénéficiaire dont l'IPP reste inférieure à 40 %;
- le revenu total de 29,6 % des accidentés reste inférieur à celui gagné avant la survenance de l'accident."

Bien que le Conseil économique et social émet des réserves quant aux résultats de cette statistique, il constata néanmoins que le système actuel manque de transparence.

La rente accident est en effet calculée de la même façon peu importe que l'assuré ait subi ou non une perte de revenu en rapport avec les séquelles de l'accident. Ainsi, en l'absence de perte de revenu, la rente accident indemniserait plutôt les préjudices extrapatrimoniaux résultant de l'atteinte à l'intégrité physique alors qu'en présence d'une perte de revenu consécutive à l'accident, elle indemniserait plutôt un préjudice économique, auquel cas les préjudices extrapatrimoniaux ne seront pas ou seulement partiellement indemnisés.

Si le système d'indemnisation forfaitaire par l'octroi d'une rente partielle paraissait légitime à l'époque de sa mise en place²⁾, il s'avéra cependant de plus en plus contestable au vu de la diversité croissante des activités professionnelles. Il fait aujourd'hui l'objet de nombreuses critiques, l'essor de la responsabilité sans faute au cours du 20^e siècle venant par ailleurs relativiser les conditions d'indemnisation avantageuses de l'assurance accident.

Comment en effet justifier aujourd'hui qu'un salarié effectuant un travail sédentaire de bureau touché d'une incapacité partielle permanente en raison d'une blessure subie par exemple lors d'un accident de trajet touche une rente plus élevée qu'un salarié devant effectuer des travaux manuels frappé d'une incapacité identique suite à un accident du travail, ceci uniquement parce qu'ils touchent des salaires différents et peu importe l'impact réel de la

1) incapacité partielle permanente

2) cf. développements ci-avant sub "Les prestations en matière d'assurance accident"

lésion subie de part et d'autre sur la capacité de travail? Le système actuel d'indemnisation appliqué en matière d'accident du travail génère de toute évidence des inégalités. Ainsi que le releva le Conseil économique et social dans son avis du 2 octobre 2001¹⁾, il permet en effet en pratique des indemnisations allant bien au-delà du préjudice réellement subi dans le cas de blessures de faible gravité et des indemnisations insuffisantes en cas d'accidents graves.

Dès lors on peut affirmer qu'un tel système n'est plus conforme au principe d'équité à l'origine de l'assurance accident.

3. LE SYSTÈME D'INDEMNISATION DU PRÉJUDICE EN DROIT COMMUN: LE PRINCIPE DE LA RÉPARATION INTÉGRALE DU DOMMAGE

3.1. Origine et conditions d'application de la responsabilité civile: l'indemnisation du préjudice en droit commun

Le terme même de responsabilité est apparu à la fin du 18^e siècle²⁾. Le principe selon lequel toute faute entraînant un dommage oblige à réparation et, réciproquement qu'il n'y a pas de responsabilité sans faute a été traduit dans le Code civil, qui, en son article 1382, a consacré la faute comme fondement principal de la responsabilité civile en disposant que "*tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer.*"

Si l'article 1382 du Code civil incrimine une faute, l'article 1383 du même code incrimine une simple négligence ou imprudence. Il n'existe cependant aucune différence de régime entre ces deux responsabilités, l'une étant qualifiée de délictuelle et l'autre de quasi-délictuelle, de sorte que si la faute la plus légère suffit à entraîner la responsabilité de son auteur, il faut cependant que la victime en établisse l'existence pour pouvoir être indemnisée. L'auteur d'une faute ou d'une négligence pourra s'exonérer partiellement de sa responsabilité par la faute ou le fait de la victime.

1) "Dans le contexte économique et social actuel, l'application uniforme d'un taux d'incapacité de travail dépendant en principe uniquement des lésions médicalement constatées, ne saurait aboutir qu'à des injustices. Il conduit en effet à n'indemniser pas intégralement la perte de revenu professionnel subie par certains assurés, tout en accordant une indemnité substantielle à la majorité des bénéficiaires en l'absence de toute perte matérielle" (p.39 de l'avis).

2) L. Gossart, *Réflexions sur les origines philosophiques de l'article 1382 du code civil*, in *Le Bicentenaire du Code civil*, éd. Portalis 2004, p. 219, cité in G. Ravarani, *op. cit.*, p. 20; voir le même ouvrage de G. Ravarani en ce qui concerne les développements suivants.

L'industrialisation de la société au courant de la deuxième moitié du 19^e siècle avec son cortège d'accidents amena la jurisprudence à poser par ailleurs le principe d'une responsabilité de plein droit du fait des choses inanimées. Ce principe trouve sa traduction dans l'article 1384 du Code civil, qui établit une présomption de responsabilité à l'encontre de celui qui a sous sa garde la chose inanimée qui a causé un dommage à autrui. Le gardien pourra cependant s'exonérer de cette présomption de responsabilité en établissant un fait ou une faute dans le chef de la victime ayant contribué à la réalisation du dommage, exonération qui sera totale ou partielle selon que la faute de la victime revêtira ou non les caractères de la force majeure.

L'indemnisation du dommage corporel repose en droit commun sur le principe de la réparation intégrale des préjudices, qui découle des dispositions de l'article 1382 du Code civil.

Suivant ce principe, la réparation du dommage causé par une faute doit permettre à la victime de se trouver dans la situation dans laquelle elle se serait trouvée sans l'événement dommageable.

Pour ce faire, les divers préjudices découlant du dommage corporel subis par la victime sont appréciés concrètement pour être ensuite indemnisés séparément. La réparation est personnalisée tant dans la détermination des préjudices subis que dans leur évaluation. L'objectif poursuivi est d'indemniser dans la mesure du possible tous les préjudices subis, d'où le terme d'indemnisation intégrale, tout en évitant que l'indemnisation de la victime n'aille au-delà d'une simple réparation.

3.2. La réparation du dommage en droit commun

L'indemnisation comporte en droit commun la réparation des dégâts matériels proprement dits (dommages occasionnés aux biens: aux vêtements, au véhicule, etc.) et l'indemnisation des préjudices résultant directement de la lésion subie. Les préjudices résultant de la lésion subie, c'est-à-dire les préjudices résultant du dommage corporel subi¹⁾, sont classés dans deux catégories distinctes selon qu'ils sont de nature patrimoniale ou extrapatrimoniale.

Les préjudices patrimoniaux, qualifiés également de préjudices économiques, pécuniaires ou matériels (ce dernier terme prêtant cependant à confusion dans la mesure où l'on parle également de dommages matériels s'agissant des atteintes aux biens mentionnées ci-avant) comprennent la perte de revenus professionnels, les frais médicaux, les frais déboursés pour l'aide d'une tierce personne ou encore les frais de transports occasionnés par

1) *Le dommage corporel subi est défini ici comme l'atteinte à l'intégrité physique et psychique de la victime, à ne pas confondre avec le préjudice spécifique qualifié d'atteinte à l'intégrité physique, qui n'est qu'un des préjudices résultant du dommage corporel, cf. infra.*

les soins nécessités. Se traduisant par de l'argent dépensé ou des gains manqués, ces préjudices sont parfaitement évaluables en argent et donc réparables par équivalent.

Les préjudices extrapatrimoniaux découlant de l'atteinte corporelle, également qualifiés de préjudices non économiques ou moraux, comprennent les souffrances endurées jusqu'à la consolidation des lésions (on parle aussi de *pretium doloris* ou de dommage moral), le dommage esthétique, le préjudice d'agrément, le préjudice juvénile et le préjudice sexuel. Les préjudices moraux ne se traduisant pas par une perte d'argent et n'ayant donc pas d'équivalent pécuniaire, les montants indemnitaires correspondent normalement à des sommes " rondes ", allouées conformément à une certaine pratique jurisprudentielle évoluant de pair avec la situation économique du pays, pratique sur laquelle s'alignent les compagnies d'assurance. Le principe de l'évaluation in concreto et personnalisée de ces préjudices s'oppose en effet à ce que les montants indemnitaires soient alloués par référence expresse à des barèmes ou à des règles préétablies.

Le préjudice qualifié d'atteinte temporaire et définitive à l'intégrité physique est tantôt classé parmi les préjudices patrimoniaux, tantôt parmi les préjudices extrapatrimoniaux, tantôt parmi les deux car considéré comme étant de nature mixte, question qui, comme nous le verrons, n'a d'intérêt qu'eu égard aux recours des organismes de sécurité sociale.

Le droit commun permet par ailleurs l'indemnisation du dommage subi par les personnes proches de la victime, qui résulte du fait que la victime a elle-même subi un préjudice. Ces victimes par ricochet ont subi un préjudice personnel, par répercussion qui est évalué et indemnisé dans leur chef. Ainsi, le droit commun indemnise, à côté des frais funéraires et de la perte économique subie à la suite du décès de l'assuré, le chagrin causé par la perte d'un être cher par l'allocation d'une somme d'argent dont le montant varie en fonction des liens de parenté et d'affection qui ont existé entre la victime directe et la victime par ricochet. L'indemnité versée vise à apaiser les souffrances éprouvées en raison de la perte d'un proche.

Le principe de la réparation dite intégrale est à relativiser dans la mesure où la réparation ne pourra jamais être complète. En effet, si les préjudices de nature économique sont bel et bien indemnisés intégralement, les indemnités allouées à titre de réparation des dommages extrapatrimoniaux ne permettent pas une réelle remise en l'état antérieur au fait dommageable, impossible en raison de la nature même de ces dommages, en fait irréparables. L'indemnisation des préjudices moraux ne pouvant se faire de manière intégrale, il s'agit en réalité d'une réparation nécessairement approximative, appréciée souverainement par les juges du fond ou les assureurs, qui tentent de fixer des montants indemnitaires en fonction de la situation particulière des victimes, sans tomber pour autant dans l'arbitraire.

Les juges du fond ou les assureurs s'adjoignent en pratique souvent des experts médicaux et calculateurs, qui déterminent les préjudices subis et proposent les montants indemnitaires à allouer.

Les indemnités allouées à titre de réparation des dommages extrapatrimoniaux revêtent cependant de toute évidence une fonction particulièrement importante dans la mesure où, en aboutissant à la reconnaissance sociale des préjudices subis, elles contribuent à apaiser les victimes face aux conséquences multiples d'une atteinte corporelle.

Nos développements relatifs à l'opportunité d'un rapprochement entre les deux systèmes d'indemnisation qui nous occupe et la conclusion que nous tirerons de notre analyse nécessitent une étude approfondie de la réparation du dommage corporel telle qu'elle est pratiquée en droit commun et pour autant qu'elle diffère de celle de l'assurance accident. En effet, si la rente accident ne nécessitait pas de développements particuliers en raison de sa nature forfaitaire, seule une analyse détaillée des préjudices indemnisés en droit commun permettra d'en comprendre les avantages et, surtout, les inconvénients.

Nous analyserons donc successivement le dommage moral, le préjudice esthétique, le préjudice sexuel, l'atteinte à l'intégrité physique, le préjudice d'agrément et le préjudice juvénile.

a. Le dommage moral

La jurisprudence retient que l'indemnité allouée à titre de dommage moral ou *pretium doloris* est destinée "à réparer le dommage causé par les douleurs physiques spécifiques au type de blessure encourue ainsi que celles causées par les traitements chirurgicaux et thérapeutiques que leur guérison a nécessités"¹⁾.

La consolidation est atteinte le moment où, à la suite de la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère définitif, tel qu'un traitement n'est en principe plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier le cas échéant un certain degré d'incapacité permanente.

Il est admis que les douleurs physiques et psychiques engendrées par les lésions subies et les traitements nécessités jusqu'à la date de consolidation constituent un préjudice spécifique, distinct de l'atteinte temporaire à l'intégrité physique et indemnisable en soi, alors que les douleurs qui peuvent subsister au-delà de la date de consolidation des lésions sont indemnisées dans le cadre de l'atteinte définitive à l'intégrité physique.

1) cf. notamment Lux. 14 janvier 1998, n°1/98, I.C. 49, cité in G. Ravarani, *op.cit.*, no 1052 ou in avis du Conseil économique et social, p.47

Ce sont généralement les experts médecins qui évaluent le montant destiné à indemniser les souffrances endurées. Les médecins décrivent en détail les blessures subies et les soins nécessités pour évaluer le degré des souffrances endurées compte tenu de la situation personnelle de la victime, puisque l'évolution d'une lésion et le ressenti des douleurs varient d'une personne à l'autre. Certains médecins se réfèrent à des échelles allant de 1 à 7¹⁾ pour qualifier les souffrances endurées. Les montants indemnitaires proposés ne figurent pas dans des barèmes mais correspondent à la pratique jurisprudentielle, de sorte qu'ils se situent endéans une certaine fourchette en fonction de la gravité du préjudice subi.

b. Le préjudice esthétique

Le préjudice esthétique a été défini comme *"la répercussion d'une atteinte anatomique ou anatomo-physiologique à la personne, entraînant chez la victime une altération de l'image qu'en ont les autres, mais aussi une altération de l'image de soi, atteinte psychologique limitée que le médecin sait être habituelle"*²⁾.

La jurisprudence apprécie l'importance du préjudice esthétique en fonction des séquelles laissées par la blessure subie (localisation et apparence des cicatrices et infirmités) et de l'âge de la victime, mais également, selon certaines décisions, en fonction d'autres critères peu équitables et partant critiquables tels que la profession, l'état de célibat ou le sexe de la victime.

L'évaluation du préjudice esthétique est similaire à celle du dommage moral.

c. Le préjudice sexuel

La jurisprudence reconnaît traditionnellement *"le préjudice sexuel en termes d'impossibilité de procréer et de privation du plaisir sexuel (...) en retenant l'impossibilité ou la diminution des chances pour la victime d'accomplir l'acte sexuel, de procréer ou de se reproduire de manière normale et en admettant que la privation de la jouissance pouvait être temporaire ou définitive"* (...)³⁾. Certaines décisions reconnaissent un autre aspect du préjudice sexuel: la difficulté accrue de trouver un partenaire.

1) où 1 correspond à des douleurs qualifiées de très légères et 7 à des souffrances très importantes

2) P. Lucas, "Vers une harmonisation européenne de l'évaluation du dommage", in "Préjudices extra-patrimoniaux: vers une évaluation plus précise et une plus juste indemnisation", Actes du colloque organisé par la Conférence libre du Jeune Barreau de Liège le 16 septembre 2004, éd. du Jeune Barreau de Liège, p.102, cité in G. Ravarani, op. cit., no 1055

3) Pour les références des décisions, cf. J. Minden, "Le préjudice sexuel", Bulletin de l'AIDA (Association internationale de droit des assurances, section Luxembourg) no 9/2006.

La gravité du préjudice sexuel peut être évalué à l'aide de barèmes médicaux et est indemnisé, à l'instar du dommage moral et du préjudice esthétique, par l'allocation d'une somme "ronde". Notons que l'on constate que ce préjudice est avant tout indemnisé dans le cadre d'accidents ayant entraîné une incapacité partielle permanente importante dans le chef de la victime.

d. L'atteinte à l'intégrité physique

Le préjudice qualifié d'atteinte à l'intégrité physique n'est qu'un des préjudices résultant du dommage corporel et est indemnisé séparément, à l'instar du dommage esthétique ou des frais médicaux.

La confusion qui règne en pratique autour du concept d'atteinte à l'intégrité physique provient du fait que certains en admettent la nature hybride, à la fois patrimoniale et extrapatrimoniale, alors que d'autres, plaidant en faveur d'adoption de concepts distincts séparant l'indemnisation des préjudices patrimoniaux de la réparation des préjudices extrapatrimoniaux résultant du dommage corporel, estiment qu'il s'agit d'un préjudice purement extrapatrimonial. Le législateur français a par ailleurs classé l'atteinte à l'intégrité physique parmi les préjudices patrimoniaux soumis intégralement aux recours des organismes de sécurité sociale.

Au Luxembourg, on considère généralement que l'indemnité allouée à titre d'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité physique comporte un aspect moral, en ce qu'elle vise à réparer les gênes éprouvées par la victime dans la vie de tous les jours, et un aspect matériel, en ce qu'elle tend à dédommager, d'une part, les efforts accrus que doit fournir la victime dans la vie professionnelle et, d'autre part, la diminution de la valeur de la victime sur le marché du travail. C'est cette approche qu'adoptent en pratique les experts luxembourgeois chargés de proposer les montants indemnitaires devant revenir aux victimes ayant subi un dommage corporel. Il convient de relever que la perte de revenu subie par la victime à la suite d'un accident est évaluée in concreto et indemnisée séparément, à côté de l'atteinte à l'intégrité physique.

Si l'atteinte temporaire à l'intégrité physique est indemnisée par l'allocation d'un forfait, et ce alors même qu'une indemnisation forfaitaire va à l'encontre du principe de l'indemnisation intégrale, l'atteinte définitive à l'intégrité physique est indemnisée par application du système du point, dont la valeur varie en fonction du taux d'incapacité définitive retenu (taux d'incapacité partielle permanente ou taux d'IPP en abrégé) et de l'âge de la victime au moment de la consolidation des lésions, étant précisé que la valeur normale du point est diminuée lorsque le seul aspect moral de l'atteinte définitive à l'intégrité physique est à indemniser.

Sans l'existence du recours des organismes de sécurité sociale, on se serait sans doute contenté d'indemniser l'atteinte à l'intégrité physique sans s'occuper de la nature de ce préjudice. Bien que le terme de matériel semble inapproprié pour qualifier un préjudice qui ne se traduit pas par des conséquences économiques directes évaluables en argent, son emploi s'explique par le souci de la jurisprudence d'assurer une assiette pour le recours des organismes de sécurité sociale dont la délimitation exacte a suscité des difficultés. Si cette pratique jurisprudentielle a le mérite de vouloir rétablir une certaine équité dans la mesure où il ne serait pas juste que la victime touche intégralement deux indemnités pour un même dommage- l'une étant versée par l'auteur du dommage et l'autre par l'Association d'assurance contre les accidents- elle est cependant critiquable.

La jurisprudence luxembourgeoise a affirmé dès 1928¹⁾ que la sécurité sociale ne répare pas le dommage purement moral. En effet, la sécurité sociale a traditionnellement pour objectif de permettre l'accès aux soins indépendamment de la situation économique du malade et de garantir la sécurité des revenus en cas d'accident ou d'invalidité, de vieillesse ou de décès. La jurisprudence en a déduit que le recours de la sécurité sociale ne pouvait s'exercer que sur les montants indemnisant en droit commun les dommages de même nature que ceux qu'elle prend en charge, à savoir les dommages matériels.

Cette approche n'a pas évolué en dépit du fait qu'avec la diversification du monde du travail, il convenait de considérer que les rentes versées par l'assurance accident indemnisaient, à défaut de dommages matériels, également des dommages moraux²⁾.

Si la Cour d'appel a estimé qu'en l'absence de toute perte de revenu dans le chef de la victime, l'atteinte à l'intégrité physique présente un aspect exclusivement extrapatrimonial ou physiologique sans incidence économique et que l'indemnité versée de ce chef n'est pas soumise au recours des organismes de sécurité sociale³⁾, la jurisprudence retient cependant, en cas de recours exercé par l'Association d'assurance contre les accidents, que l'indemnité versée à la victime revêt un aspect moral et un aspect matériel et que l'Association d'assurance contre les accidents peut exercer son recours sur la part matérielle, généralement évaluée à 50 %, lorsqu'elle verse une rente à la victime .

1) *Trib.civ.Diekirch, 15.6.1928; Cour Sup.de Just., appel civil, 7.5.1929 Pas.t.XI, p.486, cité in Jacques Loesch, "Combat à trois: l'auteur, la victime, la sécurité sociale", Pas.1964, p.79*

2) *cf. avis du Conseil économique et social p. 39*

3) *Cour d'appel, 18 novembre 1998, no 19374 du rôle; dans le même sens: Lux. 17 février 1999, no 181/99 V, cités in G. Ravarani, op. cit., p. 907*

Au vu du dommage indemnisé par le montant alloué au titre de l'atteinte à l'intégrité physique, sans incidence patrimoniale directe et de la nature de la rente accident, il eut été sans doute plus juste de classer l'atteinte à l'intégrité physique parmi les préjudices extrapatrimoniaux- approche qu'adopte également la doctrine française- tout en permettant à l'Association d'assurance contre les accidents d'exercer son recours sur une partie du montant alloué à ce titre à la victime¹⁾.

1) cf. G. Ravarani, op.cit., no 1227; Il est intéressant de lire ce que Jacques Loesch écrivait il y a une quarantaine d'années: "Mais ce n'est pas tout que d'affirmer que le recours de la sécurité sociale porte sur un dommage de même genre. Encore faut-il savoir quand cela est le cas. En théorie, il ne devrait pas y avoir de problème, puisque la distinction entre les différents genres de dommage semble facile. En pratique, toutefois, les choses n'ont pas été aussi simples, et nous voulons, pour en terminer avec cet ordre d'idées, dire un mot de la jurisprudence luxembourgeoise la plus récente, puisqu'elle marque une nouvelle étape, et non des moins originales, de son évolution. Dans de nombreux cas où les victimes sont atteintes dans leur corps, elles ne souffrent pas d'une diminution correspondante de leurs revenus habituels, soit que ceux-ci continuent à leur être payés par un patron en vertu d'un statut particulier, soit qu'ils ne dépendent pas étroitement de l'activité physique personnelle du blessé. En droit commun il a semblé impossible d'accorder à ces victimes une indemnité pour compenser une perte de revenus qui, en réalité, faisait défaut. Mais il a semblé non moins impossible de ne pas réparer du tout cette blessure et ses conséquences bien réelles. Les experts, et à leur suite les tribunaux, ont alors pris l'habitude d'allouer dans ces cas une indemnité plus ou moins globale et forfaitaire, pour réparer ce qu'il est maintenant convenu d'appeler "atteinte à l'intégrité physique". Tout se serait bien passé si, à un moment donné, on n'avait pas commencé à donner à cette indemnité le nom de "dommage moral pour atteinte à l'intégrité physique". Voilà que le mot fatidique de "dommage moral" était lâché. Et vous voyez tout de suite ce qui va se produire : à partir du moment où il est admis que la sécurité sociale ne peut pas exercer son recours sur un dommage moral, il va immédiatement être soutenu qu'elle ne peut donc pas non plus se faire attribuer cette indemnité puisqu'il s'agit d'un dommage moral pour atteinte à l'intégrité physique. C'est un exemple-type d'un problème en définitive assez simple, mais obscurci par une terminologie inadéquate, et par là même condamnable. Après des discussions assez longues, notre jurisprudence a rétabli les choses dans la clarté qu'elles n'auraient jamais dû quitter. Elle a décidé tout d'abord que ce n'était pas la dénomination de l'indemnité de droit commun qui était déterminante, mais la nature propre du dommage qu'elle était destinée à réparer. Elle a ajouté qu'un homme atteint dans son intégrité physique subissait un dommage tant dans sa vie professionnelle que dans sa vie privée : le dommage dans la vie professionnelle consiste dans les efforts accrus qu'il doit déployer pour accomplir le même travail qu'avant l'accident, tandis que le dommage dans la vie privée consiste dans la privation complète ou partielle de certains délassements et de certains agréments d'une vie normale. Elle en a conclu que l'indemnité totale et forfaitaire pour atteinte à l'intégrité physique réparait deux dommages, ou ce double aspect d'un dommage identique, qu'elle devait donc être scindée en une part matérielle- correspondant à l'atteinte portée à la vie professionnelle de la victime- et en une part morale- correspondant à l'atteinte portée à sa vie privée, et que la partie matérielle était du même genre ou de la même nature que les rentes de la sécurité sociale, et dès lors soumise au recours de cette dernière. (...) Mais alors il faut opérer une ventilation entre les deux parties de cette indemnité. (...) [Le juriste] dira que subdiviser le dommage pour atteinte à l'intégrité physique en une part matérielle et en une partie morale n'est en somme pas autre chose que de distinguer le dommage pour pretium doloris de la perte de salaire, du dommage vestimentaire, des dégâts à un véhicule; que d'une façon générale, ce n'est pas autre chose que de modeler l'indemnité sur le dommage réel et concret (...)" (*Combat à trois: l'auteur, la victime, la sécurité sociale*, Pasricrisie de 1964, p. 86 et s.).

Il est intéressant de relever qu'Yvonne Lambert-Faivre émet à l'encontre de l'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité physique telle qu'elle est pratiquée en France, préjudice qui, rappelons-le, a été classé par le législateur français parmi les préjudices patrimoniaux, des critiques similaires à celles relevées par le Conseil économique et social¹⁾ à l'encontre de la rente partielle versée par l'Association d'assurance contre les accidents. Ce parallélisme s'explique par le fait que d'après cet auteur, l'incohérence qui perdure aujourd'hui au niveau de la qualification de la nature de l'atteinte à l'intégrité physique s'explique par l'origine de la notion d'incapacité permanente partielle utilisée dans le cadre de l'indemnisation de ce préjudice, notion que le droit civil a reprise, faute de mieux, de la législation sur les accidents du travail: "(...) l'IPP devenait la référence abstraite d'une indemnisation globale du dommage corporel, incapacités physiologiques et pertes de ressources professionnelles induites. C'est ainsi qu'avant 1973, la pratique judiciaire en matière de règlement de dommage corporel était simplifiée par des condamnations globales "tous chefs de préjudices confondus" sur la base du taux d'incapacité établi: cette réparation globalisée faisait un amalgame de l'économique et du physiologique, des préjudices professionnels et des préjudices moraux, sanctifiés par les "pouvoirs souverains d'appréciation du juge du fond"²⁾.

Yvonne Lambert-Faivre plaide pour une séparation nette entre les préjudices économiques et non économiques. Elle estime ainsi qu'il convient d'indemniser, parmi les préjudices économiques, la perte de revenus professionnels, à évaluer *in concreto*, et, parmi les préjudices non économiques, le préjudice qu'elle qualifie de préjudice fonctionnel temporaire et permanent ou préjudice physiologique, à évaluer à l'aide du calcul au point, puisqu' "il existe une corrélation essentielle entre le taux de déficit fonctionnel séquellaire [I.P.P.] et le préjudice physiologique personnel, subi par toute victime, quelle qu'elle soit"³⁾.

Quant à Max Le Roy⁴⁾, il estime que l'aspect matériel de l'atteinte à l'intégrité physique se traduit par une perte économique qu'il s'agit d'évaluer concrètement et d'indemniser séparément, le recours au taux d'I.P.P. étant inadéquat pour estimer un préjudice de nature économique faute de corrélation entre gains professionnels et taux de l'incapacité physique.

Il utilise la notion de "*préjudice physiologique et d'agrément*" pour qualifier le préjudice découlant de l'atteinte à l'intégrité physique n'ayant pas d'incidence économique directe évaluable en argent (perte de revenu), préjudice né du fait

1) cf. ci-avant sous "Avantages et inconvénients du système d'indemnisation forfaitaire de l'assurance accident"

2) Y. Lambert-Faivre, "Droit du dommage corporel", Précis Dalloz, 5ème édition, nos 95 et suivants et no 117

3) op. cit., no 141

4) M. Le Roy, "L'évaluation du préjudice corporel", 17e édition, Editions du Juris-Classeur, p. 23 et s. et p. 49 et s.

que la victime devra fournir un effort accru dans l'ensemble de ses activités (professionnelles et privées). Il propose d'évaluer ce préjudice par la méthode de calcul au point, dont la valeur sera proportionnelle au taux d'incapacité permanente et inversement proportionnelle à l'âge de la victime. Si Max Le Roy utilise la notion de préjudice d'agrément dans le cadre de l'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité physique, pourquoi indemnise-t-on en droit commun séparément l'atteinte à l'intégrité physique et le préjudice d'agrément?

e. Le préjudice d'agrément

Il existe plusieurs définitions du préjudice d'agrément. La jurisprudence le définit, dans une conception plus restrictive, comme *"la privation de satisfactions d'ordre sportif, artistique, social et mondain"* ou encore, de manière plus large, comme *"la privation des agréments d'une vie normale"*.

"Après avoir retenu que, dans une conception large, le préjudice d'agrément est "corrélatif au déficit fonctionnel de la victime et traduit l'ensemble des troubles dans les conditions d'existence causé par le handicap dans les actes essentiels de la vie courante, dans les activités affectives et familiales, dans les activités de loisir et dans les activités professionnelles ou scolaires", et que, dans une conception plus restrictive, "le préjudice d'agrément ne concerne que les activités affectives et familiales, et les activités de loisir, sportives ou récréatives, tandis que les gênes et troubles affectant les conditions de travail et d'existence de la victime doivent être indemnisés au titre de l'IPP", le Tribunal d'arrondissement de Luxembourg a déclaré se rallier à la conception de la chambre criminelle de la Cour de cassation française, qui estime que "le préjudice d'agrément ne s'entend non seulement de l'impossibilité de se livrer à une activité ludique ou sportive, mais encore de la privation des agréments normaux de l'existence"¹⁾.

Le caractère autonome du préjudice d'agrément ne fait pas l'unanimité:

"La jurisprudence éprouve (...) des difficultés à positionner le préjudice d'agrément par rapport à d'autres dommages. Deux courants s'opposent:

- *selon un premier, le préjudice d'agrément ne constitue qu'un aspect de la gêne constante dans la pratique de la vie courante et doit être indemnisé au titre de l'IPP dont il constitue l'aspect moral. (...)*
- *selon d'autres décisions, majoritaires, le préjudice d'agrément a une existence autonome par rapport à l'incapacité de travail, au préjudice de souffrance physique, au préjudice sexuel et au préjudice esthétique (...)"²⁾*

1) cf. G. Ravarani, op. cit., no 1059

2) cf. G. Ravarani, op. cit., no 1060

La commission Bellet, instituée en France au début des années quatre-vingt en vue d'une réforme du droit de la responsabilité civile en matière d'accidents de la circulation routière, a retenu qu'"à partir du moment où l'on indemnise le préjudice physiologique séparément du préjudice économique, la notion de préjudice d'agrément n'a, le plus souvent, aucune raison d'être et doit disparaître pour être réintégrée dans l'indemnité due au titre de l'IPP physiologique".¹⁾

G. Ravarni cite P. Lucas, qui estime que "postuler pour la même victime, outre une invalidité permanente, un préjudice d'agrément conçu comme une atteinte à la qualité de l'existence, c'est réclamer deux fois le même dommage sauf si l'on précise que l'on vide la notion d'invalidité permanente d'une part importante de son contenu naturel" pour relever ensuite qu'"en droit luxembourgeois, la jurisprudence opère en général soigneusement la différence entre le préjudice d'agrément considéré comme le préjudice subi par la privation des agréments de la vie des loisirs, tandis que l'aspect moral de l'atteinte à l'intégrité physique représente le handicap ressenti par la victime dans ses occupations quotidiennes en dehors de sa vie de loisirs. Faut-il y voir une position inconséquente? Il ne paraît pas, en tout cas, qu'on arrive à une double indemnisation du même préjudice".²⁾

Rappelons ici que Max Le Roy propose d'utiliser la notion de "préjudice physiologique et d'agrément" pour qualifier le préjudice découlant de l'atteinte à l'intégrité physique n'ayant pas d'incidence économique directe évaluable en argent (perte de revenu).

Yvonne Lambert-Faivre rejoint l'opinion de P. Lucas citée ci-avant en écrivant à propos de la définition du préjudice d'agrément par l'assemblée plénière de la Cour de cassation française dans un arrêt controversé du 19 décembre 2003: "la haute juridiction est bien ambiguë; elle reconnaît que "le préjudice d'agrément est le préjudice subjectif de caractère personnel résultant des troubles ressentis dans les conditions d'existence" et ce préjudice-là est clairement exclu du recours des tiers payeurs; dans cette définition large dûment avalisée, il pourra et devra être très largement indemnisé. Quant au déficit fonctionnel qui en est la source objective, il en est artificiellement séparé, et on peut estimer que, relégué [en France] avec les préjudices économiques objectifs, il risque d'en devenir l'ombre inconsistante... soumise au recours des tiers payeurs...".³⁾

1) cf. Max Le Roy, op. cit., note de bas de page p.33 et no 135

2) "Vers une harmonisation européenne de l'évaluation du dommage", p.87, Actes du colloque organisé par la Conférence libre du Jeune Barreau de Liège le 16 septembre 2004, éd. du Jeune Barreau de Liège, cité in G. Ravarni, op. cit., note de bas de page p.812

3) op.cit., no 142

f. Le préjudice juvénile

La jurisprudence luxembourgeoise définit le préjudice juvénile, que l'on rencontre rarement en pratique, comme le préjudice d'un être jeune qui voit son espérance de vie diminuée (Lux., 25 janvier 1994, n°150/94, qui a retenu que le préjudice juvénile n'a pas d'existence autonome, mais se confond avec le préjudice indemnisé à titre de préjudice d'agrément).

Certaines décisions estiment que le préjudice juvénile est à indemniser séparément, d'autres qu'il est à indemniser dans le cadre du préjudice d'agrément.

Yvonne Lambert-Faivre écrit au sujet du préjudice juvénile que "*dans le saucissonnage des préjudices personnels, le préjudice juvénile est parfois invoqué pour réparer les frustrations et privations d'un enfant qui ne peut participer aux jeux et à la joie de vivre de son âge. Cet avatar du préjudice fonctionnel d'agrément, dans le giron duquel le préjudice juvénile devrait rester, n'est en fait qu'une très médiocre compensation pour pallier le curieux déséquilibre que l'on constate entre les jeunes et les personnes âgées dans l'évaluation statistique du point d'IPP... au détriment assez scandaleux des jeunes*"¹⁾.

Elle relève que ces dernières années, le préjudice juvénile a cédé la place en France au préjudice d'établissement, spécifique de la situation des jeunes victimes gravement handicapées qui de ce fait perdent l'espoir de pouvoir fonder une famille, préjudice que la jurisprudence luxembourgeoise indemnise cependant depuis quelque temps dans le cadre du préjudice sexuel.

3.3. Avantages et inconvénients du système d'indemnisation intégrale du droit commun

Le système d'indemnisation intégrale a l'avantage qu'on y tente d'indemniser dans la mesure du possible tous les préjudices subis tout en évitant que l'indemnisation de la victime n'aille au-delà d'une simple réparation. Il s'agit d'un système souple qui permet d'adapter la réparation à chaque situation particulière.

Comme les cours et tribunaux ne peuvent en principe pas se référer expressément à des barèmes ou à des règles préétablies en raison du principe de l'évaluation du préjudice *in concreto*²⁾, le système a cependant le désavantage que faute de règles préétablies, les victimes ne peuvent souvent

1) *op.cit.*, no 145

2) *Le recours à divers barèmes est en pratique cependant fréquent, les experts judiciaires ayant par exemple recours à des tables publiées en France pour déterminer la valeur du point d'incapacité utilisé dans le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique.*

pas apprécier la justesse des montants indemnitaires qui leur sont alloués, appréciation qui est d'autant plus difficile que pour un dommage similaire, les indemnités proposées varieront d'un expert ou d'un juge à l'autre.

La distinction artificielle entre des préjudices qui pourraient somme toute faire l'objet d'une évaluation unique et une jurisprudence fluctuante ont par ailleurs compliqué une matière dans laquelle on aurait souhaité davantage de transparence et une plus grande unité.

Si au vu des développements qui précèdent un rapprochement entre les deux systèmes est souhaitable pour des raisons de transparence et d'équité, ces mêmes raisons s'opposent néanmoins de toute évidence à une assimilation des deux systèmes.

4. UN RAPPROCHEMENT DE LA RÉPARATION FORFAITAIRE EN MATIÈRE D'ASSURANCE ACCIDENT AVEC LA RÉPARATION INTÉGRALE EN DROIT COMMUN EST-IL SOUHAITABLE DANS LE CADRE D'UNE RÉFORME DE L'ASSURANCE ACCIDENT?

Comme nous l'avons déjà relevé dans notre introduction, la question de l'opportunité d'un rapprochement entre la réparation forfaitaire de l'assurance accident et la réparation intégrale du droit commun se pose avant tout au niveau d'un rapprochement dans la manière d'indemniser les préjudices que répare actuellement la rente viagère partielle de l'assurance accident et, en droit commun, les indemnités que nous avons vues ci-avant. Elle se pose encore en ce qui concerne la prise en charge du dégât matériel proprement dit, l'assurance accident ne l'indemnisant qu'à hauteur de 2,5 fois le salaire social minimum, alors qu'en droit commun il est indemnisé intégralement. Elle ne se pose pas en ce qui concerne les frais de traitement médical au sens large et les frais liés au besoin d'aide d'une tierce personne, qui sont en principe entièrement couverts, que ce soit par l'assurance accident ou en droit commun.

La perte de revenu totale l'est également de part et d'autre lorsque l'incapacité de travail consécutive à l'accident est totale. Quant à la perte de revenu partielle, on considère que la rente accident a actuellement du moins en partie pour objet de l'indemniser, alors que le droit commun l'indemnise uniquement lorsque la relation causale entre la perte de revenu et l'accident est clairement établie. Notons que dans le cadre des deux systèmes d'indemnisation, la victime que l'on considère comme capable de travailler, mais qui de fait ne parvient plus à retrouver du travail pour ne plus être compétitive sur le marché du travail à la suite d'un accident, ne verra pas toujours son préjudice économique indemnisé à sa juste valeur.

Le Conseil économique et social propose dans son avis du 2 octobre 2001 que l'assurance accident indemnise la perte de revenu professionnel effective de l'assuré par l'allocation d'une rente et le préjudice moral consécutif à l'atteinte à l'intégrité physique par le versement d'une indemnité en capital globale qui indemniserait l'ensemble des préjudices reconnus en droit commun¹⁾, ceci afin d'instaurer un modèle d'indemnisation plus équitable du préjudice subi suite à un accident du travail.

Au vu des objectifs traditionnels de la sécurité sociale, qui visent à permettre l'accès aux soins et à garantir la sécurité des revenus en cas d'accident ou d'invalidité, de vieillesse ou de décès, on peut se demander si dans le cadre d'une réforme de l'assurance accident, il ne serait pas suffisant de maintenir les prestations en nature actuelles et, en ce qui concerne les prestations en espèces, de changer les conditions et modalités d'attribution et de calcul de la rente accident, ceci afin que celle-ci n'indemnise à l'avenir qu'une perte de revenu réelle.

Une telle approche restrictive permettrait certes de réduire les coûts de l'assurance accident, puisqu'environ 75 % des accidents ne laissent que des séquelles définitives inférieures à un taux d'IPP de 10 %, taux qui n'induit qu'exceptionnellement une perte de revenu, et que la tertiarisation de l'économie fait que même des taux d'IPP plus élevés n'induisent plus autant de pertes de revenu que naguère, où la perte de revenu professionnel était davantage proportionnelle au taux d'incapacité fonctionnelle.

Cependant, si les séquelles physiques résultant d'accidents du travail ne causent dans la plupart des cas plus de perte de revenu, elles ont cependant souvent un impact négatif réel sur ceux qui en souffrent qu'il convient, à notre avis, d'indemniser, non seulement pour des raisons d'équité, mais également pour éviter une remise en cause des fondements mêmes de l'assurance accident. En effet, il faut admettre au vu de l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 28 mai 2004 rendu dans l'affaire Lopes Ferreira et Moreira Salta c/ Kronospan Sanem Ltd et Cie, AAA et Jean Lamesch-Exploitation s.a.²⁾ qu'en cas d'une réforme de l'assurance accident qui ne prévoirait pas l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux subis par les assurés à la suite d'un accident du travail, ceux-ci seraient amenés à tenter des actions judiciaires contre les employeurs pour que ces derniers indemnisent également les préjudices non pris en charge par l'Association d'assurance contre les accidents, ce qui fragiliserait de toute évidence la paix sociale.

1) à savoir l'atteinte à l'intégrité physique, la souffrance physique, le préjudice esthétique, le préjudice sexuel, le préjudice d'agrément et le préjudice juvénile.

2) Pour les références de l'affaire, cf. plus haut

A l'instar de ce que propose le Conseil économique et social, nous estimons donc qu'il est souhaitable de prévoir dans le cadre de la réforme de l'assurance accident d'indemniser par des prestations distinctes la perte de revenu effective subie par l'assuré par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle et les préjudices extrapatrimoniaux pouvant découler de l'atteinte corporelle subie.

Si le principe d'une indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux par l'assurance accident nous semble juste, nous estimons cependant que ni la solution préconisée par le Conseil économique et social, ni la manière dont le droit commun indemnise ces préjudices ne devrait être reprises telles quelles dans les nouvelles dispositions régissant l'assurance accident.

Le Conseil économique et social propose en effet que l'assurance accident indemnise le préjudice moral consécutif à l'atteinte à l'intégrité physique par le versement d'une indemnité en capital globale qui indemniserait l'ensemble des préjudices reconnus en droit commun, indemnité qu'il propose de calculer en multipliant trois facteurs dont le taux d'incapacité partielle permanente.

Compte tenu cependant du fait qu'il n'existe aucune corrélation entre le taux d'incapacité partielle permanente et le préjudice esthétique et qu'il n'existe pas de corrélation systématique entre ce même taux et la souffrance physique endurée, ces préjudices, indemnisés séparément en droit commun, ne sauraient être évalués globalement ensemble avec l'atteinte à l'intégrité physique avec la méthode de calcul proposée par le Conseil économique et social.

A l'instar de la pratique en droit commun, une évaluation séparée des divers préjudices extrapatrimoniaux nous paraît souhaitable afin d'en assurer une indemnisation adéquate.

Nous estimons cependant au vu de nos développements dans le cadre de l'analyse de la réparation du dommage telle que pratiquée en droit commun, qu'il n'y a pas lieu de suivre la jurisprudence luxembourgeoise en ce qu'elle indemnise séparément le préjudice d'agrément et l'atteinte à l'intégrité physique. La distinction qu'elle opère entre l'indemnisation de l'impact des séquelles d'un accident sur les loisirs et leur impact sur toutes les autres activités de la vie courante paraît en effet artificielle et partant injustifiée.

Etant donné par ailleurs que la jurisprudence est divisée quant à la question de savoir si le préjudice juvénile est à indemniser séparément ou dans le cadre du préjudice d'agrément et qu'une indemnisation séparée de ce préjudice aboutit, à notre sens, pour reprendre l'expression d'Y. Lambert-Faivre, à un "*saucissonnage*" inutile des préjudices personnels qui ne fait que semer la confusion, nous estimons que le préjudice juvénile pourra également être indemnisé par le montant alloué par l'assurance accident pour l'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité physique sans devoir prévoir une prestation séparée.

L'assurance accident indemniserait ainsi les mêmes préjudices extrapatrimoniaux que le droit commun; seulement elle ne verserait que trois indemnités là où le droit commun en verse cinq.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique de l'assurance accident, à évaluer à l'aide du calcul au point, indemniserait ainsi le fait que la victime doit fournir un effort accru dans l'ensemble de ses activités professionnelles et privées en raison de l'atteinte corporelle subie et réparerait la diminution des plaisirs de la vie causée notamment par la difficulté, voire l'impossibilité de se livrer à certaines activités, de loisir ou autres. Cette indemnité réparerait également la perte de valeur de la victime sur le marché du travail. Comme proposé par le Conseil économique et social, il conviendrait de pondérer les taux d'IPP de façon à ce que les forfaits alloués augmentent plus que proportionnellement au taux alloué, ceci afin d'indemniser équitablement les conséquences multiples et souvent lourdes résultant d'un taux d'IPP élevé.

Quant au préjudice sexuel, s'il est concevable qu'il soit indemnisé séparément par l'assurance accident, il pourrait à notre sens également être indemnisé dans le cadre de l'atteinte à l'intégrité physique. Il appartiendrait au Contrôle médical de la sécurité sociale de tenir compte de ce préjudice spécifique lors de la fixation du taux d'incapacité partielle permanente.

Un rapprochement des deux systèmes est encore souhaitable en ce qui concerne l'indemnisation des survivants. L'Association d'assurance contre les accidents devrait indemniser le dommage moral des survivants par l'allocation d'un forfait et élargir le cercle des bénéficiaires de cette prestation par rapport aux ayants droit actuels de l'assuré, solution qui devrait permettre d'indemniser des personnes qui jusqu'ici n'étaient pas visées par l'assurance accident et qui, depuis l'arrêt précité de la Cour constitutionnelle du 28 mai 2004, sont susceptibles d'intenter une action judiciaire fondée sur le droit commun contre l'ancien employeur du défunt afin de se voir indemnisées.

Le rapprochement des deux systèmes est enfin souhaitable du point de vue du recours de l'Association d'assurance contre les accidents contre les tiers responsables. En effet, lorsque les assurés ou leurs ayants droit peuvent réclamer la réparation de leur dommage à un tiers responsable, l'assurance accident dispose d'un droit de recours légal contre ce tiers responsable. Les droits nés dans le chef de la victime passent à l'assurance accident par voie de cession légale pour autant qu'ils concernent des éléments de préjudice couverts par l'assurance accident, ce qui implique que les droits de celle-ci ne peuvent jamais dépasser ceux de la victime. L'assiette du recours est donc constituée par les différentes indemnités allouées en droit commun à l'assuré, à condition qu'elles concernent des préjudices également pris en charge par l'assurance accident.

Si le principe de la spécialité du recours, qui veut que le recours des organismes de la sécurité sociale porte sur un dommage du même genre, semble a priori simple, nous avons vu que son application a cependant posé

des problèmes en pratique au niveau de l'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité physique.

Comme relevé par le Conseil économique et social, l'introduction de prestations distinctes indemnisant les dommages patrimoniaux et les préjudices extrapatrimoniaux faciliterait la détermination de l'assiette en droit commun sur laquelle l'assurance accident pourrait exercer son recours et devrait mettre fin tant aux incertitudes jurisprudentielles qu'à l'application de solutions artificielles.

Il importe de souligner ici que ce qui compte, c'est de savoir quelles sont les différentes espèces de préjudices qu'indemnise une prestation, peu importe finalement la dénomination de la prestation ou encore le caractère du dommage indemnisé, matériel ou moral¹⁾. Afin d'éviter toute nouvelle confusion, il serait judicieux de qualifier l'indemnité de l'assurance accident qui indemniserait les préjudices qualifiés en droit commun d'atteinte à l'intégrité physique, de préjudice d'agrément et de préjudice juvénile d'"indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément", notion utilisée par Max Le Roy. Le terme d'"indemnité pour souffrances endurées" est également préférable à celui de "dommage moral" employé en droit commun et qui sème la confusion dans la mesure où la notion de dommage moral est aussi utilisée dans un sens plus large par opposition au dommage dit patrimonial.

Un rapprochement entre les deux systèmes n'est pas opportun en ce que l'Association d'assurance accident en tant qu'organisme de sécurité sociale ne saurait procéder à une évaluation empirique des préjudices à indemniser pour des raisons évidentes de transparence et de faisabilité.

Si en droit commun les juridictions ne peuvent pas se référer expressément à des barèmes ou à des règles préétablies en raison du principe de l'évaluation du préjudice in concreto, le traitement égalitaire des assurés en matière d'assurance accident exige la garantie d'une même indemnisation en cas de dommage identique. Il convient partant de prévoir que l'Association d'assurance contre les accidents ait recours pour la réparation des souffrances endurées ou du préjudice esthétique à des forfaits déterminés par règlement grand-ducal sur base d'échelles tenant compte de la gravité des préjudices subis. La détermination d'un barème médical officiel pour la fixation du taux d'IPP en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que la fixation des valeurs du point d'incapacité par règlement grand-ducal devraient permettre d'éviter à l'avenir les différences entre les valeurs attribuées au point et surtout, les écarts parfois considérables que l'on constate dans la fixation du taux d'IPP par les

1) *Quant aux difficultés d'harmonisation en ce qui concerne la classification en dommages matériels et en dommages moraux, cf. l'exposé des motifs de la Résolution (75-7) du 14 mars 1975 du Conseil de l'Europe relative à la réparation des dommages en cas de lésions corporelles et de décès, résolution ayant énoncé un certain nombre de principes dans le but d'unifier les règles existantes en matière d'indemnisation des dommages corporels.*

différents médecins amenés à se prononcer dans la pratique sur les séquelles subies par une même victime, écarts qui s'expliquent du moins en partie par la diversité des barèmes utilisés tant en matière d'accidents du travail qu'en matière d'accidents de droit commun.

Pour des raisons inhérentes aux contraintes administratives, l'Association d'assurance contre les accidents, qui reçoit plus de 30.000 déclarations d'accidents par an¹⁾, ne saurait procéder à une évaluation in concreto et à une indemnisation intégrale de chaque préjudice, même du plus minime. Faute de moyens et de temps, il faudrait introduire des seuils minima au niveau des préjudices extrapatrimoniaux et des pertes de revenu à indemniser par l'assurance accident, seuils qui se justifieraient par ailleurs compte tenu du fait que l'indemnisation de l'assurance accident garderait un caractère forfaitaire et incomplet, corollaire d'une indemnisation quasi automatique et généralisée des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. De tels seuils sont ainsi prévus dans le projet de réforme de l'assurance accident.

5. LE PROJET DE RÉFORME DE L'ASSURANCE ACCIDENT

Une réforme de l'assurance accident s'impose depuis longtemps. Le projet de réforme déposé à la Chambre des députés au mois de juillet 2008 a pour objet de rendre le système d'indemnisation de l'assurance accident plus juste eu égard au contexte économique et social dans lequel il s'inscrit. Afin de tenir compte du fait que la perte de revenu professionnel n'est depuis longtemps plus proportionnelle au taux d'incapacité fonctionnelle, la perte de revenu sera, si le projet est voté, évaluée et indemnisée séparément des autres préjudices résultant du dommage corporel, innovation majeure du projet. La rente accident telle que prévue n'indemniserait plus que la perte de revenu effective subie par l'assuré du fait de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

1) Sur 34.748 accidents déclarés en 2008 (y compris les accidents de trajets et les maladies professionnelles), l'Association d'assurance contre les accidents en a indemnisé 27.710. 30.838 accidents ont en moyenne été annuellement pris en charge par l'Association d'assurance contre les accidents pendant la décennie 1999-2008 (source: www.aaa.lu sub "statistiques").

En ce qui concerne l'indemnisation des salariés, le Conseil économique et social proposa de distinguer deux cas de figure:

- en cas d'IPP inférieure à 10 %, ce qui est le cas pour environ 75 % des accidents laissant des séquelles définitives, "*d'indemniser la perte de revenu sur base de l'IPP médicale d'après les mécanismes actuellement en vigueur sans que la rente en résultant ne puisse dépasser la perte de revenu due à l'accident*" tout en permettant à la victime de bénéficier d'une rente supérieure, si elle parvient à établir que la perte de revenu résultant de l'accident n'est pas entièrement indemnisée par la rente allouée sur base du taux d'IPP. Ainsi, un assuré justifiant d'une IPP de 5 %, mais d'une perte effective de salaire de 10 %, ne se verrait accorder normalement qu'une rente accident de 5 % par application d'une présomption simple pouvant être renversée. Or l'assuré ne se verrait verser cette rente de 5 % qu'à condition d'avoir subi une perte de revenu d'au moins 5 %, de sorte qu'il lui appartiendrait, en tout état de cause, en introduisant une demande de rente, d'établir l'existence d'une perte de revenu;
- en cas d'IPP égale ou supérieure à 10 %, la perte de revenu due à l'accident serait appréciée in concreto.

En pratique, le système proposé n'éviterait pas à l'administration confrontée à une demande de rente de devoir vérifier concrètement quelle perte de revenu l'assuré aura subie, puisque la rente allouée ne devrait pas en dépasser le montant. Compte tenu du fait que des IPP inférieures à 10 % n'entraînent guère de pertes de revenu, la présomption de relation causale proposée aboutirait par ailleurs à indemniser des pertes de revenu qui n'auraient pas forcément un lien avec l'accident.

En ce qui concerne l'indemnisation des non-salariés, le Conseil économique et social proposa d'instaurer une présomption simple suivant laquelle l'assuré frappé d'une IPP inférieure à 20 % ne subit pas de perte de revenu. En cas d'IPP supérieure ou égale à 20 %, il serait présumé subir une perte de revenu professionnelle proportionnelle au taux d'IPP retenu.

Si ce système a l'avantage d'être facilement gérable sur le plan administratif, force est de constater qu'il repose à nouveau sur la fausse corrélation taux d'IPP-perte de revenu pourtant condamnée par le Conseil économique et social.

Le Conseil économique et social estima qu'une appréciation concrète de la perte de revenu sans critère médical risquerait d'être au moins aussi aléatoire que le système actuel d'indemnisation forfaitaire de l'assurance accident. Il convient de relever qu'en droit commun, les taux d'incapacités temporaire et permanente ne sont pas utilisés pour le calcul de la perte de revenu proprement dit, mais sont considérés pour apprécier si la perte de revenu est en relation causale avec l'accident ou non. Le critère médical joue par ailleurs un rôle prépondérant dans la procédure de reclassement introduite par la loi

du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle.

A la place du système fondé sur des présomptions tel que préconisé par le Conseil économique et social, il a par conséquent été proposé d'introduire dans l'appréciation de la perte de revenu à indemniser un critère médical et des seuils minima tant au niveau de l'IPP que de la perte de revenu.

Afin de permettre une appréciation concrète et plus juste de la perte de salaire par une gestion administrative efficace des dossiers, il est proposé d'indemniser la perte de salaire lorsque l'assuré présente un taux d'IPP minimal de 10 %. Le seuil retenu permettra d'exclure d'emblée les cas peu sérieux, sans impact réel sur le revenu, pour permettre à l'administration de traiter correctement les autres cas. Le seuil de 10 %- retenu également dans le système proposé par le Conseil économique et social- permettra à l'Association d'assurance accident¹⁾ d'utiliser, à l'instar du droit commun, la méthode de l'appréciation concrète de la perte de revenu et ce, malgré les contraintes liées au nombre important de demandes de rente à traiter chaque année.

Si le seuil d'IPP minimal prédit est atteint, le projet prévoit, comme en droit commun, de déterminer l'existence d'une perte de revenu dans le chef de l'assuré par comparaison des revenus qu'il a gagnés pendant des périodes de référence fixées avant et après l'accident.

Afin d'éviter d'indemniser au titre d'un accident ou d'une maladie professionnelle une perte de revenu imputable en réalité à d'autres facteurs, il est proposé de n'indemniser la perte de revenu qu'à condition qu'elle atteigne un certain seuil et que, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, ou du médecin du travail pour les cas relevant de la procédure de reclassement prévue par la loi, ce soient bien les séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle et non d'autres facteurs qui génèrent la perte invoquée, dans la mesure où elles ne permettent plus à l'assuré de travailler comme avant.

L'avis du Conseil économique et social est intervenu avant l'adoption de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle. Cette loi a introduit des mesures qu'il convient de considérer dans la réforme.

La loi du 25 juillet 2002 prévoit une procédure de reclassement pour les travailleurs qui présentent une incapacité d'exercer leur dernier poste de travail sans être invalides pour autant.

La loi, qui s'applique principalement aux travailleurs sous contrat de travail et ne vise donc pas les travailleurs indépendants, prévoit que le salarié faisant l'objet d'une mesure de reclassement interne suite à un changement de ses

1) *Le projet prévoit de changer la dénomination de l'Association d'assurance contre les accidents en "Association d'assurance accident".*

aptitudes physiques et psychiques (obligation de changer de poste ou d'adopter un autre régime de travail tout en restant chez le même employeur) et qui subit de ce fait une perte de revenu, se voit allouer une indemnité compensatoire représentant la différence entre l'ancienne rémunération et la nouvelle rémunération, indemnité versée par la Fonds pour l'emploi et soumise aux charges sociales et fiscales.

Lorsque le reclassement interne est impossible, le travailleur qui présente une incapacité d'exercer son dernier poste de travail, mais non invalide, fait l'objet d'une mesure de reclassement externe. Il est inscrit d'office comme demandeur d'emploi auprès de l'Administration de l'emploi. Le travailleur touche l'indemnité de chômage jusqu'à ce qu'il retrouve du travail et, à la reprise d'un travail, se voit verser, le cas échéant, une indemnité compensatoire représentant la différence entre l'ancienne et la nouvelle rémunération. Si au terme de la durée légale de paiement de l'indemnité de chômage le travailleur n'a pas pu être reclassé sur le marché du travail, il bénéficie d'une indemnité d'attente dont le montant correspond à la pension d'invalidité à laquelle il aurait eu droit. La loi prévoit que l'indemnité d'attente est à charge de l'organisme d'assurance pension compétent.

L'indemnité compensatoire répare partant la perte de revenu subie du fait qu'un salarié a dû changer de travail ou de régime de travail suite à une diminution de ses capacités.

L'indemnité de chômage et l'indemnité d'attente réparent par ailleurs la perte de revenu subie du fait qu'un salarié a perdu son travail et qu'il ne retrouve pas immédiatement un nouvel emploi suite à une diminution de ses capacités.

La législation actuelle autorise donc un cumul injustifié de l'indemnité compensatoire, de l'indemnité de chômage ou de l'indemnité d'attente avec la rente accident qui a actuellement, du moins en partie, pour objet d'indemniser une perte de salaire. Il faudrait donc articuler la nouvelle législation de l'assurance accident avec la législation existante.

Voilà pourquoi le projet prévoit que, si un assuré présente une incapacité de travail pour exercer son dernier poste de travail ou pour maintenir son dernier régime de travail et bénéficie de ce chef d'un reclassement interne ou externe conformément aux articles L.551-1 et suivants du Code du travail (qui reprennent les dispositions de la loi du 25 juillet 2002), la rente partielle versée par l'Association d'assurance accident remplacera l'indemnité compensatoire prévue par la loi, à condition que, de l'avis du médecin du travail saisi conformément à la procédure prévue par le Code du travail, cette incapacité soit principalement imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Il convient de préciser que le Code du travail prévoit que la procédure de reclassement est initiée par le Contrôle médical de la sécurité sociale, qui saisit, en accord avec le salarié concerné, la commission mixte prévue par la

loi lorsqu'il estime que le salarié est susceptible de présenter une incapacité d'exercer son dernier poste de travail. La commission mixte saisit à son tour le médecin du travail compétent et, si ce dernier estime que le salarié est incapable d'exercer son dernier poste de travail, décide du reclassement interne ou externe de l'intéressé.

Il est cohérent d'aligner la procédure d'indemnisation de l'assurance accident sur la procédure existante et, dans les cas où celle-ci n'est pas applicable et où il n'existe pas de médecin du travail, de prévoir un mécanisme similaire d'appréciation par le Contrôle médical de la sécurité sociale de la capacité de travail restante des assurés.

En cas d'adoption du projet, l'Association d'assurance accident indemniserait donc à l'avenir mieux les blessés graves qui, bien que non admis au bénéfice de la rente d'invalidité, ne parviennent pas à se reclasser sur le marché du travail¹⁾.

Le projet prévoit encore que si un assuré présente une incapacité de travail pour exercer son dernier poste de travail ou pour maintenir son dernier régime de travail, imputable principalement à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, et s'il bénéficie de ce chef d'un reclassement externe conformément aux dispositions du Code du travail, l'Association d'assurance accident lui versera, à la place de l'indemnité de chômage ou de l'indemnité d'attente prévues par le Code du travail, une rente d'attente équivalant à quatre-vingt-cinq pour cent de la rente complète.

Le projet prévoit enfin que si après la consolidation l'assuré est atteint par suite de l'accident ou de la maladie professionnelle d'une incapacité totale ou partielle permanente, il a droit à l'indemnisation des douleurs physiques endurées jusqu'à la consolidation, du préjudice esthétique et du préjudice physiologique et d'agrément, la prestation versée au titre du préjudice physiologique et d'agrément couvrant ce que le droit commun indemnise au titre de l'atteinte à l'intégrité physique, du préjudice d'agrément et du préjudice juvénile. Ces préjudices seront indemnisés par l'allocation de forfaits fixés par le Contrôle médical de la sécurité sociale à l'aide de barèmes officiels compte tenu de la gravité des préjudices subis.

1) *Notons que l'article 42 du Code européen révisé de la sécurité sociale dispose que les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles doivent prévoir "des services de rééducation professionnelle qui préparent l'invalidé, dans tous les cas où cela est possible, à reprendre son activité antérieure ou, si ce n'est pas possible, à exercer une autre activité lucrative qui convienne mieux à ses aptitudes et capacités" et à "prendre des mesures tendant à faciliter le placement des invalides dans un emploi approprié".*

6. CONCLUSION

Nous verrons au cours des prochains mois si le projet de réforme permettra une révision globale du livre deux (assurance accident) du Code de la sécurité sociale dans le sens décrit ci-avant. Si tel devait être le cas, un bilan de la réforme à dresser après quelques années devrait nous permettre de voir si le rapprochement opéré entre le système d'indemnisation forfaitaire de l'assurance accident et le système de réparation intégrale en droit commun aura été une bonne chose ou non.

Si d'autres projets de réforme européens ne semblent plus poursuivis pour des raisons financières, il convient de relever que le but de la réforme est de permettre avant tout de moderniser l'assurance accident et de permettre une indemnisation plus juste de l'assuré. Les premières estimations du coût de la réforme, qui ont été faites par l'Inspection générale de la sécurité sociale, montrent que les changements projetés n'auront, au moins à moyen terme, que peu d'influence sur les dépenses annuelles de l'assurance accident. La diminution éventuelle du coût total de l'assurance accident ne pourra provenir que de la réduction du nombre des accidents du travail grâce non seulement à la tertiarisation de notre économie, mais aussi à la prévention des accidents que le projet de réforme entend renforcer. En effet, quel que soit le système d'indemnisation choisi et quelque performant qu'il soit, il ne parviendra jamais à rendre à l'assuré son capital santé.

**LA DIFFICILE RECONNAISSANCE
DE L'AIDANT DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE
LUXEMBOURGEOISE**

Nicole KERSCHEN

*Chercheur CNRS
IRERP UMR CNRS N°7029 - Université Paris X*

A l'origine de cet article, il y a eu une commande de l'Institut de sécurité sociale "Juan Luis Vives" de l'Université Carlos III de Madrid (Espagne), qui préparait un ouvrage collectif sur l'aidant dans les différents systèmes de prise en charge de la dépendance en Europe. Presque dix ans après la création de l'assurance dépendance luxembourgeoise, à laquelle j'avais activement participé comme conseiller du Ministre de la sécurité sociale de l'époque (1989 - 1999), je me suis replongée dans ce que je considère comme "le modèle luxembourgeois du maintien à domicile des personnes dépendantes". Mes recherches ont été pleines de surprises et m'ont décidée à faire état de ma réflexion dans un article, que le Bulletin luxembourgeois des questions sociales a accepté de publier.

La reconnaissance de l'aidant¹⁾ a été une des pièces maîtresses de la réforme, qui a abouti en 1998 à la création d'une assurance dépendance au Luxembourg²⁾. Le Gouvernement luxembourgeois entendait privilégier le maintien à domicile et garantir, dans ce cadre, une certaine autonomie à la personne dépendante dans l'organisation des aides et des soins. Il s'agissait de donner une place à l'aidant dans la prise en charge de la dépendance et de combiner son activité avec l'intervention de services professionnels. Cette vision réaliste et pragmatique du maintien à domicile a soulevé de nombreuses questions au moment de la réforme. Les débats autour de la figure de l'aidant ont abouti à un modèle du maintien à domicile, qui s'est révélé fragile lors de la mise en œuvre de la réforme. En 2005, le Gouvernement luxembourgeois a opéré des ajustements, qui remettent en cause, au moins partiellement, la reconnaissance de l'aidant telle qu'elle avait été opérée en 1998³⁾.

Notre article a pour objectif de retracer cette brève histoire. Nous allons procéder en deux étapes. Dans un premier temps, nous allons exposer, en détails, le modèle du maintien à domicile tel qu'il a été retenu en 1998. Nous allons ensuite analyser les transformations, qui sont intervenues en 2005 et proposer une réflexion sur les enjeux que représente l'aidant dans le système luxembourgeois de prise en charge de la dépendance. Nous voudrions ainsi relancer un débat autour des aidants et plus largement autour de l'autonomie des personnes dépendantes dans l'organisation des aides et des soins à domicile.

-
- 1) *Nous avons choisi de parler d'aidant plutôt que d'aidant informel parce que, à l'origine, l'assurance dépendance luxembourgeoise a pris en compte "la personne, qui assure des aides et des soins à la personne dépendante à domicile en-dehors d'un réseau d'aides et de soins", expression englobant des personnes autres que l'aidant informel.*
 - 2) *Loi du 19 juin 1998 portant introduction de l'assurance dépendance, Mémorial A 1998 N°48 du 29 juin 1998 p. 710. Doc. Parl. 4216. Voir <http://www.legilux.public.lu>. Cette loi est entrée en vigueur au 1er janvier 1999.*
 - 3) *Loi du 23 décembre 2005 modifiant 1. différentes dispositions du Code des Assurances Sociales en matière d'assurance dépendance ..., Mémorial A 2005 N°215 du 28 décembre 2005 p. 3370. Doc. Parl. 5416. Voir <http://www.legilux.public.lu>. Ces modifications sont entrées en vigueur, pour partie au 1er janvier 2006 et pour partie au 1er janvier 2007.*

1. LE MODÈLE LUXEMBOURGEOIS DU MAINTIEN À DOMICILE, TEL QU'IL A ÉTÉ CRÉÉ EN 1998

Avant la réforme de 1998, le maintien à domicile reposait presque exclusivement sur les familles. Les services d'aides à domicile étaient peu développés, disposaient de peu de moyens et ne pouvaient prendre en charge qu'un petit nombre de personnes dépendantes (et les moins dépendantes). Une aide financière pouvait être versée à l'aidant au sein de la famille. Cette aide, appelée "allocation de soins", était une prestation en espèces uniforme sans lien avec le degré de dépendance et les besoins réels de la personne dépendante. Son montant était équivalent à 350 Euros par mois. Il s'agissait en fait d'une "mesure compensatrice pour le délai d'attente imposée aux requérants d'une admission dans une maison de soins"¹⁾. Cette allocation était versée directement à l'aidant. A l'époque, on considérait l'hébergement en établissement comme l'unique réponse au défi de la dépendance.

La création de l'assurance dépendance en 1998 a eu pour objectif non seulement de couvrir financièrement le risque "dépendance", mais également, et peut-être surtout, de restructurer le système de prise en charge des personnes dépendantes. La priorité absolue devait être donnée au maintien à domicile pour tenir compte de l'évolution des mentalités²⁾ et pour offrir un véritable choix entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement aux personnes dépendantes.

Pour donner une colonne vertébrale à ce projet ambitieux, des principes directeurs ont été établis. Mais l'originalité du modèle luxembourgeois du maintien à domicile résidait dans une double reconnaissance: la reconnaissance d'une certaine autonomie à la personne dépendante dans l'organisation des aides et des soins à son domicile et la reconnaissance d'un statut à l'aidant.

1) *Loi du 28 mai 1989 portant création d'une allocation de soins et organisant un placement dans une maison de soins, Documentation parlementaire N°3277, Chambre des députés, session ordinaire 1988/89.*

2) *Toutes les études européennes faisaient état d'une forte tendance au maintien à domicile largement voulue par les personnes dépendantes elles mêmes.*

1.1. Un modèle fondé sur des grands principes directeurs.

L'assurance dépendance luxembourgeoise était fondée sur quatre principes directeurs¹⁾:

- **la priorité des mesures de rééducation** sur la prise en charge de la dépendance;
- **la priorité du maintien à domicile** sur l'hébergement en établissement;
- **la priorité des prestations en nature** sur les prestations en espèces;
- **le droit à l'autodétermination** de la personne dépendante.

Les trois derniers principes ont joué un rôle fondamental. Nous aborderons le droit à l'autodétermination de la personne dépendante à part.

En affirmant la priorité du maintien à domicile sur l'hébergement en établissement comme principe directeur, les réformateurs entendaient permettre à toute personne dépendante de vivre aussi longtemps que possible dans de bonnes conditions à domicile et d'éviter ainsi que les personnes dépendantes ne recourent de façon anticipée à des établissements coûteux (SEYWERT 1996 p.3). Cette priorité s'est traduite par la mise à égalité des prestations à domicile et des prestations en établissement déterminées en fonction des besoins de la personne dépendante.

En même temps, un autre principe directeur fut retenu : la priorité des prestations en nature, c'est-à-dire de services d'aides et de soins, sur les prestations en espèces, devant servir à rétribuer un aidant. Cette priorité devait favoriser la professionnalisation de la prise en charge à domicile et donc le développement de réseaux d'aides et de soins, qui avaient fait si cruellement défaut avant la création de l'assurance dépendance.

1.2. Un modèle reconnaissant une certaine autonomie à la personne dépendante dans l'organisation des aides et des soins

Le droit à l'autodétermination de la personne dépendante, autre principe directeur, devait permettre à la personne dépendante, d'une part, de choisir entre une prise en charge à domicile ou en établissement et, d'autre part, d'exprimer ses préférences en matière d'organisation des aides et des soins à domicile. Ainsi, la personne dépendante était libre de recourir aux services d'un réseau d'aides et de soins à domicile ou de remplacer la prestation en nature par une prestation en espèces permettant de rémunérer un aidant. Plus largement, elle avait la possibilité d'individualiser ses prestations en substituant des aides prévues dans un domaine à des aides prévues dans un autre domaine.

1) *Projet de loi N°4216 portant introduction d'une assurance dépendance*, p. 6-7: <http://www.chd.lu/archives/ArchivesPortlet?selectedDocNum=0&secondList=&action=document>

Cette double liberté reconnue à la personne dépendante à domicile - remplacement de services par de l'argent et substitution d'aides à d'autres aides - était encadrée par la loi. Elle pouvait s'exprimer dans le cadre de la procédure menant de la proposition du plan de prise en charge élaborée par la cellule d'évaluation et d'orientation à la suite de l'évaluation des besoins de la personne dépendante à la décision prise par l'Union des Caisses de Maladie (UCM), institution gérant l'assurance dépendance. La loi parlait d'un "plan de prise en charge établi en concertation avec le bénéficiaire ou avec les membres de sa famille (et) le réseau d'aides et de soins" (ancien article 350 al. 3 CAS).

Toute proposition de plan de prise en charge impliquant les services d'un réseau d'aides et de soins devait donner lieu à une réunion organisée entre le coordinateur du réseau, la personne dépendante bénéficiaire de l'assurance dépendance et son entourage. C'est lors de cette réunion, que la personne dépendante pouvait exprimer ses préférences. Cette réunion devait ensuite déboucher sur un arrangement signé par la personne dépendante et le réseau. C'est sur la base de cet arrangement, que la cellule d'évaluation et d'orientation devait arrêter définitivement le plan de prise en charge communiqué ensuite à l'UCM pour décision.

Possibilité pour la personne dépendante de remplacer certaines prestations en nature par une prestation en espèces

Cette possibilité figurait dans la définition de l'objet même de l'assurance dépendance:

"L'assurance dépendance a principalement pour objet (...) la prise en charge des aides et soins de la personne dépendante, maintenue à domicile ou placée dans un établissement d'aides et de soins, au moyen

- *de prestations en nature*
- *de produits nécessaires aux aides et soins, d'appareils et d'adaptations du logement.*

Pour la personne dépendante maintenue à domicile la prise en charge peut comporter subsidiairement des prestations en espèces et des mesures en faveur de personnes qui assurent les aides et soins à la personne dépendante à son domicile" (ancien art. 347 CAS).

L'assurance dépendance offrait à la personne dépendante à domicile une prestation en nature sous forme de services d'aides et de soins prestés par des professionnels (ancien article 353 CAS). La personne dépendante avait aussi la possibilité de choisir un aidant en remplaçant la prestation en nature par une prestation en espèces, c'est-à-dire une somme d'argent (ancien article 354 al. 1er CAS).

Mais ce libre choix était fortement encadré.

Seules pouvaient être transformées en espèces les prestations en nature relatives aux actes essentiels de la vie¹⁾ et aux tâches domestiques (ancien article 354 al. 1er CAS). Les activités de soutien, sous forme de garde à domicile ou de fréquentation d'un foyer de jour, étaient exclues.

Le remplacement des prestations en nature par des prestations en espèces était limité à 7 heures par semaine. Si le droit aux prestations en nature était supérieur à 7 heures par semaine, le remplacement pouvait porter en plus sur la moitié des prestations en nature se situant entre 7 heures et 14 heures par semaine. Concrètement, cela signifiait que la personne dépendante pouvait percevoir en prestation en espèces au maximum l'équivalent de 10 heures et demie par semaine (ancien article 354 al. 2 CAS).

Cette limite avait deux justifications. D'une part, il s'agissait d'éviter le retrait de certaines femmes du marché du travail et leur transformation en un aidant informel. D'autre part, les réformateurs entendaient garantir une qualité de prise en charge à domicile. Or, la limite des 14 heures par semaine leur paraissait être le seuil d'un degré " sérieux " de dépendance, à partir duquel l'intervention de professionnels semblait indispensable pour une bonne prise en charge. C'est pour cette raison, que la loi obligeait la personne dépendante, qui avait un besoin d'aides et de soins au-delà de 14 heures par semaine, à recourir à des prestations combinées (aidant + réseau d'aides et de soins). En cas de prestations combinées, un partage devait être effectué entre, d'une part, les aides à fournir par le réseau d'aides et de soins et, d'autre part, les aides à fournir par l'aidant.

La valeur monétaire de la prestation en espèces était fixée, par la loi, à la moitié de la valeur monétaire de la prestation en nature qu'elle remplaçait (ancien article 355 al. 1er CAS). Cet écart était justifié par le fait que la prestation en espèces n'était pas soumise aux prélèvements obligatoires, c'est-à-dire aux cotisations sociales et à l'impôt sur le revenu (ancien article 355 al.2 CAS). Il s'agissait donc d'une somme nette. Sa limitation était également en rapport avec l'idée qu'il ne fallait pas inciter les femmes à se retirer du marché du travail.

L'existence d'une connexion étroite entre la valeur monétaire de la prestation en nature et la valeur monétaire de la prestation en espèces avait également une autre signification. Lorsque la valeur monétaire de la prestation en nature,

1) *Les actes essentiels de la vie étaient définis dans la loi (ancien article 348 CAS). Ils comprenaient:*

- (1) *dans le domaine de l'hygiène corporelle : se laver, assurer son hygiène buccale, soigner sa peau et ses vêtements, éliminer ;*
- (2) *dans le domaine de la nutrition : la préparation en vue de l'absorption d'une alimentation adaptée et l'assistance pour l'absorption de cette alimentation ;*
- (3) *dans le domaine de la mobilité : exécuter le transfert et les changements de position, s'habiller et se déshabiller, se déplacer, se tenir dans une posture adaptée, monter et descendre les escaliers, sortir du logement et y rentrer.*

c'est-à-dire des services du réseau d'aides et de soins, était renégociée entre l'assurance dépendance et la COPAS, la valeur monétaire de la prestation en espèces était automatiquement ajustée en conséquence.

Enfin, la personne dépendante, bénéficiaire de la prestation en espèces, devait utiliser l'argent pour s'assurer les aides et les soins prévus par le plan de prise en charge en-dehors d'un réseau d'aides et de soins (ancien art. 354 al. 1er CAS). Il s'agissait donc d'une prestation affectée.

La personne dépendante était le bénéficiaire de la prestation en espèces et non pas l'aidant. L'institution gérant l'assurance dépendance lui versait le montant sur un compte bancaire. Il lui appartenait ensuite de reverser cet argent à l'aidant, qui en-dehors d'un réseau d'aides et de soins, lui assurait des aides et des soins à domicile. C'était la personne dépendante, qui avait la maîtrise de l'argent et non pas l'aidant, ce qui était conforme au principe directeur relatif à l'autonomie de la personne dépendante dans l'organisation des aides et des soins à domicile.

Possibilité pour la personne dépendante de substituer des aides prévues dans un domaine à des aides prévues dans un autre domaine

La personne dépendante avait également la possibilité de substituer des aides figurant dans la proposition du plan de prise en charge élaborée par la cellule d'évaluation et d'orientation à d'autres aides plus adaptées à sa situation individuelle. Cette substitution pouvait se faire dans la limite du crédit d'heures hebdomadaire déterminé dans la proposition du plan de prise en charge. Comme pour la transformation des prestations en nature en prestations en espèces, la substitution pouvait uniquement porter sur des aides prévues dans les domaines des actes essentiels de la vie et des tâches domestiques. Par contre, à ces aides pouvaient se substituer des aides appartenant aux domaines des actes essentiels de la vie, des tâches domestiques *et des activités de soutien*.

Dans le *Guide pratique sur l'assurance dépendance*, qui a été édité par le Ministère de la Sécurité sociale en 1999, la substitution d'aides a été présentée à l'aide de deux exemples, dont nous voudrions reprendre ici l'essentiel.

Dans le premier exemple, une personne atteinte de sclérose en plaques vit à domicile avec son conjoint. Celui-ci a l'habitude de s'absenter deux après-midi par semaine. En son absence, la personne dépendante aimerait disposer d'une garde à domicile. La cellule d'évaluation et d'orientation lui fait une proposition de plan de prise en charge prévoyant 18 heures d'aides par semaine pour les actes essentiels de la vie et 2,5 heures par semaine pour les tâches domestiques. La personne dépendante décide de substituer 8 heures d'activités de soutien sous forme de garde à domicile à 8 heures d'aide par semaine pour les actes essentiels de la vie. Elle aura donc droit par semaine

à 10 heures d'aides pour les actes essentiels de la vie, à 2,5 heures d'aides pour les tâches domestiques et à 8 heures d'activités de soutien. Toutes ces heures seront prestées par un réseau d'aides et de soins. En contrepartie de cette flexibilité, le conjoint devra s'engager à fournir en tant qu'aidant les 8 heures d'aides par semaine pour les actes essentiels de la vie dont la personne dépendante a besoin et qui ne sont pas fournies par le réseau.

Dans le deuxième exemple, une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer vit à domicile avec sa fille, qui exerce une activité à mi-temps tous les jours de la semaine, sauf le dimanche. En semaine, la fille aide son père pour se lever et se coucher. Le dimanche, elle veut pouvoir s'absenter et le père passe la journée chez son fils. La cellule d'évaluation et d'orientation propose au père un plan de prise en charge prévoyant 7 heures d'aide par semaine pour les actes essentiels de la vie et 2,5 heures d'aide par semaine pour les tâches domestiques. Le père décide de substituer des activités de soutien sous forme de fréquentation d'un centre de jour spécialisé à 6 heures d'aide par semaine pour les actes essentiels de la vie. Il aura donc droit par semaine à 1 heure d'aides pour les actes essentiels de la vie fournie le dimanche par un réseau d'aides et de soins, à 2,5 heures d'aides pour les tâches domestiques fournies également par le réseau et à 24 heures d'activités de soutien sous forme de fréquentation d'un centre de jour spécialisé. Il faut noter que 6 heures d'aides pour les actes essentiels de la vie équivalent à 24 heures de fréquentation d'un centre de jour spécialisé. En contrepartie de cette flexibilité, la fille devra s'engager à fournir en tant qu'aidant les 6 heures d'aides par semaine pour les actes essentiels de la vie dont le père a besoin et qui ne sont pas fournies par le réseau. Elles seront fournies par elle du lundi au samedi à concurrence d'une heure par jour.

Ces deux exemples montrent clairement l'utilité de la substitution. Dans le modèle du maintien à domicile de 1998, il s'agissait à la fois de garantir le maintien à domicile des personnes dépendantes et de permettre à la famille et à l'entourage de concilier la prise en charge comme aidant avec une vie privée, voire avec une vie professionnelle.

Il faut remarquer que la substitution s'opérait entre prestations en nature et qu'elle ne permettait pas, en plus, la transformation d'une prestation en nature en argent. En d'autres mots, dans ce cas, l'aidant ne pouvait pas être rémunéré, ce qui pouvait être considéré comme un désavantage.

Dans le modèle luxembourgeois du maintien à domicile, tel qu'il a été établi en 1998, la personne dépendante disposait d'une marge de manœuvre non négligeable, qui était justifiée par la flexibilité que requiert toute organisation d'aides et de soins à domicile.

1.3. Un modèle reconnaissant l'aidant

Cette reconnaissance a fait l'objet de nombreuses discussions et interrogations lors de la préparation de la réforme de 1998. Fallait-il restreindre la notion d'aidant à l'aidant informel? Fallait-il doter l'aidant d'un statut au-delà de la "rémunération" garantie par la prestation en espèces? Nous voudrions ici faire état de certaines discussions.

Définition de l'aidant comme étant "la personne assurant des aides et des soins à domicile en-dehors d'un réseau d'aides et de soins"

L'absence de la notion d'aidant, voire de celle d'aidant informel dans la loi créant l'assurance dépendance luxembourgeoise tenait au fait qu'il avait été très difficile de se mettre d'accord sur la figure de l'aidant et sur une appellation.

En privilégiant le maintien à domicile, les réformateurs entendaient mobiliser, du moins implicitement, les aidants informels. Ceci correspondait à une vision réaliste de la prise en charge de la dépendance, qui exigeait au-delà de l'intervention des réseaux d'aides et de soins une présence et des aides de la part de l'entourage.

En même temps, les réformateurs n'entendaient pas renforcer les soins familiaux traditionnels assurés gratuitement par les femmes. Ils entendaient faire évoluer la position des femmes dans la société et faire reconnaître leur contribution par le système formel de prise en charge de la dépendance. L'objectif était d'arriver à articuler aides et soins informels et aides et soins formels dans une vision d'interdépendance et de complémentarité et dans le respect des spécificités.

Mais le débat a rapidement dépassé la figure de l'aidant informel en tant que personne faisant partie de l'entourage, c'est-à-dire le conjoint, un membre de la famille, un voisin, un ami, pour se focaliser sur "la personne, qui assure des aides et des soins à la personne dépendante à domicile en-dehors d'un réseau d'aides et de soins" (ancien art. 357 al. 1er CAS).

Ce glissement s'est opéré lorsque les réformateurs ont décidé que seuls les réseaux d'aides et de soins seraient reconnus par l'assurance dépendance comme prestataires à domicile. En conséquence, ils ont refusé d'agrèer des personnes individuelles comme prestataires d'aides et de soins.

Comme, par ailleurs, ils entendaient préserver une certaine liberté de choix à la personne dépendante, ils ont décidé de réunir sous une appellation neutre, à savoir *la personne, qui en-dehors d'un réseau d'aides et de soins assure des aides et soins à une personne à son domicile*, deux figures différentes, l'aidant informel et l'aidant salarié embauché par la personne dépendante pour lui assurer des aides et des soins à domicile.

Le modèle du maintien à domicile de 1998 était fondé sur une définition ambiguë de l'aidant, qui était le fruit d'un compromis entre, d'une part, le Gouvernement et, d'autre part, les réseaux d'aides et de soins et les syndicats.

Statut de l'aidant

Ce statut était inscrit dans la définition de l'objet même de l'assurance dépendance: "*Pour la personne dépendante maintenue à domicile, la prise en charge peut comporter subsidiairement des prestations en espèces et des mesures en faveur de personnes qui assurent les aides et soins à la personne dépendante à son domicile.*" (ancien art. 347 al. 2 CAS)

Une liaison était faite par la loi entre la prestation en espèces, la "rémunération" de l'aidant, et les mesures en faveur de l'aidant, faisant office de statut de l'aidant.

Outre la "rémunération", l'aidant se voyait offrir des droits à pension, un droit annuel au repos et des mesures complémentaires d'encadrement et de guidance (BLQS 1999 p. 83).

En matière de pension, l'assurance dépendance prenait "*en charge les cotisations pour l'assurance pension d'une personne qui assure avant l'âge de 65 ans des aides et des soins à la personne dépendante à son domicile en dehors d'un réseau d'aides et de soins au maximum jusqu'à concurrence d'une cotisation calculée sur la base du salaire social minimum mensuel prévu pour un travailleur non qualifié âgé de 18 ans au moins*" (ancien art. 357 al. 1 CAS). Pour que ces cotisations puissent être mises en compte, la personne dépendante devait déclarer l'aidant auprès du Centre Commun de la Sécurité Sociale (CCSS), organisme d'affiliation de la sécurité sociale luxembourgeoise. C'est ici que l'ambiguïté, quant à la figure de l'aidant, évoquée précédemment, prenait tout son sens.

Suivant la nature de l'activité exercée par l'aidant, la déclaration auprès du CCSS était différente. Soit il s'agissait d'une "activité" exercée par un aidant informel, soit il s'agissait d'une activité salariée exercée dans le cadre d'un contrat de travail.

Dans le premier cas, la déclaration au CCSS avait uniquement pour finalité de faire bénéficier l'aidant informel de futurs droits à pension. La déclaration portait sur l'identité de la personne dépendante, sur l'identité de l'aidant informel, ainsi que sur le début (et la fin) de l'activité. Il n'y avait pas besoin d'indiquer le nombre d'heures par semaine.

Dans le second cas, la personne dépendante devait déclarer le salarié par une "procédure dite simplifiée", qui consistait à indiquer le salaire net versé à l'aidant. Le CCSS calculait ensuite les cotisations en matière d'assurance sociale et les contributions en matière d'impôt sur le revenu¹⁾. L'assurance dépendance payait la cotisation à l'assurance pension en fonction du nombre d'heures prestées dans le cadre du plan de prise en charge. Le reste des cotisations sociales et l'impôt sur le revenu devaient être payés par la personne dépendante. Pour empêcher qu'un individu ne puisse exercer son activité auprès de plusieurs personnes dépendantes et cumuler ainsi les droits à pension, il fut précisée que la mise en compte des cotisations ne pouvait être effectuée "qu'au titre d'une seule personne dépendante" (ancien article 357 al. 2 CAS).

En matière de congés, la loi prévoyait un droit au repos de 3 semaines par an pour l'aidant sous forme de " remplacement de la ou des personnes assurant à domicile des aides et des soins à la personne dépendante " (ancien article 358 CAS). Dans ce but, l'assurance dépendance assurait un soutien financier à la personne dépendante en lui versant le double du montant de la prestation en espèces. De cette façon, la personne dépendante pouvait à la fois continuer à payer l'aidant et rétribuer un remplaçant, voire payer les aides et soins assurés par un réseau. En cas de séjour temporaire pendant les 3 semaines dans un établissement, les aides et soins requis étaient également assurés par l'assurance dépendance. Par contre, les frais d'hôtellerie demeuraient à charge de la personne dépendante.

En matière d'encadrement et de guidance, la loi prévoyait des "mesures complémentaires" pour soutenir l'action des aidants assurant des aides et des soins à la personne dépendante en-dehors des réseaux professionnels d'aides et de soins (ancien art. 354 al.3). Dans ce cadre, "les conseils à l'entourage" étaient expressément mentionnés (ancien article 350 2. c) CAS). Cette mesure intervenait normalement au début de la prise en charge et servait à aider l'aidant à trouver les solutions adaptées à la situation de la personne dépendante et à le sensibiliser aux besoins concrets de la personne dépendante. Il s'agissait également d'assurer à l'aidant une compétence pratique et adaptée à la situation et de renforcer ainsi la qualité des aides et soins fournis (BLQS 1999 p. 87).

1) *A Luxembourg, l'impôt sur le revenu est prélevé à la source. L'imposition était forfaitaire, de l'ordre de 6% du montant net du salaire alloué, à charge de l'employeur. Dans ce cas, le salarié n'avait plus d'impôt à payer. Par ailleurs, la personne dépendante, comme employeur, pouvait obtenir, sur sa demande, à titre de charges extraordinaires pour frais d'aides et de soins en raison de l'état de dépendance, un abattement forfaitaire du revenu imposable.*

Nous voudrions **conclure cette première partie** sur les éléments du modèle du maintien à domicile de 1998 en précisant la base philosophique. A travers l'assurance dépendance, il s'agissait de donner une représentation positive de la personne dépendante. L'idée était qu'une personne pouvait avoir besoin d'aides et de soins tout en demeurant autonome dans la conduite de sa vie. Le modèle de référence, qui prévalait, était celui de la dépendance d'ordre physique. Ceci ne signifie pas pour autant que les réformateurs n'aient la dépendance d'ordre psychique et les difficultés inhérentes à la prise en charge à domicile. Simplement ils n'en faisaient pas le centre, ni la priorité de l'assurance dépendance. A travers l'assurance dépendance, il s'agissait également de changer le regard sur l'aidant informel, sur l'entourage de la personne dépendante. L'idée était qu'il fallait sortir de la clandestinité des aides et les soins fournis par l'entourage et les reconnaître comme des "activités" ouvrant des droits sociaux. Cette approche pouvait entrer en conflit avec la notion de salariat telle qu'elle était établie dans le droit du travail. Enfin, il s'agissait de trouver un équilibre entre les "activités" des aidants, aidants informels et aidants salariés, d'une part, et les services offerts par les réseaux d'aides et de soins en tant que prestataires professionnels, d'autre part, grâce à une individualisation des prestations. L'idée était que le maintien à domicile impliquait la sphère privée. En conséquence, il fallait une concertation entre les différents intervenants pour arriver à proposer une prise en charge de qualité, coordonnée autour de la personne dépendante. C'est ce modèle "idéal", qui s'est heurté à la réalité luxembourgeoise.

2. LES AJUSTEMENTS INTRODUIITS PAR LA LOI DE 2005: UNE RUPTURE?

Sept ans après l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance, la loi du 23 décembre 2005 a modifié différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance. Cette réforme a été préparée dès le lendemain des élections législatives de 1999, qui amenèrent un changement de coalition gouvernementale. Le nouveau Gouvernement prévoyait dans son programme d'établir un bilan sur l'application et l'exécution de l'assurance dépendance après 2 ans de fonctionnement. Ce bilan, qui a donné lieu à une large consultation de tous les acteurs impliqués dans le fonctionnement de l'assurance dépendance, a été présenté à la Chambre des Députés en mai 2001. Les différentes critiques, formulées lors de l'établissement du bilan et de sa discussion, ont constitué la base du projet de loi déposé à la Chambre des Députés en 2003. Ce projet de loi n'a été voté qu'après les élections législatives de 2004, qui ont ramené au pouvoir la coalition gouvernementale d'avant 1999.

2.1. Analyse des modifications relatives aux aidants

Les modifications relatives à l'aidant sont importantes. Nous allons montrer que ces modifications constituent bien plus qu'une simple reformulation des articles du Code des assurances sociales. Elles concernent l'objet même de l'assurance dépendance, la figure de l'aidant, ainsi que son statut.

Une modification de l'objet même de l'assurance dépendance.

La loi du 23 décembre 2005 a modifié l'objet de l'assurance dépendance:

"L'assurance dépendance a principalement pour objet, dans les limites fixées par le présent livre, la prise en charge de prestations en nature, des aides et soins de la personne dépendante fournis intégralement ou partiellement dans le cadre d'un maintien à domicile ou d'un établissement d'aides et de soins, ainsi que des aides techniques et des adaptations du logement.

Pour la personne dépendante maintenue intégralement ou partiellement à domicile, la prise en charge peut comporter des prestations en espèces en remplacement des prestations en nature" (art. 347 CAS).

Les mesures en faveur des personnes, qui assurent les aides et soins à la personne dépendante à son domicile, c'est-à-dire le paiement de cotisations à l'assurance pension, le droit à 3 semaines de repos par an et les mesures complémentaires d'encadrement et de guidance, disparaissent du 2^e alinéa de l'article 347 CAS. Faut-il en conclure que ces mesures ne font plus partie de l'objet même de l'assurance dépendance ou qu'elles se fondent dans les prestations en nature? L'exposé des motifs du projet de loi parle de "la révision de la formulation", qui établit "une distinction claire entre prestations en nature et prestations en espèces". Il évoque également le fait que "la nouvelle formulation réaffirme clairement le principe de la priorité aux prestations en nature". Mais il n'explique nullement pourquoi l'alinéa 2 ne fait plus référence aux mesures pour l'aidant en-dehors des réseaux d'aides et de soins.

A notre avis, la nouvelle formulation fait perdre de la lisibilité au sujet qui nous intéresse. La loi n'opère plus de liaison entre la prestation en espèces et le statut de l'aidant, alors que la reconnaissance de l'aidant reposait sur l'articulation entre les deux éléments.

Un recentrage sur l'aidant informel

Une des principales modifications opérées par la loi de 2005 concerne la figure de l'aidant.

Les prestations en nature peuvent être remplacées par une prestation en espèces "à condition que celle-ci soit utilisée pour assurer les aides et soins,

prévus par le plan de prise en charge, à la personne dépendante à son domicile en dehors d'un réseau d'aides et de soins (...), par une ou plusieurs personnes de son entourage en mesure d'assurer les aides et soins requis" (art. 354 al.1 CAS).

La modification est de taille. La personne assurant des aides et des soins à domicile en-dehors d'un réseau d'aides et de soins doit être une personne appartenant à l'entourage de la personne dépendante. L'aidant salarié disparaît. Il y a rupture avec le modèle du maintien à domicile de 1998.

Ainsi, la loi restreint la marge de manœuvre de la personne dépendante, qui n'a plus d'autre choix que d'avoir recours à un ou plusieurs aidants informels. Il faut noter que le terme "aidant informel" apparaît dans une brochure intitulée "La loi sur l'assurance dépendance au Grand Duché de Luxembourg" publiée en avril 2005, c'est-à-dire quelques mois avant le vote de la loi de 2005, par l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Cellule d'évaluation et d'orientation. Ce terme figure à la fois dans les mots-clefs et dans le corps du texte.

En recentrant l'aidant sur l'aidant informel, la loi prive la personne dépendante de la possibilité d'utiliser la prestation en espèces pour rémunérer une personne embauchée sous contrat de travail pour lui fournir des aides et des soins à domicile. Ceci signifie que, si la personne dépendante embauche un aidant salarié, elle doit en assumer la totalité du coût sans aucune intervention de l'assurance dépendance.

Par ailleurs, la personne dépendante ne pourra recourir à des personnes appartenant à son entourage qu'à condition qu'elles soient "en mesure d'assurer les aides et soins requis". La disponibilité et la compétence des aidants informels devront donc être prouvées.

Le recentrage sur l'aidant informel se perçoit également à travers la nouvelle méthode de détermination du montant de la prestation en espèces.

Précédemment, la valeur monétaire de la prestation en espèces et la valeur monétaire de la prestation en nature étaient intimement liées. La valeur monétaire de la prestation en espèces représentait la moitié de la valeur monétaire de la prestation en nature qu'elle remplaçait. Lorsque la valeur monétaire de la prestation en nature, c'est-à-dire des services du réseau d'aides et de soins, était renégociée entre l'assurance dépendance et la COPAS, la valeur monétaire de la prestation en espèces était automatiquement ajustée en conséquence.

Aujourd'hui, cette connexion n'existe plus. Le montant de la prestation en espèces a été découplé du montant de la prestation en nature. Depuis le 1er janvier 2006, la prestation en espèces est devenue une prestation forfaitaire fixée à la valeur horaire de 25 Euros (art. 354 al. 3 CAS). Elle ne sera plus revalorisée automatiquement et ne suivra donc plus l'évolution du coût de la vie (Tableau 1). Son montant restera bloqué tant qu'une décision du

législateur, qui est le garant de l'équilibre financier du risque dépendance, ne l'aura pas modifié.

Ne faut-il pas craindre, que la prestation en espèces n'évolue vers une sorte d'allocation forfaitaire sans lien avec le degré de dépendance et les besoins réels de la personne dépendante, une prestation semblable à l'allocation de soins, qui préexistait à la création de l'assurance dépendance en 1998 (Tableaux 2a et 2b)?

Un affaiblissement du statut de l'aidant

Le recentrage sur l'aidant informel a également entraîné une modification du statut de l'aidant à partir du 1er janvier 2007. Alors que l'aidant dans le modèle du maintien à domicile de 1998 avait des droits dans trois domaines, à savoir les pensions, le repos et l'encadrement et la guidance, l'aidant informel n'a plus que des droits dans les premier et troisième domaines. Ces droits ont été inscrits dans l'article 355 CAS. Ils ne s'appliquent qu'aux aidants informels et excluent les aidants salariés.

En premier lieu, "les mesures complémentaires d'encadrement et de guidance", continuent à être prises en charge par l'assurance dépendance (art. 355 al.1 CAS).

En second lieu, l'aidant informel ouvre des droits en matière de pension. D'après l'article 355 al. 2, l'assurance dépendance "*prend en charge les cotisations pour l'assurance pension d'une seule personne ne bénéficiant pas d'une pension personnelle qui assure, d'après un plan de prise en charge, des aides et des soins à la personne dépendante à son domicile au maximum jusqu'à concurrence d'une cotisation calculée sur la base du salaire social minimum mensuel prévu pour un travailleur non qualifié âgé de 18 ans au moins*".

Cette formulation neutre pourrait a priori plaider pour une extension à l'aidant salarié. Cependant, son positionnement dans un article consacré à l'aidant informel ne plaide guère en faveur de cette interprétation. Ceci signifie que l'assurance dépendance ne couvre plus l'aidant salarié, dont la totalité des cotisations à l'assurance pension sont à charge de la personne dépendante.

Par ailleurs, deux restrictions s'appliquent à l'aidant informel.

D'une part, le bénéfice de droits en matière de pension ne s'applique qu'à un seul membre de l'entourage. Ceci signifie, que la personne dépendante, qui a recours à deux membres de son entourage pour lui apporter des aides et des soins à domicile, doit opérer un choix parmi les aidants informels.

D'autre part, un aidant informel, qui prend en charge, en même temps, deux personnes dépendantes de son entourage, par exemple sa mère et sa belle-mère, ne pourra s'ouvrir des droits qu'à l'égard d'une seule personne dépendante. Cette règle figurait déjà dans la loi de 1998.

La nouvelle loi ne prévoit plus de droit au repos de 3 semaines par an pour l'aidant sous forme de "remplacement de la ou des personnes assurant à domicile des aides et des soins à la personne dépendante". Concrètement, l'assurance dépendance assurait un soutien financier à la personne dépendante en lui versant le double du montant de la prestation en espèces pour cette période.

Cette suppression est justifiée dans l'exposé des motifs du projet de loi de la façon suivante: "L'application de cette disposition a nécessité l'élaboration d'un *modus vivendi* extrêmement complexe entraînant des contraintes administratives insupportables pour les prestataires et l'UCM (organisme de gestion de l'assurance dépendance) et, n'ayant pour les bénéficiaires de l'assurance dépendance que des bénéfices très mitigés" (Exposé des motifs p. 13). Il est par ailleurs mentionné que cette disposition faisait l'objet d'une interprétation erronée de la part des bénéficiaires, qui confondaient cette mesure avec "un droit à un lit de vacances" dans un établissement d'aides et de soins et qu'elle pénalisait les personnes dépendantes dont le plan de prise en charge prévoyait beaucoup de prestations en nature. Enfin, il est argumenté que différentes dispositions pratiques prévues dans la nouvelle loi permettront de régler la question du remplacement de la tierce personne.

En conclusion à cette partie consacrée aux modifications introduites par la loi de 2005 en matière d'aidant, nous voudrions insister sur la rupture que constitue le recentrage de l'aidant sur l'aidant informel par rapport au modèle du maintien à domicile tel qu'il était apparu en 1998. Ce recentrage prive la personne dépendante d'un élément de choix dans l'organisation des aides et des soins à domicile. Il relève probablement d'une décision idéologique portant sur l'organisation du marché du travail dans le domaine du médico-social. La modification du contenu du statut de l'aidant marque également une rupture. Ce statut avait été pensé en termes de rapprochement entre l'aidant informel et un professionnel. Il avait également été pensé en termes de reconnaissance de droits pour la personne dépendante et l'aidant. La justification des modifications semble relever de registres différents: réduction des coûts, contrôle de l'exécution des aides et des soins, approche gestionnaire mettant en avant les difficultés d'organisation...

2.2. Enjeux autour de l'aidant dans le système luxembourgeois de prise en charge de la dépendance.

Nous voudrions maintenant replacer la question de l'aidant dans le système luxembourgeois de l'assurance dépendance, afin d'en saisir tous les enjeux. En d'autres mots, il nous semble que la question de l'aidant constitue un bon décrypteur pour appréhender les transformations induites par l'assurance dépendance depuis 10 ans.

Pour exposer au mieux notre analyse, nous allons, en premier lieu, faire parler les chiffres. Ils vont nous fournir une première approche de la réalité du maintien à domicile. Nous allons ensuite interroger deux équilibres fondamentaux du modèle luxembourgeois du maintien à domicile, à savoir l'équilibre entre les professionnels et les aidants dans la prise en charge des personnes dépendantes et l'équilibre entre l'autonomie de la personne dépendante et l'intervention de la cellule d'évaluation et d'orientation dans l'organisation des aides et des soins.

La réalité du maintien à domicile en chiffres

Les statistiques montrent très clairement que la création de l'assurance dépendance a permis de restructurer le système luxembourgeois de prise en charge des personnes dépendantes dans le sens de la priorité au maintien à domicile. En 2006, 2/3 des personnes dépendantes prises en charge par l'assurance dépendance vivaient à domicile, soit 66% contre 53% en 2001 (Tableau 3).

De même, les statistiques font clairement apparaître une professionnalisation des aides et des soins prestés à domicile. En 2006, plus de 2/3 des personnes dépendantes à domicile ont eu recours aux services d'un réseau d'aides et de soins, soit 67% contre 51% en 2001 (Tableau 3).

Comment s'exprime cette préférence en termes de prestations?

Il faut rappeler que la personne dépendante a le choix, sous certaines conditions, entre:

- une prestation en nature sous forme de services prestés par un réseau d'aides et de soins
- une prestation en espèces lui permettant de "rémunérer" un aidant
- une prestation combinée comprenant à la fois de l'argent et des services.

Les statistiques relatives à la répartition des bénéficiaires par types de prestation font apparaître de profonds changements depuis 2001. En 2006, les prestations combinées dominaient: 51% des personnes dépendantes à domicile en bénéficiaient. Cinq ans plus tôt, près de la moitié des personnes dépendantes à domicile avaient uniquement recours à un aidant et optaient donc pour des prestations en espèces exclusivement, alors que 10% faisaient uniquement appel aux services d'un réseau d'aides et de soins (Tableau 4).

Cette évolution peut avoir deux significations. D'une part, avec le temps, les personnes à domicile sont devenues plus dépendantes et le recours à des prestations combinées est devenu inévitable. D'autre part, la baisse des prestations en espèces peut être due à un changement de position de la part de la cellule d'évaluation et d'orientation.

Les statistiques relatives au coût des prestations combinées font apparaître une modification fondamentale dans la répartition des parts relatives entre prestation en nature et prestation en espèces (Tableau 5). Entre 2003 et 2004, le coût de la part de la prestation en espèces a été divisé par deux, alors qu'au même moment le coût de la part de la prestation en nature a plus que triplé. En d'autres mots, en 2003, les prestations combinées représentaient 52,3 Mi d'Euros, dont 14,9 Mi d'Euros en prestation en nature et 37,4 Mi d'Euros en prestation en espèces. Un an plus tard, en 2004, les prestations combinées coûtaient 70,6 Mi d'Euros, qui se répartissaient entre 51,4 Mi en prestation en nature et 19,3 Mi d'Euros en prestation en espèces. Depuis lors, cette répartition entre $\frac{3}{4}$ de prestation en nature et $\frac{1}{4}$ de prestation en espèces s'est stabilisée.

Cette évolution peut s'expliquer de plusieurs façons. Elle peut être due à un changement dans la position de la cellule d'évaluation et d'orientation en matière de prestation en espèces précédemment évoquée. Elle peut être le résultat d'une augmentation de la valeur monétaire des services prestés par les réseaux d'aides et de soins (Tableau 1). Elle peut aussi être en rapport avec le nombre d'heures prestées par personne dépendante.

Enfin, les prestations en nature relatives aux services des réseaux d'aides et de soins à domicile ont augmenté entre 2004 et 2006 beaucoup plus rapidement, que les prestations en espèces. Leur taux d'évolution se situe au-delà de 25% par an, alors que le taux d'évolution des dépenses relatives aux aidants ne dépasse guère 15% par an. Cependant, les dépenses à domicile restent inférieures aux dépenses en établissements, alors que 2/3 des personnes dépendantes vivent à domicile (Tableau 6).

Il est manifeste que les réseaux d'aides et de soins à domicile ont été les grands gagnants de la restructuration du système luxembourgeois de la prise en charge des personnes dépendantes. C'est leur développement, qui semble avoir conditionné la priorité du maintien à domicile sur l'hébergement en établissement. Qu'en est-il du rapport entre les professionnels des réseaux d'aides et de soins et les aidants?

Equilibre entre les professionnels et les aidants

La priorité des prestations en nature sur les prestations en espèces, ou dit autrement, la priorité accordée aux professionnels dans la prise en charge des personnes dépendantes à domicile sur les aidants a été un enjeu depuis le début de l'élaboration du projet de création d'une assurance dépendance. Au fil des mois et des années, un équilibre avait été trouvé. Nous en avons exposé les éléments dans la première partie de l'article. Cet équilibre a-t-il été remis en question par la loi de 2005?

La loi de 2005 a renforcé la place des professionnels dans le maintien à domicile en augmentant le nombre d'heures pouvant être prestés à domicile (et dans les établissements), en introduisant de nouvelles mesures relatives à la qualité des soins et en revalorisant, en conséquence, la valeur monétaire des services par les réseaux d'aides et soins.

Pour faire face à des dépendances d'une gravité exceptionnelle à domicile, le nombre maximum d'heures prises en charge en matière d'actes essentiels de la vie a été relevé de 24 heures et demie semaine à 38 heures et demie par semaine (article 353 al. 1er CAS). Cette durée maximale vaut également en établissement. Une personne dépendante à domicile ouvre aujourd'hui droit aux mêmes prestations en nature qu'une personne dépendante en établissement. Cette modification a pour objectif de rendre possible le maintien à domicile jusqu'à la fin de la vie. Mais, cette augmentation du nombre des heures en matière d'actes essentiels de la vie ne s'applique qu'aux réseaux d'aides et de soins. Elle n'a pas d'incidence sur la prestation en espèces. La limite imposée à la personne dépendante en matière de remplacement de la prestation en nature par une prestation en espèces destinée à rémunérer un aidant demeure inchangée. Le maintien d'un équilibre entre professionnels et aidants aurait exigé le déplacement de la limite, par exemple par l'augmentation de la prestation en espèces de 7 heures par semaine en cas de dépendance d'une gravité exceptionnelle.

La mobilisation accrue des réseaux d'aides et de soins à domicile s'est accompagnée de nouveaux engagements de la part des prestataires. Ceux-ci doivent garantir aux personnes dépendantes une qualité des prestations conforme aux lignes directrices et aux standards de référence, qui ont été établis sur base des propositions de la Commission de qualité des prestations (créée par la loi de 2005) et inscrits dans la convention-cadre prévue par l'article 388bis CAS¹⁾. En contrepartie, l'assurance dépendance a négocié avec les prestataires une revalorisation conséquente de la valeur monétaire de la prestation en nature pour les réseaux d'aides et de soins (voir Tableau 1).

1) La convention-cadre a été conclue le 22 décembre 2006 entre l'UCM et la COPAS. Elle définit les rapports entre l'assurance dépendance et les différentes catégories de prestataires d'aides et de soins. Elle figure au *Mémorial* 2007 N°18 du 23 février 2007 p. 464. Voir également sur Internet:
<http://www.secu.lu/legis/legis/DC20061222.html>

Comment l'exigence de qualité prend-elle en compte les aidants? Il existe une sorte de "flou" autour de la place des aidants dans la prise en charge coordonnée de la personne dépendante. La législation (article 388bis CAS) et la convention-cadre signée entre la COPAS et l'UCM (article 11 CC) parlent de coopération entre le réseau et la personne dépendante et son entourage. L'aidant n'apparaît pas comme un prestataire, mais plutôt comme un "intervenant" ou tout simplement comme "l'entourage" de la personne dépendante. Cette banalisation de l'aidant se retrouve dans la position exprimée par la COPAS lors de l'examen du projet de loi, qui a abouti à la loi de 2005, par la Chambre des Députés. A cette occasion, la COPAS a fermement plaidé pour "la priorité aux prestations en nature avant les prestations en espèces" en se plaçant sur le terrain de la qualité et d'une certaine suspicion quant à l'utilisation des prestations en espèces: "*Sans remettre en cause l'engagement et la qualité des soins prestés par la majorité des aidants informels, la COPAS se soucie des abus potentiels que peuvent représenter les prestations en espèces. La COPAS demande à ce que le bien-être de la personne protégée, partant le droit à des prestations de qualité et la garantie quant à la délivrance effective des prestations de soins, prime toute autre considération*" (COPAS 2003).

Que cache cette prise de position négative à l'égard de l'autonomie des personnes dépendantes et de leur entourage? Pourquoi avoir choisi le terrain de la prestation en espèces, ultime liberté de la personne dépendante, pour parler d'abus potentiels? S'agit-il de défendre des intérêts purement matériels, c'est-à-dire la "part du gâteau" revenant aux réseaux d'aides et de soins à domicile ou s'agit-il d'une attitude plus paternaliste visant à protéger la personne dépendante contre tous les abus potentiels? Cette position a de quoi étonner. Le modèle du maintien à domicile de 1998 prônait la reconnaissance réciproque des compétences des professionnels et des aidants. Il ne s'agissait nullement d'introduire une concurrence entre les intervenants. Bien plus, l'assurance dépendance devait favoriser leur complémentarité. Dans un souci d'équilibre entre professionnels et aidants, les professionnels seraient les mieux à même de formuler des propositions pour améliorer la qualité des aides et des soins prestés par tous les intervenants, quelque soit par ailleurs leur statut.

Equilibre entre l'autodétermination de la personne dépendante et l'intervention de la cellule d'évaluation et d'orientation

Manifestement, la loi de 2005 a réduit la marge de manoeuvre de la personne dépendante à domicile.

La possibilité pour la personne dépendante de remplacer certaines prestations en nature par une prestation en espèces a été maintenue. Mais son objet, la rétribution d'un aidant en-dehors des réseaux d'aides et de soins, a été modifié. La prestation en espèces ne peut plus rétribuer qu'un

aidant informel, qui doit faire partie de l'entourage de la personne dépendante. Elle ne peut plus être utilisée par la personne dépendante pour rémunérer un aidant salarié. Plus largement, la possibilité pour la personne dépendante d'individualiser ses prestations en substituant des aides prévues dans un domaine à des aides prévues dans un autre domaine a été abolie. Or cette possibilité avait été introduite en vue d'une organisation flexible des aides et des soins devant permettre à l'entourage de concilier au mieux la prise en charge à domicile de la personne dépendante avec une vie professionnelle et/ou privée.

Cette réduction de la marge de manœuvre de la personne dépendante dans le choix de l'aidant et dans l'organisation des aides et des soins va de pair avec une modification de l'équilibre entre l'autonomie de la personne dépendante et le pouvoir d'intervention de la cellule d'évaluation et d'orientation.

Dans le modèle du maintien à domicile de 1998, l'autonomie de la personne dépendante s'exprimait lors de l'établissement du plan de prise en charge, dont la fonction était justement d'organiser les aides et les soins entre les différents intervenants. Le plan de prise en charge était "établi après concertation entre le bénéficiaire ou avec les membres de sa famille, le réseau d'aides et de soins ou l'établissement" (ancien article 350 al. 3. CAS). Cette formulation faisait référence à la place centrale reconnue à la personne dépendante. Un plan de prise en charge ne pouvait lui être imposée.

Aujourd'hui, la cellule d'évaluation et d'orientation définit le plan de prise en charge [article 350 (4) CAS]. Pourquoi ce changement ? Dans l'exposé des motifs du projet de loi, il est dit que "la modification du texte sur ce point ne fait (...) que reconnaître la situation telle qu'elle existe depuis l'introduction de l'assurance dépendance". Et de poursuivre "jusqu'à présent le plan de prise en charge n'a jamais été établi en concertation avec le bénéficiaire, son entourage et les prestataires d'aides et de soins, l'intervention de ces différents acteurs n'étant requise que pour l'évaluation et l'établissement du plan de partage. L'établissement du plan de prise en charge relève de la seule responsabilité de la cellule d'évaluation et d'orientation" (Exposé des motifs p. 6).

Quatre remarques s'imposent.

On pourrait d'abord objecter que la cellule d'évaluation et d'orientation était soumise à la loi et qu'elle aurait dû suivre à la lettre l'ancien article 350 al. 3. En conséquence, elle aurait dû établir le plan de prise en charge en concertation avec les différents acteurs. Cette concertation était amplement décrite dans le Guide pratique sur l'assurance dépendance, qui a été édité par le Ministère de la Sécurité sociale en 1999 (p. 25 à 30). Après l'évaluation médicale et l'évaluation de la dépendance, la cellule d'évaluation et

d'orientation devait inscrire les aides dans un relevé-type, qui devait servir de base à une proposition de plan de prise en charge (1ère phase). Cette proposition de plan de prise en charge devait être ensuite communiquée à la personne dépendante et, si nécessaire, au réseau d'aides et de soins. C'est à ce stade, que la double liberté reconnue à la personne dépendante à domicile - remplacement de services par de l'argent et substitution d'aides à d'autres aides - devait pouvoir s'exprimer (2e phase). Enfin, après arrangement entre la personne dépendante, l'entourage et le réseau d'aides et de soins, la cellule d'évaluation et d'orientation devait arrêter définitivement le plan de prise en charge, qui devait être communiqué à l'UCM pour décision (3e phase).

La deuxième remarque porte sur le plan de prise en charge. Il doit être considéré comme un véritable plan d'action et comme tout plan d'action, il exige une participation active des bénéficiaires. Cette participation active débute avec la prise en compte des vues de la personne dépendante lors de l'élaboration du plan.

En troisième lieu, il nous semble qu'il n'existe point de contradiction entre la responsabilité de la cellule d'évaluation et d'orientation en matière de plan de prise en charge et l'association de toutes les parties prenantes à son élaboration. Avant de valider la version définitive du plan de prise en charge, la cellule d'évaluation et d'orientation doit s'assurer de la couverture effective des besoins par les différents intervenants.

A notre avis, la définition du plan de prise en charge par la seule cellule d'évaluation et d'orientation rompt l'équilibre entre la personne dépendante et l'assurance dépendance. Elle prive la personne dépendante de la place centrale, comme acteur dans l'organisation des aides et des soins à domicile, qui lui avait été reconnue par la loi de 1998.

Néanmoins, la personne dépendante garde une marge de manœuvre en matière de "plan de partage". Le plan de partage est établi uniquement au cas où les aides et les soins déterminés dans le plan de prise en charge sont délivrés en partie par l'entourage de la personne dépendante et en partie par un réseau d'aides et de soins. Il doit être "établi après concertation entre le bénéficiaire ou les membres de son entourage et le réseau d'aides et de soins" [article 350 (5) CAS]. Mais même dans ce cas, le pouvoir de la cellule d'évaluation et d'orientation a été renforcé. Elle peut modifier le plan de partage, "si l'intérêt de la personne dépendante l'impose" [article 350 (5) CAS]. Pour cela, la loi lui a conféré un droit de contrôle sur l'aidant informel, qui doit être "en mesure d'assurer les aides et les soins requis" (article 354 al. 1er CAS).

Aujourd'hui, la cellule d'évaluation et d'orientation a acquis un véritable rôle de prescripteur, qui lui permet d'imposer le plan de prise en charge à la personne dépendante comme aux intervenants.

CONCLUSIONS

Dix ans de mise en œuvre de l'assurance dépendance ont démontré qu'il est possible de restructurer le système luxembourgeois de prise en charge des personnes dépendantes. La priorité du maintien à domicile a bien été réalisée.

Mais des problèmes importants de méthode, de contenu et de mentalité sont également apparus.

La première interrogation porte sur l'urgence de la réforme de 2005. Pourquoi fallait-il évaluer, dès 1999/2001¹⁾, une réforme, qui avait été élaborée en concertation avec tous les acteurs concernés? N'aurait-il pas été plus judicieux d'attendre un délai plus long, par exemple cinq ans, pour tirer un bilan des changements induits par une réforme de fond de la sécurité sociale, à savoir la création d'un nouveau risque social. L'urgence semble plutôt constituer un indicateur soit de la non acceptation de certaines modifications par certains acteurs, qui entendaient rapidement remettre en cause des compromis, soit de la difficulté éprouvée par certains acteurs ou institutions "à mettre en musique" une réforme de grande envergure.

Certains problèmes semblent inhérents au modèle du maintien à domicile, qui a été retenu en 1998.

Ainsi, les réformateurs ont poursuivi deux objectifs à la fois, le développement de réseaux professionnels d'aides et de soins à domicile et la promotion de l'autonomie de la personne dépendante à travers notamment la reconnaissance de l'aidant. Dans le cadre d'un budget limité, un rapport de force s'instaure entre, d'une part, les réseaux professionnels et, d'autre part, les personnes dépendantes et leur entourage. A terme, ce rapport de force s'avère défavorable pour les personnes dépendantes, surtout si elles ne sont pas représentées par des organisations fortes de défense de leurs intérêts.

De même, les réformateurs n'ont pas voulu trancher entre l'aidant salarié et l'aidant informel. Or, les orientations européennes vont aujourd'hui clairement dans le sens d'une professionnalisation de la prise en charge des personnes dépendantes, afin de libérer les femmes du "care" et de leur permettre de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale. Cette pression est d'autant plus forte que l'Union européenne compte sur une augmentation du taux d'emploi des femmes (objectif de 50% à l'horizon 2010) pour atteindre le plein emploi et sur le secteur de la santé et des soins

1) Une première évaluation avait été faite dès le mois de mars 1999, soit trois mois après l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance. Un bilan de l'application de l'assurance dépendance après de 2 ans de fonctionnement avait été prévu dans le programme gouvernemental d'août 1999. Il a été établi au cours du premier trimestre 2001. Il a donné lieu à une large consultation des différents acteurs impliqués dans l'assurance dépendance. Un projet de loi portant réforme de l'assurance dépendance a été déposé le 14 mai 2003.

de longue durée (appellation pour la prise en charge de la dépendance) pour créer de nouveaux emplois.

D'autres problèmes semblent relever de la culture et de la mentalité. Luxembourg appartient dans la classification des "Welfare State" établie par Gosta Esping-Andersen (Esping-Andersen 1990) au régime dit "corporatiste-conservateur". Le traitement de la question de l'aidant dans la réforme de l'assurance dépendance de 2005 confirme cette classification.

D'une part, les acteurs socio-professionnels du système luxembourgeois ont rejeté la figure de l'aidant salarié embauché par un particulier pour lui fournir des aides et des soins à domicile. Ils ont ainsi entendu protéger le marché du travail classique et refusé de créer des "emplois de proximité". Le danger réside cependant dans le retour à la clandestinité des aidants salariés et dans l'émergence d'un marché du "travail au noir", alimenté par une main-d'oeuvre féminine étrangère de condition modeste. Le compromis de 1998 avait tenté une approche plus pragmatique. Cette remarque vaut également pour le recentrage sur l'aidant informel et l'affaiblissement de son statut.

D'autre part, l'évolution démontre également que l'approche "paternaliste", qui consiste à considérer la personne dépendante comme une personne vulnérable, qu'il faut protéger contre elle-même et contre son entourage, n'a guère disparu. En tentant de modifier la représentation des personnes dépendantes, les réformateurs entendaient proposer un modèle pour l'avenir, un modèle plus en phase avec la génération du baby-boom née après la 2e Guerre Mondiale. Est-ce que ces idées étaient en avance sur leur temps? Dans ce cas, il ne fallait pas les abroger, mais plutôt engager une réflexion sur leur adaptation progressive au changement des générations.

L'analyse de la réforme de 2005 sous l'angle de "l'aidant" nous montre qu'il faut reprendre la réflexion sur la personne dépendante comme acteur central de l'assurance dépendance luxembourgeoise en repartant des grands principes fondateurs et en les confrontant à la réalité.

Bibliographie

BASTIAN (Nadine), Les droits individuels de la personne protégée dans le cadre de l'application de la législation relative à l'assurance dépendance, BLQS 2004 Volume 16, p.7.

BLQS (Bulletin luxembourgeois des questions sociales), Numéro spécial, L'assurance dépendance. 1999 Volume 7.

BLQS (Bulletin luxembourgeois des questions sociales), Journée nationale de l'assurance dépendance (17 octobre 2007). 2008 Volume 24.

ESPING-ANDERSEN Gosta, The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press 1990.

Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS), Rapport 2004, Rapport 2006.

KERSCHEN (Nicole), La dependencia como nuevo riesgo de la Seguridad Social: el ejemplo de la creacion del seguro de dependencia en Luxemburgo in GONZALEZ ORTEGA S., QUINTERO LIMA (G.) (eds), Proteccion social de las personas dependientes. Laley, Coleccion relaciones laborales, Madrid 2004, 213.

Projet de loi N°5146 modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance, Exposé des motifs: <http://www.secu.lu/legis/legis/Docparl/no5146/sommaire.htm>

SEYWERT (Denise), L'assurance dépendance au Luxembourg. Bulletin des Questions Sociales (BLQS) 1996, Volumes 1 et 2, p. 1.

ANNEXE. Tableaux

Tableau 1. Evolution des valeurs monétaires/heure (en EUR)

Exercice	Etablissements d'aides et soins	Réseaux d'aides et soins à domicile	Montant de la prestation en espèces ^a
1999	35,2	37,2	½ de 37,2 = 18,6
2000	35,2	37,7	½ de 37,7 = 18,85
2001	33,7	44,6	½ de 44,6 = 22,3
2002	34,5	45,3	½ de 45,3 = 22,65
2003	35,8	47,7	½ de 47,7 = 23,85
2004	37,58	48	½ de 48 = 24
2005	37,8	50	½ de 50 = 25
2006	39,9	51,3	25 ^b
2007	42,46 ^c	52,44 ^d	25
2008	-----	53,41 ^e	25

- a. Jusqu'au 1er janvier 2006, la valeur de la prestation en espèces était la moitié de la valeur de la prestation en nature des réseaux d'aides et soins à domicile
- b. Art. 354 al.3 CAS.
- c. Protocole d'accord fixant la valeur monétaire applicable aux établissements d'aides et de soins à séjour continu (article 389 CAS), signé entre l'UCM et la COPAS, le 22 décembre 2006, Mémorial A N°5 du 2 février 2007 p. 44.
- d. Protocole d'accord fixant la valeur monétaire applicable aux réseaux d'aides et de soins (article 390 CAS), signé entre l'UCM et la COPAS, le 22 décembre 2006, Mémorial A N°5 du 2 février 2007 p. 43.
- e. Protocole d'accord fixant la valeur monétaire applicable aux réseaux d'aides et de soins (article 390 CAS), signé entre l'UCM et la COPAS, le 21 décembre 2007, Mémorial A N°14 du 1er février 2008 p. 160.

Source: Rapport IGSS 2006 p. 185 (Tableau 78).

Tableau 2a. Coût moyen de la prestation en espèces en cas de "prestation en espèces uniquement"

Année	Nombre de bénéficiaires "prestation en espèces uniquement"	Coût des "prestations en espèces uniquement"	Coût moyen de la prestation en espèces
2004	2.196	16 Mi EUR	600 EUR/mois
2005	2.032	19,7 Mi EUR	800 EUR/mois

Source: Rapport IGSS 2006 et mise en forme par l'auteur.

Tableau 2b. Coût moyen de la prestation en espèces en cas de "prestation combinée"

Année	Nombre de bénéficiaires "prestation combinée"	Coût des "prestations en espèce" dans "prestations combinées"	Coût moyen de la prestation en espèces
2004	2.991	19,3 Mi EUR	533 EUR/mois
2005	3.365	20,6 Mi EUR	508 EUR/mois

Source: Rapport IGSS 2006 et mise en forme par l'auteur.

Tableau 3. Répartition des personnes dépendantes entre l'établissement d'aides et de soins et le maintien à domicile (2001 et 2006)

Année	Etablissement	Domicile	Total
2001 ^a	47%	53%	100%
2006 ^b	33,4%	66,6%	100%

a. Source: IGSS Rapport 2004 p. 175 (extrait du Tableau 9)

b. Sources: IGSS Rapport 2006 p. 137 (extrait du Tableau 8)

Tableau 4. Répartition des bénéficiaires à domicile par type de prestations

Situation	Prestations en nature uniquement	Prestations en espèces uniquement	Prestations combinées	Total
	En % du total	En % du total	En % du total	En % du total
2001 ^a	11,5%	48,8%	39,7%	100%
2006 ^b	16,3%	32,6%	51%	100%

a. Source: IGSS Rapport 2004 p. 196 (extrait du Tableau 44).

b. Source: IGSS Rapport 2006 p. 150 (extrait du Tableau 38).

Tableau 5. Répartition du coût des prestations combinées entre prestations en nature et prestations en espèces (en Mi d'Euros)

Type de prestations	2003		2004		2005	
<i>Prestations combinées</i>	52,3 Mi	100%	70,6 Mi	100 %	77,4 Mi	100%
<i>Prestations en nature</i>	14,9 Mi	28,5%	51,4 Mi	72,8%	56,8 Mi	73,4%
<i>Prestations en espèces</i>	37,4 Mi	71,5%	19,3 Mi	27,2%	20,6 Mi	26,6%

Source: IGSS Rapport 2006 p. 164 (extrait du Tableau 55).

Tableau 6. Evolution des dépenses par type de prestataires (en Mi d'Euros)

Année	Etablissements d'aides et soins	Réseaux d'aides et de soins (à domicile)	Aidants (à domicile)	
			Prestations en espèces	Mesures à l'égard de l'aidant
2004	113,6	49,2	35,3	1,7
2005	127,7 +12,41%	65,3 + 32,72%	40,3 + 14,16%	1,9
2006	141,4 +10,72%	82,2 + 25,88%	---	2,2

Source: Rapport IGSS 2006 p. 180 et mise en forme par l'auteur.

LES AIDES TECHNIQUES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Mémoires présentés par

Stéphane KLOP

et

Katja TURINETTI

*Cellule d'évaluation et d'orientation
Inspection générale de la sécurité sociale
Ministère de la Sécurité sociale
Luxembourg*

PRÉAMBULE

En 2006, le jury d'examen de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale a défini de nouvelles modalités pour le déroulement de l'examen de fin de stage des professionnels de la santé de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation. C'est ainsi que les deux candidats kinésithérapeutes, Katja Turinetti et Stéphane Klop ont été amenés à rédiger un mémoire de fin de stage. Les thèmes des deux mémoires portaient respectivement sur "les aides techniques en relation avec un besoin d'aide dans les domaines de l'hygiène et de l'élimination" et "les aides techniques en relation avec un besoin d'aide dans le domaine du déplacement". Les travaux de recherche réalisés pour l'élaboration du mémoire ont constitué une base de réflexion importante sur certaines orientations prises par le législateur dans le cadre des modifications de la loi du 19 juin 1998 sur l'Assurance Dépendance qui allaient entrer en vigueur au 1er janvier 2007.

Ainsi un accent particulier a été porté à la qualité des prestations. Cette nouvelle dimension qualité a été formalisée, dans les modifications de la loi, en introduisant deux nouvelles missions pour la CEO et en instaurant une Commission de Qualité des Prestations.

L'article 387bis du Code de la Sécurité Sociale précise les missions de la commission de qualité des prestations à savoir l'élaboration des propositions de lignes directrices et de standards de référence notamment en matière de qualité de soins, aides techniques et adaptations du logement et l'article 385 alinéas 7 et 8 introduit les deux nouvelles missions de la Cellule d'évaluation et d'orientation:

- "contrôler la qualité des prestations fournies à la personne dépendante, compte tenu des normes définies"
- "contrôler, notamment au vu de la documentation des soins, l'adéquation entre les prestations effectivement dispensées et les besoins de la personne."

L'objectif était donc de commencer, à travers ces mémoires, les premières réflexions afin de mettre en œuvre un contrôle de qualité au niveau des aides techniques mais aussi de présenter les critères d'octroi des aides techniques en relation avec un besoin d'aide dans les domaines de l'hygiène, de l'élimination et du déplacement.

La sélection des trois domaines précédemment cités et le type des aides techniques ici considérées s'est faite sur base des aides techniques les plus souvent distribuées au cours de l'année 2006.

Les deux mémoires se composent chacun d'une partie théorique et d'une partie pratique.

Dans la partie théorique sont décrites les caractéristiques des différentes aides techniques, leurs critères de détermination ainsi que les avantages et inconvénients de leurs propriétés techniques et fonctionnelles. Cette première partie pourrait servir actuellement de guide dans le choix des aides techniques à octroyer parmi celles prises en charge par l'Assurance dépendance.

Dans la partie pratique est décrite la démarche mise en œuvre dans le cadre d'un possible contrôle de qualité. Cette partie comporte cinq cas pratiques, illustrés par le questionnaire type qui a permis d'évaluer les degrés de satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'aide technique, la qualité du service presté par le fournisseur et de vérifier l'adéquation de l'aide technique.

Réaliser une étude à si petite échelle ne permettait pas de fournir des données statistiquement significatives et représentatives. Cependant, elle a permis de mettre en évidence des points positifs et des pistes d'amélioration.

La satisfaction des bénéficiaires était un des points forts de cette étude. Les aides techniques ont été acceptées et régulièrement utilisées, apportant ainsi un gain d'autonomie au bénéficiaire. Dans certains cas, l'intervention d'une tierce personne a été facilitée. Dans d'autres, elle est même devenue inutile. Toutefois, lors des visites, des problèmes de réglages et d'utilisation non adéquats ont été constatés. Sur ce point, on peut s'interroger quant à la qualité du service presté par le fournisseur notamment lors de la mise à disposition des aides techniques et sur les explications fonctionnelles fournies.

L'interrogation exprimée dans cette étude peut probablement être étendue à l'ensemble des aides techniques mises à disposition au Grand-duché du Luxembourg, voire à l'ensemble des prestations de l'Assurance Dépendance.

Contrôler la qualité des prestations de l'assurance dépendance est notamment une des missions du service de la Promotion de la Qualité et Contrôle des Prestations mis en place le 01 janvier 2009. Alors que les questionnaires types, tels qu'ils ont été élaborés dans les deux mémoires, n'ont pas été retenus comme outils de travail, le Service Promotion de la Qualité et Contrôle des prestations pourra s'appuyer sur ces premières expériences afin de développer les modalités de contrôle et de mesure de la satisfaction des bénéficiaires au niveau des aides techniques.

A l'heure actuelle, les aides techniques ne font pas l'objet d'un suivi ni d'un contrôle après livraisons. L'aide technique proposée est livrée et installée sans vérifications ultérieures d'un membre de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation. En l'absence d'une manifestation ou réclamation d'un bénéficiaire, aucune information ne permet d'identifier si l'aide technique octroyée répond à ses attentes et ses besoins.

Développer et généraliser ce contrôle de qualité dans le cadre des aides techniques visera donc à vérifier si les aides techniques octroyées par la Cellule d'Evaluation et d'Orientation correspondent aux besoins établis lors de l'évaluation initiale du demandeur. De même, il s'attardera à étudier et à améliorer le service presté notamment par les différents intervenants en relation avec les aides techniques et notamment les différents fournisseurs de matériel: entreprises privées et service des moyens accessoires (SMA).

Il est cependant important de noter que pour un type bien précis d'aides techniques à savoir les élévateurs escalier, un contrôle qualité systématique est déjà réalisé par la Cellule d'Evaluation et d'Orientation lors d'une visite à domicile après certification technique d'un organisme de contrôle agréé.

Les ergothérapeutes et kinésithérapeutes effectuent quant à eux un contrôle fonctionnel avec une mise en situation du bénéficiaire. Cette mise en situation s'accompagne d'une vérification de la conformité du devis et d'une mesure de la satisfaction de la personne et de son entourage. Enfin, une nouvelle analyse du besoin d'aide dans le domaine de la mobilité est réalisée.

La Cellule d'évaluation et d'orientation présente à travers ces deux travaux de recherche, des pistes de réflexes dans l'élaboration d'une démarche qualité dans le cadre de la promotion qualité et du contrôle des prestations des aides techniques et des adaptations du logement.

Ces mémoires sont publiés tels qu'ils ont été rédigés et présentés en 2006.

LES AIDES TECHNIQUES EN RELATION AVEC UN BESOIN D'AIDE DANS LES DOMAINES DE L'HYGIÈNE ET DE L'ÉLIMINATION

Stéphane KLOP

*Kinésithérapeute
Cellule d'évaluation et d'orientation*

INTRODUCTION

La loi du 19 juin 1998 porte introduction d'une assurance dépendance au grand-duché du Luxembourg. L'Assurance dépendance a pour objectif de couvrir le risque de dépendance. Par dépendance, on entend "*l'état d'une personne qui par suite de maladie physique, mentale et 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*". Ces besoins d'assistance se situent dans le domaine de l'hygiène corporelle qui comprend l'élimination, de la nutrition et de la mobilité.

Un des objectifs de l'assurance dépendance est d'assurer le maintien à domicile des personnes dépendantes en maintenant ou en augmentant leur autonomie dans la réalisation des actes essentiels de la vie. L'assurance dépendance prend en charge les prestations d'aides et de soins, les produits nécessaires aux aides et aux soins, les adaptations du logement ainsi que les aides techniques. (article 356 de la loi du 19 juin 1998).

Ce mémoire se rapportera exclusivement aux aides techniques mises à la disposition des personnes vivant à domicile et nécessitant un besoin dans la réalisation de l'hygiène corporelle. Il faut noter que les dépenses dans ce domaine sont les plus importantes et représentent, avec le domaine de la mobilité, 82,6% du coût total des actes essentiels de la vie (rapport général de la sécurité sociale 2004).

Les aides techniques faisant l'objet de ce mémoire, se limiteront à celles qui se rapportent aux différents actes tels que se laver, se baigner, se doucher et aux actes d'élimination sans tenir compte du cadre de l'adaptation du logement. Ces aides techniques seront également illustrées par des photos. La protection contre l'incontinence ainsi que l'absorption des urines ne seront pas développées.

Ce mémoire présentera 2 chapitres. Le premier chapitre comprendra un bref récapitulatif des généralités concernant les aides techniques ainsi que les caractéristiques et critères de détermination de chacune d'elle. Le deuxième chapitre tentera d'élaborer une démarche à suivre dans le cadre d'un contrôle de qualité de ces aides techniques. Ce chapitre sera illustré par cinq cas pratiques.

CHAPITRE I

1. LES AIDES TECHNIQUES

1.1. Définition et classification

La dénomination "aide technique" recouvre la notion de matériel ou d'équipement en opposition avec l'aide humaine. Des définitions internationales existent, précisant le champ couvert par les aides techniques. Ainsi, la norme ISO 9999, définit les aides techniques comme *"tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap."*

La classification internationale ISO distingue, selon le champ concerné des activités de la vie quotidienne, les types d'aides techniques suivantes:

- Les aides pour les soins personnels (l'habillement, l'élimination et l'hygiène)
- Les aides pour les activités domestiques
- Les aides pour la locomotion et le transport
- Les aides pour l'adaptation du logement
- Les aides à la communication et au contrôle de l'environnement

1.2. Conditions et modalités de la prise en charge par l'assurance dépendance

En cas de maintien à domicile, toute personne a droit à la prise en charge d'aides techniques pour augmenter son autonomie de vie (article 356). Les limites, conditions et modalités de la prise en charge par l'Assurance dépendance sont fixées par règlement grand-ducal. L'octroi d'une aide technique est toujours subordonné à un avis motivé de la cellule d'évaluation et d'orientation, qui détermine le besoin sur base d'une évaluation d'aide technique. Les aides techniques peuvent être octroyées, sans que la personne atteigne le seuil des 3,5 heures pour les actes essentiels de la vie. L'aide technique ne peut être octroyée qu'en cas de déficit dépassant une durée d'utilisation prévisible de 6 mois et non pour une phase de réhabilitation. La mise à disposition des aides techniques doit répondre aux besoins en matière de sécurité, de prévention et de soulagement de la douleur. Elle doit également faciliter la tâche de l'aidant informel.

1.3. Les formes de prises en charge

Les aides techniques sont mises à la disposition de la personne dépendante sous la forme de **location** conformément aux modalités déterminées par l'article 396. 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.

En principe, les appareils sont loués au demandeur, par l'intermédiaire du service des moyens accessoires (SMA), qui se charge également de l'entretien et des réparations du matériel. Le prix de location est payé par l'assurance dépendance.

Le matériel loué reste à la disposition de la personne aussi longtemps qu'il correspond à ses besoins. Le cas échéant, il est reconditionné et mis à la disposition d'un autre demandeur, pour autant qu'il soit en bon état.

Lorsque la location d'une aide technique n'est pas possible, pour des raisons techniques et/ou hygiéniques, l'aide technique est alors achetée par l'assurance dépendance et mise à la disposition de la personne conformément à l'article 356.

En cas d'**acquisition**, l'aide technique ne sera plus récupérée lorsque le besoin a cessé. Ceci concerne essentiellement les aides techniques spécifiquement adaptées à une personne ou certaines aides techniques relevant du domaine de l'hygiène.

Un achat privé d'une aide technique, sans consultation de la CEO, ne sera pas pris en charge rétroactivement.

2. FACTEURS ET CRITÈRES DE DÉTERMINATION DES AIDES TECHNIQUES DANS LE DOMAINE DE L'HYGIÈNE ET DE L'ÉLIMINATION

Pour déterminer l'utilité et la nécessité d'une aide technique il faut établir le besoin d'aide que la maladie, la déficience ou l'handicap entraîne chez la personne. La personne voulant bénéficier d'une aide technique, doit généralement se soumettre à une évaluation d'aide technique, réalisée par un professionnel de la santé (kinésithérapeute ou ergothérapeute) de la CEO, définit dans ce mémoire comme "l'évaluateur d'aide technique" ou "évaluateur AT".

L'évaluation de la personne doit être individualisée, globale, fonctionnelle et environnementale. De ce fait il est important de faire cette évaluation en présence du demandeur et de l'aidant informel du demandeur. Une visite du milieu dans lequel évolue le demandeur donne un aperçu global de la situation.

La détermination des aides techniques se base sur 4 facteurs.

- a) Le demandeur/bénéficiaire
- b) L'aidant informel et/ou le réseau d'aides et de soins
- c) La structure architecturale
- d) Les aspects économiques

a) Le demandeur/bénéficiaire

Une collecte de données détaillées, permet de rassembler des renseignements sur l'état général du demandeur. Ces renseignements sont fournis par un rapport médical (R20). Il se peut que le demandeur possède déjà un dossier auprès de l'assurance dépendance. Dans ce cas, des données supplémentaires peuvent être recueillies sur base de l'évaluation médicale et de l'évaluation de base réalisées précédemment.

Les critères sur lequel repose l'évaluation d'aide technique du demandeur sont:

- Le diagnostique médical ainsi que les antécédents médicaux et chirurgicaux
- Les capacités motrices (tonus, force musculaire, précision gestuelle, coordination, amplitudes articulaires), les capacités cognitives, les capacités psychiques
- Les capacités sensorielles (vue, sensibilité superficielle et profonde)
- L'autonomie fonctionnelle dans les activités de l'hygiène corporelle et lors des transferts

- Les aspects morphologiques (taille, poids, déformations physiques)
- Les habitudes de vie (utilisation de la douche ou de la baignoire)

b) L'aidant informel et/ou le réseau d'aide et de soins

En cas de dépendance partielle, une tierce personne doit intervenir pour effectuer les actes essentiels de la vie journalière du demandeur. Il est de ce fait important de connaître également les capacités physiques de l'aidant et les difficultés qu'il éprouve lors des actes à accomplir.

L'aide technique doit pouvoir soulager les actes réalisés par la tierce personne, en diminuant l'effort physique à fournir, en facilitant l'accessibilité auprès du bénéficiaire et en supprimant tout risque d'accident.

c) La structure architecturale ou environnementale

En effectuant la visite du domicile, il est important de bien cerner le milieu dans lequel évolue le demandeur. Au niveau de la salle de bains, plusieurs aspects sont à prendre en considération.

- La dimension de la pièce en elle-même, son accessibilité, l'espace disponible pour se mouvoir
- Les éléments sanitaires présents. (douche, baignoire, WC)
- Les dimensions des différents éléments sanitaires
 - a. la douche: largeur du bac receveur, hauteur du seuil à enjamber, passage libre entre les portes de douches)
 - b. la baignoire: hauteur externe, profondeur, largeur interne et externe
 - c. le WC: hauteur d'assise, aire de rotation disponible en cas de WC séparé

d) Aspect économique

Dans le cas de figure où plusieurs aides techniques sont susceptibles de pallier aux besoins du demandeur, il va du bon sens de l'évaluateur AT de porter son choix sur la solution la moins coûteuse ainsi que sur une aide technique récupérable.

(exemple: la chaise de douche au lieu d'un siège mural fixé)

Si l'évaluateur AT se trouve en présence d'une douche et d'une baignoire, une seule solution sera retenue pour assurer la toilette complète de la personne. Dans ce cas, la solution retenue sera celle qui permet de respecter les habitudes de vie de la personne tout en lui garantissant la sécurité et l'aide nécessaire aux soins corporelles.

3. LES AIDES TECHNIQUES DANS LE DOMAINE DE L'HYGIÈNE

Les aides techniques dans le domaine de l'hygiène doivent permettre à la personne d'assurer une toilette complète avec un maximum d'autonomie et en toute sécurité. L'aide technique apportée doit également soulager le travail de l'aidant en cas de dépendance partielle de l'utilisateur. Les problèmes rencontrés dans les actes liés à l'hygiène sont essentiellement, l'accessibilité de la douche et de la baignoire. Enjamber une baignoire ou une douche dont le seuil est trop haut ainsi qu'une station prolongée dans la douche, constituent des risques de chutes élevés, surtout lorsqu'on opère dans un milieu humide et glissant.

Les aides techniques citées ci-dessous, comprennent uniquement celles qui sont le plus fréquemment octroyées par la CEO et qui n'entrent pas dans le cadre d'un aménagement du logement. Les différentes aides techniques sont regroupées suivant leur utilisation à savoir dans la douche, dans la baignoire ou de façon globale dans la salle de bain. Elles sont classées selon leur fréquence de mise à disposition actuelle par ordre décroissant. Pour chaque aide technique citée dans ce mémoire, le nombre indiqué entre parenthèse (mise à disposition MED: ...) correspond au nombre d'aides techniques en utilisation au mois d'avril 2006. (Statistiques de l'UCM)

3.1. Les aides techniques à utilisation dans la douche.

3.1.1. La chaise de douche

(code iso: 09 33 03 02 / MED: 470)

Caractéristiques: La chaise de douche possède une assise (rembourrée ou non), un dossier, des accoudoirs (fixes, relevables ou escamotables), des pieds à embout antidérapants (ventouses ou caoutchouc) réglables en hauteur ou fixe. L'assise peut être munie d'une ouverture hygiénique.

Critères de détermination: Troubles de l'équilibre, faiblesse musculaire, difficultés d'accéder aux pieds, dyspnée d'effort.

Forme de prise en charge: Acquisition

Avantages: L'assise large et confortable offre une bonne sécurité. Les accoudoirs facilitent les transferts et sont une aide pour se lever. Les matériaux sont robustes, légers et anti-corrosifs. La chaise peut facilement être positionnée dans la douche pour permettre une bonne accessibilité à la tierce personne. De même, elle peut être utilisée devant le lavabo. Un dispositif d'évacuation (petits trous) permet l'écoulement de l'eau. Elle est récupérable et de ce fait économiquement intéressante.

Désavantages: Elle risque d'être encombrante dans une douche (inférieure à 80cm de largeur et de longueur) ou dans une salle de bain étroite.

Remarque:

Le modèle de chaise triangulaire pour installer dans le coin de la douche est fréquemment octroyé par la CEO, car il est très peu encombrant et offre beaucoup de place pour les jambes.

3.1.2. Le siège de douche mural à hauteur fixe

(code iso: 09 33 03 03 / MED: 226)

Caractéristiques: Il se fixe à une des parois de la douche. Il peut être muni d'un dossier et d'accoudoirs relevables. L'assise se laisse rabattre vers la paroi et elle peut présenter une ouverture hygiénique. Pieds de support disponible en présence d'une personne de forte corpulence.

Critères de détermination: Troubles de l'équilibre, faiblesse de membres inférieurs, vertiges; indiqué en présence d'une douche de petite taille.

Forme de prise en charge: Acquisition

Avantages: Peu encombrant

Désavantages: Il offre moins de mobilité de part sa fixation (utilisation uniquement dans la douche), la hauteur n'est pas réglable et donc pas ajustable à un autre utilisateur, ne convient pas aux personnes de plus de 120kg.

Pas de reprise du matériel, d'où un intérêt économique peu intéressant.

Remarque:

Le siège de douche à hauteur fixe n'est octroyé que lorsque aucune autre solution n'est possible.

3.1.3. La chaise percée toilettes/douches avec roues

(code iso: 09 12 03 04 / MED: 107)

Remarque:

Les modèles les plus octroyés par la CEO sont le modèle "clean" de la marque ETAC et le modèle "McWet" de la firme "MEYRA". Ces chaises sont achetées en gros par le SMA, bénéficiant ainsi d'une offre de prix plus favorable.

Caractéristiques: Cette chaise est identique à celle citée ultérieurement, si ce n'est qu'elle possède des roues. La chaise existe avec 4 roues de petite taille ou bien avec 2 petites roues à l'avant et 2 grandes roues à l'arrière. Une bassine peut s'installer sous l'assise si besoin, afin de servir comme chaise percée. Elles sont toutes protégées contre la corrosion.

Critères de détermination: La chaise de douche à pousser (à petites roues) convient aux personnes complètement dépendantes ou aux personnes à mobilité réduite. Elle est utilisable uniquement dans une douche de plain-pied. Le modèle "à grandes roues" permet à l'utilisateur de se déplacer lui-même, ce qui permettra une autonomie complète pour se laver.

Forme de prise en charge: Acquisition

Avantages: Le transfert sur la chaise peut se faire à l'extérieur de la douche offrant ainsi plus de place pour la manœuvre. Après la douche, la personne peut être essuyée tout en restant assise et peut être conduite près du lavabo pour la suite des soins sans pour autant devoir refaire un transfert. La chaise peut également être placée au dessus du WC, évitant ainsi un transfert supplémentaire. Le modèle "à petites roues" convient aux personnes complètement dépendantes et peut être utilisée comme moyen de déplacement d'une pièce à l'autre lorsque la largeur des portes ne permet pas le passage d'un fauteuil roulant. Il nécessite un espace de rotation minime du fait qu'il peut tourner sur place.

Désavantages: Les quatre petites roues peuvent donner une impression d'instabilité à son utilisateur. La chaise de douche à grandes roues nécessite une aire de rotation plus grande que l'autre chaise, et peut devenir encombrante dans une salle de bain étroite. La douche de plain pied s'adapte parfaitement à leur utilisation.

3.1.4. La cabine de douche

(code iso: 09 33 09 00 / MED: 52)

Caractéristiques: Il s'agit d'une cabine complète, comprenant la robinetterie, deux parois toute hauteur et deux portes de douche mi-hauteur. La douche comprend un receveur de douche de 2cm et une rampe d'accès amovible selon le modèle. L'accès se fait par des portes mi-hauteurs pivotantes. Les cabines peuvent être équipées de rideau toute hauteur.

Critères de détermination: En présence d'une douche ou d'une baignoire inaccessible par sa structure ou par sa localisation dans la maison. Cette solution est proposée lorsque le bénéficiaire n'atteint pas le seuil des 3,5 heures par semaine et ne peut bénéficier d'une adaptation du logement.

Forme de prise en charge: Acquisition.

Avantages: Peut s'installer dans n'importe quelle pièce à condition de disposer d'un système de raccordement à l'alimentation et à l'évacuation d'eau. Les portes de douche rabattables et mi-hauteur facilitent l'accès à la douche au bénéficiaire ainsi que l'accessibilité de l'aidant auprès de ce dernier.

Désavantages: Prix élevé de l'installation et problèmes fréquents de fonctionnement. L'endroit d'installation doit disposer d'un sol plat pour éviter de refaire la chape. Il n'y a pas de suivi de chantier de l'Adaph comme lors d'une adaptation du logement.

3.1.5. Le tabouret de douche

(code iso: 09 33 03 01 / MED: 31)

Caractéristiques: Il est constitué d'une simple assise et de pieds (réglables en hauteur ou non) à embouts antidérapants (ventouse ou caoutchouc)

Critères de détermination: Troubles de l'équilibre en station debout, faiblesse des membres inférieures, dyspnée d'effort.

Il convient parfaitement aux receveurs de douche de petite taille.

Forme de prise en charge: acquisition

Avantages: Il convient aux personnes pouvant assurer seules leurs toilettes. Il offre une meilleure sécurité et diminue le risque de chute. Le tabouret de douche est très maniable, plus léger et moins encombrant que la chaise de douche. Il peut être facilement placé dans la douche en fonction du besoin.

Désavantages: Etant donné qu'il est dépourvu d'accoudoirs et d'un dossier, il offre moins de support. L'utilisateur doit posséder une assise stable et une bonne stabilité du tronc.

3.1.6. Le siège de douche murale à hauteur réglable

(code iso: 09 33 03 04 / MED: 16)

Caractéristiques: Identique au siège mural à hauteur fixe cité précédemment, sauf que celui-ci est réglable en hauteur.

Critères de détermination: Mêmes critères que le siège de douche mural à hauteur fixe. Le réglage en hauteur constitue un avantage en cas de deux bénéficiaires de tailles différentes.

Forme de prise en charge: Acquisition ou location, selon l'état du matériel.

Avantages: Il peut ainsi être facilement ajusté selon les besoins de l'utilisateur.

Désavantages: Identique au siège cité précédemment

3.1.7. Le brancard de douche

(code iso: 09 33 12 01 / MED: 6)

Caractéristiques: Le brancard de douche se compose d'un matelas étanche délimité par 4 barrières métalliques. Celles-ci sont placées latéralement et sont escamotables. Il possède 4 roulettes pivotantes à freins. Le réglage en hauteur se fait soit par système électrique, soit par système hydraulique. Un système d'évacuation permet l'écoulement de l'eau.

Critères de détermination: Personne grabataire ou à forte diminution de la mobilité nécessitant une aide complète

Forme de prise en charge: Location

Avantages: Il permet de transférer aisément la personne du lit à la douche (et inversement), en limitant l'intervention manuelle, tout en garantissant une excellente posture de travail pour l'équipe soignante. Grâce aux roulettes et à son système d'élévation, le brancard de douche peut être facilement amené à hauteur du lit. Le déshabillage, le séchage et l'habillage peuvent se faire sans transfert supplémentaire. Grâce au système d'évacuation d'eau, il peut être installé à côté d'une douche, d'une baignoire ou d'un lavabo.

Désavantages: Le brancard de douche est fort encombrant et nécessite donc beaucoup de place.

3.1.8. La chaise percée toilettes/douches avec roues, assise et dossier inclinables

(code iso: 09 12 03 04 / MED: 4)

Caractéristiques: Le fauteuil est muni de repose-pieds réglables et d'accoudoirs escamotables. L'assise est rembourrée et peut s'incliner vers l'arrière. Le dossier est muni d'un appui-tête réglable. Le centre de l'assise possède une ouverture en forme de serrure. La chaise est munie de 4 quatre petites roues. Un système d'évacuation (petits trous) permet l'écoulement de l'eau.

Critères de détermination: Dépendance complète du bénéficiaire, l'inclinaison en arrière permet un meilleur positionnement ou une meilleure stabilité.

Forme de prise en charge: acquisition

Avantages: L'inclinaison peut contribuer à l'adoption d'une position assise plus stable et ainsi faciliter l'intervention de la tierce personne.

Désavantages: La chaise est encombrante et nécessite une aire de rotation suffisamment grande et ne peut être utilisée qu'en présence d'une douche de plain pied.

3.2. Les aides techniques à utilisation dans la baignoire

Entrer ou sortir de la baignoire est un exercice difficile pour toute personne présentant un équilibre précaire, une perte de mobilité ou une faiblesse musculaire des membres inférieurs.

L'accès de la baignoire est un problème fréquemment rencontré et pour lequel il existe une certaine diversité de solutions. Il est donc important d'explorer ces solutions avant de supprimer la baignoire au profit d'une douche de plain pied.

3.2.1. Le siège de bain électrique

(code iso: 09 33 03 07 / MED: 1110)

Caractéristiques: Le siège se place dans la baignoire. Il est muni d'une assise large pouvant recouvrir toute la largeur de la baignoire et d'un dossier inclinable ou fixe. Il est alimenté par batterie rechargeable et comprend une commande manuelle pour le réglable en hauteur.

Critère de détermination: Troubles vertigineux, troubles de l'équilibre, faiblesse musculaire des membres inférieurs et supérieurs, prothèse totale de hanche (PTH).

Forme de prise en charge: Location

Avantages: Il facilite considérablement l'entrée et la sortie du bain et permet un transfert en toute sécurité. Il permet aussi à la personne de se doucher ou de prendre un bain. Grâce à sa commande manuelle, l'utilisateur peut faire descendre ou monter le siège de façon autonome. Le réglage en hauteur permet de prendre un bain en position basse et favorise le transfert en position haute. L'aidant dispose d'une meilleure accessibilité auprès du demandeur, ce qui lui facilite son travail.

Désavantages: Malgré le fait que le siège de bain se laisse démonter en 2 parties, son poids de 7,5kg (ou 12kg selon le modèle) risque de présenter un inconvénient dans le cas où la baignoire est utilisée par d'autres personnes, qui préfèrent ne pas utiliser l'aide technique.

Remarque:

En présence d'une baignoire et d'une douche, la priorité sera portée sur l'aide technique pour la baignoire, car le risque de chutes y est moins important. Cependant les habitudes de vie de la personne doivent être prises en considération mais une mise en garde des dangers existants dans la douche doit être faite.

3.2.2. Le disque de transfert tournant et glissant pour siège de bain

(code iso: 12 30 06 03 / MED: 666)

Caractéristiques: Il s'agit d'une planche munie d'un disque placé sur le siège de bain électrique. La rotation facilite le transfert des jambes dans la baignoire, le glissement latéral facilite le bon positionnement sur le siège. La plaque tournante assure le mouvement de pivotement et de translation lors de tout type de transfert. L'assise large et antidérapante est souvent utilisée pour faciliter l'accès sur le siège de bain électrique. Le mouvement ne s'effectue qu'avec le poids de l'utilisateur, évitant ainsi les glissements intempestifs.

Critères de détermination: Faiblesse membres inférieurs et des membres supérieurs, dyspnée au moindre effort, transferts difficilement réalisables de façon autonome ou avec l'aide d'une tierce personne.

Forme de prise en charge : Location

Avantages: Il facilite les transferts, réduit les dérapages et permet de se tourner sans effort lors d'un changement de position.

Désavantages: Il ne fonctionne que si le siège peut être amené à la même hauteur que le bord de la baignoire.

Remarque:

Le disque tournant est complémentaire au siège de bain électrique.

3.2.3. Le siège de bain à hauteur fixe

(code iso: 09 33 03 05 / MED: 51)

Caractéristiques: Le siège de bain à hauteur fixe se pose sur la baignoire Il est muni d'un dossier et d'accoudoirs (relevables ou fixes). L'assise (rembourrée ou non) peut disposer d'une ouverture hygiénique. Il est autostable grâce à ses 4 rebords anti-dérapant et à ses 2 stabilisateurs latéraux en appui contre les rebords de la baignoire.

Critères de détermination: Les mêmes que pour le siège de bain électrique, au cas où il n'est pas du souhait du bénéficiaire de prendre un bain, en cas de crainte ou d'appréhension envers le siège de bain électrique

Forme de prise en charge: Acquisition

Avantages: Son siège pivotant ainsi que ses accoudoirs relevables facilitent le transfert; dispositif plus léger qui peut être enlevé facilement si plusieurs personnes utilisent la baignoire convient mieux aux baignoires de hauteur basse; il permet une position stable et sécurisante.

Désavantages: Installé au dessus de la baignoire, il offre peu de protection contre les éclaboussures.

3.2.4. La planche pour baignoire

(code iso: 09 33 24 00 / MED: 38)

Caractéristiques: La planche de bain est posée sur la baignoire. Elle peut être munie d'une poignée sur le côté.

Critères de détermination: Au cas où la baignoire n'est pas adaptée au siège de bain électrique

Forme de prise en charge: Location

Avantages: Elle permet de s'asseoir au-dessus de la baignoire. Elle est ajustable à la plupart des baignoires. L'utilisateur peut s'asseoir directement sur la planche et peut ainsi aisément pivoter ses jambes vers l'intérieur ou vers l'extérieur de la baignoire. Dispositif léger.

Désavantages: L'utilisateur ne dispose d'aucun maintien ni dorsal ni latéral. Il doit posséder une certaine autonomie et un bon équilibre en position assise.

3.2.5. Les baignoires comprenant les baignoires portables et pliantes

(code iso: 09 33 21 00 / MED: 4)

Caractéristiques: Ceci concerne les baignoires réglables en hauteur et les baignoires avec une portière latérale

Critères de détermination: Uniquement octroyées sur demande et avis médical, dans un but thérapeutique: réduire les spasmes musculaires, diminuer la douleur, améliorer la circulation sanguine, favoriser les mouvements articulaires.

Forme de prise en charge: Acquisition

Avantages: Dans le cas de certaines pathologies où l'immersion dans l'eau contribue au traitement thérapeutique. La baignoire réglable en hauteur facilite l'intervention de la tierce personne.

Désavantages: Lors de l'utilisation d'une baignoire à portière, l'utilisateur est assis à l'intérieure pendant le remplissage et pendant l'évacuation de l'eau. Risque de prendre froid, peu confortable. Ces dispositifs sont chers et pas récupérables

3.3. Les accessoires

3.3.1. Les barres d'appui et poignées d'appui

(code iso:18 18 06 00 / MED: 549 fixes; 124 relevables)

Caractéristiques: Les barres et les poignées d'appui peuvent être fixées à l'extérieur ou à l'intérieur de la douche, aux abords de la baignoire ou du lavabo. Elles sont de formes et de dimensions variables. Certains modèles sont amovibles et réglables en longueurs. Ceux-ci sont fixés au moyen de ventouses selon les besoins.

Critères de détermination: Troubles de l'équilibre, vertiges, instabilité à la marche et à la station debout.

Une barre verticale peut être envisageable, constituant ainsi un premier appui pour entrer ou sortir de la douche ou de la baignoire, une barre horizontale (ou diagonale) quant à elle offrira un soutien pour s'asseoir ou se relever. Le positionnement des barres sera étudié en fonction de la technique de transfert propre à chaque personne et de son besoin de stabilité lors de la douche ou du bain.

Forme de prise en charge: acquisition

Avantages: Les barres d'appui permettent de sécuriser l'entrée ou la sortie de la baignoire et de la douche ainsi que la station assise ou debout. La position, la forme et la dimension des barres seront choisies en fonction des besoins d'appuis identifiés (au cas par cas) et de la configuration des lieux.

Désavantages: La fixation des barres d'appui se fait en l'absence d'un membre de la CEO et ne sont donc pas forcément installées à l'endroit adéquat.

3.3.2. Les gants de toilette, éponges, brosses avec support, poignées ou pinces de fixation

(code iso: 09 33 30 00 / MED: 38)

Caractéristiques: Dispositifs utilisés pour se laver ou se frotter les parties du corps devenues inaccessibles avec les mains

Critères de détermination: Limitations articulaires des membres supérieures, manque de souplesse au niveau du tronc.

Forme de prise en charge: Acquisition

Avantages: Permet une meilleure accessibilité à toutes les régions du corps.

Désavantages: La manipulation requiert une bonne coordination de l'utilisateur.

Les aides techniques dans le domaine de l'hygiène

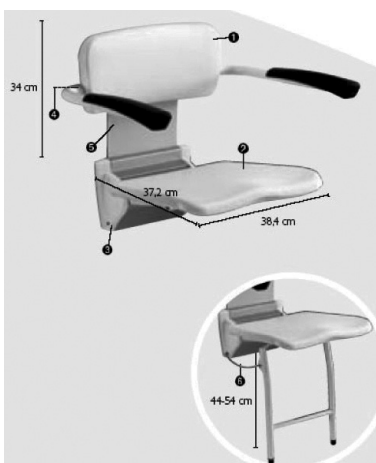
Pour la douche



Chaise douche (Swift)



Chaise de douche RCN pour coin



Siège de douche murale fixe ou douches réglable en hauteur



Chaise percée toilettes/ avec roues



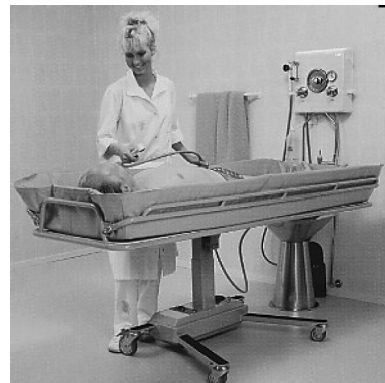
Cabine de douche



Tabouret de douche



Siège de douche murale fixe ou
réglable en hauteur



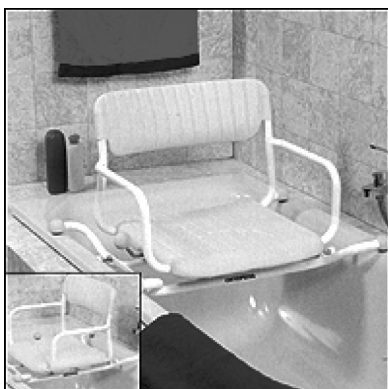
Brancard de douche



Chaise percée toilettes/douches avec roues, assise et dossiers

Pour la baignoire

Siège de bains électrique

Disque de transfert pour
siège de bains électrique

Siège de bains à hauteur fixe



Planche de bains



Baignoire avec porte + siège de bains à hauteur fixe

4. LES AIDES DANS LE DOMAINE DE L'ÉLIMINATION

Les aides techniques dans le domaine de l'élimination permettent de faciliter l'acte de l'élimination urinaire et fécale. Les problèmes rencontrés se situent essentiellement au niveau de l'accessibilité de la toilette ainsi que de l'installation de la personne sur la cuvette du WC. L'aide technique apportée doit permettre un transfert aisé et en toute sécurité aussi bien pour le bénéficiaire que pour la tierce personne.

Les aides techniques proposées ci-dessous sont essentiellement des aides faisant face aux problèmes de l'élimination. Elles n'affectent pas les problèmes liés à l'incontinence.

4.1. Le surélévateur avec fixations intégrées (non démontable)

(code iso: 09 12 18 00 / MED: 966)

Caractéristiques: Il permet de rehausser l'assise; il est muni d'accoudoirs relevables et se fixe sur le WC.

Critères de détermination: PTH, manque de stabilité assise, faiblesse musculaire des membres inférieurs.

Forme de prise en charge: Acquisition.

Avantages : Bonne stabilité du dispositif grâce aux fixations, diminue l'effort nécessaire aux transferts.

Désavantages: Pas facilement amovible en cas d'utilisation d'autres utilisateurs, surtout problématique si des enfants vivent dans le ménage.

4.2. Les chaises percées sans roues

(code iso 09 12 03 01 / MED: 456)

Caractéristiques: La chaise percée sans roues comprend des accoudoirs (rembourrés ou non), une assise percée complète (rembourrée ou non) et un dossier. Elle est munie d'un seau et d'un couvercle et possède une assise rembourrée, fermée et amovible en cas de non utilisation.

Critères de détermination: Troubles de la marche et de l'équilibre, pollakiurie, troubles de l'orientation spatiale, en cas d'absence d'un WC à l'étage.

Forme de prise en charge: Acquisition

Avantages: Elle peut être placée dans toutes les pièces. Elle est facilement et rapidement accessible en cas d'urgence. Installée dans la chambre, elle évite à son utilisateur de devoir effectuer un grand trajet la nuit pour se rendre aux toilettes et diminue ainsi le risque de chutes. Sa hauteur élevée et les accoudoirs facilitent le transfert. Elle peut également soulager l'aidant

informel, qui ne devra pas forcément se lever pour guider et accompagner la personne en cas de besoins.

Désavantages: Nécessite souvent l'aide d'une tierce personne pour vider le seau.

4.3. Le siège WC

(code iso: 09 12 09 00 / MED: 241)

Caractéristiques: Le siège de WC se compose d'une lunette normale avec accoudoirs et un couvercle. Il ne rehausse pas l'assise de la toilette.

Critères de détermination: Faiblesse musculaire des MI, vertiges, troubles de l'équilibre, instabilité en position assise.

Forme de prise en charge: Acquisition

Avantages: Les accoudoirs se trouvent tout près du corps et offrent 2 appuis pour s'asseoir et se relever. Les transferts sont sécurisés et la position assise est stabilisée. Dispositif récupérable.

Désavantages: Certaines toilettes peuvent présenter des difficultés d'installation. (en cas de non accessibilité des vis qui fixent la lunette de WC)

4.4. La chaise percée avec roues

(code iso: 09 12 03 02 / MED: 237)

Caractéristiques: Elle est identique à la chaise citée précédemment mais dispose en plus de 4 roulettes pivotantes avec freins.

Critères de détermination: Mobilité réduite, troubles de la marche et de l'équilibre, pollakiurie; structure environnementale ne permettant pas l'utilisation d'un fauteuil roulant pour les déplacements.

Forme de prise en charge: Acquisition

Avantages: Elle peut être utilisée comme moyen de transfert lorsque les largeurs des portes ne permettent pas le passage d'un fauteuil roulant. Les roulettes facilitent le déplacement de la chaise d'un endroit à l'autre.

Désavantages: L'omission de mettre les freins avant le transfert, peut augmenter le risque de chutes, suite à une moindre stabilité de la chaise.

4.5. Surélévateur de WC

(code iso: 09 12 12 00 / MED: 206)

Caractéristiques: Le surélévateur de WC permet de rehausser l'assise du WC selon le modèle (6cm -8cm -10cm -14cm) et ne dispose pas d'accoudoirs. Il se place tout simplement sur la cuvette, quatre antidérapants l'empêchent de bouger.

Critères de détermination: PTH; faiblesse musculaire des MI; utilisation du WC par plusieurs personnes (présence d'enfants).

Forme de prise en charge: Acquisition

Avantages: Facilement amovible; diminue l'effort nécessaire pour s'asseoir et se relever.

Désavantage: Il n'offre pas d'appui aux membres supérieurs pour se lever; dépourvu de fixation il est moins stable et offre moins de sécurité lors du transfert; risque de chutes.

4.6. Urinaux

(code iso: 09 27 09 00 / MED 47)

Caractéristiques: Les urinaux sont des récipients transparents permettant de recueillir les urines en position allongée ou assise.

Critères de détermination: Troubles de l'équilibre, risque de chutes élevé, troubles de l'orientation spatiale, pollakiurie nocturne, personne grabataire ne pouvant réaliser les transferts seuls.

Forme de prise en charge: Acquisition.

Avantages: Permet au bénéficiaire de rester couché ou assis ; évite à la tierce personne de se lever la nuit et lui permet de s'absenter pendant un certain temps.

Désavantages: Nécessite le plus souvent l'aide d'une tierce personne pour vider le contenu et ainsi éviter de déverser celui-ci.

4.7. Siège de WC à hauteur auto-réglable

(code iso:09 12 21 00 / MED: 11)

Caractéristiques: Système comprenant les dispositifs pour élever et abaisser les sièges de WC afin d'aider à s'asseoir et à se lever. Il se fixe facilement sur la cuvette du WC. Il est alimenté par une batterie rechargeable. Un bouton permet d'actionner le réglage en hauteur. Tout en se levant, la lunette s'incline de manière à aider la personne à se mettre debout.

Critères de détermination: Faiblesse musculaire importante des membres inférieurs et des membres supérieurs, dispositif octroyé uniquement si la personne vit seule ou est seule pendant la journée sous condition que cette aide technique constitue le seul moyen d'assurer une autonomie complète.

Forme de prise en charge: Acquisition

Avantages: Les abattants à hauteur d'assise auto réglable minimisent l'effort au moment de se relever ou de s'asseoir. Dispositif récupérable.

Désavantages: problème mécanique possible.

4.8. Douchette et séchoir à air chaud pour accessoires de toilettes

(code iso: 09 12 36 00 / MED: 3)

Caractéristiques: Il s'agit d'un dispositif comprenant une petite douchette et un système de ventilation. La douchette fait jaillir de l'eau tempérée à l'endroit adéquat. Le système de ventilation permet un séchage complet. En poussant sur un bouton, l'utilisateur déclenche un jet d'eau pendant un bref instant. En relâchant la pression un courant d'air chaud se dégage jusqu'au délestage de la lunette du siège.

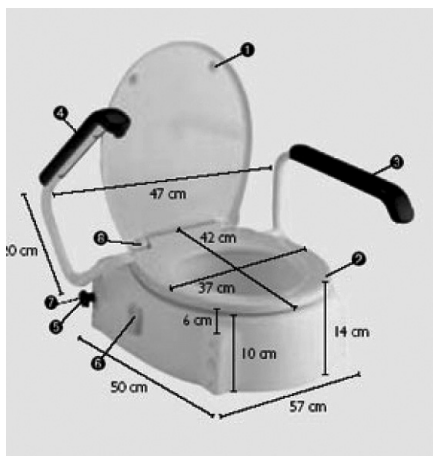
Critères de détermination: Peaux sensibles, infections urinaires chroniques, limitations articulaires des membres inférieurs; dispositif octroyé uniquement si la personne vit seule ou est seule pendant la journée et si cette aide technique lui permet une autonomie complète lors de l'acte.

Forme de prise en charge: Acquisition

Avantages: Elles apportent douceur et soulagement en cas de problème anal et redonne une certaine dignité en supprimant l'intervention d'une tierce personne.

Désavantages: prix élevé, dispositif non récupérable

Les aides techniques dans le domaine de l'élimination



Surélévateur avec fixations intégrées
(non démontable)



Chaise percée sans roues



Chaise percée avec roues



Surélévateur de WC



Urinal pour homme



Siège de WC à hauteur auto-réglable



Douchette et séchoirs à air chaud pour accessoires de toilettes

CHAPITRE II

INTRODUCTION

Suite à un bilan relatif, effectué début 2001, concernant l'application et l'exécution du système de l'assurance dépendance, il a été jugé nécessaire d'apporter un certain nombre de modifications aux dispositions du Code des Assurances Sociales en matière de qualité de prestations fournies par l'assurance dépendance. Ces modifications, qui entreront en vigueur au 1er janvier 2007, visent à améliorer la qualité de la prise en charges des prestations de l'assurance dépendance.

Au niveau de l'organisation de l'assurance dépendance, l'article 387bis prévoit l'instauration d'une commission de qualité des prestations, chargée d'élaborer des propositions en matière de qualité des aides et de soins, aides techniques et adaptations du logement.

C'est dans cette optique, qu'un contrôle de qualité concernant les aides techniques utilisées dans le domaine de l'hygiène et de l'élimination sera présenté dans ce mémoire. Il faut noter que les aides techniques, à l'exception des ascenseurs d'escaliers, des adaptations des voitures et des coques, ne font pas l'objet d'un suivi ni d'un contrôle après leurs livraisons. L'aide technique proposée est livrée et installée sans vérification ultérieure d'un membre de la CEO.

Le contrôle de qualité présenté dans ce mémoire tentera de vérifier si les aides techniques octroyées par la CEO correspondent aux besoins établis lors de l'évaluation initiale du demandeur. De même, il essaiera de contrôler les différents intervenants en relation avec les aides techniques.

1. LE CONTRÔLE DE QUALITÉ

1.1. Les démarches pour un contrôle de qualité

1.1.1. La détermination des intervenants et des objectifs d'un contrôle de qualité

Pour entreprendre un contrôle de qualité concernant les aides techniques, il faut tout d'abord déterminer les intervenants en relation avec ces aides techniques, ainsi que les différents objectifs que l'on veut atteindre.

Les différents intervenants sont l'évaluateur AT, le bénéficiaire, la tierce personne, le fournisseur et l'UCM. Chaque intervenant est sujet au contrôle ainsi que l'aide technique en elle-même.

Les intervenants ayant été identifiés, il s'agira d'établir les objectifs ainsi que les critères de contrôle, selon lesquels l'évaluateur AT essaiera de discerner

les avantages et les inconvénients de l'aide technique, ainsi que les disfonctionnements qui pourraient apparaître tout au long de ce processus.

Procéder à un contrôle de qualité donne l'occasion à l'**évaluateur AT de remettre en question** ses capacités de jugement et de détermination lors de l'évaluation AT.

Une aide technique mal appropriée peut être la conséquence d'une mauvaise appréciation de la part de l'évaluateur AT. Il peut s'être trompé dans la prise des mesures ou avoir mal cerné les capacités physiques du demandeur. Il se peut également qu'il manque de connaissances techniques en ce qui concerne un appareil. Le résultat du contrôle devra permettre à l'évaluateur AT de justifier son choix par rapport à l'aide technique proposée. En cas de mauvaise détermination, il pourra rectifier son choix en proposant une autre aide technique, voir même une aide technique supplémentaire.

Le contrôle de qualité voit naturellement son intérêt dans la détermination de la **satisfaction du bénéficiaire et de l'aidant informel par rapport à l'aide technique** reçue. L'évaluateur AT vérifiera ainsi que l'aide technique octroyée correspond bien au besoin préalablement déterminé et si celle-ci accroît l'autonomie du bénéficiaire.

Le bénéficiaire se positionnera face à l'aide technique et évoquera les avantages et/ou les inconvénients existants. Il donnera ses impressions concernant ses capacités à réaliser les actes d'hygiène ou d'élimination avec l'aide technique. Il s'agira de constater l'influence de l'aide technique sur son autonomie à réaliser les différents actes, telle que la sécurisation lors des transferts. Il sera également important de voir si l'intervention d'une tierce personne est facilitée ou devenue inutile.

De même, le bénéficiaire pourra nous renseigner sur le mode et la fréquence d'utilisation de l'aide technique et si celle-ci est facilement utilisable. L'aidant informel ou le réseau pourront également prendre position, évoquant ainsi leurs impressions de manière à approuver ou à contredire les informations données par le bénéficiaire.

La vérification de la **qualité de l'aide technique** constitue un autre objectif du contrôle de qualité. La qualité, la fiabilité et la maniabilité du matériel, les disfonctionnements et les problèmes techniques éventuellement rencontrés pourront ainsi être analysés. Le bénéficiaire devra donner ses impressions concernant le matériel mis à sa disposition.

Le bénéficiaire aura également l'occasion de porter son **appréciation par rapport au fournisseur**. Deux cas de figure peuvent se présenter. Soit le fournisseur est une firme, soit il s'agit du Service des moyens accessoires (SMA) qui s'occupera alors de la livraison de l'aide technique.

Qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre, les aspects analysés seront identiques. Le contrôle de qualité qui sera fait sur le fournisseur concernera le respect des délais de livraison ainsi que sa disponibilité en cas de problèmes techniques.

Le contrôle s'effectuera aussi sur la qualité de l'information et des réglages du matériel fourni par celui-ci.

Un tel contrôle de qualité peut également constituer un moyen de vérifier l'adéquation avec la détermination d'aides et soins.

Le contrôle de qualité pourrait également permettre de vérifier si les factures payées par l'UCM correspondent au matériel livré. Ainsi, des dépenses abusives pourraient être détectées.

Les deux derniers aspects ne seront cependant pas pris en considération lors du contrôle de qualité réalisé auprès des personnes faisant l'objet des cas pratiques.

1.1.2 Les outils de contrôle

Avant de se rendre auprès du bénéficiaire, l'évaluateur AT devra recueillir les **données existantes** concernant le bénéficiaire : diagnostic médical, aide technique mise à disposition et le motif de sa détermination ainsi que les données éventuelles de l'évaluation de base. L'évaluateur pourra également se munir du dossier AT contenant l'évaluation AT (ayant déterminée l'aide technique) ainsi que le bon de commande envoyé par le fournisseur. Il disposera ainsi de toutes les mesures des différents éléments sanitaires prises au domicile du bénéficiaire, des caractéristiques techniques de l'aide technique ainsi que du délai de livraison.

Une fiche de contrôle permettra de guider l'évaluateur dans ses démarches sur le terrain. Cette fiche contient toutes les informations recueillies préalablement ainsi qu'un questionnaire type. Celui-ci permettra d'obtenir les appréciations du bénéficiaire concernant la réalisation des actes d'hygiène et d'élimination en ce qui concerne l'autonomie, les transferts, la sécurité ainsi que l'intervention de l'aidant informel. Il révélera également l'appréciation du bénéficiaire par rapport à l'aide technique et par rapport au fournisseur. Les appréciations de l'évaluateur AT en ce qui concerne la conformité de l'aide technique livrée et du délai de livraison, seront notées sur le relevé-type avec en plus un regard sur la qualité de celle-ci.

Le questionnaire sera réalisé sous forme d'un entretien entre l'évaluateur, le bénéficiaire et l'aidant informel ou le réseau si possible.

Au terme de l'entretien, une **mise en situation** sera réalisée avec le bénéficiaire de l'aide technique. Elle permettra de juger de la fiabilité des informations obtenues lors cet entretien. De ce fait, il serait préférable de ne pas en informer le bénéficiaire afin que celui-ci ne subisse aucune influence. Il ne s'agit nullement de mettre en doute la bonne foi de la personne, mais il se peut que celle-ci vivant seul et n'ayant pas recours à l'aide d'une tierce personne, n'ose pas évoquer les problèmes existants.

La mise en situation respectera les habitudes de vie du bénéficiaire et se fera à l'endroit où débutera l'utilisation de l'aide technique. Il s'agira de demander au bénéficiaire de simuler le cheminement qu'il effectue lors de l'utilisation de l'aide technique. L'évaluateur constatera l'autonomie d'utilisation de l'aide technique ainsi que l'accès et la sortie de la douche ou de la baignoire. Il analysera le transfert sur l'aide technique, la stabilité de la position assise ainsi que la réalisation de la toilette corporelle.

1.1.3. Le choix des cas pratiques

Le choix des cas pratiques s'est fait en fonction:

- a) des *aides techniques les plus fréquemment mises à disposition* dans les domaines:
 - De la douche: la chaise de douche
 - De la baignoire: le siège de bain électrique
 - Du WC: le surélévateur avec fixations intégrées
- b) des *fournisseurs* (afin de comparer les modalités et les conditions de livraisons):
 - Le SMA
 - Les différentes firmes
- c) d'une aide technique engendrant souvent des problèmes de fonctionnement et présentant un *coût* élevé:
 - La cabine de douche
- d) de la *diversité d'utilisation*:
 - La chaise percée de toilettes/douches avec roues

Utilisable dans la douche, devant le lavabo et au dessus du WC; pouvant servir de chaise percée ou de moyen de locomotion à l'intérieur du domicile.

1.2. Les cas pratiques

- Cas pratique I: La cabine de douche
- Cas pratique II: La chaise de douches/toilettes avec grandes roues
- Cas pratique III: La chaise de bain électrique
- Cas pratique IV: La chaise de douche
- Cas pratique V: Le surélévateur de WC avec fixations intégrées (non démontable)

FICHE DE CONTRÔLE

Date du contrôle: 21/09/06

Nom: M.W.

Age: 85 ans

Sexe: féminin



Diagnostic: syndrome de myélopathie cervicale, spondylarthrose, arthrose polyarticulaire, diminution de la force musculaire des 2 membres inférieurs

AT faisant l'objet du contrôle: cabine de douche

Motifs de la détermination: La douche actuelle est inaccessible même avec l'aide d'une tierce personne. Aide complète pour les soins d'hygiène. Ceux-ci sont actuellement effectués devant le lavabo et au lit.

SATISFACTION DU BÉNÉFICIAIRE ET DE L'AIDANT INFORMEL**a) Appréciation concernant la réalisation des actes d'hygiène et d'élimination****Changements apportés par l'AT au niveau:*****Autonomie***

Au niveau de la réalisation des actes d'hygiène il y a beaucoup de changements pour Mme W. Avant l'installation de la cabine de douche, Mme W. était lavée tous les jours au lit par deux personnes car elle n'arrivait plus à enjamber le bac receveur de la douche. La cabine douche l'a rendue plus active car tout en étant assise sur une chaise percée toilettes/douches à petites roues, elle participe en se lavant le haut du corps elle-même. Grâce aux barres d'appui installées dans la douche, elle arrive à tenir quelques minutes debout pour faciliter le travail de la tierce personne pour la toilette intime. Elle dit se sentir un moins dépendante.

Transferts

Le transfert sur la chaise de douche ainsi que l'accès dans la douche, nécessite l'aide d'une tierce personne.

Sécurité

Elle se sent tout fait en sécurité.

Intervention de l'aidant informel

Intervention d'une tierce personne pour effectuer les soins d'hygiène dans le lit et dans la douche.

b) Appréciation concernant l'aide technique***Fréquence d'utilisation***

Utilisation de la douche une fois par semaine, les autres jours Mme W. est lavée au lit par le réseau

Avantages de l'AT

Elle peut participer activement à une partie des actes et se sent moins dépendante. Elle bénéficie d'une hygiène corporelle complète et se sent plus propre et plus rafraîchie après la douche.

Désavantages de l'AT

aucun

Maniabilité de l'AT

pas concerné

Fiabilité de l'AT

Aucun inconvénient ou dysfonctionnement à signaler.

Problèmes rencontrés

pas de problèmes à ce jour.

c) Appréciation concernant le fournisseur

Nom du fournisseur

firme P.

Contact avec le fournisseur

La première firme à avoir été contactée pour l'installation de la cabine de douche fut la firme H. Celle-ci s'est alors rendue sur les lieux pour prendre les mesures quelques semaines plus tard. Par la suite, le fournisseur ne s'est plus manifesté et aucun devis ne fut établi.

Disponibilité du fournisseur

Suite à cela, la firme P. a été contactée par l'évaluateur AT.

Le lendemain de l'obtention de la commande, l'installateur de la firme P. s'est rendu chez le bénéficiaire pour prendre les mesures. Mr W. avait demandé à l'installateur d'abattre un petit muret afin de placer la cabine de douche contre le mur pour gagner de la place. Etant donné que cette démolition n'avait pas été signalée par l'évaluateur AT, la firme n'en a pas tenu compte, malgré le fait que M. W. était disposé à couvrir les frais supplémentaires.

Qualité des informations et de l'initiation

Aucune information concernant le fonctionnement ni l'entretien de la cabine de douche n'a été donnée.

CONTRÔLE DE L'ÉVALUATEUR AT**AT livrée**

Cabine de douche IDHRA EB04L 90cm x 90cm, 2 parois toute hauteur et 1 paroi mi-hauteur avec rideau mi-hauteur, 2 portes battantes mi-hauteur, 1 rideau toute hauteur, 2 barres de maintien, 1 rampe d'accès

Conformité de la commande

oui

Date de la commande

11/07/2005

Date prévue de livraison

0/08/2005

Date de livraison de l'AT

27/09/2005

Qualité de l'AT

bon état

MISE EN SITUATION**Douche / Baignoire****Aide/stimulations requises**

aide d'une tierce personne

Entrée dans la douche/baignoire

Mme W. est installée sur la chaise de douche à petites roues et ensuite conduite à l'intérieure de la cabine de douche par une tierce personne.

Installation sur l'AT

Place limitée pour les jambes, lorsque les portes sont fermées.

Stabilité de la position assise

bonne

Réalisation de la toilette corporelle

Aide d'une tierce personne pour laver le bas du corps et le dos. Le haut du corps est lavé par la personne elle-même.

Sortir de la douche/baignoire

Etant installée sur la chaise percée toilettes/douche à roues, Mme W est tirée vers l'extérieur par une tierce personne.

WC

pas concerné

Aide/stimulations requises:

Accessibilité WC:

S'habiller/se déshabiller:

Installation sur l'AT:

S'essuyer (simulation):

CONCLUSION

La cabine de douche donne la possibilité à Mme W. de bénéficier d'une toilette corporelle plus complète et plus rafraîchissante. Les dimensions de la cabine de douche n'offre pas un espace optimal en raison de la chaise qui occupe beaucoup de place. Un receveur de douche de 1m x 1m aurait été plus adapté. Lors de la mise en situation, j'ai constaté que l'aide d'une tierce personne était suffisante pour réaliser les transferts et faire les soins du corps. Cependant, le plan de prise en charge prévoit l'intervention d'une personne supplémentaire. De plus, Mme W. pourrait bénéficier de deux douches par semaine, alors que le réseau n'en donne qu'une seule par semaine.

En évoquant cette constatation, le bénéficiaire m'a fait savoir que depuis juillet une seule personne venait pour la laver et qu'elle ne savait pas qu'elle avait droit à deux douches par semaine. Suite à ces constatations, j'ai pris contact avec le réseau, qui m'a bien confirmé ce changement en précisant que l'état de Mme W. ne nécessitait plus l'aide de deux personnes. En leur demandant si le réseau avait signalé ce changement à l'assurance dépendance, il m'ont dit qu'il ne l'avait pas encore fait. Je leur ai également signalé que le plan de prise en charge de Mme W. prévoyait deux aides complètes (lit/douche) par semaine, et que la douche avait été installée dans ce but.

FICHE DE CONTRÔLE

Référent CEO: SK

Date: 22/09/2006 Nom: P.A.

Age: 26 ans

Sexe: masculin



Diagnostic: Paraplégie avec lésion au niveau C5, suite à un accident sur la voie publique, incontinence urinaire.

AT require: chaise percée toilettes/douches avec 2 grandes roues et 2 petites roues

Motifs de la détermination: permettre l'utilisation autonome de la douche et de la toilette.

SATISFACTIONS DU BÉNÉFICIAIRE/AI

a) Appréciations concernant la réalisation des actes d'hygiène et d'élimination

Changements apportés par l'aide technique au niveau

Autonomie

Mr P. dispose d'une salle de bain complètement aménagée pour faire face à son handicap. Une douche de plain pied pour la douche, lui offre un accès facilité et sécurisé pour la chaise percée de toilette/douche. Mr P. se sent tout à fait autonome pour accéder à la douche. Il arrive à manœuvrer sa chaise de façon autonome depuis sa chambre jusque dans la douche. Aucune assistance n'est nécessaire pour la toilette corporelle.

Cependant, il dit ne pas disposer de suffisamment d'équilibre pour se pencher vers l'avant pour atteindre ses pieds. Pour faire face à cet inconvénient, il doit soulever sa jambe avec l'aide de ses deux mains pour poser le pied sur son genou.

Pour l'utilisation du WC, il est également tout à fait autonome. Il roule au dessus de la cuvette, évitant ainsi un transfert supplémentaire.

Transferts

Il parvient à faire seul les transferts du lit à la chaise de douche. Parfois il demande de l'aide à ses parents. Les transferts sont contraignants et il ne se sent pas en sécurité en les faisant seul bien que jusqu'à ce jour, aucun accident n'est à signaler.

Sécurité

Il ne se sent pas tout à fait en sécurité avec sa nouvelle chaise de douche pour réaliser les transferts. Les freins ne tiennent pas aussi bien que ceux de son ancienne chaise. En plus le dossier de la chaise est trop haut, ce qui lui donne des difficultés à garder un bon équilibre en assis. Un dossier plus bas lui permettrait de porter son tronc plus vers l'arrière et ainsi éviter cette sensation de bascule vers avant.

Intervention de l'aidant informel

Un des parents l'aide parfois à réaliser les transferts du lit à la chaise de douche et inversement. Pour se doucher il n'a pas besoin d'aide.

b) Appréciation concernant l'aide technique***Fréquence d'utilisation***

tous les jours

Avantages de l'AT

Autonomie complète dans la réalisation de la toilette corporelle, grâce à la chaise percée toilettes/douches à roues et à la douche de plain pied. Utilisation du WC sans transfert et sans aide, grâce au fait qu'il puisse positionner la chaise au dessus du WC.

Désavantages de l'AT

La nouvelle chaise ne lui procure pas le même confort, ni la sécurité que lui offrait son ancienne chaise. Le système de frein ne retient pas la chaise correctement en position fixe et stable lors des transferts. Ceci est une des raisons pour laquelle il préfère la présence de l'AI pour les transferts. L'assise n'est pas très confortable car pas assez souple. Un maintien de la position assise de plus de 10 minutes provoque une sensation d'endormissement des cuisses et une légère douleur au niveau du siège. Le dossier est trop haut, ce qui perturbe son équilibre en position assise. Il a parfois la sensation de basculer vers l'avant.

Maniabilité de l'AT

Une hauteur d'assise trop importante et des accoudoirs trop hauts donnent une mauvaise accessibilité aux roues arrières. La nouvelle chaise se manœuvre plus difficilement que l'ancienne.

Fiabilité de l'AT

Le système de freins ne permet pas un blocage complet des roues arrières.

c) Appréciation concernant le fournisseur***Contact avec le fournisseur***

La première livraison ne correspondait pas à ce qui avait été demandé. L'AT possédait 4 petites roues au lieu de 2 grandes roues à l'arrière. Bon contact avec le fournisseur.

Disponibilité du fournisseur

La deuxième livraison a été effectuée 2 jours après.

Qualité des informations et de l'initiation

Pas d'informations spécifiques données; pas d'essai de la chaise en présence du livreur.

CONTRÔLE DE L'ÉVALUATEUR AT

Nom du fournisseur

Mégamed

AT livrée

Chaise percée toilettes/douches avec roues (LINIDO), accoudoirs rabattables, assise avec lunette souple, roulettes avant à frein, grandes roues arrière (24 ''), repose-pieds réglables et rabattables.

Mesures AT

argeur d'assise: 45cm

profondeur d'assise : 45cm

hauteur du dossier: 45 cm

hauteur d'assise: 61 cm

Date de la commande

31/10/2005

Date prévue de la commande

délais de livraison de 14-28 jours

Date de livraison de l'AT

30.01.2006

Conformité de la commande

oui

Qualité de l'AT

bonne

MISE EN SITUATION

Douche / Baignoire

Aide/stimulations requises

non

Entrée dans la douche/baignoire

autonome

Installation sur l'AT

Aide d'une tierce personne pour tenir la chaise de douche lors du transfert.

Stabilité de la position assise

Mr P. maintien une assise stable.

Réalisation de la toilette corporelle

autonomie complète

Sortir de la douche/baignoire

autonome

WC

non concerné

Aide/stimulations requises:

Accessibilité WC:

S'habiller/se déshabiller:

Installation sur l'AT:

S'essuyer:

CONCLUSION

L'aide technique procure une grande autonomie dans la réalisation des actes de soins corporels. Le choix de l'AT est approprié aux besoins, mais la chaise de douche n'est pas tout à fait adaptée à la morphologie de la personne.

Mesures prises sur place

- largeur d'assise: 49cm
- profondeur d'assise: 45cm
- hauteur du dossier: 40cm
- hauteur d'assise: 53 cm

Ces mesures correspondent à celles de son ancienne chaise étant donné que M. P. se sent très à l'aise avec celle-ci. Une assise plus souple ainsi qu'un autre système de frein seraient également plus appropriés.

Une nouvelle chaise de douche a été commandée en respectant les suggestions du bénéficiaire afin de lui assurer une utilisation plus confortable et en toute sécurité.

FICHE DE CONTRÔLE

Référent CEO:

Date: 29/09/2006

Nom: M.W.

Age: 80 ans

Sexe: féminin



Diagnostic: maladie de Parkinson, syndrome vertigineux, polyarthrose

AT requise: siège de bains électrique

Motifs de la détermination: nombreuses chutes, vertiges, impossibilité d'entrer et de sortir de la baignoire.

SATISFACTIONS DU BÉNÉFICIAIRE/AI

a) Appréciations concernant la réalisation des actes d'hygiène et d'élimination

Changements apportés par l'AT au niveau

Autonomie

Avant l'utilisation du siège de bain électrique Mme W. ne parvenait pratiquement plus à entrer et à sortir de la baignoire, même avec l'aide du réseau. La toilette corporelle se faisait le plus souvent sur une chaise devant le lavabo. La chaise de bain lui a redonné la possibilité d'accéder à la baignoire. Au niveau de la réalisation des actes d'hygiène, elle nécessite autant d'aide qu'avant. Mme W. arrive à se laver le haut du corps, le visage et la région intime, mais elle ne parvient ni à se laver le dos, ni les cheveux et ni le bas des jambes. Le fait de se pencher vers l'avant lui donne des vertiges. La chaise de bain électrique lui a redonné la possibilité de bénéficier d'une toilette corporelle plus complète.

Transferts

L'accès de la baignoire est à nouveau possible avec plus de facilité. Mme W. utilise un disque de transfert posé sur le siège de bain. Elle parvient à s'installer seule, une tierce personne (réseau) doit l'aider à soulever ses jambes pour les mettre dans la baignoire. Il en est de même pour sortir de la baignoire.

Sécurité

La première fois, elle était un peu septique et peu rassurée de l'aide technique proposée. Dès sa deuxième utilisation elle eut confiance et s'est sentie tout à fait à l'aise lors du bain. Elle m'a confié que c'était plutôt le mot "électrique" qui lui faisait peur.

Intervention de l'aidant informel

Le personnel du réseau avait conseillé et surtout persuadé Mme W. de faire la demande pour le siège de bain électrique. Selon les dires de Mme W. le réseau a plus de facilité à réaliser sa toilette en utilisant le siège de bain électrique. Le réseau réalise la plus grande partie des soins d'hygiène.

b) Appréciation du bénéficiaire concernant l'aide technique

Fréquence d'utilisation

Deux fois par semaine

Avantages de l'AT

Le siège de bain rend à nouveau l'accès de la baignoire possible. La toilette corporelle est plus rigoureuse et redonne la possibilité de prendre un vrai bain, notamment grâce au dossier inclinable. Le bain permet à Mme W. de se détendre dans l'eau pendant une dizaine de minutes. Pendant ce temps, le réseau s'occupe de la toilette corporelle de son mari installé alors devant le lavabo. Le jour suivant, c'est l'inverse et c'est M. qui occupe la baignoire dans les mêmes conditions.

Désavantages de l'AT

Mme W. ne voit pas d'inconvénients.

Maniabilité de l'AT

Mme W. le trouve facile d'utilisation. Elle sait comment manipuler la commande, mais laisse toujours la 1/3 personne monter et descendre le siège par commodité. Son mari se charge de le recharger, ce qui ne présente aucune difficulté pour lui. Depuis l'utilisation il l'a rechargé 3 fois en 10 semaines.

Fiabilité de l'AT

très bonne

c) Appréciation concernant le fournisseur

Nom du fournisseur

SMA

Contact avec le fournisseur

Très bon contact avec le fournisseur. Délai de livraison respecté.

Disponibilité du fournisseur

Le fournisseur avait signalé que le Sma se tenait à leur disposition en cas de problèmes

Qualité des informations et de l'initiation

Le fournisseur a pris le temps de bien expliquer le fonctionnement et a réalisé une démonstration. Il leur a expliqué que le réseau savait parfaitement manier la chaise de bain mais qu'en cas de problèmes ils pourraient contacter le Sma.

CONTRÔLE DE L'ÉVALUATEUR AT**AT livrée**

siège de bain électrique (Aquatec: Beluga)

Conformité de la commande

oui

Date de la commande

21/06/2005

Date prévue de la livraison

pas concerné

Date de livraison

07/07/06

Qualité de l'AT

état impeccable

MISE EN SITUATION**Douge / Baignoire****Aide/stimulations requises**

aide d'une tierce personne

Entrée dans la douche/baignoire

cf. installation sur AT

Installation sur l'AT

Mme W. s'installe seule sur le disque de transfert. Elle se tient à la barre d'appui fixé à côté de la robinetterie pendant que je porte ses jambes au dessus du bord de la baignoire.

Stabilité de la position assise

Assise confortable, place suffisante pour les jambes.

Réalisation de la toilette corporelle

Autonomie pour le haut du corps, aide du réseau pour laver les cheveux et les membres inférieurs

Sortir de la douche/baignoire

Mme W. se tient à la barre d'appui, pendant que je porte ses jambes à l'extérieur de la baignoire. Pour se redresser, Mme W. s'appuie sur mon épaule en raison des vertiges occasionnés par le changement de position. Elle reste quelques instants debout en me tenant, puis se dirige seule vers la chaise de douche pour continuer les soins d'hygiène.

WC

pas concerné

Aide/stimulations requises:

Accessibilité WC:

S'habiller/se déshabiller:

Installation sur l'AT:

S'essuyer:

CONCLUSION

L'aide technique est parfaitement adaptée aux besoins de Mme W. Elle peut de nouveau utiliser la baignoire en toute sécurité et bénéficier d'une toilette corporelle adéquate. Il en est de même pour son mari qui n'avait plus la possibilité d'accéder à la baignoire. Aucun problème n'a été relevé.

FICHE DE CONTRÔLE

Référent CEO:

Date: 22/09/2006

Nom: M. M.

Age: 70 ans

Sexe: féminin



Diagnostic: Traumatisme important du genou droit suite à un éclat d'obus en 1940. Gonarthrose invalidante des deux genoux, raideur du genou droit
AT requisite: Chaise de douche sans roues

Motifs de la détermination: Manque d'équilibre et faiblesse musculaire des membres inférieurs pour rester debout dans la douche.

SATISFACTIONS DU BÉNÉFICIAIRE/AI

a) Appréciations concernant la réalisation des actes d'hygiène et d'élimination

Changements apportés par l'AT au niveau de

Autonomie

Mme M. utilise la chaise de douche pour faire sa toilette devant le lavabo. Elle arrive à se laver seule le haut du corps, mais elle est incapable d'atteindre ses pieds et son dos. Elle n'arrive pas à se pencher vers l'avant car elle souffre du dos. De plus, son genou droit présente une raideur importante qui empêche toute flexion de celui-ci. Elle prend une douche deux fois par semaine. Malheureusement, la chaise de douche est trop encombrante pour être utilisée dans la douche. La chaise de douche rentre dans le bac, mais alors elle ne dispose pas d'assez de place pour effectuer le transfert pour s'installer dessus. Pour se doucher elle reste debout et se tient au robinet et au mur, pendant que son mari lui fait sa toilette corporelle. Pour laver ses pieds, elle doit sortir de la douche et s'installer sur la chaise de douche étant donné qu'elle n'arrive pas à rester en station unipodale dans la douche.

La chaise de douche n'apporte aucun changement en ce qui concerne l'utilisation de la douche.

Transferts

Le transfert sur la chaise se fait sans aide. Cependant son mari doit lui placer la chaise devant le lavabo. Elle est incapable de déplacer la chaise, car elle a besoin de ses deux mains pour tenir en équilibre. La chaise ne peut pas être utilisée dans la douche.

Pour entrer dans la douche, elle prend appui sur la robinetterie de la douche. Son mari la soutient pour franchir le seuil de la douche (15cm). Elle n'arrive pas à entrer seule dans la douche.

Sécurité

Pour entrer dans la douche, elle se sent en sécurité grâce à la présence de son mari. Elle n'est jamais tombée. Cependant, elle ne traîne pas dans la douche, car la faiblesse musculaire des membres inférieurs se ressent vite.

Intervention de l'aidant informel

En utilisant la chaise de douche devant le lavabo, son mari s'occupe de la partie inférieure du corps, elle est autonome pour se laver le haut du corps. Lorsqu'elle prend une douche, son mari doit la soutenir pour entrer et sortir de la douche. Il assure la toilette corporelle de haut en bas. Elle est incapable de participer, car elle a besoin de ses deux mains pour se tenir en station debout.

b) Appréciation du bénéficiaire concernant l'aide technique***Fréquence d'utilisation***

La chaise de douche est utilisée tous les jours de la semaine pour se laver devant le lavabo ou pour se sécher après la douche.

Avantages de l'AT

La chaise est très confortable pour se laver en position assise devant le lavabo. Les ventouses placées au niveau des pieds de la chaise procurent une bonne stabilité et donc une grande sécurité.

Désavantages de l'AT

La chaise est trop encombrante pour être utilisée dans la douche. Mr M. a du mal de la déplacer ou de la porter. Il trouve qu'elle est trop lourde pour lui.

Maniabilité de l'AT

difficilement maniable du fait de sa taille et de son poids

Fiabilité de l'AT

très satisfait

APPRÉCIATION DU BÉNÉFICIAIRE CONCERNANT LE FOURNISSEUR***Nom du fournisseur***

Sma

Contact avec le fournisseur

Le Sma a téléphoné pour fixer la date de livraison. La livraison s'est faite au jour et à l'heure convenue. Le Sma a livré le même jour 2 rehausseurs WC, un cadre de marche à 4 roues et une chaise de douche sans roues.

Disponibilité du fournisseur

Lors de l'installation du 2ème rehausseur, l'installateur a cassé la fixation du WC et ne disposait pas du matériel pour le réparer. Il a signalé le problème à Mme M. qui se trouvait seule à ce moment là. Cependant en quittant le domicile, il ne lui a pas dit qu'il n'avait pas installé le rehausseur et ne s'est plus manifesté. Son mari l'a installé avec le voisin. Le livreur n'a également pas monté la chaise de douche au premier étage. Mme M. le trouvait assez énervé, probablement à cause du problème du WC.

Qualité des informations et de l'initiation

Le livreur a pris le temps pour ajuster le cadre de marche et pour expliquer comment utiliser les freins. Il n'a rien dit en ce qui concerne les autres aides techniques livrés

CONTRÔLE DE L'ÉVALUATEUR AT

AT livrée

Chaise de douche sans roues Aquatec (48cm x 50cm)

Conformité de la commande

oui

Date de la commande

10 / 04/2006

Date de livraison de l'AT

18 / 04 / 06

Date prévue de l'AT

non concerné

Qualité de l'AT

état impeccable, pas de trace d'usure.

MISE EN SITUATION

Douche / Baignoire

Aide/stimulations requises

aide d'une tierce personne

Entrée dans la douche/baignoire

Mme M. s'appuie sur son mari qui la porte sous le bras pour enjamber le bac. Ensuite elle tend la main vers la robinetterie de la douche et passe sa deuxième jambe. Son mari ne la lâche pas, jusqu'à ce qu'elle soit entièrement dans la douche.

Installation sur l'AT

Mme M. n'a besoin d'aucune aide pour s'asseoir sur la chaise. Cependant, son mari doit positionner la chaise de douche devant le lavabo à chaque utilisation. Mme M. n'a ni la force ni l'équilibre pour le faire.

Stabilité de la position assise

Mme M. est confortablement assise sur la chaise.

Réalisation de la toilette corporelle

Mme M. ne participe pas à sa toilette corporelle quand elle est dans la douche. Elle doit se tenir à la robinetterie de la douche et prend appui contre

le mur. Elle utilise la chaise de douche devant le lavabo pour se laver le haut du corps.

Sortir de la douche/baignoire

Elle éprouve plus de difficultés pour sortir de la douche. Elle hésite à enjambrer le bac receveur car elle dispose d'un appui en moins (robinetterie).

WC

pas concerné

Aide/stimulations requises:

Accessibilité WC :

S'habiller/se déshabiller:

Installation sur l'AT:

S'essuyer

CONCLUSION

La chaise de douche est adaptée pour la toilette corporelle devant le lavabo, mais inadaptée pour l'utilisation dans la douche car trop encombrante. L'aide technique proposée ne répond pas aux besoins du demandeur.

Mesure de bac receveur: 70 cm x 70 cm

Mesure de la chaise de douche (Aquatec)

- Largeur d'assise: 48 cm
- Profondeur d'assise 50 cm

Proposition pour l'utilisation de la douche:

- Chaise de douche pour mettre dans le coin (modèle RCN) ou siège murale à hauteur fixe
- Barre d'appui en L (60cm x 60cm)

Pour l'utilisation de la douche, une barre d'appui en L à l'entrée de la douche permettrait de faciliter l'accès. Une chaise de douche en coin (modèle RCN) offrirait plus de place pour entrer dans la douche. Ainsi, Mme M. disposerait de plus de place pour sa jambe droite qu'elle n'arrive plus à la fléchir.

FICHE DE CONTRÔLE

Référent CEO: S.K.

Date: 30/09/2006

Nom: E.B.

Age: 83 ans

Sexe: féminin



Diagnostic: insuffisance cardiaque, dyspnée d'effort, gonarthrose invalidante, faiblesse musculaire de membres inférieurs.

AT requise: rehausseur WC avec fixations intégrées (de 6cm)

Motifs de la détermination: Difficultés et douleurs des membres inférieurs pour s'installer sur la toilette.

SATISFACTIONS DU BÉNÉFICIAIRE/AI***Appréciations concernant la réalisation des actes d'hygiène et d'élimination*****Changements apportés par l'AT au niveau*****Autonomie***

Mme B. n'avait jamais besoin d'aide pour utiliser le WC, cependant elle se plaignait des difficultés rencontrées pour se relever de la toilette. Elle devait s'appuyer sur le bord de la baignoire et se hisser en se tenant à la commode située en face. Le rehaussement de l'assise et des accoudoirs lui facilite énormément les transferts. Elle a besoin de moins de force et éprouve moins de douleurs au niveau des genoux.

Transfert

autonome

Sécurité

Elle se sent plus sûre pour s'asseoir, car elle peut mieux contrôler et freiner la descente.

Intervention de l'aidant informel

non

c) Appréciation du bénéficiaire concernant l'aide technique (AT)***Fréquence d'utilisation***

tous les jours

Avantages de l'AT

Mme B. éprouve moins de difficultés et plus de sécurité pour s'asseoir et se relever de la toilette. Elle est très satisfaite de l'aide technique car elle lui procure beaucoup de facilités et moins de douleurs au niveau des genoux lors des transferts.

Désavantages de l'AT

aucun

Maniabilité de l'AT

pas concerné

Fiabilité de l'AT

Le rehausse WC est bien fixé, bonne stabilité

d) Appréciation du bénéficiaire concernant le fournisseur

Nom du fournisseur

SMA

Contact avec le fournisseur

Mme B. ne se souvient plus de la personne qui est venue lui livrer le rehausseur de WC.

Disponibilité du fournisseur

Pas concerné car pas de problèmes techniques à ce jour

Qualité des informations et de l'initiation

Mme B. ne se souvient pas des informations et de l'initiation reçues lors de la livraison.

CONTRÔLE DE L'ÉVALUATEUR AT

AT livrée

rehausse WC avec accoudoirs

Conformité de la commande

oui

Date de la commande

07/08/2006

Date de livraison de l'AT

11/08/2006

Qualité/installation de l'AT

état impeccable, bien fixé, bonne stabilité

MISE EN SITUATION**Douche / Baignoire**

pas concerné

Aide/stimulations requises:

Entrée dans la douche/baignoire:

Installation sur l'AT:

Stabilité de la position assise:

Réalisation de la toilette corporelle:

Sortir de la douche/baignoire:

WC***Aide/stimulations requises***

non

Accessibilité WC

aucune difficulté

S'habiller/se déshabiller

autonome

Installation sur l'AT

aucune difficulté, transfert aisé et sécurisé

S'essuyer

autonome

CONCLUSION

Le rehausse WC est parfaitement adapté aux besoins de Madame H. Il lui permet d'utiliser le WC en toute sécurité, sans douleurs et avec beaucoup d'aisance. Etant donné que Mme B. présente des pertes de mémoire, elle n'a pas été en mesure de me donner des renseignements concernant le fournisseur.

CONCLUSION

La réalisation d'un contrôle de qualité en ce qui concerne les aides techniques en relation avec l'hygiène corporelle et l'élimination m'a permis d'approfondir mes connaissances en ce qui concerne les différentes aides techniques dans ce domaine.

La mise au point du contrôle de qualité a nécessité beaucoup de temps au niveau de sa préparation et de sa réalisation. D'une part pour choisir le lot de personnes à visiter en tenant compte de la situation géographique, de la pathologie de la personne, de l'aide technique utilisée ainsi que du fournisseur de l'aide technique. D'autre part les visites nécessitaient plus de temps en raison de mises en situations. La durée moyenne des visites était d'environ une heure. De plus, je me suis occupé de remplacer les aides techniques qui n'étaient pas adaptées. Je fus également confronté aux diverses questions concernant le suivi de certains dossiers.

Lors de mes différentes visites, je me suis rendu compte de l'intérêt que pouvait avoir un tel contrôle sur l'évaluateur AT. J'ai constaté que même en connaissant les caractéristiques des différentes aides techniques, il n'était pas aussi aisé de pouvoir déterminer si l'aide technique correspondait vraiment au dispositif sanitaire utilisé. Même si on connaît les mesures approximatives des différentes aides techniques, il peut y avoir un risque de se tromper dans son appréciation. C'est ce qui c'est probablement passé chez la personne utilisant la chaise de douche. Le bac receveur était assez grand pour y mettre la chaise de douche, mais la personne ne disposait pas de suffisamment de place pour entrer dans la douche afin de s'asseoir sur celle-ci. La faisabilité du transfert n'a pas été prise en considération. La réalité des difficultés rencontrées ne prend forme que lors d'une mise en situation.

Il en est de même en ce qui concerne le cas où la personne utilise la chaise percée toilettes/douches avec roues. Bien que les mesures aient été prises sur la personne, la chaise n'était pourtant pas adaptée à sa taille. Il n'est donc pas toujours aisé de déterminer avec exactitude les attentes d'une personne évoluant dans un fauteuil roulant. L'évaluateur ne peut pas percevoir les mêmes sensations que l'utilisateur car il est impossible de se mettre à sa place.

Ce qui m'a cependant interpellé dans ces deux cas, c'est qu'aucun des deux bénéficiaires ne se soient plaint auprès du fournisseur ou de l'évaluateur AT. En réalité l'évaluateur AT ne reçoit aucun feedback en ce qui concerne les aides techniques octroyées. Il ne peut que s'imaginer que tout est conforme et bien adapté aux besoins de la personne tant qu'il ne reçoit pas de réclamations.

Le contrôle de qualité a également permis de détecter certaines discordances entre le plan de prise en charge établi et les prestations fournies par le réseau. Dans un cas précis, le plan de prise en charge du bénéficiaire prévoit une aide supplémentaire pour les actes d'hygiène, alors que le réseau a réduit depuis quelques mois cet effectif à une seule personne. De plus la douche n'est utilisée qu'une seule fois par semaine, alors que le plan de prise en charge en prévoit deux. On constate donc dans ce cas que les prestations fournies par le réseau ne correspondent pas avec la détermination du plan de prise en charge. Il est vrai que l'état du bénéficiaire s'est amélioré depuis sa dernière évaluation et qu'une seule personne suffit pour la laver. Il aurait été du devoir du réseau d'en informer la CEO afin de changer le plan de prise en charge. Il est également intéressant de noter que le bénéficiaire n'était pas au courant qu'il avait le droit d'être lavé dans la douche deux fois par semaine.

En ce qui concerne les livraisons, aucune anomalie sur la qualité de l'aide technique n'a été constatée. Les aides techniques livrées étaient toutes conformes au bon de commande mais les délais de livraison des firmes n'ont pas systématiquement été respectés. La raison évoquée est que les firmes doivent le plus souvent commander les aides techniques auprès d'un fournisseur à l'étranger. Les délais de livraison sont nettement plus courts pour les aides techniques fournies par le SMA, étant donné qu'il dispose généralement d'un stock.

En ce qui concerne les fournisseurs et leurs relations avec les bénéficiaires, je ne peux juger ni de leurs compétences ni de leur disponibilité. En général les personnes n'avaient pas de difficultés majeures avec les fournisseurs à part peut être dans le cas où le fournisseur a quitté le bénéficiaire sans installer le rehausse WC. Mais il se peut qu'il s'agisse là d'un cas isolé. En ce qui concerne la firme H., certains problèmes étaient déjà connus auparavant. A cette époque, H. était la seule firme à proposer des cabines de douche. La firme P. venait au même moment de les proposer, donnant ainsi une opportunité à l'évaluateur AT de pouvoir traiter son dossier plus rapidement.

Réaliser un contrôle de qualité auprès de chaque personne est certainement très contraignant du point de vue de l'investissement en temps. Mais sachant que des aides techniques ne sont pas utilisées de façon optimale ou qu'elles sont mal adaptées, constitue un échec dans notre mission. Ces quelques cas pratiques ont bien démontrés l'utilité de réaliser un contrôle de qualité au niveau des aides techniques et des différents intervenants.

Bibliographie

- Rapport général sur la Sécurité Sociale - Edition IGSS 2004.
- La sécurité sociale: Code des assurances sociales, Lois et règlements. - Editions Ministère de la Sécurité Sociale.
- Brochures et sites Internet des différents fabricants d'aides techniques dans le domaine de l'hygiène et de l'élimination. (Meyra, Linido, Etac, Invacare, Ato-Form, Duscholux)

LES AIDES TECHNIQUES EN RELATION AVEC UN BESOIN D'AIDE DANS LE DOMAINE DU DÉPLACEMENT

Katja TURINETTI

*Kinésithérapeute
Cellule d'évaluation et d'orientation*

INTRODUCTION

La loi du 19 juin 1998 portant sur l'introduction de l'assurance dépendance au Luxembourg est entrée en vigueur le 1er janvier 1999. A côté des prestations d'aides et de soins, l'assurance dépendance prend en charge des prestations d'aides techniques et ceci dans le cadre du maintien à domicile.

Selon l'article 356 de cette loi, les aides techniques sont prises en charge pour maintenir ou accroître l'autonomie de vie de la personne dépendante. Les aides techniques doivent aussi répondre aux besoins en matière de sécurité, de prévention et de soulagement des douleurs ainsi que faciliter la tâche aux personnes qui assurent les aides et soins.

Le règlement grand ducal du 18 octobre 2000, modifiant celui du 23 décembre 1998, détermine les modalités et les conditions de prise en charge des aides techniques. Ce même règlement grand-ducal détermine la liste, proposée par la commission consultative, des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance.

A partir de ce règlement, la première partie traite brièvement des généralités de prise en charge des aides techniques telles que la classification, les conditions, le mode et les limites de prise en charge des aides techniques.

Nous analyserons dans une deuxième partie, les aides techniques les plus utilisées dans le domaine du déplacement ainsi que leurs différents critères de détermination.

La mise au point d'une démarche de contrôle de qualité fera l'objet de la troisième partie. Jusqu'à présent aucun questionnaire portant sur le suivi d'une mise en pratique n'a pu être instauré par la cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance. La loi, qui entre en vigueur le 1er janvier 2007, suggère que la cellule d'évaluation et d'orientation ait pour mission de contrôler la qualité de toutes les prestations fournies au bénéficiaire y compris les aides techniques et adaptation du logement.

La dernière partie porte sur la mise en pratique de cinq cas type de cette démarche de contrôle de qualité.

PARTIE 1: PARTIE THÉORIQUE

1. GÉNÉRALITÉS DE PRISE EN CHARGE

1.1. La classification par la norme ISO 9999

Les aides techniques, prises en charge par l'assurance dépendance, sont inscrites sur une liste proposée par la commission consultative et sont classées par la norme ISO 9999.

La norme ISO 9999 est une norme internationale qui regroupe les différentes aides techniques par classes et sous-classes. Selon la norme ISO une aide technique est définie comme "tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap".

1.2. Conditions de prise en charge

Le bénéfice de la prise en charge des aides techniques est alloué, sans égard au seuil de dépendance défini par la loi, mais pour pallier un déficit d'apparence chronique ou dépassant une durée d'utilisation prévisible de 6 mois.

Le requis d'une aide technique est défini par un évaluateur de la CEO. Celui-ci est entièrement responsable de sa décision, donc du choix de l'aide technique fournie.

On note que l'assurance dépendance ne rembourse aucune aide technique en cas d'achat privé, la prise en charge rétroactive étant refusée d'office.

1.3. Mode de prise en charge: Acquisition / Location

Les aides techniques fournies par l'assurance dépendance sont mises à disposition sous forme de location ou d'acquisition.

L'assurance dépendance favorise le principe de récupération des aides techniques, en donnant priorité à la location plutôt qu'à l'acquisition d'une aide technique, ce qui permet de la récupérer en cas de cessation du besoin.

1.4. Limites de prise en charge d'une aide technique

- Renouvellement: les modalités et conditions de **renouvellement** ne sont pas fixées par règlement grand-ducal. Le renouvellement d'une aide technique est accordé sur avis favorable de la cellule d'évaluation et d'orientation.
- Echange: l'**échange** d'une aide technique en retour d'une autre de même nature peut être proposé lorsque cette dernière n'est plus adaptée, comme par exemple chez les enfants en période de croissance ou chez des personnes avec une perte ou prise de poids importante.
- Transcription: si l'aide technique fournie est d'abord prise en charge par la Caisse de Maladie les six premiers mois, sur ordonnance médicale, une **prolongation** au-delà de cette période, doit faire l'objet d'une demande auprès de l'assurance dépendance pour continuer à bénéficier de cette même aide technique.

2. LES CRITÈRES DE DÉTERMINATION DES DIFFÉRENTES AIDES TECHNIQUES DANS LE DOMAINE DU DÉPLACEMENT

La mobilité est la capacité des personnes à se déplacer dans leur environnement.

Les aides pour la mobilité personnelle sont les aides à la marche, les différents types de fauteuils roulants, les aides aux transferts, les vélos, ainsi que les adaptations de voiture.

Une analyse des statistiques de 2006, **à partir de la base de données nommée "statistiques des aides techniques"**, sur la prise en charge des aides techniques de la mobilité personnelle par l'assurance dépendance démontre que les aides techniques mises le plus fréquemment à disposition sont surtout les aides à la marche et les fauteuils roulants.

La cellule d'évaluation et d'orientation, étant confrontée à une multitude de modèles différents d'aides techniques, a toujours pour mission de choisir avec beaucoup de soin la meilleure des solutions répondant exactement aux besoins de la personne et de son entourage.

C'est pourquoi dans certaines situations, afin de garantir une meilleure mobilité du demandeur, deux aides techniques de nature différente sont proposées et mises à disposition par exemple l'une pour le déplacement au domicile et l'autre pour le déplacement à l'extérieur.

Certaines situations peuvent amener à dédoubler une aide technique de même nature. C'est le cas lorsqu'une personne nécessite une aide au déplacement à différents étages. Ceci évite le port de l'aide technique,

souvent lourde, dans les escaliers. La situation familiale, où l'enfant de parents divorcés et dont chacun s'alterne la garde, peut aussi amener à dédoubler la prise en charge d'une même aide technique.

Les aides techniques peuvent être prises en charge pour pouvoir faciliter l'aidant dans ses tâches quotidiennes.

Avant de déterminer l'aide technique requise dans le domaine du déplacement, l'évaluateur référent prend rendez-vous avec le demandeur pour réaliser une évaluation aide technique. L'outil utilisé lors de cette visite est un formulaire d'évaluation et de détermination. L'évaluateur référent a pour mission d'évaluer les capacités physiques, cognitives et sensorielles du demandeur, ainsi que l'autonomie fonctionnelle dans les différents actes essentiels de la vie quotidienne. En ce qui nous concerne, dans le cadre de ce mémoire, nous n'aborderons donc que le domaine du déplacement.

Les mesures corporelles (anthropométriques) de la personne sont prises, ainsi que les différentes mesures architecturales des locaux, tels que par exemple la largeur des portes, la disposition des pièces ou encore l'accessibilité verticale et horizontale. La structure architecturale du logement est un élément non négligeable dans la détermination de l'aide technique.

La conclusion de l'évaluation aide technique est une conclusion individuelle, adaptée aux capacités de la personne et à son entourage.

Ainsi nous allons analyser les situations les plus courantes débouchant sur une mise à disposition d'aides techniques pour le déplacement, la description des aides techniques requises et leurs critères de détermination. Les avantages et les désavantages ne tiennent pas compte de l'aspect économique, mais sont basés sur la fonctionnalité de l'aide technique en question.

Nous allons décrire ces aides techniques en allant de celles qui offrent le moins de stabilité à celles donnant le plus de stabilité. La détermination des aides techniques doit donc se faire sur base des capacités physiques et psychiques du demandeur.

2.1. Insécurité à la marche

Il s'agit de compenser un léger trouble de la marche sur de courtes, de moyennes ou de longues distances, lorsqu'une insécurité à la marche se manifeste.

La compensation de la marche se fait en offrant à la personne un soutien adéquat lui permettant de marcher en toute sécurité et de façon indépendante.

2.1.1. Les aides à la marche manipulées par un bras (iso 12 03)

Les aides à la marche manipulées par un bras sont utilisées afin de diminuer ou éliminer le poids porté sur une jambe douloureuse, de compenser un équilibre précaire ou encore d'améliorer l'endurance à la marche de la personne.

a) La canne de marche (iso 12 03 03)

La canne de marche est la plus ancienne des aides techniques. Il existe différents types de poignées. La plus sûre est la poignée ergonomique ou encore appelée anatomique. Celle-ci épouse parfaitement la forme de la main et répartie au mieux les appuis. Il est à noter qu'elle est disponible pour droitiers et gauchers. La canne de marche doit être réglable en hauteur, la bonne hauteur étant celle du grand trochanter (partie saillante du haut du fémur). L'embout est indispensable afin d'éviter le glissement. La canne de marche doit être tenue dans la main opposée à la jambe atteinte.



Critères de détermination

La canne de marche est indiquée lorsqu'une personne, ayant une marche stable et fluide, présente une incertitude à la marche par peur de tomber ou parce qu'elle souffre de troubles de l'équilibre minimes. Généralement les personnes atteintes de tels troubles, s'appuient sur les meubles ou les murs, surtout au domicile quand il s'agit de très courtes distances.

Pour les longues distances, par exemple à l'extérieur du domicile, la canne de marche permet de donner un sentiment de sécurité aux personnes qui ont peur de tomber et qui s'appuient sur une personne accompagnatrice.

Lorsqu'il s'agit de donner un appui pour soulager la douleur pendant la marche à cause d'une atteinte ostéoarticulaire d'un des membres inférieurs (par exemple arthrose des hanches ou des genoux), la canne de marche est proposée.

Avantages: légère, facile à transporter, une main reste toujours libre.

Désavantages: assistance minimale dans les déplacements.

b) La béquille (iso 12 03 12)

La béquille permet un double appui à la personne au niveau du poignet ainsi qu'au niveau de l'avant-bras. En général, elle est utilisée par paire. Elle est aussi réglable en hauteur et dispose de différentes poignées et d'un embout afin d'éviter de glisser. Le réglage de la hauteur est identique à celui de la canne.



Critères de détermination

Elle est utilisée sur base des mêmes critères que pour la canne de marche, sauf que la personne présente une stabilité réduite au niveau des membres supérieurs comme par exemple un tremblement ou encore des douleurs articulaires du poignet, où le double appui au niveau du poignet et de l'avant bras donne une meilleure stabilité. L'utilisation des béquilles par paire permet une plus grande décharge du membre inférieur atteint et donc un plus grand soulagement de la douleur.

Néanmoins l'usage de la béquille par paire nécessite une bonne coordination de la marche.

Avantages: légère, facile à transporter et permet un double appui (décharge du poignet et augmentation de la stabilité).

Désavantages: nécessité d'une bonne coordination (personne), pas de main libre.

c) La canne à plusieurs pieds (iso 12 03 16)

La canne à plusieurs pieds a les mêmes caractéristiques que la canne de marche, mais elle est considérablement plus stable, puisqu'elle est montée sur une base à trois ou à quatre pieds.

***Critères de détermination***

Cette aide à la marche est surtout utilisée lorsque la personne a un membre inférieur et supérieur d'un côté du corps sont atteint comme c'est le cas généralement lors d'une hémiplégie. Le schéma de la marche ainsi que l'équilibre sont troublés, la personne recherche une plus grande stabilité.

Avantages: très stable.

Désavantages: encombrante.

2.1.2. Les aides à la marche manipulées par les deux bras (iso 12 06)

Ce domaine regroupe les différents types de déambulateurs. Ils limitent le poids du corps sur les membres inférieurs et permettent de maintenir un bon équilibre.

a) Le cadre de marche à 4 roues (iso 12 06 06)

Le cadre de marche à quatre roues, couramment appelé "rollator", est utilisé tant bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. Vu la taille de cette aide technique, elle est idéalement proposée pour l'extérieur. Ce cadre de marche à quatre roues est équipé de freins, d'une tablette pour s'asseoir en cas de besoin et d'un panier pour faciliter le transport de petits et moyens objets.



Critères de détermination

Lorsque les longues distances à l'extérieur ne sont plus compensables avec une aide à la marche offrant moins de stabilité, le cadre de marche à 4 roues devient indispensable.

La personne doit présenter une marche fluide et avoir une bonne endurance à la marche pour les déplacements à l'extérieur.

De même, la personne qui se déplace avec un cadre de marche à quatre roues doit avoir une bonne coordination au niveau des membres supérieurs ainsi qu'une force de préhension suffisante, afin d'utiliser correctement les freins et de manœuvrer le déambulateur.

La personne ne peut présenter des troubles cognitifs, afin de manœuvrer correctement le cadre.

Avantages: stabilité, possibilité de transporter des objets et de s'asseoir.

Désavantages: coordination et force de préhension nécessaires à la manipulation. Encombrant et difficile à transporter (poids).

b) Le cadre de marche à trois roues (iso 12 06 06)

Cette aide à la marche est une variante du cadre de marche à quatre roues. Elle est équipée de deux roues à l'arrière et une à l'avant. Cette forme triangulaire permet d'être moins encombrante, ceci au détriment de sa stabilité. Sa mise à disposition est exceptionnelle par rapport à celle du cadre de marche à quatre roues pour cette même raison.

**Critères de détermination**

Lorsqu'une mise à disposition d'un cadre de marche à quatre roues est impossible comme par exemple dans les cas où les locaux du domicile ne permettent pas une aire de rotation suffisante, la mise à disposition d'un cadre de marche à trois roues est proposée. L'utilisation principale du cadre est donc à l'intérieur et la personne doit disposer des mêmes capacités physiques et cognitives que pour le cadre de marche à quatre roues.

Avantages: possibilité de transporter des objets, moins encombrant que le cadre à 4 roues.

Désavantages: coordination et force de préhension nécessaires à la manipulation, difficile à transporter (poids), moins stable que le cadre à 4 roues.

c) Le cadre de marche sans roues (iso 12 06 03)

Le cadre de marche sans roues est équipé de deux poignées en haut et la base est constituée de quatre pieds. Il est une aide à la marche, mais aussi une aide au transfert. Il est réglable en hauteur et certains modèles sont pliables afin de faciliter le transport.



Critères de détermination

Certaines personnes présentent une marche instable avec un risque de chute important dû par exemple à un trouble de l'équilibre plus marqué. L'appui bipodal (station debout) doit être possible, car pendant la marche la personne doit soulever le cadre pour avancer. Une bonne coordination des membres supérieurs et membres inférieurs est donc nécessaire, ainsi qu'une bonne coordination oculomotrice pour bénéficier des avantages du cadre de marche sans roues.

Habituellement, ce cadre est utilisé à l'intérieur pour se déplacer sur de courtes distances.

Avantages: très stable, sentiment de sécurité assuré (trois côtés fermés), léger, transport facile

Désavantages: coordination nécessaire à la manipulation, pas de main libre pendant la marche

d) Le cadre de marche à 2 roues (iso 12 06 06)

Ce cadre de marche est équipé de deux roulettes à l'avant et de deux pieds à l'arrière. Les deux roulettes à l'avant permettent à la personne d'avancer sans devoir soulever le cadre mais en le poussant devant soi.

***Critères de détermination***

Souvent équipé d'un siège rembourré pour une assise plus confortable, sa mise à disposition est raisonnable lorsque la personne n'a plus la force de soulever un cadre de marche sans roues. Il est indiqué en cas de manque de coordination des membres supérieurs, d'un trouble oculomoteur, d'une marche lente, ou encore lors d'une marche hésitante à petits pas.

Avantages: stabilité, possibilité de s'asseoir, transport facile.

Désavantages: pas de main libre pendant la marche.

2.2. Incapacité à la marche

Il s'agit de compenser la mobilité de la personne sur de courtes, de moyennes ou de longues distances, mais aussi de compenser une incapacité à la propulsion ou une incapacité à franchir des obstacles ou à circuler sur des terrains accidentés.

On fera une distinction entre l'incapacité partielle et l'incapacité totale à la marche:

- **Incapacité partielle à la marche**

On parle d'incapacité partielle à la marche quand la personne présente un périmètre de marche fortement limité, ce qui réduit les distances pouvant être parcourues. Le périmètre de marche peut être limité par une force musculaire diminuée des membres inférieurs, par une atteinte neurologique ou neuromusculaire, une atteinte orthopédique, une atteinte cardio-pulmonaire, par des douleurs de différentes natures, ou encore par une amputation partielle ou totale des membres inférieurs.

Situation classique:

Pour des courtes distances, la personne pourra toujours avoir recours à une aide à la marche comme citée précédemment, qui par contre ne suffira plus pour le déplacement sur de plus longues distances où elle préférera un fauteuil roulant comme décrit dans les points suivants. Les déplacements sur de longues distances se font soit à l'aide d'une tierce personne qui pousse le fauteuil roulant, soit à l'aide d'un moteur qui favorise les déplacements autonomes de la personne.

- **Incapacité totale à la marche**

Une incapacité totale à la marche est due à une absence des capacités fonctionnelles par une paralysie ou une impotence fonctionnelle des membres inférieurs après une atteinte neurologique, une atteinte orthopédique, mais aussi une force musculaire très diminuée, voire presque nulle des membres inférieurs. Une amputation partielle ou totale des membres inférieurs peut également conduire à une incapacité totale à la marche.

Situation classique:

La personne nécessite pour tous ses déplacements l'aide d'un fauteuil roulant. Sur de courtes distances, elle est capable soit de se déplacer de façon autonome, soit elle doit être poussée par une tierce personne. Pour les déplacements sur de plus longues distances, la personne est autonome, nécessite l'aide d'une tierce personne ou d'un fauteuil roulant motorisé, pouvant être mis à disposition afin de favoriser l'autonomie de la personne.

2.2.1. Le fauteuil roulant à propulsion manuelle (iso 12 21)

Selon l'autonomie de la personne, différents modèles de fauteuils roulants sont proposés. Il est laissé à évaluateur référent de déterminer le fauteuil roulant donnant le plus d'autonomie au bénéficiaire nécessitant cette aide.

Nous allons présenter les fauteuils roulants en commençant par ceux qui exigent une conduite autonome du demandeur et nous allons finir par ceux qui sont faits pour les personnes aux capacités globales très réduites.

La prise de mesures est générale pour les fauteuils roulants et doit tenir compte de la physiologie et du niveau d'activité du demandeur pour assurer une utilisation adéquate/stable et confortable. Ces mesures sont prises en assis et correspondent à:

- la largeur d'assise: la largeur au niveau du fauteuil est mesurée entre les accoudoirs. La largeur nécessaire à l'utilisateur correspond à la largeur la plus importante au niveau des hanches.
- la profondeur d'assise: la profondeur nécessaire à l'utilisateur correspond à la mesure de la cuisse et ceci à partir des "fesses" jusqu'au creux poplité moins la largeur de 2-3 doigts.
- la hauteur d'assise: la hauteur d'assise est mesurée verticalement du sol jusqu'en dessous des cuisses. Cette mesure est principalement utile si la personne se propulse par les pieds.
- la hauteur du dossier: il faut également mesurer la hauteur du dossier. Celle-ci dépend fortement du tonus du tronc de l'utilisateur et est augmentée en cas de trouble du tonus du tronc. La hauteur est mesurée du bas du dos jusqu'à la pointe des omoplates. Un dossier à tension réglable permet de mieux répondre aux besoins de l'utilisateur par exemple en cas de cyphose.

a) Le fauteuil roulant actif pliable ou à cadre fixe (iso 12 21 06)

Le fauteuil roulant actif est caractérisé par le fait que les potences repose-pieds sont fixes, ce qui améliore sa robustesse et diminue son poids total. Les propriétés propres du fauteuil roulant actif sont d'assurer une bonne qualité de propulsion ainsi qu'une maniabilité très aisée pour son utilisateur.

Certains fauteuils ont un cadre fixe qui ne permet pas d'être plié de façon conventionnelle, bien que le dossier reste escamotable pour faciliter ainsi le transport.

D'autres fauteuils roulants actif pliables ont une palette repose-pieds relevable pour pouvoir transporter le fauteuil roulant plus facilement.

La palette repose-pieds pour les deux types de fauteuil roulant actif est de type unique.

La hauteur du dossier doit être basse, ce qui permet une plus grande liberté des mouvements du tronc et des membres supérieurs.



Critères de détermination

Ce fauteuil est indiqué lorsque la personne souffre d'une incapacité totale à la marche, mais possède une bonne force musculaire des membres supérieurs.

La mise à disposition d'un tel fauteuil requiert de la part du demandeur une conduite autonome pour tous ses déplacements et sur toutes distances.

Avantages: poids léger, maniabilité.

Désavantages: pas de désavantages fonctionnels observés.

b) Le fauteuil roulant de base pliable (iso 12 21 06)

Le fauteuil roulant de base varie selon les différents types et modèles existants. Il est compris entre autre des:

- anti-chutes: du point de vue sécurité, tout fauteuil roulant doit avoir deux anti-chutes pour prévenir les chutes vers l'arrière.
- accoudoirs: il est préférable que les accoudoirs soient réglables en hauteur afin d'adapter à la hauteur nécessaire à l'utilisateur. Les accoudoirs sont de type amovibles pour faciliter les transferts.
- poignées de propulsion: les poignées de propulsion pour l'accompagnateur peuvent être réglables en hauteur.
- freins: tout fauteuil roulant a des freins pour l'utilisateur. Des rallonges freins peuvent être mis, pour mieux atteindre les freins en cas de besoin.
- repose jambes: Les repose jambes sont de type fixes ou réglables en hauteur. Ils sont toujours amovibles.

Il existe encore de nombreux accessoires qui sont fournis selon les besoins individuels de l'utilisateur.

**Critères de détermination**

Un fauteuil roulant de base peut être aussi bien indiqué dans les cas d'une incapacité partielle que lorsqu'il s'agit d'une incapacité totale de la marche.

L'activité du demandeur n'est pas prise en compte pour bénéficier d'un fauteuil roulant de base. Souvent les activités et les capacités du demandeur n'autorisent plus de conduite active.

Avantages: transport facile

Désavantages: sa maniabilité et son poids par rapport au fauteuil roulant actif

c) Le fauteuil roulant de positionnement (iso 12 21 03)

Le fauteuil roulant de positionnement est surtout utilisé pour des personnes à mobilité très réduite.

Afin d'améliorer le confort de l'utilisateur, le fauteuil dispose de nombreux réglages pour être adapté au mieux à la morphologie de l'utilisateur. Le dossier est de type anatomique et épouse parfaitement la hauteur totale du dos.

Le fauteuil de positionnement permet des fonctions comme par exemple la bascule de l'assise, le dossier inclinable et les repose-pieds réglables en hauteur et en angle, lesquelles sont à actionner par une tierce personne. La personne peut ainsi prendre toutes sortes de positions, qui vont de la position droite et assise jusqu'à la position complètement couchée.

Pour garantir un soutien total, le fauteuil roulant de positionnement dispose de plusieurs formes d'appui-tête et de calle tronc.



Critères de détermination

En règle générale, l'évaluateur propose ce fauteuil quand la personne souffre d'un problème axial du tronc avec une incapacité totale à la marche. Le tonus du tronc est considérablement diminué et la personne nécessite un meilleur maintien que dans un fauteuil roulant de base.

Puisque ce modèle de fauteuil roulant permet de multiples de positions, on évite ainsi le risque d'escarres parce que les pressions peuvent être diminuées selon le besoin, vu que ces personnes ont tendance à passer la plus grande partie de la journée assise.

La personne est déplacée exclusivement à l'aide du fauteuil roulant et ceci principalement à l'intérieur. Elle n'est pas capable de se propulser de façon autonome, ni sur de courtes, ni sur de longues distances. Elle nécessite toujours une tierce personne pour les déplacements.

Avantages: variation des positions de assis à couché, plus de confort pour une personne restant de nombreuses heures assise.

Désavantages: plus encombrant, maniabilité, poids

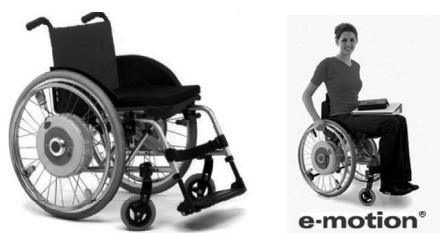
2.2.2. Les ensembles de propulsion (iso 12 24)

Les ensembles de propulsion sont des moyens de propulsion pour le demandeur ou la tierce personne et adaptables sur la plupart des fauteuils roulants manuels.

a) L'ensemble de propulsion manœuvré par les mains courantes (iso 12 24 09)

Cet ensemble est une assistance à la propulsion. Les moteurs se trouvent dans les moyeux des roues arrières ainsi que la batterie, elle-même placée au centre du moyeu.

L'ensemble de propulsion multiplie l'énergie transmise sur les mains-courantes. Les récepteurs au niveau des mains-courantes transmettent automatiquement l'énergie et la durée nécessaire à l'assistance. On peut choisir instantanément et manuellement entre deux programmes: conduite en extérieur et en intérieur. La sensibilité de réaction des mains-courantes est réglable en fonction des possibilités ou de la pathologie du demandeur. Une différence de force des membres supérieurs est ainsi corrigée.



Critères de détermination

Il s'agit de personnes qui présentent une incapacité totale à la marche.

La personne doit posséder au moins un peu de force musculaire aux membres supérieurs et pouvoir aisément bouger ceux-ci.

La personne est donc capable de se propulser de façon autonome sur de courtes distances, mais éprouve une grande difficulté à se propulser, sans l'aide d'une tierce personne, sur de longues distances. Cet ensemble de propulsion favorise l'autonomie du demandeur, tout en préservant le mouvement naturel de la propulsion manuelle.

Avantages: poids pour faciliter le transport est généralement inférieur à celui d'un fauteuil roulant électrique, démontage facile/aisé, plus de performance sur le plan de l'autonomie et de la puissance par rapport au fauteuil roulant de base.

Désavantages: augmente la largeur d'assise de 3 cm, franchissement d'obstacles (par exemple les trottoirs).

b) L'ensemble de propulsion manœuvré par joystick et/ou accompagnateur (iso 12 24 09)

Cet ensemble comprend deux moteurs électriques inclus dans les moyeux des roues arrières, une batterie placée en dessous du siège et un joystick de commande. La commande est escamotable sur le côté ce qui facilite l'accès vers une table. Le joystick de commande est adaptable pour gaucher et droitier. La motorisation peut se débrancher facilement par l'utilisateur ce qui permet de se propulser manuellement. La conduite est programmable en conduite intérieure et extérieure.



Critères de détermination

La personne doit avoir des capacités cognitives intactes et une absence de trouble de la motricité fine des membres supérieures afin de garantir une manœuvre en toute sécurité. Elle présente une incapacité partielle ou totale de la marche.

Cet ensemble sert à donner à la personne une certaine autonomie pour les déplacements sur de longues distances.

Avantages: démontage facile, conduite en intérieur et en extérieur. Possibilité de placer le joystick en commande accompagnateur.

Désavantages: pièces plus ou moins lourdes (par exemple poids d'une roue 8-9 kg), puissance par rapport à un fauteuil roulant électrique, franchissement d'obstacles, augmente la largeur de l'assise du fauteuil roulant d'en moyenne 10 cm (accessibilité → largeur des portes !!).

c) Le système de propulsion pour accompagnateur (iso 12 24 09)

Ce système de propulsion est uniquement destiné aux personnes accompagnatrices et caractérisé par une motorisation électrique qui leur permet de diriger et de freiner le fauteuil roulant sans effort. Une roue centrale motrice est fixée sous le châssis. La personne accompagnatrice commande le fauteuil roulant par une grosse poignée placée sur la poignée du fauteuil et équipée des différentes fonctions: marche avant et arrière, choix de vitesse et accélération. Cette dernière est très sensible et en cas d'accélération brusque elle enclenche automatiquement un freinage d'urgence.

**viamobil®*****Critères de détermination***

Pour manœuvrer un tel système de propulsion, la tierce personne requière de bonnes capacités physiques et cognitives. Le demandeur est incapable de conduire un fauteuil roulant de façon autonome à l'extérieur. Une surcharge pondérale du demandeur implique que la tierce personne est incapable de pousser le fauteuil roulant à l'extérieur comme par exemple monter des pentes, sur de longues distances ou en descente.

Avantages: plus facile à manier qu'un joystick placé en commande accompagnateur, facile à démonter pour le transport, la largeur est égale à celle du fauteuil roulant.

Désavantages: difficilement adaptable sur la plupart des fauteuils roulant de positionnement, car la fonction du dossier inclinable ne peut plus être utilisée.

2.2.3. Les fauteuils roulant à propulsion électrique (iso 12 21)

Les fauteuils roulants à propulsion électrique regroupent les fauteuils roulants à usage mixte, intérieur et extérieur, et les scooters. Ils sont tous livrés avec un équipement de route par exemple les feux de route, un klaxon et sont limités à 6 km/h.

Le choix des différents types de véhicules dépend très fortement des endroits extérieurs fréquentés, des habitudes et besoins du demandeur.

a) Le scooter (iso 12 21 24)

Il existe des scooters à trois ou quatre roues. En règle générale la CEO préfère les modèles à quatre roues, car ils sont plus sûrs dans leur utilisation quotidienne. La conduite à l'aide d'un guidon est plus naturelle que celle des fauteuils roulant électriques qui sont conduits par un joystick.

Son usage est exclusivement à l'extérieur et il est équipé d'un siège pivotant et d'un panier en tant qu'équipement standard. En option, un siège avec élévation peut faciliter les transferts des personnes.



Critères de détermination

Ce type de véhicule n'est proposé en général qu'à des personnes présentant une incapacité partielle à la marche.

La personne doit présenter une bonne coordination des membres supérieurs afin de manipuler aisément le guidon. Les capacités cognitives doivent être intactes et les transferts se font sans aide d'une tierce personne.

Une personne ayant besoin d'une aide à la marche pour de courtes distances se voit confronté au problème de la distance quand il s'agit de sortir à l'extérieur et faire des courses par exemple.

Avantages: véhicule tout terrain

Désavantages: utilisation intérieure impossible.

b) Le fauteuil roulant électrique d'intérieur et d'extérieur pliable (iso 12 21 27)

Le fauteuil roulant électrique d'intérieur et d'extérieur pliable facilite l'usage et la maniabilité à l'intérieur dû à son faible encombrement. En effet, on peut plier ou démonter ces fauteuils pour faciliter leurs transports. Il présente un moindre poids, mais sa robustesse et son confort sont limités.

**Critères de détermination**

Ce fauteuil roulant est proposé lorsque la personne souffre d'une incapacité totale ou partielle à la marche en combinaison avec une force très réduite des membres supérieurs. La personne souhaitant être autonome pour ses déplacements, principalement à l'extérieur, doit posséder de bonnes capacités cognitives pour manipuler le fauteuil en toute sécurité.

Pour les déplacements à l'extérieur et principalement pour les alentours proches du domicile, il faut respecter les distances et la configuration des terrains à parcourir (des pentes importantes ou encore des terrains avec beaucoup d'obstacles rendent une mise à disposition non adaptée).

Avantages: utilisation extérieure et intérieure, léger, maniabilité

Désavantages: robustesse réduite, ne convient pas pour les terrains accidentés.

c) Le fauteuil roulant électrique d'extérieur non pliable (iso 12 21 27)

Ces modèles à châssis non pliable sont très robustes, puissants et disposent d'une grande autonomie. En contrepartie, ils sont lourds (plus ou moins 100 kg), encombrants et ne sont guère transportables autrement que dans une voiture aménagée.

Ils sont livrés avec un équipement standard et sont adaptables avec des fonctions confort, tels que les réglages électriques de l'assise, du dossier et des repose-jambes, d'une mise en place d'appui-tête et de calles latérales.

Selon le modèle commandé, ils sont proposés avec traction ou propulsion, ce qui change leur aire de rotation et la conduite du véhicule.



Critères de détermination

Ce fauteuil roulant est proposé, lorsque la personne souffre d'une incapacité totale ou partielle à la marche en combinaison avec une force très réduite des membres supérieurs. La personne souhaitant être autonome pour ses déplacements, principalement à l'extérieur, doit posséder de bonnes capacités cognitives pour assurer une manœuvre en toute sécurité.

Ce fauteuil roulant est d'avantage proposé par rapport au fauteuil roulant électrique d'intérieur et extérieur pliable, car il offre une variété de possibilités d'adaptation importantes.

Avantages: tout terrain, stable

Désavantages: encombrants, difficultés de les transporter, poids important

3. DÉMARCHES À SUIVRE POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN "CONTRÔLE QUALITÉ"

3.1. Introduction

Toute organisation qui se veut effective dans l'exécution d'un service au client, n'échappe pas, tôt ou tard, à l'instauration d'un contrôle de qualité. Ceci permet de vérifier la qualité du service et d'augmenter, le cas échéant, la satisfaction de ses clients en apportant des changements ciblés.

Le projet de loi de l'assurance dépendance, voté le 23 décembre 2005, portant entre autre sur une nouvelle mission de la CEO, qui est le contrôle de la qualité des prestations de l'assurance dépendance, entrera en vigueur le 1er janvier 2007.

A l'heure actuelle, le suivi et le contrôle des aides techniques mises à disposition ne sont pas systématiques.

Jusqu'à présent il n'y a que trois situations où la CEO effectue un contrôle de qualité:

- a) Lorsque la CEO met à disposition un élévateur d'escalier, elle exige qu'un organisme de contrôle agréé fasse un contrôle technique des installations et qu'une fiche de réception confirmant ceci soit envoyée à la CEO avant une prise en charge complète.
- b) Lorsque le demandeur bénéficie d'une coque, l'indemnisation finale de l'aide technique se fait uniquement après obtention d'une fiche de réception, qui a été remplie par un médecin du " service d'évaluation et de rééducation fonctionnelles ". Ce dernier s'assure de l'adéquation de l'aide en question.
- c) Lorsque le demandeur bénéficie d'une adaptation de voiture le paiement intégral s'effectue après obtention d'une copie de la carte grise de la voiture adaptée, laquelle est passée au contrôle technique.

Une fois qu'une aide technique, ayant fait l'objet d'une demande, a été déterminée et commandée par l'évaluateur référent, celle-ci est livrée par le "Service des Moyens Accessoires" dit SMA ou par un fournisseur. Le SMA gère le stock des aides techniques de l'assurance dépendance. Lorsqu'une aide technique est requise, il faut d'abord vérifier sa disponibilité au SMA avant toute commande auprès d'un fournisseur. Si l'aide technique requise n'est pas disponible au SMA, on procédera à un appel d'offres. L'aide technique retenue est choisie d'après sa fonctionnalité, mais également d'après son aspect économique.

Une vérification de la qualité ou de la fonctionnalité du matériel mis à disposition ultérieure à la livraison n'est pas effectuée et l'utilisation de l'aide technique par le bénéficiaire n'est pas prise en considération.

3.2. Contrôle de qualité et fiche de visite

Il faut évaluer la qualité du service presté envers le bénéficiaire de l'aide technique, que ce soit le contrôle du matériel livré ou encore l'évaluation de la satisfaction du demandeur et de son entourage par rapport à ce même matériel. En ce qui concerne le matériel, ici les aides techniques dans le domaine du déplacement, il est important d'évaluer et donc de recevoir les informations quant à l'exactitude du choix des différentes aides proposées par les évaluateurs référents de la CEO.

Toutes ces données peuvent faire l'objet d'une évaluation à l'aide d'une fiche de contrôle de qualité.

L'évaluateur responsable du contrôle de la qualité des prestations en aides techniques se rend au domicile du bénéficiaire et ceci quelques semaines après livraison des aides techniques en question.

Pour effectuer un contrôle de qualité au domicile, il faut prendre en compte un facteur essentiel: le temps d'accommodation du demandeur par rapport à l'aide technique. Un délai de six semaines à partir de la livraison de l'aide technique, en moyenne, est donc raisonnable, puisque au-delà de cette période cela peut signifier que le bénéficiaire doit utiliser l'aide technique fournie, même s'il s'avère que le matériel n'est pas adapté, voir inadéquat. Mais un délai moindre ne peut pas être pris en compte, puisque le bénéficiaire, ayant reçu une aide technique pour le déplacement à l'extérieur, n'a peut être pas encore eu la possibilité de se déplacer à l'extérieur et ceci dû à des facteurs multiples comme par exemple la météo ou l'indisponibilité de la tierce personne l'accompagnant.

Cette visite au domicile se fait donc uniquement en présence du demandeur et, le cas échéant, de son entourage.

3.2.1. Les informations reçues avant la visite de contrôle de qualité

- **par rapport au demandeur et son entourage**

Ces informations comportent les coordonnées du bénéficiaire et les données requises de l'évaluation aide technique antérieure tels que le diagnostic médical, les difficultés rencontrées (capacités physiques du demandeur) dans le domaine du déplacement, la solution en aide technique proposée par l'évaluateur référent ainsi que son objectif à atteindre.

Pour l'aide technique proposée à l'entourage du demandeur, il faut connaître les difficultés de la situation antérieure.

- **par rapport au fournisseur**

Le contrôle de qualité des prestations en aide technique envers le bénéficiaire doit commencer dès la livraison de l'aide technique, soit par rapport au SMA ou soit par rapport au fournisseur retenu.

Une partie des informations concernant le fournisseur est recueillie dans la base de données, nommée ADDP (Gestion appareil et dossier), et à partir du devis reçu du fournisseur de l'aide technique choisie. Ces informations correspondent surtout à la description de l'aide technique et au délai de livraison.

Lorsque l'aide technique est livrée par le SMA, la description de cette dernière est obtenue dans la base de données nommée ADDP, par contre pour l'aide technique livrée par un fournisseur, l'aide technique est décrite dans le devis retenu. La description de l'aide technique que l'évaluateur réfère à commandée, permet donc la comparaison (ou le contrôle) entre le modèle commandé et le modèle livré (avec tous les accessoires nécessaires au besoin individuel).

En ce qui concerne le délai de livraison, celui-ci est aussi obtenu à partir du devis du fournisseur retenu. Puisque pour le SMA il n'existe pas de délai de livraison, la livraison devra se faire dans les meilleurs délais. Ceci permet de vérifier si le fournisseur a respecté le délai après avoir reçu la commande envoyée par l'Union des Caisses de Maladie.

Entre l'évaluation aide technique et la commande envoyée par l'Union des Caisses de Maladie, sur avis de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation, il y a un certain délai qui peut varier et qui est difficile de déterminer à l'avance. Le délai de livraison ne peut donc être calculé qu'à partir de l'envoi de la commande par l'Union des Caisses de Maladie auprès du fournisseur.

Ces informations peuvent donc facilement être vérifiées et sont à remplir par l'évaluateur avant la visite du contrôle de qualité.

3.2.2. Satisfaction du bénéficiaire et de son entourage

L'évaluation de la satisfaction revient à faire un questionnaire avec le bénéficiaire et/ou éventuellement son entourage.

a) Appréciations personnelles

Il est important de déterminer l'autonomie du demandeur et l'acceptation personnelle vis-à-vis de l'aide technique. La fréquence d'utilisation de ce matériel ainsi que le soulagement des douleurs grâce à l'aide technique sont également des facteurs qu'il faut prendre en considération.

Ceci permet d'évaluer le changement par rapport à la situation antérieure.

b) Impressions par rapport au fournisseur

Le bénéficiaire donne ses impressions par rapport au fournisseur pour permettre à l'évaluateur de la Cellule d'Evaluation et d'Orientation de juger de la professionnalité de ce dernier.

Le demandeur doit recevoir les initiations et informations nécessaires à une utilisation correcte de l'aide technique pour une meilleure qualité de vie au quotidien. Malgré cela, les livraisons des aides techniques sont quelques fois effectuées par du personnel non qualifié, ce qui peut poser un problème.

Très important sont des points tels que le temps pris par le fournisseur pour expliquer et initier le demandeur à l'aide technique pour permettre une utilisation correcte et adéquate de celle-ci. Une évaluation de la prise de contact et de la disponibilité, en cas de problème technique, du fournisseur renseigne l'évaluateur sur l'intérêt porté et soins donnés envers le bénéficiaire.

Le délai d'intervention en cas de panne d'une aide technique doit être respecté comme prévu dans le devis initial. Cela donne un avis sur la vitesse d'intervention du fournisseur et un aperçu de sa fiabilité même après livraison.

c) L'entourage: aidant informel ou réseau d'aides et de soins

L'entourage du bénéficiaire, si tel est le cas, peut donner son avis sur la manipulation de l'aide technique au quotidien et renseigner l'évaluateur sur l'impact dans la vie du bénéficiaire.

3.2.3. L'aide technique

La vérification des mesures par l'évaluateur de l'aide technique livrée permet de déterminer l'adéquation du modèle soit par rapport au devis soit par rapport au descriptif de l'aide en question.

Toutes les mesures sont prises et vérifiées et les accessoires livrés sont comparés par rapport à la demande.

L'usure et la robustesse des différentes aides techniques sont contrôlées et permettent de déterminer la qualité du matériel, car souvent il s'agit d'aides techniques utilisées auparavant, ayant été revalorisées par le SMA.

3.2.4. La mise en situation

Ce point illustre la manière dont le bénéficiaire utilise l'aide technique en question.

Pour les aides à la marche, la mise en situation proposée se fait sur une distance de +/- cinq mètres, puis la personne doit effectuer un demi-tour et revenir sur les cinq mètres. Ce parcours peut facilement être réalisé dans le couloir du domicile pour les aides d'intérieur proposées. Pour les propositions des aides d'extérieur ce parcours peut être réalisé sur le trottoir. La mise en situation permet donc de déterminer également si la personne sort de son domicile de façon autonome ou bien si elle dépend de l'aide d'une tierce personne.

Pour les fauteuils roulants manuels ou électriques et les ensembles de propulsion une mise en situation est réalisée afin de déterminer l'autonomie du bénéficiaire. La mise en situation dépend des lieux d'utilisation. Pour les aides techniques d'intérieur, il est important que les lieux de vie à l'intérieur soient accessibles au demandeur comme par exemple le passage des portes, des couloirs et l'accès à une table. Pour celles proposées pour l'extérieur la mise en situation permet de vérifier la façon dont le bénéficiaire accède à l'extérieur ainsi que son type de déplacement.

Une fiche de visite a été établie sur base de ces quelques points. Celle-ci est structurée de façon simple pour permettre une utilisation par tous les évaluateurs sans pour autant avoir recours à une explication supplémentaire. Elle doit également être élaborée de façon à ce qu'elle soit toujours adaptée aux différentes situations de vie des demandeurs. En conséquence, la durée prévue pour chaque visite a été fixée à 20 minutes en moyenne.

Pour permettre une vue globale de chaque visite à l'aide de cette fiche, il était important de présenter les questions d'une manière simple et compréhensible.

La fiche de visite se trouve en annexe à la présente.

FICHE DE VISITE: CONTRÔLE QUALITÉ

Nom: Prénom:
Adresse: Téléphone:
Matricule: Dossier: D
Date de la visite: Durée de la visite:

Données reçues de l'évaluation aide technique antérieur:

Diagnostic médical:
Problèmes rencontrés lors du déplacement/capacités cog. et phys.:
Aides techniques requises:
Objectif à atteindre:
Fournisseur:

1. Le fournisseur

• aide technique reçue:

Canne de marche Béquille canne à plusieurs pieds
Cadre de marche sans roues cadre de marche avec roues
FR manuel Efix Emotion Via mobil
FR électrique extérieur FR électrique int/ext Scooter

Modèle commandé: Modèle livré:
Accessoires commandés Accessoires livrés:
Date de livraison prévue: Date de livraison réelle:
En cas de panne → délai d'intervention:

2. La satisfaction du demandeur et entourage

a) Appréciations personnelles

Autonomie:
Acceptation de l'AT:
Fréquence d'utilisation:
Douleurs:
Manipulation de l'AT:

b. Impressions par rapport au fournisseur

Prise de contact:

Disponibilité:

Initiations/explications nécessaire à une utilisation adéquate:

Temps nécessaire:

Démontage/montage de l'aide technique:

c. L'entourage: aidant informel et/ou réseau d'aide et de soin

manipulation de l'aide technique:

soulagement:

3. L'aide technique

a) Observation et vérification des mesures

- D'une aide à la marche manipulée par un ou les deux bras

*Commandé**Livré*

Largeur:

Largeur:

Hauteur:

Hauteur:

- des fauteuils roulants, véhicules et accessoires de fauteuil roulant

*Commandés**Livrés*

Largeur d'assise:

Largeur d'assise:

Profondeur d'assise:

Profondeur d'assise:

Hauteur d'assise

Hauteur d'assise:

Hauteur du dossier:

Hauteur du dossier:

Accessoires:

Accessoires:

Remarques éventuelles:

b) Mise en situation (demandeur et aide technique)

Observation de la marche d'une aide technique manipulée par un ou les deux bras

- sans aide technique:
- avec aide technique:

Observation du déplacement en fauteuil roulant, véhicule ou accessoire de fauteuil roulant

- Propulsé/manipulé par demandeur tierce personne
- Propulsion par joystick/main courantes:
- Propulsion interne:
 - externe:
- Accessibilité interne:
 - externe:
- Démontage/montage pour le transport:

4. Conclusion

- Fournisseur:
 - a) choix du matériel respecté/commande respectée:
 - b) délai de livraison respecté
 - c) initiations et réglages:
- Adéquation de la solution proposée:
 - a) pour le demandeur:
 - b) pour l'évaluateur:
- Matériel adapté oui non
Si non, à échanger contre:
- Objectif atteint:

PARTIE 2: PARTIE PRATIQUE

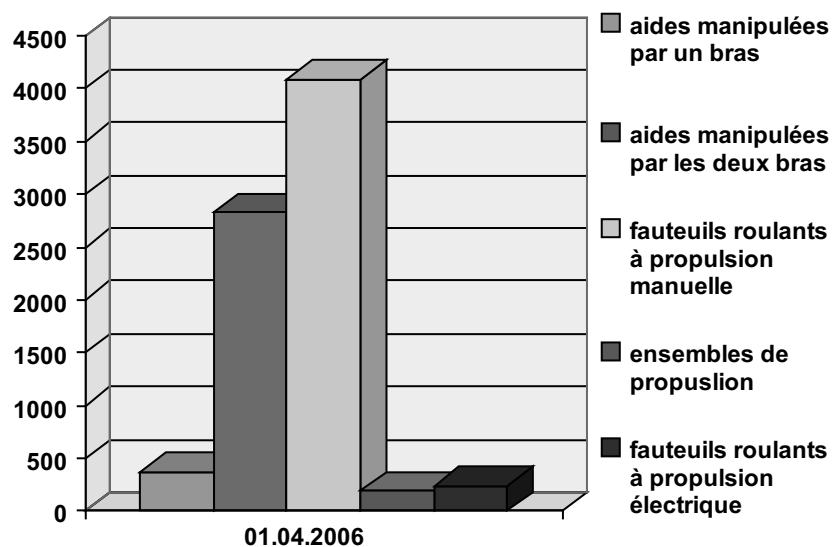
Sélection et présentation des cas pratiques

Dans cette partie, il s'agit d'appliquer cette démarche de contrôle de qualité à l'aide de la **fiche de visite** (expliquée au chapitre précédent) à une sélection de cinq cas-types.

Le choix des cinq cas-types a été d'abord effectué sur base des statistiques des aides techniques fournies par l'Assurance Dépendance. Nous nous sommes donc basés sur l'aide technique la plus fournie et non sur un demandeur spécifique.

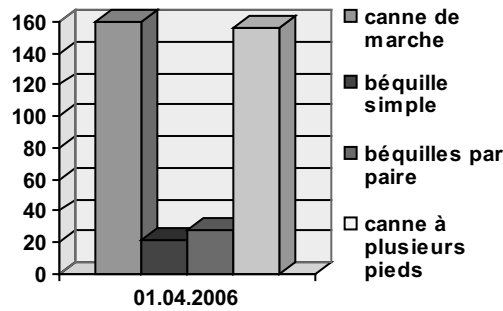
L'analyse des statistiques, à partir d'une base de données spécifique, des aides techniques décrites auparavant et mises à disposition jusqu'en date du 3 avril 2006 peut être expliquée dans les tableaux ci-dessous.

Le **tableau 1.1** représente le nombre de l'ensemble des aides techniques dans le domaine du déplacement et mises à disposition en avril 2006:

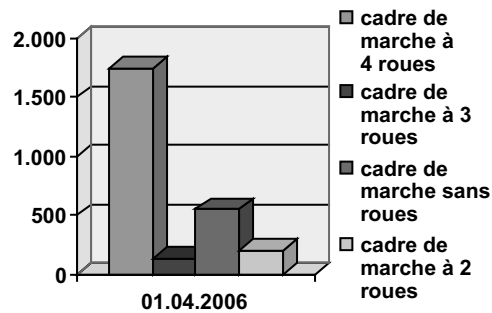


Les cinq tableaux ci-dessous représentent le nombre des aides techniques en question de chaque catégorie et mises à disposition en avril 2006.

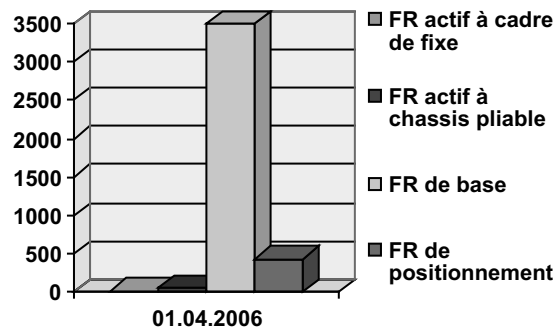
Le **tableau 1.2** représente le nombre de mise à disposition des aides manipulées par un bras:



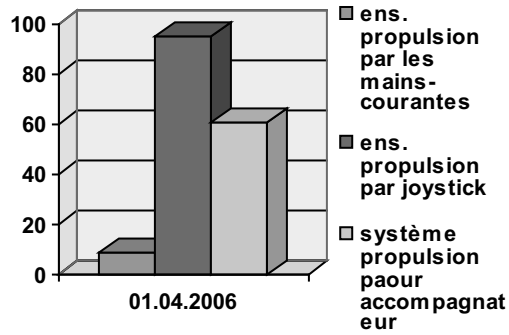
Le **tableau 1.3** représente le nombre de mise à disposition des aides manipulées par les deux bras:



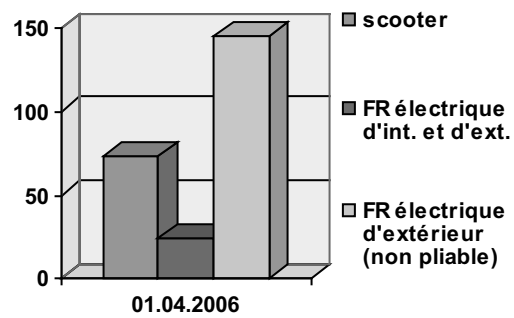
Le **tableau 1.4** représente le nombre de mise à disposition des fauteuils roulants à propulsion manuelle:



Le **tableau 1.5** représente le nombre de mise à disposition des ensembles de propulsion:



Le **tableau 1.6** représente le nombre de mise à disposition des fauteuils roulants à propulsion électrique:



Pour chacun de ces cinq tableaux, nous avons pris l'aide technique pour laquelle sa mise à disposition est la plus fréquente comme critère de sélection pour les cinq cas-types.

A partir de ces cinq aides techniques choisies, nous avons déterminé la personne en question. La personne (demandeur) a été sélectionnée dans la base de données ADDP et ceci à partir du code ISO pour chaque aide technique correspondante.

Cette recherche a été très difficile. Premièrement, le temps consacré pour préparer cette recherche a été important et deuxièmement certains critères de sélection nous ont amené à écarter plusieurs personnes à cause de leur situation géographique, leur pathologie ou encore leur état de santé.

En tout, trois personnes ont été écartées, la première personne à cause de problèmes psychologiques, la deuxième a annulé le rendez-vous pour causes familiales et la troisième a été écartée vu sa situation géographique défavorable à l'évaluateur.

Il a également été important de choisir un équilibre entre la livraison de l'aide technique par le SMA et par un fournisseur. A partir des cinq cas-types, trois livraisons ont été effectuées par le SMA et deux par un fournisseur.

Puisque les aides techniques dans le domaine du déplacement sont aussi mises à disposition aux bénéficiaires hébergés en établissement d'aides et de soins, nous avons choisi un tel cas qui nous permet d'évaluer et donc de contrôler la qualité des services apportée par les fournisseurs en question envers les bénéficiaires se trouvant en établissement.

Pour les quatre aides techniques restantes, les personnes se trouvent à leur domicile.

La fiche de visite pour chacun de ces cinq cas-types est annexée à la présente.

FICHE DE VISITE: CAS PRATIQUE 1

Nom: Monsieur H. Prénom: A.
 Adresse: MDS Téléphone:
 Matricule: Dossier: D
 Date de la visite: 18.09.2006 Durée de la visite: 30 minutes

Données reçues de l'évaluation aide technique antérieur:

Diagnostic médical: cardiopathie ischémique, AVC gauche et droit, ATCD de blessures par balles au dos et déformation du MS gauche

Problèmes rencontrés lors du déplacement: dyspnée, périmètre de marche réduit, incapable de se déplacer en fauteuil roulant manuel, troubles de la coordination des MS, troubles de la préhension gauche --> flexion, extension impossible, station debout prolongée impossible

Aides techniques requises: FR électrique d'extérieur

Objectif à atteindre: se déplacer en FR électrique à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution.

Fournisseur: SMA

1. Le fournisseur**• aide technique reçue:**

Canne de marche Béquille canne à plusieurs pieds
 Cadre de marche sans roues cadre de marche avec roues
 FR manuel Efix Emotion Via mobil
 FR électrique extérieur FR électrique int/ext Scooter

Modèle commandé: Invacare Storm 3

Modèle livré : Invacare Storm 3

Accessoires commandés: commande à droite

Accessoires livrés: commande à droite

Date de livraison prévue:

Date de livraison réelle: 17.07.2006

En cas de panne → délai d'intervention: pas de panne dans les 2 derniers mois.

2. La satisfaction du demandeur et entourage

a) Appréciations personnelles

Autonomie: autonomie favorisée, peut sortir de façon autonome depuis sa chambre jusqu'à l'extérieur, arrive à ouvrir les portes et à se servir de l'ascenseur depuis son FR électrique. Son périmètre de marche n'est plus limité

Acceptation de l'AT: très bonne

Fréquence d'utilisation: tous les jours, le plus souvent le matin, je me promène jusqu'aux lapins, j'aime la nature, je suis un grand fanatique des oiseaux.

Douleurs: je ne présente pas de douleurs, je ne peux plus marcher.

Manipulation de l'AT: bonne manipulation des touches de la commande ainsi que du joystick

b) Impressions par rapport au fournisseur

Prise de contact: je ne le sais pas, c'est le personnel de l'institution qui s'en est occupé.

Disponibilité: non concerné (n.c.)

Initiations/explications nécessaire à une utilisation adéquate: les explications n'ont pas été faites par le fournisseur, mais par le personnel de l'institution.

Temps nécessaire: n.c.

Démontage/montage de l'aide technique: n.c.

c) L'entourage: aidant informel et/ou réseau d'aide et de soin

manipulation de l'aide technique: n.c.

soulagement: n.c.

3. L'aide technique

a) Vérification des mesures

- d'une aide à la marche manipulée par un ou les deux bras

Commandé

Livré

Largeur:

Largeur:

Hauteur:

Hauteur:

- des fauteuils roulants, véhicules et accessoires de fauteuil roulant

Commandés

Livrés

Largeur d'assise: 45 cm

Largeur d'assise: 48 cm

Profondeur d'assise: 45 cm

Profondeur d'assise: 50 cm

Hauteur d'assise:

Hauteur d'assise:

Hauteur du dossier: 56 cm

Hauteur du dossier: 56 cm

Accessoires: commande à droite Accessoires: commande à droite

Remarques éventuelles: l'assise du fauteuil roulant est plus large et plus profonde qu'initialement prévu, mais ce qui n'est pas un inconvénient au niveau du confort de l'assise.

b) Mise en situation (demandeur et aide technique)

Observation de la marche d'une aide technique manipulée par un ou les deux bras

- sans aide technique: /
- avec aide technique: /

Observation du déplacement en fauteuil roulant, véhicule ou accessoire de fauteuil roulant

- Propulsé/manipulé par demandeur tierce personne
- Propulsion par joystick/main courantes: par joystick
- Propulsion interne: bonne

externe: bonne

Accessibilité interne: parcours satisfaisant autour des obstacles --> est capable d'évaluer les dimensions du fauteuil roulant difficultés de pousser le bouton devant l'ascenseur,

externe: difficultés pour sortir de l'ascenseur préférable qu'une tierce personne l'accompagne pour lui indiquer le chemin

Démontage/montage pour le transport: nc

4. Conclusion

- Fournisseur:
 - a) choix du matériel respecté/commande respectée: choix respecté
 - b) délai de livraison respecté: délai de livraison respecté
 - c) initiations et réglages: les initiations et réglages n'ont pas été effectués par le fournisseur mais ont été faits par l'institution.

 - Adéquation de la solution proposée:
 - a) pour le demandeur: très bien, arrive à sortir seul, est très satisfait du FR
 - b) pour l'évaluateur: choix adapté

 - Matériel adapté oui non
- Si non, à échanger contre:
- Objectif atteint: oui, le périmètre de marche de M H. n'est plus limité, il peut sortir seul à l'extérieur et aller se promener.

feedback du personnel par rapport aux livraisons:

- par le SMA --> le plus souvent se sont des livraisons en gros, il est impossible à l'institution de s'organiser le jours de la livraison --> pensionnaires en train de dormir, heures des repas et/ou des soins. Le SMA n'effectue donc pas les réglages et initiations nécessaires à une bonne utilisation de l'aide technique.
- par les fournisseurs --> la majorité des fournisseurs assurent la livraison avec beaucoup de soin --> ils s'informent de la bonne prise de mesures et/ou de la commande éventuelle d'accessoires.

FICHE DE VISITE: CAS PRATIQUE 2

Nom: Mme D'A. Prénom: V.
 Adresse: Téléphone:
 Matricule: Dossier: D
 Date de la visite: 19.09.2006 Durée de la visite: 20 minutes

Données reçues de l'évaluation aide technique antérieur:

Diagnostic médical: polyarthrite rhumatoïde, PTH et PTG bilatérales

Problèmes rencontrés lors du déplacement: limitations articulaires des MI et MS, ne sait pas se déplacer en FR manuel à cause des douleurs, du manque de force et des déformations des MS, marche avec béquilles +/- 10 minutes --> arrêt par douleurs.

Aides techniques requises: FR avec ensemble de propulsion manœuvré par joystick

Objectif à atteindre: augmentation du périmètre de marche, autonomie à l'extérieur, notamment faire les courses --> FR motorisé avec possibilité de transport facile.

Fournisseur: MEGAMED

1. Le fournisseur**• aide technique reçue:**

Canne de marche Béquille canne à plusieurs pieds
 Cadre de marche sans roues cadre de marche avec roues
 FR manuel Efix Emotion Via mobil
 FR électrique extérieur FR électrique int/ext Scooter

Modèle commandé: Meyra Eurochair 1.850 + Efix de Alber
 Modèle livré : Meyra Eurochair 1.850 + Efix de Alber
 Accessoires commandés: set d'axes pour montage des roues d'origine
 Accessoires livrés: set d'axes pour montage des roues d'origine
 Date de livraison prévue:
 Date de livraison réelle: 26.06.2006
 En cas de panne → délai d'intervention: nc.

2. La satisfaction du demandeur et entourage

a) Appréciations personnelles

Autonomie: je l'utilise pour faire les courses avec mon mari, à cause de mes bras gonflés (oedèmes MS) et des douleurs je ne peux plus me déplacer avec mes béquilles à l'extérieur. Maintenant je peux sortir avec mon mari et il ne doit plus me pousser.

Acceptation de l'AT: très bonne, enfin je peux me promener dans les grandes surfaces.

Fréquence d'utilisation: 2-3 fois par semaine

Douleurs: j'ai toujours des douleurs, elles sont un peu soulagées en assis.

Manipulation de l'AT: je suis droitère, mais l'extension de ma main droite est impossible --> commande à gauche. C'est facile de manœuvrer avec le joystick, mais je dois me concentrer.

b) Impressions par rapport au fournisseur

Prise de contact: par téléphone

Disponibilité:

Initiations/explications nécessaire à une utilisation adéquate: ils ont bien expliqué pour rouler manuellement et électriquement, pour charger la batterie et pour le montage/démontage pour l'emmener en voiture.

Temps nécessaire: 30 minutes en tout

Démontage/montage de l'aide technique: ok

c) L'entourage: aidant informel et/ou réseau d'aide et de soin

manipulation de l'aide technique: /

soulagement: oui, je ne dois plus pousser le fauteuil roulant.

3. L'aide technique

a) Observation et vérification des mesures

- d'une aide à la marche manipulée par un ou les deux bras

Commandé

Livré

Largeur:

Largeur:

Hauteur:

Hauteur:

- des fauteuils roulants, véhicules et accessoires de fauteuil roulant

Commandés

Livrés

Largeur d'assise: 46 cm

Largeur d'assise: 46 cm

Profondeur d'assise: 43 cm

Profondeur d'assise: 43 cm

Hauteur d'assise: 47 cm

Hauteur d'assise: 47 cm

Hauteur du dossier: 42 cm

Hauteur du dossier: 43 cm

Accessoires:

Accessoires:

Remarques éventuelles:

b) Mise en situation (demandeur et aide technique)

Observation de la marche d'une aide technique manipulée par un ou les deux bras

- sans aide technique:
- avec aide technique:

Observation du déplacement en fauteuil roulant, véhicule ou accessoire de fauteuil roulant

- Propulsé/manipulé par demandeur tierce personne
- Propulsion par joystick/main courantes: par joystick
- Propulsion interne:

externe:

Accessibilité interne:

externe: nécessite l'aide de son mari

Démontage/montage pour le transport: fait par le mari, très facile, je n'ai pas de difficultés.

4. Conclusion

- Fournisseur:
 - a) choix du matériel respecté/commande respectée: choix respecté
 - b) délai de livraison respecté: délai respecté
 - c) initiations et réglages: initiations et réglages ont été respectés

- Adéquation de la solution proposée:
 - a) pour le demandeur: très bien, Mme peut se déplacer de façon autonome à l'extérieur
 - b) pour l'évaluateur: choix du matériel adapté

- Matériel adapté oui non
Si non, à échanger contre:

- Objectif atteint: oui, les déplacements à l'extérieur peuvent se faire de façon autonome, pour être rassurée Mme D'A. souhaite la présence de son mari.
Le périmètre de marche n'est plus limité à l'extérieur.

FICHE DE VISITE: CAS PRATIQUE 3

Nom: Mme N-S Prénom: R.
 Adresse: Téléphone:
 Matricule: Dossier: D
 Date de la visite: 22.09.2006 Durée de la visite: 20 minutes

Données reçues de l'évaluation aide technique antérieur:

Diagnostic médical: gonarthrose invalidante, impotence majeures dans les déplacements, coxarthrose, diabète

Problèmes rencontrés lors du déplacement: douleurs de la hanche droite et des deux genoux, à l'intérieur marche incertaine avec une canne de marche, les déplacements à l'extérieur sont possible avec une TP, périmètre de marche +/- 200 mètres et limité par la douleur.

Aides techniques requises: FR de base pour les sorties

Objectif à atteindre: faciliter et sécuriser les longs déplacements à l'extérieur (doit être poussée par une TP).

Fournisseur: SMA

1. Le fournisseur**• aide technique reçue:**

Canne de marche Béquille canne à plusieurs pieds
 Cadre de marche sans roues cadre de marche avec roues
 FR manuel Efix Emotion Via mobil
 FR électrique extérieur FR électrique int/ext Scooter

Modèle commandé: non précisé
 Modèle livré : Invacare action 3
 Accessoires commandés: porte canne
 Accessoires livrés: porte canne
 Date de livraison prévue:
 Date de livraison réelle: 24.07.2006
 En cas de panne → délai d'intervention: nc.

2. La satisfaction du demandeur et entourage

a) Appréciations personnelles

Autonomie: le fauteuil me donne la possibilité de sortir avec mon fils

Acceptation de l'AT: très bonne.

Fréquence d'utilisation: plusieurs fois par semaine pour faire les courses avec mon fils, promenades etc.

Douleurs: les douleurs augmentent avec la marche, le fauteuil roulant soulage mes douleurs puisque je ne dois pas me déplacer.

Manipulation de l'AT: ne peut le pousser seule --> nécessite l'aide d'une TP.

b) Impressions par rapport au fournisseur

Prise de contact: par téléphone, le fils était présent

Disponibilité:

Initiations/explications nécessaire à une utilisation adéquate: explications reçues par rapport au démontage et montage pour le transport en voiture.

Temps nécessaire: quelques minutes

Démontage/montage de l'aide technique: mon fils s'en occupe

c) L'entourage: aidant informel et/ou réseau d'aide et de soin

manipulation de l'aide technique: le fils s'occupe du montage/démontage pour le transport en voiture, il n'éprouve aucune difficulté.

soulagement: la situation a changé, on sort plus souvent et il est maintenant plus facile d'emmener ma mère faire les courses ou des promenades.

3. L'aide technique

a) Observation et vérification des mesures

- d'une aide à la marche manipulée par un ou les deux bras

Commandé

Livré

Largeur:

Largeur:

Hauteur:

Hauteur:

- des fauteuils roulants, véhicules et accessoires de fauteuil roulant

Commandés

Livrés

Largeur d'assise: 42 cm

Largeur d'assise: 43 cm

Profondeur d'assise: 45 cm

Profondeur d'assise: 43-45 cm

Hauteur d'assise: 50 cm

Hauteur d'assise: 51 cm

Hauteur du dossier: 42 cm

Hauteur du dossier: 44 cm

Accessoires:

Accessoires:

Remarques éventuelles:

b) Mise en situation (demandeur et aide technique)

Observation de la marche d'une aide technique manipulée par un ou les deux bras

- sans aide technique:
- avec aide technique:

Observation du déplacement en fauteuil roulant, véhicule ou accessoire de fauteuil roulant

- Propulsé/manipulé par demandeur tierce personne
- Propulsion par joystick/main courantes: par joystick
- Propulsion interne:

externe:

Accessibilité interne:

externe: le fils doit pousser le fauteuil à l'extérieur, seule difficulté --> franchir les trottoirs.

Démontage/montage pour le transport: pas de difficultés.

4. Conclusion

- Fournisseur:
 - a) choix du matériel respecté/commande respectée: choix respecté
 - b) délai de livraison respecté: délai de livraison respecté
 - c) initiations et réglages: le fils a reçu les initiations nécessaires au montage/démontages

 - Adéquation de la solution proposée:
 - a) pour le demandeur: Mme est très satisfaite de l'aide technique reçue
 - b) pour l'évaluateur: solution adéquate

 - Matériel adapté oui non
- Si non, à échanger contre:
-
- Objectif atteint: oui, Mme peut sortir plus souvent avec son fils, le périmètre de marche pour les longues distances n'est plus limité et les déplacements se font en toute sécurité.

FICHE DE VISITE: CAS PRATIQUE 4

Nom: Mme Q.-S. Prénom: A.
 Adresse: Téléphone:
 Matricule: Dossier: D
 Date de la visite: 29.09.2006 Durée de la visite: 45 minutes

Données reçues de l'évaluation aide technique antérieur:

Diagnostic médical: vertiges et troubles de l'équilibre, arthrose vertébrale diffuse, gonarthrose et coxarthrose, troubles circulatoires cérébraux.

Problèmes rencontrés lors du déplacement: périmètre de marche limité, marche instable à l'intérieur en prenant appui à une canne, difficultés à tenir longtemps debout, vertiges

Aides techniques requises: cadre de marche à 4 roues

Objectif à atteindre: prévention des chutes, donner une possibilité de porter des objets

Fournisseur: SMA

1. Le fournisseur**• aide technique reçue:**

Canne de marche Béquille canne à plusieurs pieds
 Cadre de marche sans roues cadre de marche avec roues
 FR manuel Efix Emotion Via mobil
 FR électrique extérieur FR électrique int/ext Scooter

Modèle commandé: pas précisé

Modèle livré : Invacare

Accessoires commandés: tablette

Accessoires livrés: tablette

Date de livraison prévue:

Date de livraison réelle: 14.09.2006

En cas de panne → délai d'intervention: nc.

2. La satisfaction du demandeur et entourage

a) Appréciations personnelles

Autonomie: le cadre m'est une bonne aide, je n'ai plus besoin de porter les objets plus lourds, je peux tout poser sur la tablette ou mettre dans le panier. Je me sens plus sûre.

Acceptation de l'AT: je suis très contente et j'accepte bien cette aide.

Fréquence d'utilisation: tous les jours à l'intérieur du domicile, le cadre me sert le plus à l'intérieur. il me rend beaucoup service.

Douleurs: nc

Manipulation de l'AT: j'arrive bien à me servir des freins et à manœuvrer à l'intérieur.

b) Impressions par rapport au fournisseur

Prise de contact: par téléphone

Disponibilité:

Initiations/explications nécessaire à une utilisation adéquate: explications reçues --> comment se servir et bloquer les freins, faire un demi tour

Temps nécessaire: 20 minutes avec installation du matériel pour la salle de bain.

Démontage/montage de l'aide technique: nc

c) L'entourage: aidant informel et/ou réseau d'aide et de soin

manipulation de l'aide technique: remarque de son fils: elle est tellement enthousiaste qu'elle parle que du cadre.

soulagement: nc

3. L'aide technique

a) Observation et vérification des mesures

- d'une aide à la marche manipulée par un ou les deux bras

Commandé

Livré

Largeur:

Largeur: 55 cm

Hauteur:

Hauteur: 80 cm

- des fauteuils roulants, véhicules et accessoires de fauteuil roulant

Commandés

Livrés

Largeur d'assise:

Largeur d'assise:

Profondeur d'assise:

Profondeur d'assise:

Hauteur d'assise:

Hauteur d'assise:

Hauteur du dossier:

Hauteur du dossier:

Accessoires:

Accessoires:

Remarques éventuelles:

b) Mise en situation (demandeur et aide technique)

Observation de la marche d'une aide technique manipulée par un ou les deux bras

- sans aide technique: incertaine, se tient partout aux murs, essaie de chercher un appui.
- avec aide technique: se déplace sûrement et de façon fluide à l'intérieur du domicile.

Observation du déplacement en fauteuil roulant, véhicule ou accessoire de fauteuil roulant

- Propulsé/manipulé par demandeur tierce personne
- Propulsion par joystick/main courantes:
- Propulsion interne:

externe:

Accessibilité interne: tout est accessible au rez-de-chaussée, la largeur des portes permet un passage aisé.

externe: ne sort pas seule.

Démontage/montage pour le transport: nc

4. Conclusion

- Fournisseur:
 - a) choix du matériel respecté/commande respectée: choix respecté
 - b) délai de livraison respecté: délai de livraison respecté
 - c) initiations et réglages: explication nécessaire à une bonne utilisation reçue, réglage de la hauteur correcte

 - Adéquation de la solution proposée:
 - a) pour le demandeur: Mme est très satisfaite de son cadre, elle se sent plus sûre dans ses déplacements.
 - b) pour l'évaluateur: choix adapté

 - Matériel adapté oui non
- Si non, à échanger contre:
-
- Objectif atteint: oui, marche plus sûre avec prévention des chutes, peut maintenant porter des objets à l'aide de son cadre (--> tablette).

FICHE DE VISITE: CAS PRATIQUE 5

Nom: Mme S.-D. Prénom:
 Adresse: Téléphone:
 Matricule: Dossier: D
 Date de la visite: 29.09.2006 Durée de la visite: 20 minutes

Données reçues de l'évaluation aide technique antérieur:

Diagnostic médical: lymphome non hodgkinien

Problèmes rencontrés lors du déplacement: douleurs du dos et de la hanche gauche (coxarthrose), légers troubles de l'équilibre

Aides techniques requises: canne de marche avec poignée ergonomique

Objectif à atteindre: diminution de la douleur lors des déplacements

Fournisseur: Reha Felten SARL

1. Le fournisseur**• aide technique reçue:**

Canne de marche Béquille canne à plusieurs pieds
 Cadre de marche sans roues cadre de marche avec roues
 FR manuel Efix Emotion Via mobil
 FR électrique extérieur FR électrique int/ext Scooter

Modèle commandé: Gastrock droite

Modèle livré : Gastrock droite

Accessoires commandés: nc

Accessoires livrés: nc

Date de livraison prévue:

Date de livraison réelle: 22.09.2006

En cas de panne → délai d'intervention: nc.

2. La satisfaction du demandeur et entourage

a) Appréciations personnelles

Autonomie: je l'utilise quand je sors et quand j'ai vraiment mal au dos à la maison, je me sens beaucoup plus sûre. Avant je ne sortais presque plus ou avec une TP, maintenant avec la canne je peux sortir seule.

Acceptation de l'AT: très bonne.

Fréquence d'utilisation: régulièrement, c'est une bonne canne.

Douleurs: oui, ça soulage beaucoup mes douleurs au niveau du dos (aussi des hanches).

Manipulation de l'AT: elle a un bon manche/poignée. elle est bien dans la main

Remarque évaluateur: Madame est très satisfaite de sa canne, mais elle ne l'utilise pas correctement. Une utilisation correcte peut se faire en donnant les explications nécessaires.

b) Impressions par rapport au fournisseur

Prise de contact: par téléphone, j'ai dû rappeler deux fois, ça durait longtemps. Je me suis aperçue qu'il fallait la commander et qu'elle n'était pas disponible au stock.

Disponibilité:

Initiations/explications nécessaire à une utilisation adéquate: non, il me l'a donné à la porte, il n'a pas réglé la canne, je l'ai réglé comme je l'ai senti, il était très poli.

Temps nécessaire: 2-3 minutes

Démontage/montage de l'aide technique: nc

c) L'entourage: aidant informel et/ou réseau d'aide et de soin

manipulation de l'aide technique: nc

soulagement: nc

3. L'aide technique

a) Observation et vérification des mesures

- d'une aide à la marche manipulée par un ou les deux bras

Commandé

Livré

Largeur:

Largeur:

Hauteur: idéale de 82 cm

Hauteur: 84 cm

- des fauteuils roulants, véhicules et accessoires de fauteuil roulant

Commandés

Livrés

Largeur d'assise:

Largeur d'assise:

Profondeur d'assise:

Profondeur d'assise:

Hauteur d'assise:

Hauteur d'assise:

Hauteur du dossier:

Hauteur du dossier:

Accessoires:

Accessoires:

Remarques éventuelles: après mesure de la hauteur nécessaire, il a fallu diminuer la hauteur de 2 cm, le fournisseur aurait dû adapter à la livraison.

b) Mise en situation (demandeur et aide technique)

Observation de la marche d'une aide technique manipulée par un ou les deux bras

- sans aide technique: marche fluide mais douloureuse.
- avec aide technique: utilisation incorrecte de la canne, elle tient la canne du côté de sa douleur et n'alterne pas les membres supérieurs et inférieurs pendant la marche. Elle s'appuie sur la canne en avançant son côté douloureux.

Observation du déplacement en fauteuil roulant, véhicule ou accessoire de fauteuil roulant

- Propulsé/manipulé par demandeur tierce personne
- Propulsion par joystick/main courantes: nc
- Propulsion interne: nc

externe: nc

Accessibilité interne: nc

externe: ça va aussi, je me suis bien habituée, pour descendre les escaliers j'utilise un côté la main courante et de l'autre côté la canne. elle me donne beaucoup de sécurité.

Démontage/montage pour le transport: nc

4. Conclusion

- Fournisseur:
 - a) choix du matériel respecté/commande respectée: choix respecté
 - b) délai de livraison respecté: délai de livraison respecté
 - c) initiations et réglages: pas de temps pris pour régler la canne et expliquer comment il faut l'utiliser. Mme a dit que c'était un simple livreur. Elle a réglé la canne trop haute et elle ne savait pas comment marcher avec une canne.

 - Adéquation de la solution proposée:
 - a) pour le demandeur: le choix est très bien je suis bien contente. on me disait déjà à la clinique que j'avais besoin d'une canne.
 - b) pour l'évaluateur: choix adapté, mais nécessite aussi une canne pour le côté opposé.

 - Matériel adapté oui non
- Si non, à échanger contre:
- Objectif atteint: oui, la douleur est soulagée lors des déplacements. Mme peut se déplacer seule à l'extérieur, après les explications nécessaires à une utilisation correcte

CONCLUSION

Les cinq visites à domicile, effectuées dans le cadre du contrôle de qualité, ont été réalisées en deux semaines. L'évaluation à l'aide de la fiche de visite a duré en moyenne 20 minutes comme initialement prévu. Il s'est avéré que dans tous les cas, le matériel requis était adapté au besoin individuel de chacun et que donc la détermination de celui-ci par l'évaluateur référant était exacte.

Dans ces cinq cas, les bénéficiaires ont témoigné d'une grande satisfaction. Ils ont déclaré pouvoir maintenir leur autonomie de vie, surtout par le fait que le matériel ait trouvé pleine acceptation

En ce qui concerne les fournisseurs, il a été constaté que les délais de livraison ont toujours été respectés. En revanche, nous avons remarqué que le délai de livraison du SMA était plus court que celui d'un autre fournisseur, ceci étant dû au matériel stocké au SMA et qui est directement disponible. Les fournisseurs ont respecté la conformité du matériel livré par rapport à la commande initiale. Par contre, dans deux cas, l'explication par rapport à l'aide technique livrée n'a pas du tout été faite, ce qui a eu pour conséquences:

1er cas par un fournisseur: la personne a manipulé de façon inadaptée et incorrecte l'aide technique

2e cas par le SMA: étant donné que la personne était hébergée dans une maison de soins, leur personnel a pu lui fournir les explications nécessaires à la bonne utilisation de l'aide technique.

Dans tous les autres cas, le bénéficiaire a reçu les instructions qu'il fallait pour la bonne utilisation du matériel livré.

En demandant au personnel de maison de soins, nous avons été informés que le plus souvent, il leur était difficile d'organiser la présence de toutes les personnes concernées lors d'une livraison de matériel par le SMA. Ceci rend compréhensible le fait que l'explication soit donnée par le personnel de la maison de soins ultérieurement.

Un contrôle qualité d'office étant instauré, des statistiques pourront être effectuées au fur et à mesure et les informations y découlant seront d'autant plus significatives et pourront être prises en considération pour une évaluation à un moment donné.

Le contrôle qualité effectué sur cinq cas pratiques à l'aide de la fiche de visite élaborée n'a finalement pas de valeur significative, le nombre des cas étant trop limité.

Mais ceci est une première démarche pour le suivi de la mise à disposition des aides techniques dans le domaine du déplacement, en vu de la nouvelle mission de la CEO lors de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi.

Bibliographie

- "Leitfaden zur Rollstuhl-Versorgung" Elektro-Rollstühle, 1. Auflage, - Meyra Die Motivation.
- "Leitfaden zur Rollstuhl-Versorgung" Manuelle Greifreifenrollstühle, 2. Auflage, - Meyra Die Motivation.
- La sécurité sociale: Code des assurances sociales, Lois et Règlements. - Editions Ministère de la Sécurité Sociale.
- Brochures et Sites Internet des différents fabricants d'aides techniques dans le domaine du déplacement (Meyra, Invacare, Sunrise Medical, Küschall)

ORGANISATION UND FINANZIERUNGSMODELLE IN DER LUXEMBURGISCHEN SOZIALARBEIT

Paul SCHMIT¹⁾

1. EINLEITUNG

Die Anforderungen und Erwartungen, die an organisierte Sozialarbeit gestellt werden, sind vielfältig. Man kann z.B. die bestmögliche Versorgungsqualität für die betreuten Personen, ihre Autonomie, ihre Integration oder Fragen der sozialen Gerechtigkeit in den Mittelpunkt stellen. Es gilt die sozialen Frage- und Problemstellungen zu identifizieren und zu priorisieren und zu entscheiden, wer mit den verschiedenen damit zusammenhängenden Aufgaben und Aktionen betraut werden soll. In welchen Fällen ist es z.B. besser, dass der Staat oder die Gemeinden selbst, dass im Sinne des Subsidiaritätsprinzips, privat gemeinnützige Trägervereine oder, dass ein mehr oder minder regulierter Markt sich der Probleme annimmt? Den Aspekten der Effizienz und der Finanzierung der durchzuführenden Maßnahmen kommt eine besondere Bedeutung zu, auch da die Kosten zum größten Teil über öffentliche Geldmittel getragen werden. Diese verschiedenartigen und komplexen Fragestellungen können zielgerichtet über verschiedene Organisations²⁾- und Finanzierungsmodelle verdeutlicht und behandelt werden.

1) *Der Autor hat diesen Beitrag im ersten Halbjahr 2008 als Mitarbeiter der Confédération Caritas Luxembourg erstellt. Eine gekürzte und abgeänderte Version erscheint im Handbuch der sozialen und erzieherischen Arbeit der Universität Luxemburg. Seit Septembr 2008 ist der Autor bei der IGSS tätig.*

2) *Unter Organisationsmodell ist im Rahmen dieses Beitrages die Organisationsstruktur der luxemburgischen Sozialarbeit und nicht - wie sonst oft üblich - die Modellisierung von Organisationen zu verstehen.*

In der Sozialarbeit in Luxemburg werden die Beziehungen zwischen dem Staat (also den jeweils zuständigen Ministerien), anderen öffentlichen Stellen und Einrichtungen (also z.B. dem Staat oder den Krankenkassen), den Trägern und vor allem den Klienten über verschiedene, sei es gesetzliche, sei es vertragliche, Bestimmungen geregelt. Diese zentralen Steuerungsinstrumente, sowohl der Sozialpolitik als auch der praktischen Sozialarbeit, entstammen verschiedenen historischen Entwicklungen und sind in ihren Prinzipien und ihren funktionalen Mechanismen sehr diversifiziert. Sie haben eine zentrale Bedeutung für die Festlegung der Rechte der Klienten und Empfänger der jeweiligen sozialen Hilfe und Dienstleistung, der Rollenverteilungen zwischen den verschiedenen Akteuren und insbesondere der Finanzierungsmodalitäten auf der Makro- und der Mikroebene¹⁾.

Der vorliegende Beitrag hat zu allererst das Ziel der Beschreibung und des Vergleichs der verschiedenen Modelle, insbesondere der Fehlbedarfs- und der Leistungsfinanzierung. Es geht nicht darum, zu bewerten welches der diskutierten Systeme das bessere ist, sondern zu zeigen, was die jeweiligen Charakteristika, die Stärken und Schwächen, aber auch mögliche Grenzen und Risiken sind. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf dem Aufzeigen der Vorbedingungen an ein jeweiliges System, sowohl auf staatlicher Seite als Auftraggeber sozialer Dienstleistungen, als auch auf Trägerseite als die organisatorischen Durchführungsorgane dieser Aufträge. Der Begriff "Sozialsektor" bezieht sich hierbei nicht exklusiv auf den sozio-educativen Bereich, sondern bezieht bewusst den Gesundheits- und Pflegesektor mit ein und lässt sich auch weitgehend auf andere periphere Bereiche anwenden. Wahrscheinlich ist er am Treffendsten mit dem anerkannten Begriff der Sozialwirtschaft²⁾ zu umschreiben.

1) *d.h. auf Landes- bzw. Dienstebene*

2) *Der Begriff Sozialwirtschaft beschreibt den Teil eines Wirtschaftssystems, der sich im Wesentlichen mit Leistungen zum Nutzen der Gesellschaft befasst. Damit hat sie sowohl ökonomische als auch soziale Aspekte. Als Sektor wirtschaftlicher Betätigung wird die Sozialwirtschaft im gewöhnlichen Sprachgebrauch zwischen dem privaten Sektor des Wirtschaftens (Markt) und dem öffentlichen Sektor (Staat) angesiedelt und deshalb in der Wirtschafts- und Sozialwissenschaft als sog. Dritter-Sektor, bzw. als Non-Profit-Sektor bezeichnet. (Definition nach wikipedia)*

2. ENTWICKLUNGSTENDENZEN

Der Sozialsektor ist, wie jedes System, in Bewegung und dies unter dem Einfluss innerer und äußerer Einwirkungen. Ehe die verschiedenen Modelle untersucht werden, wird eine Standortbestimmung durchgeführt, wobei die wichtigsten strukturellen Entwicklungstendenzen untersucht und die verschiedenen Akteure mit ihren jeweiligen Zielsetzungen hervorgehoben werden.

2.1. Verantwortung und Rolle des Staates

Dass die Erkennung und Bekämpfung von sozialen Notlagen (Armut, Ausgrenzung, Bedürftigkeit, Behinderung, Krankheit, ...) Aufgaben des Staates und seiner untergeordneten Einheiten (wie z.B. den Gemeinden oder dem FNS¹⁾ ist, ist nicht weiter hervorzuheben. Beispielhaft soll der Bereich der öffentlichen sozialen Grundversorgung erwähnt werden, die auf die älteste soziale Gesetzgebung des Landes aus der Mitte des 19. Jahrhunderts zurückgeht (*bienfaisance publique, offices sociaux*)²⁾. Aufgabe der Politik und insbesondere der Sozialpolitik ist es, nicht nur die schwächsten Mitglieder der Gesellschaft zu schützen und zu unterstützen, sondern die geeigneten und die effektivsten Wege zu finden, um die gegebenen Notlagen bestmöglich, wenn nicht zu lösen, dann doch zu begleiten und zu versorgen. Soziale Dienstleistungen und Dienste, ihre Organisation und ihre Finanzierung können hier immer nur Mittel zum Zweck der sozialen Gerechtigkeit sein und um die Würde des Menschen zu wahren und ihn in den Mittelpunkt jeder Hilfe zu stellen. Die möglichen Hilfen und Leistungen lassen sich in drei Gruppen unterteilen:

- Sozialversicherung (*sécurité sociale*): (teil)finanziert über Beiträge der Versicherten; es entsteht ein Recht auf vorbestimmte, einklagbare

1) *Fonds National de Solidarité*

2) *Gesetze vom 1843 und 1846; Hierbei übernimmt der Staat hauptsächlich auf der Ebene der Gemeinden die Verantwortung für die Betreuung der Bedürftigen, die größtenteils mittellos sind. Die Identifizierung, Betreuung und Orientierung dieser Fälle liegt in der Hand des Netzes der assistants sociaux die vom Roten Kreuz und der Ligue Médico-Sociale geführt werden und fast ausschließlich öffentlich finanziert sind. Nicht nur aus historischen Gründen ist dieser Bereich zu erwähnen, sondern auch wegen der Tatsache, dass er in den letzten Jahrzehnten immer mehr seine zentrale Rolle als Grundpfeiler der sozialen Versorgung verloren hat, sei es weil seine Mitarbeiter die Menge und die Vielschichtigkeit der ihnen anvertrauten Aufgaben kaum bewältigen können, sei es wegen der starken Entwicklung der anderen Dienste im sozialen oder gesundheitlichen Bereich. Durch die anstehende Reform der offices sociaux sowie durch die geplante Zusammenlegung kleinerer Kommunen, ist jedoch zu erwarten, dass die Kompetenz der Gemeinden im sozialen Bereich verstärkt und harmonisiert wird, und dass sie, wie es jetzt schon bei den größeren Gemeinden der Fall ist, ihre Dienstleistungen zentralisieren, koordinieren und professionalisieren werden. Wahrscheinlich ist die Gemeinde auch die beste Ebene um verschiedene soziale Aufgaben anzugehen. Hier gilt es sicherlich den Komplex Schule - Foyers de jour / Maison relais - réconciliation vie familiale - vie professionnelle zu erwähnen.*

Leistungen, zumeist Sachleistungen (z.B. Kranken- oder Pflegeversicherung);

- Sozialer Beistand (*assistance sociale*): über öffentliche Mittel finanziert; es entsteht ein Recht auf vorbestimmte und einklagbare Leistungen, zumeist Geldleistungen¹⁾.
- Sozialhilfe (*aide sociale*): über öffentliche Mittel finanziert; es entsteht kein einklagbarer Anspruch auf Sach- oder Geldleistungen, deren genauen Charakter und Volumen auch nicht bindend festgelegt sind²⁾.

Aus der Handlungspflicht des Staates auf gesetzgeberischer und finanzieller Ebene, sowie seiner Sorgfaltspflicht gegenüber den betroffenen Mitbürgern, ergibt sich, dass er auch der Auftraggeber der zu leistenden Hilfsmaßnahmen ist, und somit ihm natürlich auch das Recht der Kontrolle ihrer Qualität, Effektivität und Effizienz zusteht. Daneben bleibt dann noch zu klären, welche gesellschaftlichen Kräfte am besten geeignet sind, diese Hilfen zu leisten. Es liegt nahe, dass der Staat sich auch operativ dieser Aufgaben annimmt. In vielen Fällen war und ist dies der Fall: kommunale und staatliche Krankenhäuser, staatliche Alters- und Pflegeheime, die seit Einführung der Pflegeversicherung in einem *établissement public* zusammengefasst sind, *Staatleche Kannerheemer,...*³⁾ Verschiedene Zuständigkeiten hat der Staat traditionell in eigener Hand, wie der *Service National de la Jeunesse (SNJ)*, der Jugendaktivitäten koordinieren und beleben soll, sowie eigene Angebote im Jugend- und Freizeitbereich anbietet, oder der *Centre de Psychologie et d'Orientation Scolaire (CPOS)*, der an einer Schnittstelle zwischen Sozialarbeit und Schulwesen agiert.

Der Staat nimmt jedoch viele Aufgaben im sozialen Bereich nicht direkt und selbstständig wahr, sondern greift eher (und immer mehr) auf privatwirtschaftlich orientierte und geführte *établissements publics* zurück, die dann in etwa den gleichen Spielregeln wie die anderen privatrechtlich organisierten Träger unterliegen. Auf kommunaler Ebene wird vornehmlich auf die Schaffung von spezifischen eingetragenen Vereinen zurückgegriffen, um nicht neue Gemeindedienste oder -syndikate schaffen zu müssen⁴⁾. Diese

-
- 1) Revenu minimum garanti - RMG, oder auch Geldleistungen der Pflegeversicherung, die als Ersatz früherer Pflege- oder Blindenzulagen gedacht waren. Auf diese Leistungen kann im Rahmen dieses Beitrages nicht weiter eingegangen werden.
 - 2) Geldleistungen: verschiedene Hilfen des *domicile de secours* oder verschiedene Beihilfen wie Heizgeld; Sachleistungen: hierzu gehören insbesondere die Dienstleistungen der klassisch konventionierten Einrichtungen.
 - 3) Weitere Indizien für eine große, effektive Verantwortlichkeit des Staates ist, dass dort wo er nicht selbst durchführend tätig ist, eine große Nähe zu seinen organisatorischen Mechanismen bewahrt wird, z.B. bezüglich Lohngefüge oder dadurch, dass von einem Teil der Gewerkschaften der nicht-staatliche Sozialsektor politisch gewollt mit der *fonction publique* assimiliert wird.
 - 4) Dies war insbesondere bei den Kindertagesstätten / *Foyers de Jour* lange der Fall, wo es galt die Bürger der Gemeinde miteinzubeziehen. In dem Sinne, und unter dem Gesichtspunkt der Proximität sind diese kommunalen "asbl" als eine Zwischenebene zwischen Zivil- und Gemeindeebene anzusehen.

Praxis existierte früher auch auf staatlicher Seite, wo es bis Mitte der neunziger Jahre "Schein"-vereinigungen gab, die an sich der verlängerte Arm der Ministerien waren¹⁾.

Die Gründe, weshalb der Staat oder auch die Gemeinden sich nicht für eine selbstständige Organisation der Dienstleistungen entscheiden und eher für eine subsidiarische Vergabe an nicht öffentliche Dritte optieren, sind vielfältig (Relevanz und Dringlichkeit, Flexibilität, politisches Kalkül, Leistungs- und Kosteneffizienz, Umgehung der rigiden Budget- und Einstellungsvorgaben,...). Hierbei interessiert, nach welchen Kriterien und gemäß welcher Mechanismen, die organisatorische Durchführung der Leistungen geschieht, ob eher auf gesellschaftliche Kräfte aus der Zivilgesellschaft gebaut wird oder auch auf die Kräfte des Marktes.²⁾

2.2. Subsidiaritätsprinzip und gemeinnützige Anbieter

Die Initiativen aus der Zivilgesellschaft heraus, die sich zum Ziel gesetzt haben aktiv gegen verschiedenste Notlagen vorzugehen, haben eine lange Tradition und sind sehr vielfältig: Betroffenen- und Elterninitiativen, Interessenvereinigungen, gemeinnützige Vereine, große Trägerverbände wie die Caritas oder das Rote Kreuz³⁾, ... Diese Initiativen und Bewegungen sind näher an den einzelnen Problemfeldern, und bringen durch ihre Flexibilität und Dynamik, ja auch durch ihre Freiwilligenarbeit und ihre Eigenmittel, einen gesellschaftlichen Mehrwert, auch im Sinne des oft genannten sozialen Zusammenhaltes (*cohésion sociale*). Sie repräsentieren auch wichtige Aspekte jedweder sozialen Tätigkeit, wie Volontariat, Privatinitiative, Diversität und Pluralität, etc.

Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips soll der Staat sich nicht diesen Akteuren der Zivilgesellschaft substituieren, sondern sie eher stützen und begleiten, auch indem er ihnen die notwendigen oder fehlenden Mittel und Infrastrukturen zur Verfügung stellt und die normale Geschäftsführung mittels einer Voll- oder Fehlbedarfsfinanzierung absichert; d.h. bis zum einem gewissen Grad und in einem festgelegten Rahmen die Übernahme von Fehlkosten oder Defiziten garantiert. Dies ist an sich das Grundprinzip des sozialen Sektors in Luxemburg, der dazu geführt hat, dass das Land ein vielfältiges und dynamisches Netz an sozialen Einrichtungen aufweisen kann.

1) Hierauf beruhte zum Teil die "Dysfonctionnement" - Diskussion Mitte der 90er Jahre. Doc. parl. N° 4417.

2) Hierbei ist es interessant zu bemerken, dass das staatliche Modell eher in Frankreich existiert, das gemeinnützige Modell sich eher in Deutschland vorfindet und das privatwirtschaftliche Modell eher angelsächsisch inspiriert ist.

3) die sich auf eine christlich barmherzige Menschenliebe oder humanistisch inspirierte Mitmenschlichkeit berufen; im französischen allgemein mit den Begriffen *charité* und *bienfaisance* zu umschreiben

Dieses System hat, wie jedes System oder Modell, auch seine Problemfelder und Schwachstellen. So ist es klar, dass die Rolle des Staates als Geldgeber, aber auch als der entscheidet, welche Initiativen, Dienste und Träger unterstützt werden und welche nicht, zu Spannungen führt¹⁾. Durch die mit diesem System einhergehende Zerstückelung und auch Kompartimentierung wird es schwierig, Kontrollmechanismen und Qualitätsentwicklung nach anerkannten Kriterien global zu implementieren. Auch Synergien und Vernetzungen, geschweige denn große strukturelle Veränderungen sind auf Grund dieser Strukturierung nur schwer herbeizuführen. Wo dieses System auf der Mikroebene sehr dynamisch und innovativ ist, erweist es sich auf der Makroebene als relativ statisch, veränderungs- und innovationsresistent. Damit einher geht auch ein großer Verwaltungsaufwand, sowohl auf der Ebene der Einrichtungen als auch auf der Ebene der staatlichen Verwaltung(en)²⁾. Die wichtigste Schwachstelle ist somit wohl die Einrichtungs-zentrierung, die in diesem System inhärent vorhanden ist, und die zumindest auf der Makroebene oft in Widerspruch zu einer besseren Klientenorientierung und einer global koordinierten Versorgung stehen kann.

Zu erwähnen bleibt auch, die potentiell relativ hohe strukturelle Anfälligkeit verschiedener Einrichtungen, deren institutionelle Mechanismen auf dem Gesetz über die Vereine und Stiftungen beruhen³⁾. Viele Mitglieder und Verwaltungsräte dieser Vereine sind sich ihrer Verantwortung nicht ausreichend bewusst⁴⁾, besonders wenn die jeweiligen Institutionen eine gewisse Größe überschreiten und zu (fast) richtigen Betrieben entwickeln, die einer professionellen Führung bedürft(en). Hier hat sich in den vergangenen Jahren bereits viel bewegt. Man kann sich aber sodann fragen, inwieweit sich diese Organisationen noch auf die Zivilgesellschaft berufen können und auch, ob die institutionelle Form der *a.s.b.l.* oder der *fondation d'utilité publique* noch die richtige Gesellschaftsform ist⁵⁾.

Am Rande sei noch erwähnt, dass die wenigsten Projekte der sozialen Arbeit in Luxemburg, komplett über den Staat oder die Sozialversicherungen abgesichert sind. Bei vielen Initiativen, insbesondere bezüglich sehr spezifischer Problemstellungen und Angebote, sind besonders in deren Startphase, die private und persönliche Initiative entscheidend. Viele Projekte

- 1) *die im Sinne des Luxemburger Modells und dank der guten finanziellen Situation des Landes durch "jiddereen kritt eppes" gelöst wurden und wobei nicht immer objektiv fachliche Kriterien und Beweggründe einfließen.*
- 2) *Es ist natürlich schwierig diese Frage objektiv zu beantworten und zu bewerten, da es einer tief greifenden Analyse bedürfte und da es auch nicht möglich wäre, objektive Vergleiche zu erstellen. Klar ist jedoch, dass ein großer Koordinations- und Kommunikationsaufwand besteht.*
- 3) *Gesetz vom 21.4.1928, Mém. 23 vom 5.5.1928*
- 4) *Diese Aspekte treten immer nur in Krisensituationen in den Vordergrund, wenn z.B durch schwere Unfälle oder finanzielle Notlagen sich zivil- und strafrechtliche Fragen stellen.*
- 5) *Diese Bemerkung betrifft sicher nicht nur den Sozialsektor. Die asbl hat sich als einfache, missbrauchbare Struktur erwiesen, mit der man (fast) alles machen kann... Erste Ansätze einer Reform sollen in einer Überarbeitung der gesetzlichen Basis der Vereinigungen und Stiftungen festgelegt werden.*

wären ohne die finanzielle und eigenverantwortliche Unterstützung von Betroffenen, Privatpersonen oder Vereinigungen, die Spenden und andere Eigenmittel einbringen, nicht denkbar.¹⁾

2.3. Von der Barmherzigkeit zum Markt

Ähnlich wie in anderen Ländern wird der soziale Sektor immer mehr als Handlungsfeld für privatwirtschaftliche Unternehmen interessant. Nicht nur, dass verschiedene Aktivitäten wie Verpflegung, Wäsche und Hausreinigung *outgesourct* oder Tochterunternehmen anvertraut werden, sondern es gibt immer mehr Felder, wo kommerzielle Firmen direkt tätig werden. Besonders interessant erscheint der Alten- und Pflegebereich, wo die Herausforderungen aktuell und langfristig sehr groß sind, wo eine relativ potente Kundschaft an diversifizierten, innovativen und integrierten Lösungen interessiert ist, die weit über die normale Hilfe und Pflege hinausgehen. Besonders die Einführung der Pflegeversicherung, mit ihrem Prinzip der freien Wahl des Anbieters, das Markt und Konkurrenz voraussetzt, und mit ihrem flexiblen und interessanten Tarifsysteem, hat diese Entwicklung beschleunigt. Aber auch andere Bereiche sind interessant, wie der Gesundheitsbereich oder alles was mit größeren Bau- und Investitionsprojekten verbunden ist, wie der Wohn- und Seniorenheimbereich, wo auch im sozialen Bereich PPP-Modelle²⁾ diskutiert werden (dürften). Private Firmen bringen meist entsprechende Finanzmittel mit in ihre Projekte ein, und sind in ihrem Vorgehen professionell und kundenorientiert, was sich durch ansprechende Konzepte und vergleichbare Qualität ausdrückt.

Diese Liberalisierung ist europaweit im Trend und war im Rahmen der Debatte um die *Bolkestein-Direktive*³⁾ lange in der öffentlichen Diskussion. An sich sind Dienste der Gesundheitsversorgung und verschiedene Sozialdienste⁴⁾ im Prinzip von dieser Entwicklung ausgeschlossen, doch stellt sich in vielen Bereichen das Problem der praktischen Abgrenzung, wie dies z.B. im ambulanten Pflegebereich der Fall sein dürfte.

1) *Auch die Beteiligung von Firmen und Gesellschaften nimmt in diesem Zusammenhang stark an Bedeutung zu. Dieses philanthropische und humanistische Engagement, das allgemein im Zusammenhang "Responsabilité des Entreprises - RSE" zu sehen ist, breitet sich immer weiter aus, auch wenn es noch nicht die gleiche Selbstverständlichkeit wie in angelsächsischen Ländern erreicht. Neben diesem sozialen "Sponsoring" gilt es des Weiteren auf die steigende Bedeutung von europäischen Fonds, sowie den von nationalen und grenzüberschreitenden Stiftungen hinzuweisen.*

2) Public-Private-Partnership

3) Directive services - EU-Dienstleistungsverordnung

4) *Bei den sozialen Diensten soll hierbei noch unterschieden werden, welche Bereiche dem Markt geöffnet werden sollen. Des Weiteren soll hervorgehoben werden, welche Dienste zu den Services sociaux d'intérêt général - SSIG gehören sollen.*

Diese Entwicklung zu einer offenen Konkurrenz war bereits bei der Einführung der Pflegeversicherung vorausgesehen worden. Deshalb wurden verschiedene direkte oder indirekte "protektionistische" Mechanismen eingesetzt, wie z.B. die Zulassungsbestimmungen über das ASFT-Gesetz, verschiedene Auflagen im Pflegedienstleistungsvertrag und insbesondere der allgemein gültige Kollektivvertrag.¹⁾

Die Entwicklung von der "Barmherzigkeit zum Markt" wirft Fragen auf, die über die noch ungewohnte Praxis hinausgehen, dass neben dem Staat, den Kommunen und den Wohlfahrtsverbänden, die Wirtschaft sich der sozialen und gesundheitlichen Versorgung annimmt. Der wichtigste Aspekt ist wohl, ob wirtschaftliche Gewinne in der Sozialarbeit erlaubt sind, was in der staatlichen und gemeinnützigen Praxis bisher so nicht der Fall war. Ohne diese Punkte hier vertiefen zu wollen, hat dies indirekt und mittelfristig starke Auswirkungen auf Besteuerungsfragen, die Gesetzgebung der Gemeinnützigkeit²⁾, die genutzten Gesellschaftsformen³⁾, der mehr oder minder gewollten Nähe zur fonction publique, insbesondere im Rahmen der Personalentlohnung und des Kollektivvertrages. Zu erwähnen ist auch, die Vergabep Praxis von Dienstleistungen und Projekten, wo bereits heute in einigen Bereichen eine Ausschreibungsaufgabe besteht.

2.4. Solidarwirtschaft und Arbeitsloseninitiativen

In der zweiten Hälfte der neunziger Jahre haben sich die Aktivitäten der Beschäftigungs- und Umschulungsmaßnahmen, der Fort- und Weiterbildung sowie der Begleitung arbeitsloser, insbesondere wenig qualifizierter Menschen sprunghaft entwickelt. Waren diese Projekte bis dahin direkt der Initiative der Zivilgesellschaft entwachsen, und relativ stark an die Mechanismen des klassischen Sozialsektors gebunden, nahmen sich ab Mitte der 90er Jahre die großen Gewerkschaften des Privatsektors dieser Aufgabe an. Mit tatkräftiger finanzieller Unterstützung des Staates⁴⁾, entwickelten sich die Initiativen von OGB-L und LCGB zu großen Netzwerken und Betrieben. Da es sich wegen der atypischen Situation des Luxemburger Arbeitsmarktes immer noch als schwierig erweist, die Beschäftigungssuchenden auf dem ersten Arbeitsmarkt in einem festen

1) ASFT: Loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique

2) Association ou fondation d'utilité publique

3) Auch da verschiedene kommerzielle Firmen ihre Aktivitäten "praktischerweise" in a.s.b.l.-Gebilden aufgebaut haben.

4) Der Staat übernimmt bei diesen Projekten über den Fonds pour l'Emploi (früher zur Hälfte über den Fonds social européen- FSE gegenfinanziert), bis zu 75% der Kosten. Der Rest wird über die Beiträge der Nutzer und Kunden oder der Gemeinden gedeckt. In diesem Sinne kann man auch hier sicherlich von einer Fehlbedarfsfinanzierung der Projekte sprechen.

Arbeitsverhältnis unterzubringen, wird zum Teil gefordert, im Rahmen der Solidarwirtschaft¹⁾ ein spezifisches, abgegrenztes Tätigkeitsfeld zu schaffen, das vorwiegend gemeinnützige Arbeiten durchführen soll. Das noch ausstehende Gesetz zur Vollbeschäftigung²⁾ soll hier zu einer klareren Regelung führen. So stellt sich in dem Rahmen auch die Frage der geeigneten Gesellschaftsform, wo sich interessanterweise von dem auch in diesem Bereich üblichen *asbl*-Gebrauch abgewendet werden soll.

In ihrer Dynamik wurde auch der soziale Bereich als Entwicklungsfeld für diese Initiativen interessant. So wurden Kinderhorte eröffnet und betrieben, und Dienste vom Typus der Haushaltshilfen, Garten- und Reparaturarbeiten insbesondere für ältere Menschen geschaffen. Obwohl hier nicht unbedingt von einer direkten Konkurrenz zur klassischen Sozialarbeit gesprochen werden kann, ist es wichtig, dass es zu einer Abklärung der Grenzfelder und einer Abstimmung der Finanzierungsmechanismen kommt.³⁾ Interessant erscheint die Frage, ob hier nicht mehrere Probleme mit einem Schlag gelöst werden sollen. Zum einen wird die Schaffung sozialer und gemeinnütziger Dienste ermöglicht, die für die Nutzer und Klienten, insbesondere für die Gemeinden, finanziell sehr interessant sind. Diese Initiativen beschäftigen vor allem nur lokale, oder zumindest auf dem nationalen Territorium lebende, Arbeitskräfte. Des Weiteren stellt sich die Frage der fachlichen Grenze des Einsatzes dieser Personen, oder zumindest ihrer berufsbegleitenden Weiterbildung und Unterstützung. Sicherlich müsste der alte Grundsatz "*pas de social avec le social*" weiterhin Gültigkeit behalten.

2.5. ...und der Klient, Kunde, Patient, Nutzer, Bedürftige?

Die Entwicklung von einer caritativ oder humanistisch motivierten Sozialarbeit, hin zur Entstehung eines Marktverhaltens, spiegelt sich im Spektrum und im Verhalten der Nutzer (*bénéficiaires*) dieser Dienste wider. Doch ist dieser Markt nur für einen Teil der betreuten Personen eine Realität, und sicherlich nicht für die Schwächsten und Bedürftigsten. Dieser Unterschied zeigt sich vereinfachend gesehen auch in dem Dualismus

-
- 1) *Die Solidarwirtschaft verbindet das Anliegen einer sinnvollen und zukunftsorientierten Aktivität der Arbeitssuchenden mit dem Bedarf an verschiedenen gemeinnützigen Tätigkeiten. Hier ist es noch interessant zu bemerken, dass in der aktuellen ministeriellen Kompetenzaufteilung die Solidarwirtschaft in den Kompetenzbereich des Familienministeriums fällt, und nicht, wie die Beschäftigungsinitiativen und wie von Gewerkschaftsseite gewünscht, in den Bereich des Arbeitsministeriums oder ev. auch des Wirtschaftsministeriums.*
 - 2) *Projet de loi relative à la lutte contre le chômage social (N°5144) ; die Änderungsvorschläge der Regierung sehen die neue Bezeichnung projet de loi contribuant au rétablissement du plein emploi vor.*
 - 3) *In diesem Kontext ist auch die rezente Rechtsprechung interessant: Arrêt de la Cour Administrative du 2 décembre 2008 (N° 24416C et 24427C) affaire Polygone c. Ponts & Chaussées/OPE.*

zwischen Klient und Kunden, der in der Luxemburger Fachsprache nur mit *client* bezeichnet wird.

So kann man einerseits differenzieren, ob Personen die Rechte oder Wahlmöglichkeiten in der Inanspruchnahme von verschiedenen Leistungen besitzen, und andererseits unterscheiden zwischen den Personen die über ausreichende Mittel verfügen oder nicht¹⁾. Für den Markt sind nur Aktivitäten wirklich interessant, wo beide Kriterien gewährleistet sind. Dort wo keiner der beiden Kriterien erfüllt ist, bleibt man im Bereich der klassischen Sozialarbeit.

Allgemein kann man weitere Tendenzen feststellen, wie z.B. dass die Klienten und Patienten stärker auf ihren Rechten bestehen, diese sehr gut kennen und auch vermehrt aktiv einfordern. Dies gilt besonders im Kranken- und Pflegebereich. Des Weiteren treffen sie die Wahl des Leistungsanbieters bewusst, indem sie Angebot, Leistungen, Preise etc vergleichen. Hierbei spielen ideologische Überlegungen kaum noch eine Rolle. Entscheidend sind die Attraktivität und die Qualität der Dienstleistungen.

Ein weiterer Punkt ist die Wahrnehmung der Interessen der betreuten Personen. Hier wird es für die gemeinnützigen Vereinigungen schwieriger, sich als konkurrenzfähigen Leistungserbringer zu behaupten, und gleichzeitig auch die Aufgabe der Anwaltschaft ihrer Klienten zu gewährleisten, die sie oft bezüglich ihrer Notlagen und auch gegenüber dem Staat wahrgenommen haben. Hier ist in Zukunft, wenn sich die Modelle und Akteure vervielfältigen, sicherlich immer mehr der Staat gefordert, sowohl in seiner Rolle als Auftraggeber, als auch als Kontrolleur der Dienstleistungen.

3. FEHLBEDARFS- UND LEISTUNGSFINANZIERUNG

In diesem Kapitel sollen die beiden wichtigsten Organisations- und Finanzierungsmodelle der sozialen Arbeit in Luxemburg in ihrer praktischen Anwendung vorgestellt werden. Das sind einerseits die Fehlbedarfsfinanzierung²⁾ der "klassischen" Sozialarbeit und andererseits die Leistungsfinanzierung, die auf den Regeln und Mechanismen der Sozialversicherung beruhen.

1) In dieser vereinfachenden Darstellung wird z.B. nicht auf den Effekt von Ersatzeinkommen und Zulagen eingegangen, wie es z.B. Kindergeld, Mammerent, aber auch die Leistungen des FNS sind.

2) Wobei die Vollfinanzierung ihre maximale Variante darstellt.

3.1. ASFT-Gesetz und Konventionsmodell

3.1.1. Prinzipien und Entwicklung

Der in diesem Abschnitt behandelte Bereich umfasst den größten Teil der wohlfährlich und gemeinnützig organisierten Sozialarbeit, wie sie sich vor allem seit Anfang der siebziger Jahre in Luxemburg sprunghaft entwickelt hat¹⁾. Das Konventionsmodell beruht auf dem Prinzip, dass der Staat, in den meisten Fällen das Familienministerium, mit einer gemeinnützigen Vereinigung einen Vertrag (*convention*) abschließt, in der diese die Trägerschaft einer sozialen Dienststelle oder Einrichtung wahrnimmt und für die der Staat über den Staatshaushalt dann einen Teil der Finanzierung übernimmt. Diese Verpflichtung besteht meistens darin, dass der Staat einen Großteil der Infrastruktur- und Investitionskosten finanziert, sowie das Defizit aus der normalen Geschäftsführung, das aus der Differenz der Kosten und verschiedener Einnahmen entsteht (Fehlbedarfsfinanzierung). Die Kostenübernahme unterliegt verschiedenen Regeln (u.a. einer Obergrenze), wobei die wichtigste das Personal betrifft, dessen Einstellung konform zu einem mit dem Ministerium vereinbarten Stellenplan sein sollte. In der Anfangszeit erfolgte die Entlohnung strikt entsprechend den Gehältern und Laufbahnen des öffentlichen Dienstes. Hierbei berief man sich auf das dogmatische Prinzip, dass "es nicht teurer werden sollte, als wenn der Staat es selber machen würde"²⁾. Der Beitrag des Staates stellt somit eine normative Finanzierungsgarantie dar.

Für den Träger hatte (und hat) dieses Modell den Vorteil einer großen finanziellen und damit auch existentiellen Absicherung, sowie einer direkten und einzigartigen Partnerschaft mit dem Ministerium. Für den Staat hatte dieses Modell den Vorteil einer weitgehenden Kontrolle und Steuerung dieses Bereiches, die auf der Mikroebene der Einrichtungen u.a. durch die Mitbestimmung im Rahmen der *Comité de gérance*-Sitzungen zum Ausdruck kam, und die auf der Makroebene durch eine "gleichmäßige" Verteilung der Konventionen auf viele verschiedene, teils neu zu gründende, Vereinigungen vonstatten ging.

Im Laufe der neunziger Jahre kam verstärkt Kritik an diesem Modell auf, auf das für eine ständig steigende Anzahl von Diensten und Einrichtungen zurückgegriffen wurde und das damals auf keiner klaren gesetzlichen Grundlage beruhte. Im Rahmen der *Dysfonctionnements*-Untersuchungen und der Vorarbeiten zum Pflegeversicherungsgesetz, aber auch

1) Dieses Modell geht an sich auf den Zeitpunkt zurück als hauptsächlich die Ordensgemeinschaften ihrer ursprünglichen Aufgabe quantitativ und qualitativ nicht mehr gerecht werden konnten und neue Protagonisten der sozialen Arbeit auftraten und auftreten mussten.

2) wobei dieses Prinzip sich nur auf die reinen Lohnkosten bezog und nie weiterreichende systembezogene Untersuchungen durchgeführt wurden.

insbesondere durch die Unzufriedenheit verschiedener Trägereinrichtungen, die sich stark in ihrer Eigenverantwortung und Entwicklungsdynamik eingeschränkt sahen und sich hierbei auf das Subsidiaritätsprinzip beriefen, wurde klar, dass eine spezifische Gesetzgebung für diesen Bereich geschaffen werden musste. Am 1. Januar 1999 trat das ASFT-Gesetz¹⁾ in Kraft, das die Beziehungen zwischen dem Staat²⁾ und den Trägern im sozialen, familiären und therapeutischen Bereich regeln sollte:

- Das Gesetz (mit den verschiedenen Durchführungsbestimmungen) legt zu allererst die formalen Kriterien für die Anforderungen an die Trägervereinigungen, sowie die Bestimmungen zum Schutz der betreuten Personen und zur Qualität, und hier fast exklusiv zur Strukturqualität (Infrastruktur und Personalschlüssel), der Dienstleistungen fest. Hierzu wird eine Zulassungsprozedur der verschiedenen Einrichtungen eingeführt (*agrément*)³⁾.
- Für die verschiedenen Sektoren und Bereiche werden die jeweiligen Bestimmungen in spezifischen großherzoglichen Verordnungen festgelegt. Auf dieser Basis bauen die einzelnen Konventionen auf, die mit den Trägern für die verschiedenen Dienste abgeschlossen werden.
- Das Gesetz sieht auf der Makroebene eine Architektur von Beratungs- und Planungsorganen vor, die aber in der Praxis nie einen inhaltlich gestalterischen Beitrag geleistet haben.
- Das Gesetz legt ein Regelwerk für die Finanzierung der Einrichtungen fest, die direkt über den Staatshaushalt erfolgt⁴⁾. Neben der Fehlbedarfsfinanzierung in verschiedenen Ausführungen ist auch die Möglichkeit leistungsfinanzierter Einrichtungen vorgesehen.
- Bezüglich der Personalkosten wird das Prinzip verankert, dass die globale Lohnmasse entsprechend den Regeln des öffentlichen Dienstes berechnet wird⁵⁾. Die konkrete Verteilung der Löhne wird der Tarifautonomie zwischen Arbeitgebern und -nehmern überlassen⁶⁾.

1) Loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique

2) hier federführend mit dem Familienministerium und mit den anderen betroffenen Ministerien

3) die an sich dem für Mittelstands- und Handwerksbetriebe (*droit d'établissement*) entspricht.

4) Dies gilt für die Einrichtungen ausserhalb der Pflegeversicherung.

5) Und sich auch dementsprechend entwickeln soll.

6) Dies führte auch Ende 1998 zum Abschluss eines eigenen und globalen Kollektivvertrages für den Sozial- und den Pflegesektor, wobei neue Regeln eingeführt wurden, global aber nicht vom starken Parallelismus zum Staat abgewichen wurde. Dieser Kollektivvertrag, der von der Regierung auch als allgemein gültig erklärt wurde (*obligation générale*), stellt eine wichtige Basis des sozialen Sektors und erlaubt eine ziemlich einheitliche Personalentlohnung, was insbesondere im Rahmen der Einführung der Pflegeversicherung wichtig war. Besonders von den Personalvertretern wird diese Regel in Frage gestellt, wobei es mittelfristig das Ziel zu sein scheint auf den Kollektivvertrag der Krankenhäuser umzusteigen, der in puncto Entlohnung und Arbeitszeitregelung vorteilhafter ist.

Das ASFT-Gesetz sieht verschiedene Organe vor, insbesondere die *Commission d'harmonisation* (Art. 14) die bereits vor der Gesetzeseinführung bestand und die in vielerlei Hinsicht das Konventionsmodell symbolisiert. Sie hat die Aufgabe der Abstimmung und der Entwicklung der Konventionsbestimmungen, sowohl auf inhaltlicher, wie auf finanzieller Ebene. Das Gesetz sieht eine *Commission de concertation* (Art. 16) vor, mit der Aufgabe der Begutachtung von Vorschlägen zu den *agrément*-Bestimmungen und der Erstellung einer Bedarfserhebung im sozialen Bereich. Diese Commission hat in einigen Fällen ihre erstere Aufgabe wahrgenommen, aber an sich nie prospektive Bedarfsanalysen durchgeführt. Der Artikel 12 sieht noch die *Commission paritaire* zum Finanzierungsaspekt des Gesetzes vor.

Fast 10 Jahre nach der Einführung des ASFT-Gesetzes kann man feststellen, dass das Gesetz sicherlich eine Notwendigkeit und ein wichtiger Moment in der Entwicklung des sozialen Sektors war, ohne aber Erwartungen an eine größere Transparenz, Dynamisierung und Formalisierung der Beziehungen zwischen Staat und Trägern zu erfüllen. An sich blieben die Grundprinzipien des Konventionsmodells unangetastet, wobei noch die wichtigsten Veränderungen eher durch die zum gleichen Zeitpunkt verabschiedeten Kollektivverträge für den Sozial- und Pflegebereich und das Gesetz zur Pflegeversicherung verursacht wurden. Ausserdem wird das Gesetz für seine starke Fokussierung auf die Dienste (*services*) gegenüber den Dienstleistungen (*activités, prestations*) und eine ungenügende Behandlung verschiedener Aspekte wie Prozess- und Ergebnisqualität kritisiert. So ist es nicht erstaunlich, dass bereits das Regierungsprogramm im Jahr 2004 eine Überarbeitung des Gesetzes in Aussicht stellte¹⁾. Global gesehen, erscheint die Hauptschwäche des Konventionsmodells auf der fast exklusiven Konzentration auf die Beziehung zwischen Einrichtung und Ministerium zu liegen, bei der der Klient als Empfänger der sozialen Dienstleistung nicht genügend miteinbezogen ist.

Auf der Seite der Träger ist die Verantwortung auf mehrere Verbände verteilt²⁾, die sektorielle Bereiche abdecken und (historische) interministerielle Bereichsabteilungen widerspiegeln. Diese Trägervereinigungen wurden in

1) *Regierungsprogramm 2004-2009: Contrôle de qualité* : Il y a lieu de prévoir dans une approche globale et intégrée, une initiative législative à part, introduisant un nouveau volet concernant l'assurance qualité. Ceci vaut pour tous les secteurs. Dans ce contexte, une modification de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines sociales, familiales et thérapeutiques (loi dite ASFT) est envisagée.

Es gab somit Überlegungen zu einem spezifischen Qualitätssicherungsgesetz. Auch das Gesetzesprojekt für den Kinderheimbereich (aide sociale à l'enfance) geht in die Richtung, für einen bestimmten Bereich eine spezifische Gesetzgebung vorzusehen, und sich somit teilweise dem ASFT-Gesetz zu substituieren, resp. dieses zu vervollständigen.

2) EGCA- Entente des gestionnaires des centres d'accueil, EGIPA - Entente des gestionnaires des institutions pour personnes âgées, EFJ - Entente des foyers de jour, EMJ - Entente des maisons des jeunes, und früher noch EGSS - Entente des gestionnaires des services sociaux

den Frühzeiten des Konventionsmodells auch unter dem Impuls des Familienministeriums gegründet, und werden auch noch heute von ihm finanziert, wobei ihnen u.a. verschiedene "fiduciaire"-Aufgaben, wie Lohnberechnung und Buchführung anvertraut werden. Die verschiedenen Vereinigungen unterscheiden sich in ihrer Positionierung, d.h. mehr oder weniger technisch, administrativ, politisch, etc. Sie sprechen in der Praxis nicht immer mit einer Stimme, was besonders bei allgemeinen, sektorübergreifenden Fragen wie ASFT-Gesetz und CCT-SAS¹⁾ von Nachteil ist. In den 90er Jahren gab es unvollendete Versuche, die Trägervereinigungen zu fördern oder in einem Dachverband zu vereinigen²⁾. Die Notwendigkeit einer größeren Einigkeit und einer besseren Abstimmung der Ententes wird aber immer deutlicher, u.a. auch weil in verschiedenen Fragen eine Abstimmung mit den Dachverbänden im Krankenhaus- und Pflegebereich unabdinglich ist.

3.1.2. Aktuelle Anwendungen im sozio-educativen Bereich

Der sozio-educative Bereich, mit seinen zwei wichtigsten Standbeinen, dem Kinderheimsektor und den Kindertagesstätten, ist aus verschiedenen Gründen im Kontext der Anwendung der Fehlbedarfsfinanzierung interessant. Diese beiden Sektoren sind nicht nur die historisch wichtigsten und quantitativ größten Anwendungsbeispiele, sondern sie sind auch aktuell in einer Phase der strukturellen Umorganisation mit immer mehr Elementen einer Leistungsfinanzierung.

Mit dem graduellen Rückzug und -gang der Ordensgemeinschaften, und dem Entstehen neuer Trägervereinigungen, waren die Kinderheime die ersten Einrichtungen, die das Familienministerium mit Konventionen unterstützte. Aus dieser Entwicklung heraus entstand eine ideologisch und organisatorisch vielfältige Einrichtungslandschaft, die jedoch nur begrenzt konzeptuell und betreuerisch vernetzt war und ist. Die Personalstruktur ist normalerweise recht gut und baut hauptsächlich auf den Erzieherberufen des *éducateur gradué* und des *éducateur* auf. Daneben gibt es noch zusätzliche Posten für Leitung, Verwaltung, spezialisierte Betreuung, etc, die jedoch nicht nach einheitlichen Kriterien verteilt sind. Die Kinder und Jugendlichen werden hauptsächlich vom Gericht in diese Einrichtungen eingewiesen, was zu einer großen Schwankung im Angebot und Bedarf führt, und was auch zu fachlichen Spannungen im Kontext der Begründung des *placement* führt.

Das Familienministerium hat mit dem Gesetz zur *aide à l'enfance et à la famille*³⁾ die Initiative unternommen, dem Heimbereich einen neuen Impuls zu

1) Convention collective de travail pour le secteur social et le secteur des aides et des soins

2) FLEASS - Fédération luxembourgeoise des ententes et associations du secteur social

3) Loi du 16 décembre 2008 relative à l'enfance et à la famille.

Projet de loi N° 5754, mit den Gutachten des Staatsrates und den amendements gouvernementaux; desweiteren Stellungnahme des Caritasverbandes vom November 2007

geben. So sollen die Rechte der Kinder gestärkt und eine gewisse *déjudiciarisation* der Einweisungen durchgeführt werden. Des Weiteren soll das zuschaffende *Office national de l'enfance* (entsprechend dem deutschen Jugendamt) objektive und ergebnisorientierte Kriterien für die pädagogische Betreuung und Orientierung anwenden. Auch soll die Organisation der Heime effizienter, transparenter und einheitlicher sein, u.a. durch eine Umstellung auf Leistungsfinanzierung. Diese beiden grundlegend neuen Aspekte inspirieren sich an der Pflegeversicherung. Und auch wenn sie von ihrem Prinzip her durchaus zu begrüßen sind, so stellen sich doch noch einige praktische Fragen, die es in der konkreten Umsetzung zu klären gilt. In dem hier relevanten Kontext ist sicherlich die nur begrenzte Vergleichbarkeit mit der Pflegeversicherung, das Fehlen eines durch Angebot und Nachfrage gesteuerten Marktes, die Anzahl vieler kleiner Träger und Einrichtungen zu erwähnen, sowie die mehr oder minder klare Erwartung einer Steigerung der Kosten- und Leistungseffizienz. So ist noch nicht definitiv abzuschätzen zu welchen strukturellen Änderungen die Leistungsfinanzierung in diesem Bereich führen soll und wird, oder ob es im Endeffekt nur eine neue, leichter steuerbare, aber auch wohl gerechtere Berechnungsweise der staatlichen Subventionen sein wird. Auf der Trägerseite werden diese Veränderungen auch zwangsläufig zu strukturellen Entwicklungen führen, z.B. im Sinne größerer Trägerverbände und stärkerem Qualitätsmanagement.

Das andere wichtige Standbein des Konventionsmodells sind die Tagesstätten für Kinder. Diese Einrichtungen entstanden ab Anfang der achtziger Jahre, um sozial schwächeren Familien und Alleinerziehenden eine Betreuungsmöglichkeit zu geben. Die Ausrichtung war also klar sozial, was u.a. über die stark einkommensbezogene Eigenbeteiligung erreicht wird. Diese Tagesstätten wurden und werden von Gemeinden und gemeinnützigen Trägern betrieben. Ziel der Tagesstätten war es aber nur begrenzt den neuen Bedürfnissen nach Integration (z.B. bei fremdsprachigen Kindern) oder auch nach mehr beruflicher Tätigkeit der Frauen (wie sie z.B. in der Lissabon-Strategie festgeschrieben ist) entgegenzukommen. Das Familienministerium hat aus diesen Gründen seit einigen Jahren mit den Gemeinden¹⁾ ein enges Netz an *Maisons relais* aufgebaut, das eine flexiblere und kommunenzentrierte Tagesbetreuung der Kinder erlauben soll, und dies in enger Abstimmung mit den schulischen Rahmenbedingungen.

Die Finanzierung der *Maisons relais* stellt eine Mischform von Fehlbedarfs- und Leistungsfinanzierung dar, die entsprechend einer Unterscheidung zwischen fixen und variablen Kosten geschieht. Staat und Gemeinde teilen sich die Kosten. Eine schwierige und teilweise noch offene Frage stellt die Preisgestaltung für die Familien dar, die zwar sozial gerecht sein soll, aber auch die Integration fördern soll, in dem die *Maisons relais* für die Kinder aus

1) Einige Gemeinden haben Trägervereinigungen mit dem Betreiben der *Maisons relais* betraut, u.a. die Caritas, die mit dem FOGAflex-Projekt ab dem Jahr 2000 ein wichtiges Pilotprojekt mit europäischen Geldern gestartet hat.

allen sozialen Schichten attraktiv und zugänglich sein sollen. In dem Sinne wird gefordert, die Preisstaffelung zu begrenzen und einheitliche, offene Zugangsmöglichkeiten zu schaffen. Es ist auch zu erwarten, dass es zu einer noch besseren Abstimmung zwischen *Foyers de jour*, *Maisons relais* und Vor- und Primärschule kommen wird. Die teils komplementären, teils konkurrierenden Modelle der Tagesstätten, Kleinkindkrippen (*crèches* und *garderies*) und der *Maisons relais* werden wohl in einem einheitlichen Konzept oder Ansatz fusionieren und als paraschulischen Einrichtungen sollen komplementär zu den Primärschulen und der Frühkinderziehung in einem globalen Konzept der Ganztagsbetreuung integriert werden.¹⁾

Die Umstellung der Finanzierung der Kindertagesbetreuung auf Dienstleistungsgutscheine (*chèques services*) wird, auch wenn sie unmittelbar keine Abwendung von der Fehlbedarfsfinanzierung darstellt, zu einer zusätzlichen Vernetzung und Dynamisierung der Angebote führen.

3.1.3. Anwendung in anderen Bereichen

Das Konventionsmodell kam und kommt noch in anderen Bereichen, die in der Kompetenz des Familienministeriums liegen, zur Anwendung.

Im Altenbereich ist das Konventionsmodell mittlerweile zur Ausnahme geworden, da die Hilfs- und Pflegetätigkeiten dieser Dienste und Einrichtungen von den Sozialversicherungen bezahlt werden²⁾. Im Behindertenbereich wurde die Fehlbedarfsfinanzierung der sozio-educativen Tätigkeiten aus Kohärenzgründen wie die Hilfs- und Pflegeleistungen auf Leistungsfinanzierung umgestellt³⁾. Das Familienministerium bleibt als *ministère de tutelle* aber weiterhin für die Finanzierung der Infrastrukturen zuständig. Im Bereich der nationalen Solidarität, u.a. für die Einrichtungen der Obdachlosen- und der Flüchtlingshilfe bleibt das Konventionsmodell die hauptsächliche Referenz. Es gilt noch zu präzisieren, dass es neben der reinen, klassischen Anwendung der Fehlbedarfsfinanzierung auch verstärkt Mischformen oder Teilfinanzierungen gibt^{4) 5)}.

Das Konventionsmodell wird in den Zuständigkeitsbereichen verschiedener anderer Ministerien angewendet. So wie es auch bei dem mittlerweile wieder ins Familienministerium integrierten, früheren Jugendministerium mit den

1) Siehe hierzu auch den Caritas-Sozialalmanach 2008 "Kinderarmut und Bildung"

2) Zu erwähnen bleiben wichtige Vereinigungen, wie z.B. Omega 90 asbl oder auch die Club Senior Einrichtungen.

3) Complément ASP - accompagnement socio-pédagogique

4) Als ein Beispiel kann man hier die Club Senior-Einrichtungen erwähnen, wo der Staat 83% der Personalfinanzierung übernimmt und die Gemeinde(n) - die auch die Räumlichkeiten zur Verfügung stellen - , resp. der jeweilige Träger die anderen Kosten über die Beteiligungen der Teilnehmer hereinwirtschaften soll.

5) Beim Hausnotrufdienst Secher Doheem - Téléalarme, wo über eine Konvention mit dem Familienministerium ein Großteil des Personals und die Infrastrukturkosten finanziert werden, müssen die anderen laufenden Kosten über die verschiedenen partizipierenden Gemeinden und die Klienten des Dienstes abgedeckt werden.

Jugendhäusern der Fall war, sind die dem Gleichstellungsministeriums¹⁾ unterstellten Einrichtungen, u.a. die Frauenhäuser, auch fehlbedarfsfinanziert.

Das Gleiche gilt für das Gesundheitsministerium, wo aktuell vor allem im therapeutischen Bereich, sowie bei den Einrichtungen im Suchtbereich das Konventionsmodell angewendet wird. Es sei jedoch erwähnt, dass vor 1999, als die Pflegeeinrichtungen noch in den direkten Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsministeriums fielen, diese auch fehlbedarfsfinanziert waren. Für einige damals neue Pflegeheime²⁾ wurden Infrastrukturerrichtung und Betreuung in einem *contrat location-vente* gebündelt, wobei der spätere Betrieb bis zur Einführung der Pflegeversicherung fehlbedarfsfinanziert war und für die privatwirtschaftlichen Betreiber eine Gewinnmarge als *management fee* vorgesehen war.

Andere Ministerien haben für ihre Bereiche andere Wege gewählt^{3) 4)}. So konzentriert sich z.B. das Wohnungsbauministerium eher auf die Schaffung von billigerem Wohn- und Mietraum und sieht ganz von der Konventionierung von Einrichtungen und Diensten im Bereich der Vermittlung von Wohnraum an verschiedene Personengruppen ab^{5) 6)}. Dies sollte und müsste sich im Rahmen des Projektes einer *Agence immobilière sociale* ändern, die z.Z. von verschiedenen im sozialen Bereich tätigen Akteuren gefordert wird⁷⁾.

3.2. Soziale Sicherheit und Pflegeversicherung

3.2.1. Gesundheitsversorgung

Die Leistungen der Krankenversicherung werden über die Gesetzgebungen, die im ersten Buch des *Code de la sécurité sociale* (CSS) zusammengefasst sind, bestimmt. Die Krankenversicherung, wie die anderen Gesetzgebungen der sozialen Sicherheit, sprechen den Versicherten Rechte auf bestimmte Leistungen unter bestimmten Bedingungen zu und setzen sie somit von Beginn an in das Zentrum des funktionellen Modells. Diese Rechte sind kodifiziert und einklagbar. Ein wichtiges Recht ist auch die freie Wahl des Leistungserbringers, wie z.B. des Arztes oder des Krankenhauses.

1) Ministère de l'Égalité des Chances, früher Ministère de la Promotion féminine.

2) in Bartringen, Bettemburg, Wasserbillig und Schifflingen.

3) Auf die spezifischen Aspekte der Arbeitsloseninitiativen, die über das Arbeitsministerium unterstützt werden, wurde in Kapitel 2.4. hingewiesen.

4) Man kann noch auf die staatliche Förderung privater Schuleinrichtungen hinweisen, auch wenn dies einen anderen Bereich als den Sozialsektor darstellt. Es handelt sich um eine öffentliche Teilfinanzierung mit einer Eigenbeteiligung der eingeschriebenen Schüler.

5) diese Aufgabe wird auch eher vom Familienministerium wahrgenommen

6) Die Vereinigung Wunraum für Studenten unterstand bis zu ihrer Auflösung im Rahmen der Universitätsgründung eher dem Hochschulministerium.

7) siehe www.eapn.lu

Bei der Finanzierung der Leistungen wird im *secteur extra-hospitalier*¹⁾ auf normierte Leistungen (*actes*) zurückgegriffen, die einem Geldwert²⁾ entsprechen und in einem reglementarisch festgelegten Leistungskatalog (*nomenclature*) aufgeführt sind. Diese Leistungskataloge existieren für verschiedene Berufsgruppen, insbesondere für die Mediziner aber auch für andere Berufsgruppen wie die Krankenpfleger (*infirmiers*) oder die Kinesitherapeuten. Andere Berufsgruppen, wie z.B. die Hilfspfleger (*aides soignants*) oder die Ergotherapeuten besitzen keine solche Leistungskataloge und dürfen ihren Beruf somit auch nicht (im Sinne der Krankenversicherung) liberal ausüben. Die Leistungserbringung ist mit Ausnahme der Krankenhäuser und den im Rahmen der Pflegeversicherung eingeführten Hilfs- und Pflegenetze³⁾, verschiedenen freiberuflich tätigen Berufsgruppen vorbehalten. Die im Bereich der Krankenversicherung tätigen Leistungserbringer müssen die entsprechenden Berufsqualifikationen besitzen. Desweiteren schliessen ihre Standesvertretungen mit der CNS⁴⁾ Rahmenverträge ab, die unter anderem die Respektierung des Leistungskataloges und die Tarifbindung vorsehen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die weitgehende Formalisierung der verschiedenen Beziehungsebenen zwischen Leistungserbringern und ihren Berufs- und Standesvertretungen, der Krankenkassenvereinigung sowie den Ministerien für soziale Sicherheit und Gesundheit. Diese Formalisierung umfasst sowohl die Ausarbeitung der Vertrags- und der anderen Rahmenbedingungen, die Ausarbeitung der Leistungskataloge, die Verhandlungen der entsprechenden Tarife, sowie die Prozeduren im Falle von unvereinbaren Positionen und Konflikten.

Diese Formalisierung ist u.a. auch nötig um eine Steuerung auf der Makroebene zu ermöglichen. Insbesondere durch die Freiheit der Wahl der Behandlung durch die behandelnden, liberal praktizierenden Ärzte und durch die freie Wahl des Leistungserbringers durch die Versicherten, ist es schwierig die Ausgaben der Krankenkassen zu kontrollieren und langfristig zu stabilisieren. Die Ausgaben in diesem Bereich entwickeln sich ja eher entsprechend dem Versorgungsangebot als einem objektiv festzustellenden steigenden Bedarf.

1) *also mit Ausnahme der Krankenhäuser, s.u.*

2) *und in einigen Fällen einem korrespondierenden Zeitwert*

3) *für die Aktivitäten der Behandlungspflege (soins à domicile) der Krankenversicherung.*

4) *Die CNS (Caisse nationale de Santé - d'Gesondheetskees) hat diese Aufgaben der UCM (Union des Caisses de Maladie) durch die Einführung eines Einheitsstatuts (loi du 13 mai 2008) übernommen.*

3.2.2. Krankenhausfinanzierung

Seit 1995¹⁾ funktionieren die Krankenhäuser im Budgetierungssystem, das eine gewisse Beispielfunktion für Leistungs- und Fehlbedarfsfinanzierung besitzt. Das Krankenhausbudget wird auf Basis einer voraussichtlichen Aktivitätsentwicklung mittels historischer Daten und PRN-Erhebungen²⁾ erstellt. Hierbei wird zwischen in einem festgelegten Rahmen garantierten Fixkosten (u.a. Personalkosten) und variablen Kosten unterschieden, wo für die einzelnen Krankenhäuser spezifische Tarife für die verschiedenen Leistungen (wie z.B. eine Operation) festgelegt werden.

Das Modell ist somit an sich eine Mischform zwischen Leistungs- und Fehlbedarfsfinanzierung. Es zeichnet sich durch die Erstellung eines spezifischen Budgets pro Einrichtung aus, wobei die Unterschiede zwischen den Einrichtungen erheblich sein können. Ausserdem können die Krankenhäuser für die Leistungen und Aktivitäten, die sie ausserhalb der Krankenversicherung und des entsprechenden Budgets durchführen, marktwirtschaftlich handeln.

Die Budgetierung hat es erlaubt, eine transparentere Finanzierung der Einrichtungen zu schaffen, insbesondere um zwischen den verschiedenen Einrichtungen zu einer objektiven Vergleichsbasis zu kommen und die strukturellen Veränderungen des Krankenhausbereiches durch Neubauten, Zusammenlegungen und Bettenreduzierung zu bewältigen.

Dennoch hat auch dieses Modell, wie jedes Modell, seine Schwächen. So muss man z.B. feststellen, dass aus verschiedenen Gründen die Erstellung der Krankenhausbudgets sich stark verzögert und oft erst nach mehreren Jahren ex-post abgeschlossen wird. Ein weiteres Problem liegt in der Kostenkontrolle auf der Makroebene, auch wenn die Planungsverantwortung über die Krankenhausbauten, die dort angesiedelten Dienste und die Bettenzahlen ausschließlich bei der öffentlichen Hand liegen. Wie bereits angedeutet, ist es schwierig qualitativ und quantitativ auf die in den Krankenhäusern zugelassene Ärzteschaft einzuwirken, sowie auf die Entwicklung von Technologie und Therapie, und, *last but not least*, auf das "Konsumverhalten" der Patienten.

Es sei noch kurz erwähnt, dass in verschiedenen Ländern, insbesondere seit kurzem auch in Deutschland, die Finanzierung der Krankenhäuser auf ein DRG-Modell³⁾ umgestellt wird, wobei einheitliche Tarife für gleiche und vergleichbare Behandlungen in allen Krankenhäusern eingeführt werden, die somit verstärkt leistungsfinanziert werden. An sich war eine solche Entwicklung auch in Luxemburg bereits bei der Einführung der Budgetierung geplant. Allerdings wäre es wohl schwierig ein solches Modell in Luxemburg

1) *Eingeführt über die Reform der Krankenversicherung im Jahre 1992*

2) *Projet de Recherche en Nursing*

3) *Diagnosis Related Groups*

einzuführen, u.a. wegen der geringen Zahl¹⁾ an Krankenhäusern, sowie der politischen Sensibilität und der Verschiedenartigkeit bezüglich Angebot und Trägerschaft.

3.2.3. Einführung der Pflegeversicherung

Die Einführung der Pflegeversicherung hat in den verschiedenen Bereichen zu einer teilweise sprunghaften Entwicklung des quantitativen, aber auch des qualitativen, Angebots geführt. Der Hauptgrund ist sicherlich die Bereitstellung von erheblichen Mitteln über die spezifische Finanzierung der Pflegeversicherung. Des Weiteren wurde in den vergangenen 15 Jahren sehr stark über den Staatshaushalt in den Neu- und Ausbau stationärer und teilstationärer Einrichtungen investiert. Ein dritter Grund liegt darin, dass die Pflegeversicherung eine freiere Gestaltung und Entwicklung der Aktivitäten mit sich brachte. Besonders im ambulanten Bereich, wo verschiedene Barrieren, wie die Trennung zwischen *aide à domicile* und *soins à domicile* und die fixen, territorialen Aufteilungen zwischen Anbietern wegfielen, entstand mehr Spielraum für neue und innovative Konzepte²⁾.

Durch die Einführung der Pflegeversicherung wurde ein Paradigmenwechsel in der Organisation und der Finanzierung sozialer Dienstleistungen herbeigeführt. Da die Betreuung und die Pflege der vornehmlich alten und hilfsbedürftigen Menschen ihre Standbeine gleichermaßen im sozialen und im (para)medizinischen Bereich hatten, wurde ein neuer Weg eingeschlagen, der sich zwar in vielerlei Hinsicht stark an den formalen Mechanismen der Krankenversicherung orientiert, sich jedoch in den relevanten Punkten auch stark von ihr differenziert.

Zu allererst müssen die Gründe dargelegt werden, weshalb ein Sozialversicherungsmodell für die Bewältigung der Pflegeproblematik zurückbehalten wurde. Hier ist einerseits die Ausrichtung am deutschen Vorgängermodell zu erwähnen. Andererseits schien es von Anfang schwierig, im Rahmen des Fehlbedarfmodells eine angemessene Strategie entwickeln zu können, obwohl die zum damaligen Zeitpunkt tätigen Dienste mit dem Familien- und/oder dem Gesundheitsministerium konventioniert waren. Wichtigster Punkt ist aber wohl, dass das Pflegeversicherungsgesetz nicht nur die Rechte der Versicherten und die entsprechenden Leistungen festlegt, sondern auch ein Finanzierungsgesetz darstellt³⁾, mit neuen Sozialabgaben und der Generierung der nötigen Finanzmittel.

1) insgesamt gesehen (relativ betrachtet, d.h. pro Einwohner, ist die Krankenhaus(betten)dichte sehr hoch)

2) Hier ist das *réseau d'aide et de soins* - Konzept hervorzuheben, das nach dem Prinzip "alles aus einer Hand" funktioniert

3) Die Finanzierung der Pflegeversicherung geschieht zum größten Teil über eine spezifische Abgabe in Höhe von 1,4% des versteuerbaren Einkommens (früher 1%). Der Rest wird über den Staatshaushalt und zu einem geringeren Teil über eine spezifische Abgabe bei großen Stromkonsumenten abgedeckt.

Neben der Schaffung eines Rechtes auf Hilfe und Versorgung im Falle einer Pflegebedürftigkeit und der Einführung eines Leistungskataloges, der sich prioritär an den grundlegenden Tätigkeiten des alltäglichen Lebens (*actes essentiels de la vie*) in den Bereichen Hygiene, Ernährung und Mobilität orientiert, sind die wohl wichtigsten Elemente der Pflegeversicherung die Schaffung einer zentralen Stelle zur Festlegung der Pflegebedürftigkeit und die Reglementierung der in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer.

Die pluridisziplinäre Mannschaft der CEO - *Cellule d'Evaluation et d'Orientation* erfüllt im System der Pflegeversicherung vor allem die Rolle der Bewertung der Pflegebedürftigkeit, und entspricht grob gesehen damit der Aufgabe des Arztes¹⁾ in der Krankenversicherung. Die anfangs vorgesehene Aufgabe der Orientierung der Patienten in die entsprechend geeigneten Strukturen wurde bei der zum 1. Januar 2007 in Kraft getretenen Reform abgeschafft. An sich hat die CEO diese Aufgabe auch nie materiell richtig erfüllen können und sie wäre auch wohl nur schwer mit der freien Wahl des Leistungserbringers zu vereinbaren gewesen. Diese Aufgabe wurde in der Praxis durch die Dynamisierung des Angebots im stationären sowie im ambulanten Bereich kompensiert.

Da die Gesamtverantwortung für die Verwaltung der Pflegeversicherung bei der CNS liegt, besitzt die CEO keine formale Kompetenz bei der Gestaltung der Tarife und der Beziehungen zu den Leistungserbringern, sowie auch bei anderen Finanzierungsfragen. Dies garantiert der CEO eine Unabhängigkeit und Objektivität in ihren fachlichen Stellungnahmen, und somit auch eine bessere Akzeptanz ihrer Entscheidungen.

3.2.4. Beziehungen zu den Leistungserbringern

Die CNS schliesst mit den Leistungserbringern einen Dienstleistungsvertrag²⁾, der die administrativen und technischen Abläufe im Bereich der Pflegeversicherung regelt. Hierbei gilt es zu unterscheiden zwischen stationären Einrichtungen und ambulanten Hilfs- und Pflegenetzen, wobei bei letzteren seit dem 1. Januar 2007 die spezialisierten Tagesstätten und die Einrichtungen der Behindertenhilfe getrennt behandelt werden. Die Leistungserbringer, die im Besitz eines entsprechenden *agrément* des Familienministeriums sein müssen, verpflichten sich hierbei ihre Leistung entsprechend den Bestimmungen der Pflegeversicherung und insbesondere gemäß den von der CEO festgehaltenen Hilfs- und Pflegeplänen zu erbringen.

Über die Pflegeversicherung wurden die Beziehungen zwischen den Akteuren auch auf institutioneller Ebene geregelt. Das wichtigste Organ stellt die

1) Der Arzt besitzt die doppelte Rolle des verschreibenden Auftraggebers für andere Berufsgruppen (*médecin prescripteur*) und des freiberuflichen behandelnden Mediziners (*autoprescription*).

2) contrat d'aide et de soins

Commission consultative (Art. 387 CSS) dar, die u.a. die Aufgabe hat, geplante Gesetzesänderungen, sowie reglementarische Ausführungsbestimmungen zu begutachten. Des Weiteren spricht sie sich auch zu den im Gesetz vorgesehenen Pilotprojekten aus. Die *Action concertée de l'assurance dépendance* (Art. 388 CSS) soll periodisch die Organisation und die Funktionsweise der Pflegeversicherung begutachten. Seit der rezenten Reform sieht das Gesetz auch eine *Commission qualité* (Art. 387bis CSS) vor, die ihre Arbeiten kürzlich aufgenommen hat und die klarere Definitionen der Leistungen, sowie normative Standards für deren Erbringung, ausarbeiten soll. Für weitere Aspekte, wie die Schlichtung von Konflikten, lehnt sich die Pflegeversicherung an die Mechanismen der Krankenversicherung an.

Die Vertretung der Interessen der Anbieter gegenüber den Organen der Pflegeversicherung und den Ministerien geschieht über ihren gemeinsamen Dachverband¹⁾, der im Sinne der Sozialgesetzgebung das Statut des *organisme représentatif* besitzt und dem fast alle in der Pflegeversicherung tätigen Leistungserbringer angeschlossen sind²⁾. Das Hauptgewicht liegt auf der Mitarbeit an den gesetzlichen, reglementarischen und vertraglichen Bestimmungen, die die praktischen Abläufe und die Rahmenbedingungen der verschiedenen Aktivitäten regeln. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Verhandlung der Tarife des Leistungskataloges, in der die entsprechenden Zeit- und Geldwerte (*valeurs monétaires*) in den verschiedenen Bereichen bestimmt werden.

Zur Bestimmung dieser Tarife wurde bei der Einführung der Pflegeversicherung eine Methodik entwickelt, die 3 Phasen unterscheidet: 1. für die Tarife des Jahres X werden die effektiven betriebswirtschaftlichen Zahlen des Jahres X-2 der verschiedenen Anbieter kontrolliert, harmonisiert, gewichtet und gemittelt³⁾; 2. es wird eine Progression der Entwicklung zwischen den Jahren X-2 und X durchgeführt, die u.a. die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, den Einfluss neuer Bestimmungen oder auch die Altersentwicklung des Personals berücksichtigt; 3. es werden zukunftsorientierte Maßnahmen festgehalten und antizipiert. Dies war besonders in den Anfangsjahren der Fall, wie z.B. die Anpassungen der Leitungsstrukturen und die unabdingliche Informatisierung⁴⁾.

Diese Methodik hat es erlaubt, dass für alle Träger relativ gute Startbedingungen in die Pflegeversicherung möglich waren. Ausserdem erfolgte so eine von allen Seiten gewollte Transparenz in der Darstellung der Kostenstrukturen und in der Festlegung der Tarife, sowie eine begrenzte

1) COPAS-Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins

2) *Im Krankenhausbereich erfüllt die EHL - Entente des hôpitaux luxembourgeois die gleiche Rolle.*

3) *es gilt zu beachten, dass die Verhandlungen und Berechnungen im Jahr X-1 durchgeführt werden*

4) *Aufgrund dieser Methodik, kann die valeur monétaire sich nach oben oder nach unten entwickeln*

Harmonisierung der Kostenstrukturen. Es gibt mittlerweile aber auch einige ernsthafte Kritiken anzuführen¹⁾. Die wichtigste ist wohl, dass die *valeur monétaire* an sich ein Mittelwert ist, wobei einige Träger substantiell nach oben und nach unten von diesem Mittelwert abweichen, was im Endeffekt entsprechende Verluste und Gewinne mit sich bringt. Diese können in den stationären Einrichtungen teilweise durch die Beherbergungseinnahmen kompensiert werden, was wiederum Fragen nach der Transparenz des "Pensionspreises" aufwirft. Dieser kann sich frei an einem noch immer nicht ganz gesättigten Markt anpassen, und ist sonst nur indirekt durch den FNS-Zuschuss²⁾ für soziale Härtefälle reglementiert. Des Weiteren trägt diese Methodik nicht den Spezifitäten zwischen den verschiedenen Einrichtungen Rechnung, z.B. zwischen Pflegeheimen und "klassischen" Altenheimen³⁾, oder allgemeiner, eher "versorgenden" und "spezialisierten" Einrichtungen. Dies widerspricht dem Prinzip der Pflegeversicherung, dass die Versicherten entsprechend ihrem festgelegten Grad der Pflege ein Recht auf die gleichen Leistungen besitzen, und dies an sich unabhängig vom Typ der sie erbringenden Einrichtungen. Auf Seiten der Trägereinrichtungen, gibt es z.Z. drei Meinungsrichtungen, 1. jene, die bei der jetzigen Form bleiben wollen (da es sie an sich finanziell arrangiert), 2. jene, die eine *valeur monétaire* pro Einrichtung oder zumindest pro Einrichtungstyp erreichen wollen (was an sich der Budgetierung der Krankenhäuser sehr nahe käme), und 3. die, die ausgehend von einer allgemein gültigen "*valeur monétaire de base*", Zuschläge für spezifische Leistungen oder Leistungsformen erreichen wollen, ähnlich wie es z.B. im Krankenhausbereich *incitants qualité* gibt. Es bleibt abzuwarten, ob es zwischen den Trägern und zusammen mit den zuständigen öffentlichen Stellen gelingt, eine angepasstere Methode auszuarbeiten.

1) d.h. im régime de croisière

2) Älteren Menschen, die den Beherbergungspreis in einem Alters- oder Pflegeheim nicht aus Eigenmitteln bezahlen können, wird über den Fonds National de Solidarité ein Zuschuss gewährt. Die Beihilfe ist ebenfalls an einen über das Gesetz festgelegten maximalen Beherbergungspreis gebunden.

3) CIPA-Centres Intégrés pour Personnes Âgées

4. VERGLEICHSANALYSE DER MODELLE

In diesem Kapitel sollen die Hauptmodelle der Fehlbedarfs- und Leistungsfinanzierung verglichen werden. Sie sollen auf ihre Stärken und Schwächen, sowie auch auf die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Anwendung in verschiedenen Bereichen und auf verschiedenen Ebenen untersucht werden. Es werden ebenfalls die Aspekte beleuchtet, die für ein System oder ein Modell in seiner Globalität relevant sind, insbesondere was die beiden Haupt-*Stakeholder*, Staat bzw. öffentliche Hand auf der einen Seite sowie Trägereinrichtungen in ihrer Diversität und Pluralität auf der anderen Seite, gemeinsam angeht.

4.1. Klientenbezogene Aspekte

Wenn man die Anwendbarkeit von Organisationsmodellen auf ihre Stärken und Schwächen hin untersucht, so ist es am Wichtigsten zu betrachten, was dies für die betreuten Personen bedeutet. Die Fehlbedarfsfinanzierung ist sicherlich am Besten geeignet, wenn es gilt der Bevölkerung einen sozialen Dienst anzubieten, der der **Grundversorgung** zuzurechnen ist. Neben den bereits kurz erwähnten Diensten der früheren *polyvalence*¹⁾, kann man auch Dienste wie das *Kanner-Jugend-Telefon* oder Beratungsstellen nennen.

Ein weiteres Kriterium ist die **Fragilität und Anfälligkeit** des Klienten oder dessen Umfeldes. Als Beispiele kann man hier ein Obdachlosenheim oder eine *Fixerstuff* nennen, deren Finanzierung nicht, oder nur ganz begrenzt von der Zahl der betreuten Personen abhängen kann.

Des Weiteren gilt es das quantitative Ausmaß der Problematik und der davon betroffenen Personen zu berücksichtigen, wo eine Leistungsfinanzierung erst ab einer gewissen **kritischen Masse** Sinn macht, weil sonst der mit einer solchen Lösung verbundene Aufwand wohl keinen Sinn macht und die Risiken zu groß wären. Für einige Bereiche kann man sich fragen, ob das Land groß genug ist für eine richtige Anwendung der Leistungsfinanzierung, oder ob sie sich im Endeffekt nur auf einen anders gelagerten Berechnungsmodus der staatlichen Subvention beschränkt.

Als letztes Kriterium sei der **Grad der Individualität** der persönlichen Dienstleistung zu nennen, wie z.B. bei der Pflegeproblematik oder auch bei der Kinderbetreuung, wo die betroffenen Personen an einer für sie persönlich passenden, spezifischen Lösung interessiert sind. Dazu muss diese Klientel auch noch über die entsprechenden Mittel verfügen, seien es Eigenmittel oder über den *tiers payant* zugestandene Mittel. Hier kommt natürlich dann auch der Gestaltung des Preises und der Eigenbeteiligung eine wichtige Rolle zu.

1) Siehe unter Kapitel 2.1

In einem leistungsfinanzierten Modell kommt der **Definition der Leistungen** eine wichtigere Bedeutung zu als in der Fehlbedarfsfinanzierung, und dies sowohl bezüglich des Inhalts (Gliederung, Struktur, Qualifikation des Personals,...) als auch der Zeit(volumen).

Was die **Sicherheit und Qualität** der Dienstleistungen für den Klienten angeht, so ist *a priori* nicht zu sagen, ob bei der Fehlbedarfs- oder Leistungsfinanzierung systeminhärente Unterschiede bestehen. Dies hängt wohl eher von den konkreten Bestimmungen ab, die auf der Makroebene reglementarisch festgehalten sind. Für den Klienten ist wichtig, dass die Leistung stimmt, dass ein Dienst nicht unbegründet das Betreuungsverhältnis kündigen kann, dass territorial die gleichen Leistungen angeboten werden, etc. Hier ist die Rolle des Staates besonders wichtig, die Rechte und die Würde der betroffenen Menschen, insbesondere der Schwächsten zu schützen und zu wahren.

Was die **Rechte der betreuten Personen** angeht, so ist das klassische Konventionsmodell sicherlich paternalistischer, weil ein aktives Mitspracherecht und eine Individualisierung der Leistungen schwieriger sind, oder auch weil wenig Auswahlmöglichkeit und Konkurrenzdruck zwischen den Anbietern besteht. Kurzum ist der Grad der Autonomie in einem auf Leistungen aufgebauten Modell größer, insbesondere wenn die Betroffenen die Mechanismen nutzen (können). Andererseits, hat ein leistungsfinanziertes Modell den Nachteil, dass die Gefahr von Missbrauch größer ist. So ist es in einem solchen System inhärent weniger interessant, dass ein Klient den Dienst nicht mehr oder weniger braucht, weil damit auch ein Auftrag und entsprechende Einnahmen verloren gehen. Deshalb ist es wichtig, dass auf der Makroebene Kontrollmechanismen eingebaut werden, z.B. in dem der Bedarf extern festgelegt wird und periodisch überprüft wird, resp. auch begrenzt oder zeitlich befristet ist.

Der **Festlegung des individuellen Bedarfs** und der Leistungen kommt eine wichtige Bedeutung zu. Im Konventionsmodell wird die Leistung *de facto* von dem sie auch ausführenden Dienst festgelegt. Einzige Auflage ist an sich die Vorgabe des Auftragsgebers, also des zuständigen Ministeriums oder der Gemeinde, der im Konventionsvertrag den Leistungskatalog mit den damit zusammenhängenden qualitativen und quantitativen Kriterien festlegen muss. In einem leistungsfinanzierten System ist es wichtig, dass der Bedarf extern festgelegt wird, wie z.B. bei den individuellen Hilfs- und Pflegeplänen in der Pflegeversicherung der Fall ist. Im entgegengesetzten Fall kann es zu Konflikten zwischen Berufsdeontologie und wirtschaftlichen Interessen kommen. Außerdem wird in diesem Kontext mit der Aussage "im Interesse des Klienten" argumentiert; ein Begriff der nicht objektivier- oder normierbar ist und somit meistens nach oben offen ist, mit den entsprechenden möglichen Entgleisungen auf der Makroebene.

Eine ähnliche Überlegung kann man bei der **Interessenvertretung der Klienten** (gegenüber Staat und Leistungserbringung) anführen. Im klassischen Modell wird diese oft von den Diensten selbst wahrgenommen¹⁾. Im leistungsfinanzierten Fall kann es aus Gründen der Rollendiffusion nicht in dem Maße der Fall sein, und muss so extern über organisierte Interessenvertretungen oder subsidiarisch über öffentliche Stellen gewährleistet werden.

Ein wichtiger Aspekt ist die **Flexibilität**, die stark mit dem Serviceverhalten zusammenhängt. Allgemein sind leistungsfinanzierte Einrichtungen wohl proaktiver, dynamischer und flexibler, weil die Kundenorientierung und das Leistungsverständnis im Prinzip größer sein müssen, u.a. wenn ein direkter Konkurrenzdruck existiert. Dieser Leistungsdruck hat sicherlich aber auch negative Seiten, insbesondere für die Mitarbeiter, die diesen Druck auffangen müssen.

4.2. Dienst- oder Einrichtungsebene

Die Unterschiede für die **Mitarbeiter** in den beiden Modellen sind groß, u.a. da Effizienzüberlegungen eine größere Bedeutung haben. Wie in der Pflegeversicherung vorgeführt, rücken Fragen wie "welcher Mitarbeiter mit welcher Qualifikation hat welche Aufgaben und Funktionen?" oder "was ist die effektivste Arbeitsorganisation?", neben Klienteninteresse und Qualitätsfragen schnell mit in den Vordergrund. Diese Entwicklung birgt aber nicht nur Risiken in sich, sondern auch Chancen, wie die Möglichkeit kompetente Mitarbeiter besser zu fördern, das verstärkte Anliegen mehr in Fort- und Weiterbildung zu investieren, etc.

Was die **Personalschlüssel und Stellenpläne** angeht, liegt der Unterschied wohl weniger auf der quantitativen, als eher auf der Ebene der eingesetzten Qualifikationen. Der Einsatz der verschiedenen Berufsgruppen wird stärker durch fachliche und finanzielle Überlegungen motiviert sein, was zur Folge hat, dass sich das Spektrum der tätigen beruflichen Qualifikationen verbreitern wird, und dies sowohl zu höher als auch zu niedriger qualifizierten Berufsbildern²⁾.

Ein wichtiger Aspekt ist ebenfalls die **Planungssicherheit**. Im klassischen Konventionsmodell werden die Verträge von Jahr zu Jahr abgeschlossen, und dies weil in der Anfangszeit dieses Modells der jährliche Staatshaushalt die exklusive legale Basis war. Auch wenn dies in der Luxemburger Praxis nie

1) So ist zumindest oft das Selbstverständnis, mit allen Vor- und Nachteilen die damit verbunden sind.

2) Bezeichnend ist hierbei wieder das Beispiel der Pflegeversicherung, wo einerseits niedrig qualifizierte, oder besser gesagt - diplomierte Mitarbeiter in die Strukturen eingegliedert wurden (besonders die aides socio familiales), andererseits aber auch hochqualifiziertes und -bezahlteres Fach- und Leitungspersonal.

zu Problemen geführt hat, ist sie sicherlich nicht mehr zeitgemäß und zeigt den Bedarf einer tiefgreifenderen Überarbeitung des ASFT-Gesetzes. Die Planungssicherheit auf der Ebene der Trägergesellschaften ist sicherlich in beiden besprochenen Modellen wichtig, insbesondere aber in der Leistungsfinanzierung, wo es gilt Vernetzungen, Umstrukturierungen und Strategieumsetzungen zu ermöglichen, wobei die Herausforderungen und die Risiken auf mehrere Jahre verteilt werden müssen.

Ein Beispiel bezüglich der Planungssicherheit, ist der Fall **nicht voll ausgelasteter Strukturen**. Im konventionierten Bereich stellt dies an sich kein großes Problem dar. In einer Leistungsfinanzierung ist die Belegungszahl eine wichtige planerische Größe. In der Pflegeversicherung spielt hier im Prinzip der Markt, was z.Z. noch zu keinen Problemen geführt hat, da die Nachfrage nach stationärer Betreuung weiterhin groß war. Im Falle, dass dies sich ändere, wird es interessant sein zu sehen was passiert und ob nicht dann das Prinzip der Pflegeversicherung "ambulant vor stationär" umgekehrt werden wird. Leerstehende Betten in einem Kinderheimbereich können nicht über eine Angebots- und Leistungsanpassung oder über andere Marktkräfte gefüllt werden, da ja die Vermittlung zentral über das zukünftige ONE erfolgen soll¹⁾. Hier gilt es zu unterscheiden zwischen ungewollt und vom Träger bewusst nicht belegten Betten.

Es ist klar, dass die beiden Modelle sich stark in Bezug auf Autonomie und Risiken auf Managementebene unterscheiden. In einer Leistungsfinanzierung wird die Bewältigung der **Verwaltungs- und Leitungsaufgaben** sicherlich komplexer, und somit im Endeffekt auch teurer. Auch die Rolle der zumeist ehrenamtlichen Verwaltungsräte wird sich in diesen Fällen ändern. Liegt bei den konventionierten Einrichtungen eher ein Herangehen "*en bon père de famille*" vor, so müssen bei einer Leistungsfinanzierung Strategie, Finanzen und Kontrolle auch im Vordergrund stehen. Ähnliche Überlegungen wurden ja auch bereits für die Rechtsform der Trägergesellschaften aufgeführt.

Fehlbedarfs- und Leistungsfinanzierung unterscheiden sich auch in der **Entwicklung der Trägerlandschaft**. Wo bei Ersterem eine Zerstückelung und Parzellisierung der Angebote und Dienste möglich, ja charakteristisch ist, müssen bei dem Zweiten, so wie es bei der Pflegeversicherung der Fall war, integrierte und vernetzte Versorgungskonzepte aufgebaut werden. Die verschiedenen Trägergesellschaften und -verbände müssen eine kritische Masse erreichen, und für kleinere Träger bleiben die Möglichkeiten der Übernahme oder Fusion, des Zusammenschlusses in Partneriaten oder der Strategieentwicklung in einer spezifischen Nische. Die mit einer Leistungsfinanzierung zu erwartende Konzentration birgt auch in sich, dass die Diversität und die Pluralität der Trägerlandschaft abnehmen. Andererseits schafft sie mehr Transparenz und Objektivität, was zu mehr Gerechtigkeit zwischen den Trägern führt.

1) Siehe Kapitel 3.1.2.

Es gilt noch die **Unvereinbarkeit der beiden Systeme** in einer Einrichtung oder in einem Leistungsbereich zu erwähnen, da es nur schwer möglich ist die Kostenübernahmen transparent darzustellen. Im Behindertenbereich bestand nach der Einführung der Pflegeversicherung noch die fehlbedarfsfinanzierte Konvention für die sozio-educative und psycho-soziale Betreuung. Dies führte zu ständigen Schwierigkeiten, u.a. bezüglich der Schnittstellen zwischen den beiden Systemen und der Abstimmung ihrer jeweiligen Leistungen, so dass der Bereich mittlerweile ganz auf Leistungsfinanzierung umgestellt wurde.

4.3. Makroebene

Als erstes ist sicherlich die **Transparenz und Gleichbehandlung** zu nennen, die an sich in beiden Systemen vorauszusetzen ist. Im Konventionsmodell brauchen die Spielregeln nicht unbedingt den gleichen Grad an Formalismus zu erreichen, auch weil die Größe und Anzahl der Einrichtungen, bzw. die Menge der zu betreuenden Klienten, in den meisten Bereichen nicht vergleichbar sind. In einem Leistungsfinanzierungsmodell sind die beiden genannten Prinzipien strikt einzuhalten, schon wegen der Konkurrenzsituationen. Dies führt zu den gleichen Rahmenbedingungen für die verschiedenen Anbieter, die durch die größere Flexibilität des Systems, innovative und diversifizierte Konzeptionen ausarbeiten und umsetzen können.

Gleiche Rahmenbedingungen müssen auch zwischen den Diensten in ihren Tätigkeiten gelten. So kann es nicht sein, dass ein Dienst, entgegen dem Prinzip des **service universel**, "schwierige" Klienten nicht annimmt oder sich auf die wirtschaftlich interessanten Zielgruppen oder auch Regionen des Landes konzentriert. Entsprechende Regeln müssen auch auf der wirtschaftlichen Ebene bestehen. Diese Regeln müssen von den Auftraggebern festgehalten und überprüft werden. In der Pflegeversicherung ist dies in der *convention cadre* zwischen CNS und COPAS festgelegt. Entsprechende Bestimmungen müssten an sich auch im ASFT-Gesetz vorgesehen sein.

Wichtig ist auch die **Vergabe der Dienste**, z.B. bei Neuschaffungen, die objektiven Kriterien genügen sollte. Die Investitionskosten für stationäre und teilstationäre Einrichtungen sind nicht in der Pflegeversicherung integriert¹⁾ und werden zum größten Teil über den Staatshaushalt und das Familienministerium abgesichert, was in der Praxis zu Problemen führen

1) Man unterscheidet hier bei zwischen einem monistischen und einem dualen Finanzierungssystem. In ersterem sind die Investitionskosten in dem Preis der Leistung mit eingerechnet, was zu verschiedenen Schwierigkeiten führen kann. In Luxemburg existiert fast nur eine duale Finanzierung der Investitionskosten, oft mit einer Eigenbeteiligung des Bauherren oder des Betreibers.

könnte. Eine mögliche Lösung in verschiedenen Bereichen wären öffentliche Ausschreibungen wie sie in anderen staatlichen Vergabeprozessen vorgesehen sind.

Übergeordnete Organe und Mechanismen existieren bereits heute in den entsprechenden Anwendungen der beiden Modelle¹⁾. Hier muss es verschiedene Plattformen für Beratung, Planung, Verhandlung, Konfliktlösung, etc geben. Neben der Architektur dieser übergeordneten Organe, ist aber besonders der Grad der Verbindlichkeit von Bedeutung. Im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung ist diese Verbindlichkeit sehr hoch und auch notwendig, um diese komplexen Systeme steuern zu können. In der klassischen Sozialarbeit ist dies nicht im gleichen Ausmaß der Fall, auch wenn das ASFT-Gesetz dies im Prinzip vorsieht. Die Gründe für diese Abwendung sind nicht klar. Aus der Geschichte des konventionierten Sektors heraus, gab es keine klare Rollenaufteilung zwischen Staat und Trägern, die ja an sich eher Partner in einer co-gestion waren. Ausserdem, war die Vorstellung von "Verhandlungen" vielerorts ein rotes Tuch, was auf einen Vertrauensverlust zwischen Staat und Trägern, oder zumindest deren Dachverbänden, zurückzuführen sein dürfte. Auch waren die Diskussionen in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre u.a. bezüglich ASFT-Gesetz und Kollektivvertrag²⁾ relativ schwierig. Besonders was Finanzierungsaspekte betrifft, die in einer Leistungsfinanzierung essentiell wären, gab es nie offene Diskussionen, vielleicht aus Angst vor finanziellen Entgleisungen, vielleicht weil die Trägerlandschaft öfters nicht mit einer klaren und einigen Stimme auftrat. Es scheint aber, wegen der Größe und Wichtigkeit des Sektors und wegen der absehbaren Entwicklungstendenzen, unabdingbar, dass wieder eine stabile Basis für die Beziehungen zwischen Staat und Trägerverbänden in ihren spezifischen Rollen gefunden wird.³⁾

Die beiden Systeme unterscheiden sich wesentlich in der Bedeutung von **Gewinnen und Verlusten**. Im Fehlbedarfsmodell sind an sich Gewinne per Definition nicht möglich. Verluste sollten an sich nur durch ein nicht Einhalten der Konventionsbestimmungen entstehen können. Sie sind dann im Prinzip zu Lasten des Trägers, der sie aber nun nicht wieder hereinwirtschaften kann, da ja kein Übertrag von Gewinnen und Verlusten zwischen den Jahren möglich ist. Findet der Träger keine anderen Mittel (Spenden, etc) besteht das Risiko eines kumulativen Effektes. In der Leistungsfinanzierung sind Gewinne

1) *In den Kapiteln 3.1.2 und 3.2.4 wurde bereits auf diese Strukturen hingewiesen ohne sie im Detail vorzustellen.*

2) *convention collective de travail du secteur d'aide et de soins et du secteur social*

3) *Auf der Mikroebene sei nur ein interessanter Punkt hervorgehoben. Dem Autor ist kein Fall aus +/-35 Jahren Konventionspraktik bekannt, wo es zu einem juristischen Fall zwischen dem Staat und einem Träger gekommen ist. Diese Tatsache spricht vielleicht für die Partnerschaftlichkeit dieses Modells, wie allgemein des Luxemburger Modells. Vielleicht ist der Grund aber auch weil es keine spezifischen Prozeduren gibt, und man direkt auf das normale Vertragsrecht fallen würde, mit entsprechenden Schwierigkeiten und Zeitverzügen. Vielleicht ist aber auch die einfachste Erklärung, dass die Abhängigkeiten in diesem Modell klar sind und man es sich nicht mit dem Ministère verderben will...*

und Verluste wie in einem normal wirtschaftenden Betrieb möglich. Natürlich sollten die effektiven Kosten nahe bei den Haushaltsplanungen liegen, und dies im Interesse aller Beteiligten (Staat und Träger). Gewinne sollten im Prinzip im System bleiben und für Innovationen, Investitionen, spezielle Notlagen, etc genutzt werden¹⁾. Verluste müssen in diesem System durch Rücklagen, Umstrukturierungen, Einsparungen und ev. auch durch Niederlegung verschiedener Aktivitäten kompensiert werden²⁾.

Ein wichtiges Anliegen ist die **globale Kostenkontrolle**, wo z.Z. ein substantieller Druck besteht, was an sich auch legitim und nützlich ist, da es auch erlaubt, auf beiden Seiten (Staat und Trägergesellschaften) manche alte Gewohnheit in Frage zu stellen. Im klassischen Fehlbedarfsmodell ist eine solche Kostenbeherrschung³⁾ einfacher, da die Anzahl und Schaffung der Dienste oder deren angestellten Mitarbeiter zentral gesteuert wird. Dies gilt sowohl für den konventionierten Sektor als auch für die Budgetierung der Krankenhäuser. In einem leistungsfinanzierten System ist dies schwieriger, da es einen Markt mit seiner eigenen Dynamik und seinen eigenen Gesetzen zu bedienen gilt. Ausserdem gilt z.B. für den Gesundheits- und Pflegesektor, aber auch wohl für den sozio-educativen Bereich, dass diese Bereiche eher angebots- als nachfragegetrieben sind. Insbesondere für die Pflegeversicherung ist "kein Deckel" auf dem System. Die globalen Kosten hängen nur von der Anzahl der Leistungsberechtigten und den ihnen zustehenden Pflegeleistungen ab, die an sich nur über eine Gesetzesänderung und/oder über eine mehr oder minder offizielle Änderung der Bewertungskriterien der CEO zu erreichen wäre. Es wäre noch möglich eine klarere Normierung der Rahmenbedingungen der Dienstleister, z.B. betreffs Personalaufgaben, Verwaltungs- und *Overhead*-kosten, etc einzuführen. Eine weitere Möglichkeit wäre eine Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen, was sicherlich zu mehr Leistungskontrolle und einer starken Begrenzung der in Anspruch genommenen Leistungen führen würde.

Die Kostenkontrolle hängt mit der **Notwendigkeit einer nationalen Planung** bezüglich Dienstangebot, Infrastrukturen und Investitionen zusammen, und dies unabhängig von den beiden Hauptorganisationsmodellen. Dies ist sicherlich nicht nur aus finanztechnischen, sondern auch aus Gründen der Bedarfsplanung und -steuerung eine essentielle Aufgabe des Staates, die z.Z. nur zum Teil wahr genommen wird und die auch im ASFT-Gesetz stärker verankert sein müsste. Es ist hier angebracht einen Vergleich zum Krankenhausbereich anzustellen, wo es seit langem einen *plan hospitalier* gibt. Auch wenn dieses System sicherlich nicht perfekt und problemlos zu handhaben ist, gibt es doch eine mehr oder minder klare und zuverlässige

1) Hier ist die Frage, in wie weit sie an eventuell vorhandene Shareholder ausgeschüttet werden sollen.

2) Dass diese Frage aber immer noch sehr delikate ist, zeigt die Diskussion um den Beherbergungspreis in den stationären Pflegeeinrichtungen.

3) Maîtrise des coûts

Antwort auf die (vereinfachte) Frage: "welche und wie viele Dienste und Einrichtungen braucht das Land, und wo braucht es sie?". Hier besteht in manchen Bereichen des Sozialsektors noch Klärungsbedarf. Im Bereich der Pflegeversicherung gilt dies nicht nur für die stationären und teilstationären Einrichtungen, sondern mittelfristig auch für die ambulanten Dienste, wo es sicherlich begrüßenswert ist, dass es eine wahre Wahlmöglichkeit gibt, aber wo es sich am deutschen Beispiel zeigt, dass eine zu große Zersplitterung in kleinere, gewinnorientierte Pflegedienste zu Problemen führt, zum Beispiel bezüglich der Absicherung einer Grundversorgung. Ein prägnantes Beispiel sind die Club Senior-Einrichtungen, die als *Centre régional d'animation et de guidance pour personnes âgées*¹⁾ gedacht waren, und deren geographische Verteilung in Wirklichkeit sehr ungleichmäßig ist.

Abschließend gebührt es sich noch, auf die **Qualitätsentwicklung** einzugehen, auch um den Kreis zu den konkreten Klientenbedürfnissen wieder zu schließen. Hier besteht soweit Konsens, dass jeder an sich Qualität, ja sogar mehr Qualität, will, und auch jeder Dienst angibt, qualitativ gut zu sein²⁾. Auch wenn es in den einzelnen Einrichtungen verschiedene Initiativen gibt, und auch wenn aus den verschiedenen Bereichen heraus (unverbindliche) Qualitätsrichtlinien ausgearbeitet wurden, bestehen keine klaren Begriffsdefinitionen oder Qualitätsnormen, oder zumindest sind sie nicht akzeptiert oder werden nicht überall angewandt. Man kann zusammenfassend sagen, dass die Strukturqualität in Luxemburg zumeist gut bis sehr gut ist, bezüglich Prozessqualität wohl noch verbesserungsfähig ist, und bezüglich Ergebnisqualität noch viel Nachholbedarf besteht. Dies ist sowohl eine Aufgabe des Staates, der klarer definieren und fordern muss, was er sich als Leistung normativ und vertraglich erwartet, aber auch der "Wissenschaft" im weitesten Sinne und der Leitungsstrukturen der Träger, die einerseits die Notwendigkeit dieser Konzepte erkennen und andererseits auch die entsprechenden Maßnahmen und Mittel aktivieren müssen, um sich ihre spezifische(n) Kompetenz(zentren) aufzubauen. An sich gelten diese Überlegungen für fehlbedarfs- oder leistungsfinanzierte Dienstleistungen. Bei letzteren, sind die größere Klientenorientierung und der ev. stärkere Konkurrenzdruck sicherlich förderlich. Aber es müssen wohl über die Gesetzgebung³⁾, oder auch über spezifische Organe wie z.B. die neue *Commission qualité* im Rahmen der Pflegeversicherung, weitere Akzente gesetzt werden.

Im sozialen Sektor ist jeder für mehr Offenheit, Kommunikation und Transparenz. Trotzdem bestehen große Vorbehalte bezüglich **Kontrolle**. Müsste nicht eher das Prinzip gelten, die Qualität offenzulegen, ja sogar Kontrolle und Leistungsnachweis zu begrüßen und zu fordern? Zu klären bleibt, was und wie kontrolliert wird. Es ist sicherlich nicht sinnvoll nur eine

1) Siehe entsprechendes agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées: *Mémorial A-1999-145*, p. 2622, du 16.12.1999

2) Was im Sinne der Qualitätskonzepte schon immer verdächtig, wenn nicht gefährlich ist.

3) sei es das ASFT-Gesetz oder der Code des Assurances Sociales

reine Kostenkontrolle auf Dienstebene und der im *agrément* festgelegten Strukturqualität durchzuführen. Es wäre vielmehr angebracht, anerkannte Qualitätskonzeptionen mit den betreuenden Konzepten zu kombinieren, und so mehr die Arbeit mit den Klienten zu evaluieren.

4.4. Analyse verschiedener Kostenfaktoren

In diesem Abschnitt sollen verschiedene ergänzende Bemerkungen zu einigen zusammenfassenden Kostenaspekten aufgeführt werden.

Als erstes gilt auf die **Personalkosten** einzugehen. Der Dienst am Menschen lässt sich nicht auf einen Kostenfaktor reduzieren, und Motivation und Engagement der Mitarbeiter müssen hervorgehoben werden. Eine Gesellschaft, die sonst wenig Bedenken bezüglich Löhnen und Stundenpreisen hat, muss wissen, dass Sozialarbeit nicht zum Nulltarif zu haben ist und, dass Gesundheits-, Pflege- oder Sozialberufe ihre eigene Fachlichkeit besitzen. Es sind aber auch einige Kritiken anzubringen. Da ist zum einen der Spagat zwischen dem aktuellen Entlohnungsschema, das sehr nahe an dem des öffentlichen Dienstes ist, und einem funktionsbezogenen Modell, das besonders von den (leistungsfinanzierten) Trägern der Pflegeversicherung gefordert wird, zu erwähnen. Auch muss man sich fragen, ob es langfristig noch möglich ist, an einer allgemein gültigen Parastaatlichkeit festzuhalten, oder ob das aktuelle Entlohnungssystem sich eher auf einen bestimmten Bereich beschränken wird und in den anderen Bereichen flexiblere, funktionsbezogene Schemata existieren werden. In einem leistungsfinanzierten System ist die Anpassung der Tarife an die Lohnentwicklung sehr wichtig. Dies ist jedoch eine technisch recht schwierige Aufgabe, da der Parallelismus zur staatlichen Lohnentwicklung gewahrt¹⁾, und sehr oft retroaktiv mit eingerechnet werden muss. Des Weiteren gilt es die normalen Indexerhöhungen, sowie die Alters- und Laufbahnentwicklung der Belegschaft mit einzuberechnen. Ganz zu schweigen ist im Rahmen dieses Beitrages von ausserordentlichen Gegebenheiten wie der aktuellen Wirtschaftskrise oder einem fundamentalen Konflikt zwischen Trägern und Gewerkschaften.

Bei den **Infrastruktur- und Investitionskosten** wurde die Zweckmäßigkeit einer globalen Steuerung der Strukturlandschaft und der Bedarfsplanung der Investitionen und Infrastrukturen diskutiert. Hier soll nur noch die aktuelle Praxis hervorgehoben werden, bezüglich kleinerer *frais d'équipement*, wie Einrichtungsgegenständen und Bürotechnik, die aktuell im konventionierten Bereich noch über spezielle Kredite im Staatshaushalt abgeglichen werden und wo meistens eine Eigenbeteiligung des Trägers vorgesehen ist. Es war

1) Dies ist so im ASFT-Gesetz und im Kollektivvertrag vorgesehen. Allerdings wird es wegen der verschiedenen Bestimmungen immer schwieriger eine objektive Vergleichbarkeit zu gewähren.

bisher immer Praxis keine Abschreibungen zuzulassen, und diese Ausgaben zentral über den technischen Dienst des Familienministeriums zu steuern. Diese Praxis ist sicherlich nur schwerlich in einem leistungsfinanzierten System aufrecht zu erhalten, da es u.a. zu Widersprüchen in den Kostenberechnungen führen würde.

In einem leistungsfinanzierten System werden administrative Kosten, sowie Bedarf und Ausgaben für Leitung, in den Preis oder die Pauschale integriert. Aber auch andere **Overheadkosten**, die im Augenblick im konventionierten Bereich meistens in den Abrechnungen zurückgewiesen wurden, müssen und müssten an sich anerkannt werden: Fachbegleitung, Managementkosten, Finanz- und Qualitätsaudits, Fortbildungskosten, etc. Des Weiteren würde sich die Frage stellen, wie aktuelle sektorübergreifende Dienste, wie z.B. die Buchhaltungsdienste der Dachverbände oder technische Dienste in ein leistungsfinanziertes System transponiert werden könnten (oder überhaupt sollten).

Eine wichtige Bedeutung kommt der **Preisgestaltung mit der Bestimmung der Eigenbeteiligung** der Klienten zu, und dies nicht nur zur Kostendeckung, sondern auch zum Zweck der Steuerung des Zugangs zu den Leistungen. Einige Beispiele unterstreichen dies am besten.

- Im Bereich der Kindertagesbetreuung unterscheiden sich die *Foyers de jour* - Einrichtungen bei denen die Eigenbeteiligung sich am Einkommen der Haushalte ausrichtet, womit sie sich klar als "soziale" Einrichtungen definieren. Bei den neu eingeführten *Maisons relais* ist der Preis viel weniger stark am Einkommen ausgerichtet. Diese positionieren sich mehr bezüglich der *réconciliation vie familiale - vie professionnelle*, d.h. ausserfamiliäre Betreuungsmöglichkeiten zu erleichtern. Des Weiteren ist die bessere schulische Integration und außerschulische Betreuung aller Kinder ein wichtiges Ziel.
- Beim z.Z. im Bau befindlichen Hospiz¹⁾ stellt sich die Frage, wie die Eigenbeteiligung für die Beherbergungskosten aussieht; d.h. ob sie sich eher an der symbolischen Tagespauschale in den Krankenhäusern ausrichtet, oder doch die Sätze der erheblich teureren stationären Pflegeeinrichtungen übernehmen muss, was die Attraktivität dieser neuen Einrichtung stark beeinflussen würde.
- Ein drittes Beispiel stellen Kranken- und Pflegeversicherung dar. Bei Medikamenten und vielen Leistungen der Krankenkassen ist eine Eigenbeteiligung normal, mit dem Zweck der Mitverantwortung und der Ausgabekontrolle der Versicherten. Dieses Prinzip existiert in der Pflegeversicherung nicht, da der *tiers payant* die Kosten voll übernimmt und die Kontrolle der Pflegebedürftigen, besonders in stationären Einrichtungen, relativ gering ist.

1) Centre d'accueil pour personnes en fin de vie; Fertigstellung geplant für Anfang 2010.

Zum Schluss bleibt noch der **globale Kostenvergleich** zwischen Fehlbedarfs- und Leistungsfinanzierung. Dieser ist jedoch theoretisch oder empirisch nur sehr schwierig möglich. Zu unterschiedlich sind die organisationellen und strukturellen Aspekte der beiden Systeme, wobei die Schwierigkeiten bereits bei der Festlegung des Bemessungsperimeters anfangen, z.B. ob und wie der staatliche Verwaltungsaufwand miteinbezogen werden (kann), oder ob dieser Vergleich klienten-, dienst- oder systembezogen durchgeführt werden soll. Es erscheint klar zu sein, dass die Entscheidung für das eine oder das andere System nicht aus Kostenüberlegungen geschehen sollte, sondern eher aus konzeptionellen Gründen. Dennoch kann man, bezogen auf die Ebene der Dienste wohl verallgemeinert, aber ohne den Anspruch einer allgemeinen Gültigkeit, behaupten, dass leistungsfinanzierte Systeme effektiver durch ihre allgemeine Flexibilität und Klientenorientierung sind, wobei normalerweise höheren Koordinations- und Steuerungskosten potentielle Effizienz- und Größenordnungsgewinne gegenüberstehen dürften.

5. SCHLUSSBEMERKUNG

Wie jedes System, ist auch der soziale Sektor in Luxemburg, ein offenes System, das diversesten Einflüssen und Strömungen ausgesetzt ist, sei es auf der Makroebene von Politik, Trägern und Anbietern, sei es auf der Mikroebene der praktischen Sozialarbeit, mit neuen Bedürfnissen, Erkenntnissen und Konzeptionen. In dem Sinne bahnt sich nach den Umwälzungen der 70- und 80er Jahre mit Pluralisierung, Professionalisierung und großer finanzieller staatlicher Intervention, sowie den Änderungen der 90er Jahre mit Pflegeversicherung, ASFT-Gesetz und Kollektivvertrag eine neue Etappe in der Entwicklung des sozialen Sektors an. Die entsprechenden Entwicklungen sind im Gange: Forderung nach mehr Flexibilität und Effizienz, Öffnung verschiedener Bereiche zu mehr Konkurrenz zwischen den Einrichtungen, verstärktes Auftreten privatwirtschaftlicher Anbieter, früher oder später auch die Öffnung der Grenzen,... Der Trend von der Fehlbedarfs- zur Leistungsfinanzierung ist seit fast 10 Jahren in den verschiedensten Bereichen erkennbar, auch wenn diese Entwicklung eher diskret und in kleinen Schritten vor sich gegangen ist.

Natürlich birgt diese Entwicklung manche Risiken in sich, sowohl wirtschaftlich finanzieller, als auch fachlicher oder organisatorischer Art. Auf der anderen Seite stehen die Chancen, die sowohl für die Klienten als auch für die Dienste existieren können. Für die Träger besteht sicherlich die Möglichkeit ihre Aktivitäten zu dynamisieren und besser zu vernetzen.

Allerdings muss sich noch zeigen, inwieweit diese Änderungen nicht nur eine neue Berechnungsformel der staatlichen Bezuschussung darstellen, sondern auch zu tief greifenderen Änderungen führen wird, z.B. bezüglich Klienten- und Dienstzentrierung, oder der Praxis der Qualitätskontrolle und -entwicklung.

Wie jede Modellisierung, ob in der Physik, der Soziologie oder im Wirtschaftswesen, gibt ein Modell nie die Wahrheit oder die Realität wieder, sondern erlaubt nur, ein besseres Verständnis für Teilaspekte zu erlangen. In diesem Sinne stellt sich auch nicht die Frage nach einem "guten" oder "schlechten", oder dem "besseren", dem "teureren" oder dem "billigeren" Organisations- und Finanzierungsmodell. Sie sind nur schwer vergleichbar, da sie sich durch unterschiedliche Mechanismen auszeichnen, die im Endeffekt substantielle Auswirkungen auf ihre Funktionsweise haben. Sie können einen Beitrag bei der Aufgabe der Gesellschaft und insbesondere des Staates leisten, die diversen sozialen Problemstellungen zu erkennen, und effektive, effiziente, praktikable und vor allem menschliche und erfolgreiche Lösungen in die Wege zu leiten. Die Anwendung von Leistungs- und Fehlbedarfsfinanzierung kann dabei kein Selbstzweck, sondern nur ein gezieltes Mittel zum Zweck einer besseren oder bestmöglichen Betreuung und Versorgung, der den sozialen Diensten anvertrauten oder sich ihnen anvertrauenden Menschen, sein.

Literaturverzeichnis

Im Gegensatz zum (insbesondere deutschsprachigen) Ausland, muss man leider feststellen, dass es sehr wenig Dokumentation und Fachliteratur zu dem hier angesprochenen Themenkreis gibt. Deshalb soll hier vornehmlich eine Orientierung zu potentiellen Quellen aufgezeigt werden:

- die Jahresberichte, Haushaltsaufstellungen und Archive der betroffenen Ministerien, insbesondere für Familie und Gesundheit, sowie die jährlichen Veröffentlichungen der IGSS,
- die Gesetzestexte und die parlamentarischen Dokumente (insbesondere das initiale Gesetzesprojekt, die Abschlussberichte der zuständigen Parlamentskommission sowie auch die reglementarischen Ausführungsbestimmungen) zu verschiedenen Gesetzen:
 - ASFT Gesetz: *Doc. parl. N° 3571 Projet de loi réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique (1992-1998)*
 - Pflegeversicherung: *Doc. parl. N°4216 Projet de loi portant introduction d'une assurance dépendance (1996-1998)*
 - ONE-Gesetzesprojekt: *Doc. parl. N°5754 Projet de loi relatif à l'ide à l'enfance (2006-2008)*
 - und andere wie *FNS, Code des Assurances Sociales, Aide Sociale, Chômage social etc*
- die Archive und Veröffentlichungen der Trägerdachverbände, insbesondere *EGCA, COPAS* und *EFJ*, sowie ev. verschiedener Träger,

Bsp.: Gillen Erny, *Gedanken zur Autonomie der Sozialarbeit im Umfeld von Gesellschaft, Staat und Politik*, Jahresbericht 1992 der Luxemburger Caritas.
- die Archive (incl. Studienarbeiten) des ehemaligen *Institut d'Etudes Educatives et Sociales* (IEES); heute Uni Luxemburg,
- verschiedene Zeitungsartikel und thematische Dossiers, insbesondere im *Forum* oder auch im *Luxemburger Land* beschäftigten sich über die Jahre mit inhaltlichen und analytischen Fragen,

Bsp.: Achten Manuel, Schmit Paul, 1998, *Die verschiedenen Modelle der Organisation und Finanzierung von sozialen Diensten, Trägerschaft und Finanzierung sozialer Dienstleistungen*. In: *Forum*, April 1998, S. 23-27,
- verschiedene spezifische Dokumente, wie *Doc. parl. N° 4417 - Rapport de la Commission spéciale chargée d'analyser les pratiques financières au sein du Ministère de la Santé (1997)*

- verschiedene Erklärungen zur Lage der Nation sowie die Regierungserklärungen 1999 und 2004; hier sei insbesondere auf das Jahr 1999 verwiesen, wo im Bereich *Ministère de la Famille* folgende Maßnahme aufgeführt ist:

"Secteur conventionné: Dans le cadre de sa réflexion sur le rôle de l'Etat et les moyens d'action de l'Etat, le Gouvernement a retenu que le système tel qu'il est actuellement utilisé, continuera à être un des moyens d'action de l'Etat, notamment dans le secteur socio-familial. Il permet, en effet, une grande flexibilité et développe, dans le cadre de la subsidiarité, les efforts d'une société qui se veut participative.

Afin d'éviter les doubles emplois et de préciser quelles activités relèvent du champ d'application du secteur conventionné, un groupe de pilotage sera chargé de faire un examen détaillé de l'état actuel du secteur conventionné. Ce groupe de pilotage aura un mandat précis, limité à six mois. Les conclusions de ce groupe permettront au Gouvernement de préciser le champ d'application du secteur conventionné.

Dès à présent, il est retenu qu'en matière de financement du secteur conventionné, le Gouvernement s'en tiendra au respect de l'enveloppe financière telle qu'elle est actuellement définie par la loi dite "ASFT".

Dieser nach seinem Präsidenten benannte *Rapport Waringo* wurde zwar anscheinend fertig gestellt aber nie veröffentlicht. Sicherlich ein nicht nur historisch interessantes Dokument...

TABLE DES MATIÈRES

Mise en œuvre par le Centre commun de la sécurité sociale du statut unique pour les salariés du secteur privé Alain REUTER	3
La mutualité des employeurs Pierre BLEY	63
Développement d'un cadre méthodologique commun pour les institutions de sécurité sociale Paul SCHMIT	71
Un rapprochement de la réparation forfaitaire en matière d'assurance accident avec la réparation intégrale en droit commun est-il souhaitable dans le cadre d'une réforme de l'assurance accident? Pascale SPELTZ	111
La difficile reconnaissance de l'aidant dans l'assurance dépendance luxembourgeoise Nicole KERSCHEN	145
Les aides techniques en relation avec un besoin d'aide dans les domaines de l'hygiène et de l'élimination Stéphane KLOP	177
Les aides techniques en relation avec un besoin d'aide dans le domaine du déplacement Katja TURINETTI	233
Organisation und Finanzierungsmodelle in der luxemburgischen Sozialarbeit Paul SCHMIT	291