
BULLETIN LUXEMBOURGEOIS DES QUESTIONS SOCIALES

VOLUME 7

L'ASSURANCE DÉPENDANCE

**Jean-Marie FEIDER
Paul HANSEN
Andrée KERGER
Robert KIEFFER**

**Georges SCHROEDER
Catherine THOMÉ
Raymond WAGENER**

NUMÉRO SPÉCIAL

1999

Comité de rédaction

Inspection générale de la sécurité sociale
26, rue Zithe
b.p. 1308
L-1013 LUXEMBOURG

tél. 478 - 6365
fax. 478 - 6225

internet / e-mail: igss@igss.etat.lu

Toute correspondance relative à la rédaction et à la diffusion
est à adresser au secrétariat de la publication, b. p. 1308,
L-1013 LUXEMBOURG

ISBN - 2-495-23016-4

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

SOMMAIRE

1. LE DROIT AUX PRESTATIONS	1
1.1. LES PERSONNES PROTÉGÉES.....	1
1.1.1.Le champ d'application personnel	1
1.1.2.Les conditions de stage	2
2. LA DÉFINITION DU RISQUE	3
2.1. L'ÉLÉMENT DE CAUSALITÉ	4
2.2. L'ÉLÉMENT DE FINALITÉ	5
2.2.1.Les actes essentiels de la vie.....	5
2.2.2.Les formes de l'assistance de la tierce personne.....	6
2.3. L'ÉLÉMENT DE SEUIL	7
2.4. L'ÉLÉMENT DE DURÉE	7
3. LA PROCÉDURE POUR OBTENIR LES PRESTATIONS	9
3.1. LA DEMANDE	10
3.2. LE RAPPORT MÉDICAL	11
3.3. LA PHASE D'ÉVALUATION	11
3.3.1.La coordination interne des évaluations.....	13
3.3.2.L'évaluation médicale.....	13
3.3.3.L'évaluation de la dépendance (ou de base).....	13
3.3.4.Les expertises complémentaires	15
3.3.4.1. Les expertises médicales	15
3.3.4.2. Les expertises psychologiques	17
3.3.4.3. Les expertises techniques en matière d'appareils	17
3.3.4.4. Les expertises techniques en matière d'adaptations du logement ..	18
3.4. LA DÉTERMINATION DES AIDES ET SOINS REQUIS (OU SERVICES REQUIS)	18
3.5. LE PLAN DE PARTAGE	20
3.6. LE PLAN DE PRISE EN CHARGE	21
3.7. L'ORIENTATION VERS UN ÉTABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS ET LA GESTION DE LA LISTE D'URGENCE.....	22
3.8. LA CENTRALISATION DES DONNÉES SUR L'OFFRE EN ÉTABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS OU EN CENTRE DE JOUR OU DE NUIT	23
3.9. LA RÉÉVALUATION	24
4. LES DÉCISIONS DE L'UNION DES CAISSES DE MALADIE	27
4.1. LES DÉCISIONS GÉNÉRALES	27
4.2. LES DÉCISIONS SPÉCIALES	29
4.2.1. La révision des prestations	29
4.2.2. La modification des éléments de calcul ou erreur matérielle.....	29
4.2.3. La restitution des prestations.....	29

4.2.4. Le retrait des prestations	30
4.2.5. La suspension des prestations	30
4.2.6. La prescription	31
4.3. LA COMPÉTENCE LIÉE	31
5. LES VOIES DE RECOURS	33
5.1. LE RECOURS CONTRE LA DÉCISION PRÉSIDENTIELLE DE L'UNION DES CAISSES DE MALADIE	34
5.2. RECOURS OU DEMANDE DE RÉÉVALUATION ?	35
5.3. LE RECOURS CONTRE LA DÉCISION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'UNION DES CAISSES DE MALADIE	35
5.4. L'APPEL ET LE POURVOI EN CASSATION	36
5.5. LA PROCÉDURE DEVANT LES JURIDICTIONS SOCIALES ET LA COMPOSITION	36
6. LES PRESTATIONS	39
6.1. LE DÉBUT DU DROIT AUX PRESTATIONS	39
6.2. LES PRESTATIONS EN NATURE EN CAS DE MAINTIEN À DOMICILE	40
6.2.1. Les aides et soins pour les actes essentiels de la vie	41
6.2.1.1. Les aides et soins dans le domaine de l'hygiène corporelle	43
6.2.1.2. Les aides et soins dans le domaine de la nutrition	47
6.2.1.3. Les aides et soins dans le domaine de la mobilité	49
6.2.2. Les tâches domestiques	53
6.2.3. Les activités de soutien	53
6.2.4. Les activités de conseil	54
6.3. LES PRESTATIONS EN NATURE EN CAS DE SÉJOUR DANS UN ÉTABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS	56
6.3.1. Les aides et soins pour les actes essentiels de la vie	57
6.3.2. Les tâches domestiques	57
6.3.3. Les activités de soutien	57
6.4. LA DÉTERMINATION DES PRESTATIONS EN NATURE	58
6.5. LA PRESTATION EN ESPÈCES EN CAS DE MAINTIEN À DOMICILE	69
6.6. LA DÉTERMINATION DE LA PRESTATION EN ESPÈCES	70
6.6.1. Les paramètres applicables et le tarif	71
6.6.2. Le calcul par « tranches »	72
6.7. LE SERVICE DES PRESTATIONS EN NATURE ET EN ESPÈCES	74
6.8. LES PRODUITS NÉCESSAIRES AUX AIDES ET SOINS	75
6.9. LES APPAREILS	77
6.10. LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT	81
6.11. LES MESURES EN FAVEUR DE L'AIDANT INFORMEL	83
6.11.1. La prestation en espèces	83
6.11.2. La couverture en matière d'assurance pension	84
6.11.2.1. La déclaration auprès du Centre commun de la sécurité sociale	85
6.11.2.2. La condition d'âge	86

6.11.3. Le remplacement de l'aidant informel	86
6.11.4. Le conseil à l'aidant informel	87
6.11.5. Les aspects fiscaux dans le cadre de la « procédure simplifiée »	87
6.12. LES PROJETS D' ACTIONS EXPÉRIMENTALES	88
6.13. LE CONCOURS AVEC D' AUTRES PRESTATIONS	89
6.13.1. Les dispositions permanentes	89
6.13.2. Les dispositions transitoires	91
7. LES MESURES PARTICULIÈRES	92
7.1. LE FORFAIT INFIRMIER	92
7.2. LES FRAIS DE SÉJOUR	93
8. LE FINANCEMENT	97
8.1. LE SYSTÈME ET LES SOURCES DE FINANCEMENT	97
8.1.1. Le système de financement	97
8.1.2. L'intervention de l'Etat	97
8.1.3. La nouvelle source de financement.	98
8.1.4. Les autres ressources	99
8.2. LA CONTRIBUTION DÉPENDANCE	99
8.2.1. Les caractéristiques	99
8.2.2. Le taux.	101
8.2.3. L'assiette	102
8.2.4. La perception.	103
9. L'ORGANISATION	105
9.1. LA CELLULE D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION	105
9.1.1. Les principes directeurs du travail de la Cellule d'évaluation et d'orientation.	105
9.1.1.1. La multidisciplinarité	105
9.1.1.2. Les accords de partenariats	106
9.1.1.3. La déontologie.	106
9.1.1.4. La formation continue et la supervision.	107
9.1.2. Les attributions de la Cellule d'évaluation et d'orientation.	107
9.1.3. Le personnel de la Cellule d'évaluation et d'orientation	108
9.2. L'ORGANISME GESTIONNAIRE : L'UNION DES CAISSES DE MALADIE	109
9.2.1. Les attributions de l'Union des caisses de maladie	110
9.2.2. Le Conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie	111
9.2.3. La représentation de l'Union des caisses de maladie et les attributions du président.	112
9.2.4. L'organisation administrative	112
9.2.5. La surveillance de l'Etat	113
9.3. LES ORGANES CONSULTATIFS	114
9.3.1. La commission consultative.	114
9.3.2. L'action concertée	115

10. LES RELATIONS AVEC LES PRESTATAIRES	117
10.1. L'AGRÉMENT	118
10.2. LE CONTRAT D'AIDES ET DE SOINS	124
10.2.1. Le contrat d'aides et de soins pour les réseaux dans le domaine du maintien à domicile	126
10.2.1.1. Le contenu du contrat d'aides et de soins	126
10.2.1.2. Le cahier des charges	137
10.2.2. Le contrat d'aides et de soins pour les établissements d'aides et de soins	138
10.2.2.1. Le contenu du contrat d'aides et de soins	139
10.2.2.2. Le cahier des charges	140
10.2.3. Le contrat d'aides et de soins pour les réseaux d'aides et de soins œuvrant dans le domaine du handicap	141
11. LES ASPECTS INTERNATIONAUX	143
11.1. LE DROIT COMMUNAUTAIRE	143
11.1.1. L'absence d'un droit écrit	143
11.1.2. Le droit jurisprudentiel : l'arrêt Molenaar	144
11.2. LES PRINCIPES D'APPLICATION	146
11.2.1. La qualité d'ayant droit	146
11.2.2. La détermination du droit	146
11.3. SOLUTIONS APPLICABLES	147
11.3.1. L'Allemagne	147
11.3.2. La Belgique	148
11.3.3. La France	148
11.3.4. Les autres pays	149
ANNEXES	153
1) LA DEMANDE	153
2) LE RELEVÉ TYPE DES AIDES ET DES SOINS REQUIS	155
3) LE PLAN DE PARTAGE	158
4) LE PLAN DE SOINS	159
5) LE PLAN DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE MAINTIEN A DOMICILE	160
6) LE PLAN DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE SÉJOUR DANS UN ÉTABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS	161
CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE CONCERNANT L'ASSURANCE DÉPENDANCE AU 1ER DÉCEMBRE 1999	162
BIBLIOGRAPHIE	163

EDITORIAL

Votée en juin 1998, la loi portant introduction d'une assurance dépendance est entrée en vigueur au 1er janvier 1999.

Le guide pratique de l'assurance dépendance a constitué une première étape pour une information sur la mise en pratique de la loi, destinée à un public très large.

Après une année d'application de la nouvelle loi, le besoin se fait sentir, tant dans les administrations que chez les professionnels concernés, de trouver en un seul document, une information approfondie sur toutes les dispositions prises depuis la mise en application de la loi.

Par son souci de donner les informations les plus actuelles en matière de droit social au Grand-Duché de Luxembourg, le bulletin des questions sociales se révélait un canal tout indiqué pour remplir cette fonction.

Le numéro présenté ici est le fruit d'un travail collectif, rassemblant les contributions de différents auteurs qui ont apporté les éléments d'information pour lesquels ils ont la plus grande expertise.

C'est la problématique relative au droit à l'assurance dépendance et au cercle des personnes protégées qui ouvrira ce numéro.

Elle sera suivie par une synthèse des réflexions qui ont mené à la définition de la dépendance avec un commentaire de cette définition.

La description de la procédure pour obtenir les prestations, la décision, les voies de recours et les prestations feront l'objet d'un exposé très détaillé.

Le numéro comportera ensuite un développement de l'aspect du financement de l'assurance dépendance et de l'organisation. Le lecteur y trouvera une description du rôle de l'Union des caisses de maladie en tant qu'organisme gestionnaire et du fonctionnement de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Les relations avec les prestataires constituent sans aucun doute un aspect très important de la nouvelle loi. Aussi, cet aspect a-t-il été traité avec beaucoup de soin.

Enfin, le numéro clôturera sur un développement de l'aspect international avec une description des négociations menées ou achevées avec les différents pays concernés.

Certes, ce numéro n'est pas exhaustif. Il n'est pas davantage définitif. Il voudrait cependant représenter un bon reflet de l'actualité en matière d'application de la loi portant introduction de l'assurance dépendance. Les différentes contributions reflètent l'état de la législation et de la réglementation au 1er décembre 1999. On souhaitera au lecteur d'y trouver le fil pour s'orienter dans la mise en application de la loi.

Les auteurs tiennent à remercier Monsieur Paul Schmit et Monsieur Michel Simonis de la COPAS et Madame Mady Kries et Monsieur Claude Ewen de l'Inspection générale de la sécurité sociale qui ont participé à la révision des contributions.

Enfin la publication n'aurait pas pu être réalisée sans le concours de l'unité « publication » de l'Inspection générale de la sécurité sociale : Mesdames Dany Stemper, Jacqueline Wester et Christiane Raus avec la collaboration de Monsieur Guy Hoffmann.

Luxembourg, le 15 décembre 1999

AUTEURS

Jean-Marie **FEIDER**

Premier conseiller de direction à l'Union des caisses de maladie

Paul **HANSEN**

Président de l'Office des assurances sociales

Andrée **KERGER**

Chargée de direction faisant fonction de la Cellule d'évaluation et d'orientation

Robert **KIEFFER**

Président de l'Union des caisses de maladie

Georges **SCHROEDER**

Directeur de Inspection générale de la sécurité sociale

Catherine **THOMÉ**

Chargé d'études à l'Inspection générale de la sécurité sociale

Raymond **WAGENER**

Premier Inspecteur de la sécurité sociale à l'Inspection générale de la sécurité sociale

1 LE DROIT AUX PRESTATIONS

La loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance¹ a reconnu la dépendance comme un nouveau risque de la sécurité sociale au même titre que la maladie, l'accident de travail, l'invalidité et la vieillesse. L'assurance dépendance a pour objet de compenser les frais générés par le besoin d'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie. Le législateur luxembourgeois a considéré que la prise en charge de ces dépenses par la collectivité était justifiée à la fois par la généralité et l'uniformité du risque qui peut toucher tout le monde à tout âge, et par l'importance des frais, qui ne peuvent être assumés par une personne seule, un ménage, voire une famille, sans que la survie matérielle soit compromise. Intégré à la sécurité sociale, fondée au Luxembourg sur la technique des assurances sociales, le droit aux prestations de l'assurance dépendance est ouvert sans examen des ressources des personnes dépendantes².

1.1. LES PERSONNES PROTÉGÉES

1.1.1. Le champ d'application personnel

L'article 352 du CAS³ définit le champ d'application personnel, c'est-à-dire les personnes bénéficiant de l'assurance dépendance.

L'article 352 dispose : « *Le bénéfice des prestations est ouvert aux personnes protégées en application des articles 1 à 7 du présent code.*

Cependant, pour les personnes ayant contracté une assurance facultative en application de l'article 2, alinéa 2 du présent code le bénéfice n'est ouvert qu'après un stage d'assurance d'une année. L'article 18 du présent code est applicable. »

Les articles 1 à 7 du CAS ont trait à l'assurance maladie. Le législateur luxembourgeois n'a pas défini de champ d'application personnel spécifique pour l'assurance dépendance mais a calqué le bénéfice de l'assurance dépendance sur celui de l'assurance maladie.

1) Mém. A 1998, p. 710 modifiée par la loi du 21 décembre 1998 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 1999, Mém. A 1998, p. 2721. La loi du 19 juin 1998 a introduit un livre V intitulé « Assurance dépendance » dans le CAS.

2) Ministère de la Sécurité sociale, La dépendance au Luxembourg. Analyse de l'existant et concept pour l'avenir, déc. 1995, p. 53.

3) Code des assurances sociales.

Ainsi toutes les personnes qui sont assurées à titre obligatoire ou à titre volontaire à l'assurance maladie sont assurées de plein droit à l'assurance dépendance.

Les personnes qui ne sont pas assurées contre le risque maladie auprès d'une caisse de maladie au Luxembourg ne tombent pas dans le champ d'application personnel de l'assurance dépendance. Ainsi les fonctionnaires des Communautés européennes résidant à Luxembourg qui sont en principe affiliés à leur propre régime d'assurance maladie ne tombent donc pas dans le champ d'application personnel de l'assurance dépendance. Il en est de même des bénéficiaires d'une rente ou d'une pension servie par un organisme international.

Le bénéfice de l'assurance obligatoire et de l'assurance volontaire s'étend aussi aux membres de famille⁴ qui ne sont pas assurés à titre personnel.

1.1.2. Les conditions de stage

Pour les assurés à titre obligatoire il n'y a pas de condition de stage, c'est-à-dire ils bénéficient dès le premier jour de l'affiliation de la protection de l'assurance dépendance.

Pour les assurés à titre volontaire, il faut distinguer deux catégories, ceux qui ont conclu une assurance continuée⁵ et ceux qui ont conclu une assurance facultative⁶ :

- pour les personnes ayant conclu une assurance continuée il n'y a pas de stage, elles sont traitées de la même façon que les personnes assurées à titre obligatoire ;
- pour les personnes ayant conclu une assurance facultative, il y a une condition de stage d'une année.

4) Notamment le conjoint et les enfants. Pour plus de précisions sur la notion de membre de famille voir article 7 du CAS.

5) Ceux qui ont perdu leur qualité d'assuré peuvent demander à continuer leur affiliation.

6) Ceux qui ne peuvent autrement bénéficier d'une protection en matière d'assurance maladie peuvent demander à s'assurer volontairement.

2

LA DÉFINITION DU RISQUE

Le risque couvert étant la dépendance, il convient de définir cette notion. Deux articles traitent de la définition de la dépendance. Il s'agit des articles 348 et 349 du CAS.

L'article 348 du CAS dispose : « *Est considéré comme dépendance au sens du présent livre, l'état d'une personne qui par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.* »

Les actes essentiels de la vie comprennent :

- (1) dans le domaine de l'hygiène corporelle : se laver, assurer son hygiène buccale, soigner sa peau et ses téguments, 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.*

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

L'article 349 dispose : « *Le bénéfice des prestations prévues par le présent livre est alloué si la personne dépendante requiert des aides et soins dans un ou plusieurs des domaines définis à l'article 348 alinéa 2, pour au moins trois heures et demie par semaine, compte tenu des dispositions de l'article subséquent et si, suivant toute probabilité, l'état de dépendance de la personne dépendante dépasse six mois ou est irréversible. »*

La loi portant introduction d'une assurance dépendance définit en droit luxembourgeois la dépendance comme étant « le besoin d'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie ». Cette définition ne figurait pas dans la législation luxembourgeoise.

Cependant il faut être conscient que dans la langue française la notion de dépendance est ambiguë. Elle vise aussi bien « l'état de dépendance » d'une personne par rapport à l'alcool, aux drogues ou aux médicaments que la dépendance financière d'un adulte incapable de subvenir par ses propres moyens à sa survie matérielle⁷ ». Il n'y a donc pas lieu de confondre les deux notions. En cette matière la langue allemande est plus précise, elle parle de « Pflegebedürftigkeit ».

La définition de la dépendance est structurée par quatre éléments :

- un élément de causalité ;
- un élément de finalité ;
- un élément de seuil ;
- un élément de durée.

Ces différents éléments restreignent la notion de dépendance couverte par l'assurance dépendance.

2.1. L'ÉLÉMENT DE CAUSALITÉ

La dépendance doit être due à une maladie physique, mentale ou psychique ou à une déficience physique, psychique ou mentale.

En Europe, il existe un consensus pour définir la dépendance comme étant le besoin d'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie. Au-delà de cette définition les approches divergent. Pour les uns, la dépendance est un phénomène lié à l'âge ou au grand âge. Pour les autres, la dépendance n'est pas un phénomène inhérent au vieillissement. Il peut apparaître à tout âge⁸. Ainsi aussi bien des enfants et des adolescents que des adultes et des personnes âgées peuvent devenir dépendants.

Le législateur luxembourgeois a clairement opté pour introduire la notion de cause dans la définition de la dépendance. En résumant, on peut dire « qu'il n'y a pas de dépendance sans cause ».

La cause doit être une cause médicale. Une cause non médicale, telle que l'âge ou le grand âge ne saurait être retenue. Mais à l'âge sont associées des maladies - cancers, maladies neurologiques dégénératives - et des polyopathologies, qui restreignent fortement l'autonomie de vie.

En ce qui concerne la déficience, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme étant une perte de substance ou détérioration d'une structure ou fonction psychologique, physique ou anatomique qui entraîne une manifestation clinique, et qui peut par conséquent être la cause d'un handicap. Le handicap par contre est,

7) KERSCHEN Nicole, La reconnaissance de nouveaux risques de la sécurité sociale en Europe : L'exemple de la dépendance. in Union européenne et cohésion sociale (sous la direction de Philippe AUVERGNON), Ed. Maison des Sciences de l'Homme Aquitaine, 1988, p. 122.

8) KERSCHEN Nicole, La reconnaissance de nouveaux risques de la sécurité sociale en Europe, op.cit. p. 121.

toujours selon l’OMS, le désavantage social pour un individu résultant d’une déficience - qui limite ou interdit l’accomplissement d’un rôle normal.

Ainsi sont à considérer comme des maladies ou des déficiences au sens de la loi :

- des atteintes ou lésions des organes moteurs ou de la mobilité ;
- des atteintes ou lésions des organes sensoriels ;
- des maladies ou troubles fonctionnels des organes internes ;
- des atteintes du système nerveux central caractérisées par une perte ou un trouble des capacités psychiques.

Cette énumération est donnée à titre d’exemple et n’est pas limitative.

Le législateur luxembourgeois a essayé de relier la notion de dépendance à la politique de la santé, dans ses dimensions « prévention » et « rééducation ». L’élément de causalité permet ainsi de prévoir des mesures collectives de prévention (surveillance de la tension artérielle, traitement hormonal à la ménopause par exemple) d’envisager des mesures individuelles de rééducation (principe de la rééducation avant la prise en charge par l’assurance dépendance) et de proposer une prise en charge spécifique, adaptée à l’évolution de la maladie (maladie de Parkinson, maladie d’Alzheimer, sclérose en plaques, myopathie par exemple).

Par ailleurs, l’élément de causalité permet de pronostiquer la durée de la dépendance, autre élément capital de la définition.

A cet endroit il importe de souligner qu’il appartient aux médecins de la Cellule d’évaluation et d’orientation (CEO) d’établir, à l’aide de l’évaluation médicale de la personne dépendante, la cause de la dépendance et sa durée.

2.2. L’ÉLÉMENT DE FINALITÉ

Cet élément définit à la fois les actes sur lesquels porte le besoin d’assistance d’une tierce personne - les actes essentiels de la vie - et les formes que cette assistance peut prendre.

2.2.1. Les actes essentiels de la vie

Les actes essentiels de la vie couvrent trois domaines : l’hygiène corporelle, la nutrition et la mobilité.

La loi énumère de façon limitative pour chaque domaine les actes, qui doivent être pris en compte au moment de l’évaluation de la dépendance :

- pour l’hygiène corporelle : se laver, assurer son hygiène buccale, soigner sa peau et ses téguments, éliminer ;
- pour la nutrition : la préparation en vue de l’absorption d’une alimentation adaptée et l’assistance pour l’absorption de cette alimentation ;
- pour 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.

Entre ces trois domaines, il n'existe aucune hiérarchie. Donc une personne peut être dépendante si elle nécessite l'assistance d'une tierce personne dans un, dans deux ou dans les trois domaines.

2.2.2. Les formes de l'assistance de la tierce personne

La loi précise les différentes formes que peut prendre l'assistance de la tierce personne.

L'assistance de la tierce personne consiste à :

- soutenir et motiver la personne dépendante ;
- effectuer en tout ou en partie à la place de la personne dépendante les actes essentiels de la vie ;
- surveiller ou instruire la personne dépendante en vue de permettre l'exécution autonome des actes essentiels de la vie.

Ces formes diffèrent en principe suivant le type de dépendance.

Lorsqu'il s'agit d'une dépendance d'ordre physique, la tierce personne aide la personne dépendante à exécuter les actes essentiels de la vie ou elle exécute directement, à la place de la personne, certains actes. Ainsi, la tierce personne peut aider la personne à se lever, à se laver ou à manger.

Lorsqu'il s'agit d'une dépendance d'ordre psychique, la tierce personne n'a souvent pas à exécuter, à la place de la personne, certains actes. La personne dépendante est physiquement à même d'exécuter, de façon autonome, les actes. Cependant, elle ne perçoit pas la nécessité de faire ces actes ou de les exécuter correctement. Ou elle oublie de les faire quotidiennement, ce qui peut entraîner, par exemple, des états de dénutrition et de déshydratation gravement dommageables, des accidents domestiques ou des maladies dues à l'usage inapproprié de médicaments.

Pour ce type de dépendants, l'instruction et la surveillance constituent des formes spécifiques de l'assistance. L'instruction a pour objectif d'instruire la personne quant à la façon de procéder pour qu'elle demeure autonome dans l'exécution des actes essentiels de la vie. La surveillance sert à empêcher que la personne dépendante ne soit un danger pour elle-même. Dans ce cas, la dépense en termes de temps et d'énergie de la part de la tierce personne est souvent supérieure à la prise en charge de personnes physiquement dépendantes.

Une instruction, dans le sens d'une activation, vaut également en cas de dépendance d'ordre physique, lorsqu'il s'agit d'apprendre à la personne dépendante l'utilisation des possibilités restantes de certaines fonctions.

L'instruction et la surveillance doivent être mises en rapport direct avec l'exécution des actes essentiels de la vie. Au-delà, l'assurance dépendance ne prend pas en charge ces formes d'assistance.

2.3. L'ÉLÉMENT DE SEUIL

Le « seuil d'entrée », dans le sens de limite inférieure, qui donne accès aux prestations de l'assurance dépendance, joue un grand rôle comme élément de définition de la dépendance. Il faut que la personne ait un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne. Suite à l'évaluation individuelle de la personne, son besoin d'assistance est chiffré, c'est-à-dire on détermine pendant combien d'heures (ou minutes) par semaine la personne a besoin d'être assistée par une tierce personne. L'assurance dépendance n'intervient qu'à partir du moment où la personne a un besoin de 3,5 heures d'assistance par semaine. Il est entendu que, si un besoin égal ou supérieur à 3,5 heures est constaté, les prestations sont prises en charge dès la première heure.

En dessous du seuil de 3,5 heures par semaine, la dépendance peut exister, mais elle ne relève pas de la couverture de l'assurance dépendance. La fixation d'un seuil relève d'un choix politique. Au Luxembourg il a été décidé de ne prendre en charge qu'une dépendance assez importante. Cela ne veut cependant pas dire que ces personnes sont privées de toute protection. La prise en charge de ces personnes tombe dans le domaine de « la politique du troisième âge » ou de la « politique d'assistance aux personnes handicapées ».

2.4. L'ÉLÉMENT DE DURÉE

Il faut que l'état de dépendance dure, suivant toute probabilité plus de 6 mois ou soit irréversible.

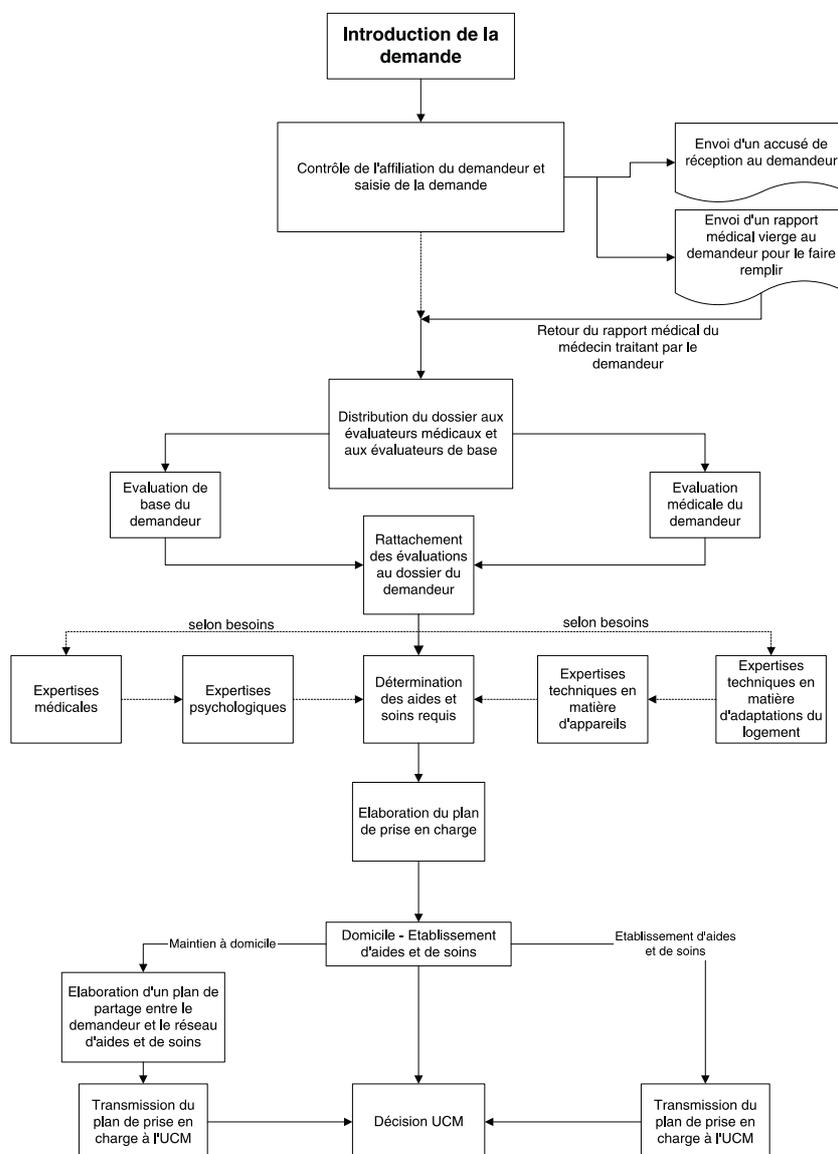
L'assurance dépendance n'a pas pour objet de couvrir une dépendance temporaire, d'une faible durée, comme par exemple une dépendance de quelques heures dans le cadre d'une hospitalisation pour une opération chirurgicale, voire de quelques jours ou semaines, suite à une fracture de la jambe ou de la main. Elle vise plutôt la dépendance permanente, définitive, irréversible (ce que les Anglo-Saxons appellent le « long term care »).

En pratique l'élément de durée signifie :

- que l'état de dépendance doit dépasser, suivant toute probabilité, 6 mois ;
- que l'état de dépendance peut être reconnu avant la fin des 6 mois, s'il est à prévoir que l'état de dépendance durera plus de six mois. La durée de 6 mois ne constitue pas un délai de carence. Il s'agit d'un pronostic de durée probable de la dépendance ;
- que l'état de dépendance peut être reconnu même si la survie est probablement inférieure à 6 mois ;
- que les dépendances de courte durée, à répétition, qui, mises bout à bout dépasseraient les 6 mois, ne sont pas couvertes par l'assurance dépendance.

3 LA PROCÉDURE POUR OBTENIR LES PRESTATIONS

Avant de voir les différentes étapes de la procédure, il convient de présenter la procédure schématiquement.



3.1. LA DEMANDE

Comme la personne dépendante est sujet de droits, il appartient à la personne dépendante d'introduire la demande et d'y apposer sa signature.

Dans les situations où la personne dépendante est pleinement consciente mais incapable de signer pour des raisons physiques, il est admis que la demande soit signée par un proche avec l'assentiment de la personne concernée.

Dans les cas où la personne est un incapable mineur ou majeur, elle doit être représentée par son représentant légal (parents, curateur ou tuteur).

La demande doit être introduite sur un formulaire standard⁹ contenant les rubriques suivantes :

1) le type de demande :

- première demande pour l'ensemble des prestations : cette rubrique concerne toutes les personnes qui n'ont jamais introduit de demande. L'ensemble des prestations consiste en aides et soins pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien, le conseil, les produits nécessaires aux aides et soins, les appareils et les adaptations du logement ;
- première demande pour appareils uniquement : cette rubrique concerne les personnes qui demandent un appareil sans pour autant prétendre au bénéfice des autres prestations de l'assurance dépendance ;
- demande de réévaluation suite à une nouvelle maladie depuis la précédente évaluation : cette rubrique concerne les personnes pour lesquelles une réévaluation est souhaitée en raison d'un changement fondamental des circonstances, avant l'écoulement du délai de six mois exigé pour une demande de réévaluation¹⁰ ;
- demande de réévaluation suite à une aggravation de l'état de santé : cette rubrique concerne les personnes qui demandent une réévaluation sans qu'aucune nouvelle maladie ne soit intervenue depuis la précédente évaluation. L'aggravation de l'état de santé résulte de l'évolution de la maladie ou du handicap constatés lors de la précédente évaluation ;
- demande de réévaluation pour un appareil uniquement ;
- demande pour un changement dans le partage des prestations en nature et en espèces ;
- demande de changement (domicile/établissement d'aides et de soins, établissement d'aides et de soins/domicile) : cette rubrique concerne les personnes pour lesquelles une réévaluation doit être faite en raison d'un changement de milieu de vie.

9) Voir : Modèle, annexe 1.

10) Voir : La réévaluation, p. 24, La révision des prestations, p. 29.

- 2) les éléments d'identification du demandeur :
 - matricule de la sécurité sociale ;
 - nom et prénom ;
 - adresse du domicile ;
 - adresse de résidence (domicile privé ou établissement d'aides et soins) ;
 - téléphone ;
 - en cas d'hospitalisation ou de rééducation, la date du début de l'événement ;
 - en cas de séjour en établissement, le nom de l'établissement et la date du début du séjour.
- 3) les éléments d'identification de la personne significative¹¹ ;
- 4) les éléments d'identification du réseau d'aides et de soins, dans la mesure où la personne fait déjà appel aux services d'un réseau ;
- 5) la date et la signature du demandeur.

3.2. LE RAPPORT MÉDICAL

Lorsque la demande entre à la CEO, celle-ci renvoie au demandeur un accusé de réception auquel est joint un rapport médical vierge, à faire compléter par le médecin traitant ou le médecin qui connaît le mieux la personne.

Elaboré en collaboration avec l'AMMD¹², ce rapport permet aux médecins de la CEO de réunir, avant de procéder à l'examen clinique de la personne, les informations et données médicales renseignant sur les maladies antérieures.

Ce rapport comporte une anamnèse, un relevé des médicaments prescrits à la personne ainsi qu'un relevé des soins particuliers requis par la personne.

Dans le cadre d'une demande pour appareils uniquement, le rapport médical exigé comporte en outre une description de l'appareil souhaité ainsi que des informations relatives à la pathologie le rendant nécessaire.

3.3. LA PHASE D'ÉVALUATION

L'article 350 du CAS définit les modalités de la détermination de la dépendance de la façon suivante : « *Les aides et soins que requiert la personne dépendante et leur fréquence sont évalués à l'aide d'un questionnaire et déterminés suivant un relevé type dans un plan de prise en charge.* »

11) La personne significative est la personne désignée par le demandeur lui-même comme étant celle qui connaît le mieux sa situation. L'autorisation du demandeur est sollicitée pour que cette personne puisse informer l'évaluateur de la CEO sur la situation du demandeur. Voir : L'évaluation de la dépendance, p. 13.

12) AMMD : association des médecins et médecins dentistes.

Cet article met en place les instruments nécessaires servant à apprécier l'état de dépendance de la personne : le questionnaire et le relevé type. Ces deux instruments sont déterminés par règlement grand-ducal, la commission consultative demandée en son avis. En l'espèce il s'agit du règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance¹³.

L'article 385 du CAS confie cette tâche à la CEO « *qui a pour mission de constater l'état de dépendance tel qu'il est défini aux articles 348 et 349 et de déterminer les aides et soins conformément à l'article 350...* ».

Le questionnaire ainsi que la procédure ont été inspirés par un instrument québécois, le système CTMSP¹⁴. Le système CTMSP a été élaboré en 1976 par l'équipe de recherche opérationnelle en Santé (EROS) de l'Université de Montréal. Il permet, sur base d'une identification des besoins d'une personne en perte d'autonomie, de déterminer la nature et l'intensité des services requis. Les besoins des personnes sont identifiés sur les plans physique, psychique, social et environnemental.

La procédure comporte deux temps, tout d'abord l'évaluation et ensuite la détermination des services requis.

L'évaluation est la collecte d'informations, à l'aide du questionnaire, décrivant la situation du demandeur. L'évaluation se compose de deux volets : l'évaluation médicale et l'évaluation de la dépendance. L'objectif de l'évaluation est de permettre à une équipe pluridisciplinaire de dresser un portrait bio-psycho-social du demandeur pour déterminer les services requis. La construction de l'évaluation doit être entièrement orientée vers cet objectif essentiel, ce qui revient à dire que l'évaluateur interrogera, observera et notera en mettant chacune de ses observations en rapport avec la problématique de la dépendance et des services requis pour la pallier.

La détermination des services requis est l'opération qui aboutit à la mesure de la dépendance proprement dite.

La mesure du besoin d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie est basée sur le temps d'aides et de soins requis. L'article 349 du CAS dispose « *le bénéfice du présent livre est alloué si la personne dépendante requiert des aides et soins dans un ou plusieurs des domaines définis à l'article 348, alinéa 2, pour au moins trois heures et demie par semaine...* ».

Chaque « aide et soin » retenu pour le demandeur est affecté d'une durée standard. C'est la somme de ces durées qui constituera le temps d'aides et de soins requis et donc la mesure de la dépendance.

13) Mém. A 1998, p. 3197.

14) CTMSP: Equipe EROS sous la direction du Professeur Tilquin, Classification type en milieu de soins et services prolongés, Montréal Québec, 1976.

3.3.1. La coordination interne des évaluations

Lorsque la demande est complète, c'est-à-dire lorsque le médecin de la CEO est en possession du rapport médical du médecin traitant et du formulaire de demande dûment rempli¹⁵, l'évaluation et la détermination des services requis peuvent être organisées.

Affectée d'une priorité pour l'évaluation, fixée par les médecins de la CEO sur base du contenu du rapport du médecin traitant, la demande est acheminée chez une infirmière coordinatrice qui, sur base des informations données par la personne (gravité de la pathologie, mobilité, âge, etc.) et sur base de critères géographiques, répartit les évaluations médicales entre les médecins de la CEO et répartit les évaluations de la dépendance entre les différents évaluateurs selon leurs qualifications et compétences.

3.3.2. L'évaluation médicale

L'évaluation médicale consiste en un examen clinique de la personne afin de déterminer les causes de la dépendance et d'établir un pronostic de durée. Le médecin consigne les résultats de cet examen dans le questionnaire d'évaluation médicale.

Pour réaliser cet examen clinique, le médecin de la CEO s'appuie sur le rapport du médecin traitant de la personne dépendante.

L'évaluation médicale peut avoir lieu dans une antenne de la CEO, dans la mesure où la personne peut encore se déplacer. Dans le cas contraire, elle a lieu au domicile du demandeur. Lorsque la personne est en établissement d'aides et de soins, l'évaluation a toujours lieu dans le cadre de l'établissement.

3.3.3. L'évaluation de la dépendance (ou de base)

L'évaluation de la dépendance consiste à montrer de quelle façon la maladie, la déficience ou le handicap génère une perte d'autonomie et comment celle-ci se traduit dans les différentes activités de la vie quotidienne.

Bien qu'exigeant impérativement une cause médicale, la loi ne s'est pas appuyée pour la définition de la dépendance, sur un catalogue de pathologies mais sur la notion de « besoin d'aide ». Ce « besoin d'aide » est différent d'une personne à l'autre et une même pathologie n'entraîne pas les mêmes besoins.

Comme signalé ci-dessus, le recueil des informations se fait à l'aide d'un questionnaire pré établi.

15) Voir : Le début du droit aux prestations, p. 39.

L'évaluation de base est confiée à un professionnel de la santé : infirmier, infirmier psychiatrique, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute ou assistant social. Une fois son évaluation réalisée, l'évaluateur devient le référent du dossier, c'est-à-dire qu'il est chargé de son suivi jusqu'à la transmission pour décision et qu'il est l'interlocuteur de la personne dépendante au sein de la CEO.

L'évaluation de base se fait en deux temps : d'abord avec le demandeur lui-même, ensuite avec la personne significative¹⁶.

Les questions posées au demandeur concernent son autonomie fonctionnelle dans les actes de la vie journalière, l'aide dont il a besoin pour ces différents actes, ses capacités sensorielles, motrices, cognitives, les problèmes liés à l'élimination, ses habitudes de vie et ses relations sociales.

Les mêmes questions sont posées à la personne significative. Cette interrogation en parallèle permet à l'évaluateur de construire une image aussi objective que possible de la situation.

L'évaluateur a lui aussi la possibilité de consigner ses observations dans une partie du questionnaire qui lui est réservée.

Le demandeur sera interrogé avant la personne significative. Il sera interrogé seul. Il en sera de même pour la personne significative.

Lorsque la personne n'a plus la capacité de répondre elle-même, elle est représentée par une personne qui vit avec elle (conjoint, concubin ou autre membre de la famille...) ou à défaut par une personne qui la connaît bien (membre de la famille, ami, voisin...). Le représentant répond au questionnaire à la place du demandeur incapable de répondre. Celui-ci est présent. Le représentant désigne également la personne significative. En principe, cette personne significative devrait être différente du représentant.

L'évaluateur peut en outre, s'il le juge nécessaire, prendre des informations supplémentaires auprès d'un professionnel du terrain, averti de la situation.

En raison du fait que les caractéristiques environnementales peuvent influencer la dépendance du demandeur, il est essentiel que l'évaluation de base puisse toujours être réalisée dans le milieu de vie du demandeur.

Pour des raisons évidentes de cohérence, l'évaluation médicale et l'évaluation de base doivent être réalisées à peu près simultanément.

16) La personne significative est une personne particulièrement informée de la situation de la personne dépendante. Cette personne significative peut être le conjoint, un proche, un ami ou un professionnel qui connaît bien la personne. La personne significative est indiquée par la personne dépendante elle-même dans le formulaire de demande. Voir : La demande, p. 11.

3.3.4. Les expertises complémentaires

Il importe de noter que l'évaluation peut être complétée par des expertises. Ces expertises complémentaires peuvent être effectuées par des membres de la CEO ou, en cas de nécessité, la CEO peut aussi recourir à des partenaires externes¹⁷.

On peut distinguer 4 types d'expertises complémentaires :

- les expertises médicales ;
- les expertises psychologiques ;
- les expertises techniques en matière d'appareils ;
- les expertises techniques en matière d'adaptation du logement.

3.3.4.1. Les expertises médicales

Pédiatrie

L'évaluation médicale de la dépendance chez le nourrisson ou l'enfant malade ou déficient avant l'âge de 4 ans pose un certain nombre de problèmes :

- le diagnostic étiologique précis chez l'enfant ne peut être déterminé qu'au bout de plusieurs années d'évolution ;
- l'expression symptomatologique d'une même maladie ou déficience montre une très forte variabilité dans le temps et selon chaque enfant. Ce qui rend le pronostic relatif à l'évolution de la symptomatologie incertain pour la majorité des situations ;
- la prise en charge de l'enfant se fait par rapport au développement ultérieur de ses capacités fonctionnelles et de sa personnalité. Elle se fait en termes d'acquisition de capacités et de connaissances et non en termes de constat d'incapacités ou d'inaptitudes.

Afin d'apprécier à sa juste mesure l'état de dépendance de l'enfant et de l'adolescent, il est essentiel que le médecin de la CEO puisse s'entourer de médecins spécialistes en pédiatrie disposant de compétences spécifiques.

Rééducation et réadaptation fonctionnelles

Conformément au principe de la priorité des mesures de rééducation avant la prise en charge de la dépendance, l'article 385 du CAS précise que la CEO a pour mission de proposer le cas échéant, des mesures de rééducation et de réadaptation.

La CEO doit ainsi évaluer elle-même ou faire évaluer par un spécialiste, les possibilités de rééducation ou de réadaptation. Si elle propose de telles mesures et que celles-ci sont autorisées par le contrôle médical de la sécurité sociale leur prise en charge incombe à l'assurance maladie. La détermination de la dépendance est suspendue tant que les mesures de rééducation sont en cours.

17) Voir : Les accords de partenariat, p. 106.

Oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie et Spina Bifida

Pour certaines maladies le temps requis est fixé de manière forfaitaire, sans que les bénéficiaires n'aient besoin de se faire évaluer d'après la procédure d'évaluation habituelle. En effet l'article 350 du CAS précise qu'un règlement grand-ducal peut encore définir pour différentes maladies ou déficiences de manière forfaitaire le temps requis.

Il s'agit du règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance. Ces maladies ou déficiences sont définies dans les articles 2, 3 et 4.

L'article 2 dispose : *« Toute personne, dont la capacité auditive de la meilleure oreille avec correction par appareillage permanent, à moins que celle-ci ne puisse être réalisée, est réduite de plus de ou égale à 75 DB est présumée relever au minimum du seuil d'entrée donnant droit aux prestations de l'assurance dépendance, soit d'un temps requis hebdomadaire de prise en charge de 6 heures dans un ou plusieurs domaines définis à l'article 348, alinéa 2 .*

La réduction auditive est à établir en prenant la moyenne arithmétique de la perte auditive au seuil des quatre fréquences conversationnelles 512, 1024, 2048 et 4096 HZ. Pour la fréquence où la perte auditive n'est pas mesurable pour une de ces quatre fréquences, il est admis que le seuil se situe à 120DB.

Peut bénéficier par ailleurs de cette disposition, toute personne qui présente une aphasie de type Broca, Wernicke ou globale, une dysarthrie grave, ou une laryngectomie, sans déficit associé. »

L'article 3 dispose : *« Toute personne atteinte de cécité complète ou dont la capacité visuelle du meilleur œil avec correction par appareillage permanent, à moins que celle-ci ne puisse être réalisée, est inférieure à 1/20 ou dont le champ visuel central est réduit à 10° est présumée relever au minimum du seuil d'entrée donnant droit aux prestations de l'assurance dépendance, soit d'un temps requis hebdomadaire de prise en charge de 6 heures dans un ou plusieurs domaines définis à l'article 348 alinéa 2. »*

L'article 4 dispose : *« Toute personne atteinte d'une forme de Spina Bifida est présumée relever au minimum du seuil d'entrée donnant droit aux prestations de l'assurance dépendance, soit d'un temps requis hebdomadaire de prise en charge de 6 heures dans un ou plusieurs domaines définis à l'article 348 alinéa 2. »*

Il incombe au médecin de la CEO, afin de déterminer avec exactitude si la personne dépendante est présumée relever des seuils décrits ci-dessus, d'appuyer ses examens cliniques par des avis de médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie et en ophtalmologie. Il en est de même pour la détermination de la Spina Bifida où la CEO doit pouvoir s'appuyer sur des avis de médecins spécialistes.

Si la maladie ou la déficience est établie, ces personnes ont droit à (6 * 750¹⁸) soit 4500 francs par semaine, conformément à l'article 5 du règlement grand-ducal cité ci-avant qui dispose « *le nombre de 6 heures ... est pris en charge à raison de la moitié de la valeur monétaire applicable aux prestataires d'aides et de soins au sens de l'article 390 du Code des assurances sociales* ».

Si ces personnes le désirent, elles ont le droit de faire évaluer leur état de dépendance selon la démarche habituelle.

3.3.4.2. Les expertises psychologiques

Les expertises psychologiques sont requises notamment pour déterminer et préciser un diagnostic et évaluer l'intensité d'un trouble psychique (troubles neuropsychologiques, psychiatriques, du développement, etc.) en vue d'une prise en charge adaptée.

Dans ces cas, un bilan psychométrique détaillé s'avère nécessaire pour pouvoir juger des capacités de compréhension et d'expression verbales et non-verbales restantes afin de proposer une aide à la communication adaptée.

En matière d'appareils, l'expertise du psychologue portera plus particulièrement sur les appareils destinés à pallier les déficits en matière de communication liés à des troubles des fonctions supérieures (différents types d'aphasie, troubles du langage dus à un handicap congénital, etc.) ou à des troubles sensoriels. Elle pourra porter également sur la motivation de la personne à utiliser l'appareil mis à sa disposition.

Les expertises psychologiques sont aussi destinées à évaluer les capacités de l'aidant informel¹⁹ à s'acquitter de sa tâche. Il s'agit notamment d'évaluer le degré de surmenage ou d'apprécier la nécessité d'une aide sous forme de conseils.

Les expertises psychologiques sont, en principe, toujours assurées par les psychologues de la CEO.

3.3.4.3. Les expertises techniques en matière d'appareils²⁰

L'article 356, alinéa 1 du CAS dispose « *sans préjudice des prestations en espèces ou en nature allouées, la personne a droit, en cas de maintien à domicile, sur avis de la cellule d'évaluation et d'orientation, à la prise en charge ... d'appareils ... devant lui permettre de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie* ».

L'avis de la CEO s'appuie sur une expertise réalisée par le kinésithérapeute ou l'ergothérapeute de la CEO. Des expertises peuvent également être demandées à des partenaires externes.

Ces expertises ont pour objet de définir tous les paramètres permettant de choisir l'appareil le mieux adapté aux besoins de la personne.

18) La valeur monétaire applicable aux réseaux d'aides et de soins est de 1500 francs par heure.

19) Voir : Les mesures en faveur de l'aidant informel, p. 83.

20) Voir : Les appareils, p. 77.

Lorsque la demande porte uniquement sur un appareil, un rapport médical adapté sera exigé et seule sera réalisée une expertise en matière d'appareils, de façon à pouvoir établir un avis motivé pour l'attribution de l'appareil.

3.3.4.4. Les expertises techniques en matière d'adaptations du logement

L'article 356, alinéa 1 du CAS dispose « *sans préjudice des prestations en espèces ou en nature allouées, la personne a droit, en cas de maintien à domicile, sur avis de la cellule d'évaluation et d'orientation, à la prise en charge ... des adaptations de son logement ... devant lui permettre de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie* ».

Comme pour les appareils, ces expertises peuvent être réalisées par des membres de la CEO ou par des partenaires externes.

3.4. LA DÉTERMINATION DES AIDES ET SOINS REQUIS (OU SERVICES²¹ REQUIS)

L'article 350 du CAS dispose :

« *1. Les aides et soins que requiert la personne dépendante et leur fréquence ... sont déterminés suivant un relevé type...* »

3. Le relevé type retient en dehors des actes essentiels de la vie :

- a) dans le domaine des tâches domestiques, les actes suivants : notamment faire les courses, entretenir le logement, assurer l'entretien de l'équipement indispensable, faire la vaisselle, changer, laver et entretenir le linge et les vêtements ;
- b) dans le domaine du soutien : la fréquentation d'un centre de jour spécialisé, les courses ou les sorties avec la personne dépendante, l'accompagnement individuel de soutien et la garde à domicile ;
- c) les activités de conseil pour les différents actes essentiels de la vie et les conseils à l'entourage.

Il prévoit une durée standardisée pour les différents aides et soins. La durée standardisée peut être pondérée moyennant un coefficient tenant compte de l'intensité des aides et soins ou de la qualification requise du personnel pour les dispenser. Cette pondération s'applique à toutes les durées des aides et soins prévus dans le cadre du présent livre. »

21) Les termes de « services » et les termes « aides et soins » sont synonymes.

Le relevé type retient limitativement les aides et soins que l'équipe multidisciplinaire peut requérir pour répondre au besoin de la personne²². Il convient de noter qu'en matière d'assurance dépendance les aides et soins sont définis dans un relevé type des aides et soins requis tandis qu'en matière d'assurance maladie les prestations sont définies dans les différentes nomenclatures.

Lorsque l'évaluation est terminée et que le dossier a été constitué par le référent (évaluation médicale, évaluation de base, expertises complémentaires éventuelles), il est examiné en équipe multidisciplinaire²³.

L'équipe multidisciplinaire est composée d'un médecin, d'un infirmier ou d'un infirmier psychiatrique, d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et d'un psychologue. Sa composition peut varier selon la nature de la pathologie de la personne concernée.

Un grand souci d'équité et d'objectivité a guidé l'élaboration de la procédure de détermination des services requis qui se déroule en 4 étapes.

1. Le référent lit le dossier : évaluation médicale, évaluation de base, expertises complémentaires éventuelles.
2. A partir de cette lecture, les membres de l'équipe reconstruisent le portrait du demandeur. Il est essentiel pour la suite de la procédure que tous les membres se soient accordés sur ce portrait. Les points principaux de ce portrait sont consignés dans la synthèse de l'évaluation. En se référant aux quatorze besoins fondamentaux définis dans le modèle conceptuel de Virginia Henderson, l'équipe repère les besoins non satisfaits.
3. L'équipe détermine ensuite les aides et soins qu'elle estime nécessaires pour cette personne et consigne les aides soins et leur fréquence dans le relevé type.
4. Tous les membres de l'équipe doivent faire consensus sur les aides et soins requis.

Il est important de noter que l'équipe multidisciplinaire détermine les services requis par la personne sans tenir compte de ce que la personne reçoit effectivement. Le service requis est une norme idéale qui se base uniquement sur le besoin de la personne. L'équipe multidisciplinaire émet un avis à ce sujet.

L'équipe multidisciplinaire émet en outre un avis sur la nécessité d'octroyer le forfait pour les produits nécessaires aux aides et soins²⁴, les appareils²⁵ et les adaptations du logement²⁶. Cet avis se base bien évidemment sur les données des expertises réalisées. En effet selon l'article 385 du CAS il appartient à la CEO d'émettre ces différents avis.

22) Voir : Les prestations en nature en cas de maintien à domicile, p. 40 et Les prestations en nature en cas de séjour dans un établissement d'aides et de soins, p. 56.

23) Voir : Le personnel de la Cellule d'évaluation et d'orientation - équipes multidisciplinaires, p. 108.

24) Voir : Les produits nécessaires aux aides et soins, p. 75.

25) Voir : Les appareils, p. 77.

26) Voir : Les adaptations du logement, p. 81.

Enfin, l'équipe multidisciplinaire se prononce sur :

- le délai souhaitable de réévaluation ;
- le maintien à domicile ou l'admission en établissement d'aides et de soins ;
- le classement de la personne sur la liste d'urgence pour l'entrée en établissement d'aides et de soins.

L'équipe multidisciplinaire peut enfin proposer des mesures de rééducation et de réadaptation, si l'état de la personne le justifie. Etant à charge de l'assurance maladie, ces mesures doivent être autorisées par le contrôle médical de la sécurité sociale. Durant la période de rééducation et de réadaptation, il n'y aura pas d'intervention de l'assurance dépendance²⁷.

3.5. LE PLAN DE PARTAGE²⁸

L'article 354 du CAS dispose « *les prestations prévues à l'article 353, alinéas 1 et 2, 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.* »

En outre, l'article 353, alinéa 4 du CAS dispose « *dans la limite des durées fixées en application de l'article 351, le plan de prise en charge peut substituer des aides et soins dans un des domaines visés ci avant à ceux prévus dans un autre domaine.* »

Sur base des souhaits exprimés par la personne dépendante et l'aidant informel²⁹ le référent du dossier élabore un plan de partage entre les prestations qui devront être prises en charge par l'aidant informel et les prestations qui devront être prises en charge par le réseau d'aides et de soins.

La proposition de plan de partage³⁰ élaborée par le référent est adressée à la personne dépendante et au coordinateur du réseau d'aides et de soins³¹. A cette proposition de plan de partage, est également joint un plan de soins³² permettant au réseau et à l'aidant informel d'organiser leurs interventions mutuelles.

Lorsque le réseau d'aides et de soins n'a pas été renseigné dans le formulaire de demande, l'évaluateur informe la personne dépendante sur les réseaux accessibles dans sa région. Il appartient à la personne de choisir elle-même le réseau.

27) Voir : Les expertises médicales - Rééducation et réadaptations fonctionnelles, p. 15.

28) Voir : La prestation en espèces en cas de maintien à domicile, p. 69, La détermination de la prestation en espèces, p. 70.

29) Voir : Les mesures en faveur de l'aidant informel, p. 84.

30) Voir : Modèle, annexe 3.

31) Voir : Définition du coordinateur, p. 126.

32) Le plan de soins est un tableau de planification du travail destiné à l'usage exclusif du réseau et de la personne dépendante. Il reprend les différents aides et soins, les jours de la semaine et les plages horaires. Le réseau et l'aidant informel y consignent leurs interventions respectives au service de la personne dépendante. (Pour le modèle, voir annexe p. 64.)

La personne dépendante, l'aidant informel et le coordinateur du réseau examinent cette proposition, y apportent leurs éventuelles modifications et la renvoient dûment signée par la personne dépendante et par le coordinateur au référent.

Si le référent estime que les modifications apportées ne le sont pas dans l'intérêt de la personne dépendante, il peut s'y opposer. Dans ce cas, il reprend contact avec les deux interlocuteurs.

Lorsqu'un accord est trouvé, le plan de partage est consigné dans le plan de prise en charge.

Il est à noter que le plan de partage est établi uniquement pour les personnes dépendantes à domicile, dans la mesure où elles souhaitent à la fois une prestation en espèces et l'intervention d'un réseau d'aides et de soins. Pour les personnes dépendantes qui vivent dans un établissement d'aides et de soins, tous les aides et soins sont dispensés pour des professionnels. Il n'y a donc pas lieu de faire un partage des aides et soins.

3.6. LE PLAN DE PRISE EN CHARGE

Selon l'article 385 du CAS, la CEO a pour mission de « *déterminer un plan de prise en charge à l'attention du réseau assurant la coordination des aides et des soins autour de la personne dans le cadre du maintien à domicile ou à l'attention de l'établissement d'aides et de soins... »* ».

Pour les personnes dépendantes à domicile, le plan de prise en charge³³ reprend en synthèse les données contenues dans le plan de partage, en l'occurrence, la répartition entre prestations en nature et en espèces dues pour les actes essentiels de la vie, dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité et les tâches domestiques, les prestations pour les activités de soutien et de conseil, ainsi que les autres prestations.

Pour les personnes dépendantes en établissement, le plan de prise en charge³⁴ reprend les prestations en nature dues pour les actes essentiels de la vie, dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité et les tâches domestiques, les prestations pour les activités de soutien ainsi que les autres prestations.

33) Voir : Modèle, annexe 5.

34) Voir : Modèle, annexe 6.

3.7. L'ORIENTATION VERS UN ÉTABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS ET LA GESTION DE LA LISTE D'URGENCE

Selon l'article 385 du CAS la CEO a pour mission « *de proposer le maintien à domicile ou l'admission dans un établissement d'aides et de soins ; de classer les personnes dépendantes pour l'entrée en établissement suivant les critères d'urgence faisant référence à la fois à l'état de la personne dépendante et aux possibilités de prise en charge de l'entourage ; de centraliser les données sur l'offre en établissements ou en centre de jour ou de nuit...* ».

Outre la détermination des aides et soins requis, l'équipe multidisciplinaire peut proposer à la personne dépendante, lorsque cela s'avère nécessaire une orientation vers un établissement d'aides et de soins. L'accord de la personne dépendante sur cette proposition est indispensable. Il en est de même pour ce qui concerne le choix de l'établissement.

Sur base des critères fixés par la loi (état de la personne dépendante, possibilités de prise en charge de l'entourage), l'équipe multidisciplinaire s'est fixée des lignes directrices lui permettant de juger de la nécessité de proposer une admission en établissement d'aides et de soins.

Une première priorité pour l'admission en établissement est donnée aux personnes hospitalisées pour une longue durée et déclarées cas de simple hébergement par l'UCM, en raison de l'absence de pathologie aiguë rendant nécessaire une prise en charge en secteur aigu.

Une collaboration a été instaurée avec les services sociaux des hôpitaux et les médecins du contrôle médical de la sécurité sociale, pour que ces situations soient signalées suffisamment tôt à la CEO de façon à pouvoir trouver un lit en établissement d'aides et de soins.

Parmi les lignes directrices retenues, on notera :

- l'importance des aides et soins requis pour les actes essentiels de la vie, notamment lorsqu'ils dépassent le plafond de 24,5 heures par semaine³⁵ ou les situations pour lesquelles les aides et soins doivent être assurés par deux personnes ;
- le fait que la personne dépendante mette en danger sa propre sécurité ou celle de son entourage ;
- l'absence d'aidant informel chez des personnes nécessitant une surveillance permanente (démence, maladie dépressive chronique, etc.), chez des personnes nécessitant des soins durant la nuit ou chez des personnes incapables d'appeler du secours ou de se servir de la téléalarme ;
- l'incapacité de l'aidant informel à apporter les aides et soins requis ;

35) Voir : Les prestations en nature en cas de maintien à domicile, p. 40.

- l'impossibilité d'adapter un logement en raison de son insalubrité ou lorsque l'accord du propriétaire fait défaut.

En ce qui concerne les victimes du nazisme et enrôlées de force, il a été convenu que les établissements publics³⁶ regroupant les centres intégrés et centres de gériatrie tiennent compte des engagements de l'Etat à l'égard de ces personnes. Toutefois, la CEO interviendra auprès des autres établissements d'aides et de soins pour que ces personnes, dans la mesure où elles répondent aux critères d'urgence de la CEO, puissent bénéficier d'un placement prioritaire.

En ce qui concerne l'orientation à proprement parler, il faut bien admettre qu'actuellement, les seuls aspects qui sont pris en compte sont le souhait de la personne dépendante et de sa famille et le type d'établissement, maison de soins ou centre intégré. Jusqu'à présent d'ailleurs, la liste d'urgence établie par la CEO n'a compté que des personnes susceptibles d'être admises en maisons de soins, c'est-à-dire présentant un besoin en aides et soins pour les actes essentiels de la vie équivalent à un minimum de quinze heures par semaine³⁷. Pour les personnes présentant un besoin en aides et soins pour les actes essentiels de la vie inférieur à quinze heures par semaine, les démarches en vue de l'admission dans un centre intégré sont laissées au soin des assistants sociaux ou des personnes elles-mêmes.

Pour le futur, des critères d'orientation supplémentaires devront être élaborés, en collaboration avec les établissements, de façon à orienter les personnes vers les établissements les mieux adaptés à leur situation.

3.8. LA CENTRALISATION DES DONNÉES SUR L'OFFRE EN ÉTABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS OU EN CENTRE DE JOUR OU DE NUIT

L'orientation des personnes présentant un besoin urgent d'hébergement en établissement d'aides et de soins n'est pas possible si la CEO n'est pas informée de l'offre de lits disponibles. Ainsi, la CEO a reçu pour mission de « *centraliser les données sur l'offre en établissement ou en centre de jour ou de nuit...* » (article 385, point 7 du CAS).

36) La loi du 23 décembre 1998 (Mém. A 1998, p. 3666) a créé 2 établissements publics à savoir « Autres, Foyers et Services pour personnes âgées » et « Centres de gériatrie » regroupant les anciennes institutions de l'Etat.

37) Le projet de règlement grand-ducal concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées prévoit un nouveau seuil de 12 heures d'aides et de soins pour les actes essentiels de la vie par semaine.

En vertu de l'article 18 du contrat d'aides et de soins conclu entre l'UCM et les établissements d'aides et de soins, l'établissement s'engage à déclarer toutes les vacances de lits réservés aux personnes dépendantes à la CEO dans un délai de dix jours³⁸. Il est à noter que cet engagement ne concerne que les lits réservés aux personnes dépendantes.

Cette déclaration permet à la CEO d'être informée du type de lit disponible : lit en chambre simple, double, destiné à un homme ou à une femme ou lit en section fermée. Ainsi la CEO peut proposer à l'établissement les coordonnées d'une personne dont l'hébergement s'avère urgent.

La CEO précède souvent cette déclaration de vacance de lit en envoyant directement à l'établissement où la personne souhaite être hébergée, ses coordonnées.

Des membres de la CEO participent actuellement à des groupes de travail initiés par les assistants sociaux des établissements afin d'étudier les procédures les plus adéquates pour les admissions.

Les centres de jour spécialisés³⁹ quant à eux déclarent, conformément à l'article 8 du contrat d'aides et de soins conclu entre l'UCM et le réseau d'aides et de soins, les places disponibles à la CEO. L'orientation d'une personne vers un centre de jour spécialisé est discutée en équipe multidisciplinaire.

3.9. LA RÉÉVALUATION⁴⁰

L'article 366 du CAS dispose : « *Les prestations sont revues à la suite d'une nouvelle évaluation effectuée soit à la demande de l'ayant droit, des membres de sa famille, du réseau ou de l'établissement d'aides et de soins qui assure les prestations, soit à l'initiative de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance ou de la cellule d'évaluation et d'orientation...* ».

Une demande de réévaluation ou de révision des prestations peut porter sur chacune des prestations. Elle concerne aussi bien les aides et soins requis que les produits nécessaires aux aides et soins, les appareils et les adaptations du logement.

Il est à noter que, si la demande doit être introduite par la personne dépendante elle-même, la loi prévoit ici la possibilité pour d'autres intervenants de demander une réévaluation de la situation, notamment les membres de la famille, les prestataires d'aides et de soins ainsi que l'UCM ou la CEO.

L'article 366 du CAS précise aussi que « *la réévaluation se fait suivant les critères prévus aux articles 348 et 350* ».

38) Voir : Le contenu du contrat d'aides et de soins pour les établissements d'aides et de soins - vacances de lits, p. 140.

39) Voir : Le contenu du contrat d'aides et de soins - Dispositions applicables aux centres de jour spécialisés, p. 129.

40) Voir : La révision des prestations, p. 29, La demande, p. 10.

Les règles en matière de détermination de la dépendance sont les mêmes pour une première évaluation ou une réévaluation. Toutefois, pour une réévaluation, il n'est pas toujours nécessaire de reprendre une évaluation complète. L'évaluateur déterminera les domaines pour lesquels il souhaite de nouvelles informations et limitera son interrogation aux domaines ainsi retenus.

La demande de réévaluation peut être motivée par un changement dans l'état de la personne dépendante ou par un changement dans la situation de l'aidant informel. Une demande de réévaluation n'est recevable qu'après un délai de 6 mois, sauf en cas de changement fondamental des circonstances.

La CEO peut procéder à tout moment à une réévaluation de la situation, si elle l'estime nécessaire. Elle peut, par exemple, au moment de la détermination des services requis, décider d'un délai de réévaluation après une mise à disposition d'appareil ou après une adaptation du logement, qui pourraient modifier l'intensité de la dépendance de la personne.

Les adaptations ponctuelles du plan de prise en charge, qui n'impliquent pas de changement au niveau de la durée des aides et soins requis, mais qui portent sur le partage des prestations en nature et en espèces, peuvent être apportées au plan de prise en charge moyennant l'accord de la personne dépendante et du réseau, sans que soit introduite une demande de révision des prestations. La CEO doit cependant être consultée au préalable.

Si la personne dépendante change d'établissement d'aides et de soins, une réévaluation de la personne n'est pas nécessaire parce que le plan de prise en charge établi pour le premier établissement reste valable pour le deuxième.

L'examen de la demande étant ainsi terminé au sein de la CEO, le dossier est transmis pour prise de décision à l'UCM.

4 LES DÉCISIONS DE L'UNION DES CAISSES DE MALADIE⁴¹

4.1. LES DÉCISIONS GÉNÉRALES

Il appartient à l'UCM de prendre les décisions en matière d'assurance dépendance. En effet l'article 351 du CAS dispose : « *Les décisions individuelles relatives à l'existence de l'état de dépendance, à la détermination de la durée des aides et soins requis, au remplacement des prestations en nature par une prestation en espèces et celles relatives à l'article 356, sont prises par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, sur avis motivé de la CEO.* »

Cet article précise les décisions les plus courantes à savoir :

- celle relative à l'existence de l'état de dépendance ;
- à la détermination de la durée des aides et soins ;
- au remplacement de la prestation en espèces ;
- celle relatives aux produits nécessaires aux aides et soins, aux appareils et aux adaptations du logement.

Il est entendu que tous ces éléments peuvent se retrouver dans une seule décision. Cependant la décision relative à l'attribution d'un appareil ou à une adaptation du logement intervient généralement plus tard et fait donc l'objet d'une décision séparée. L'article 381 du CAS prévoit que les décisions individuelles rentrent dans les attributions du Conseil d'administration de l'UCM.

Cependant, à l'instar des dispositions légales applicables aux autres branches de la sécurité sociale, l'article 382 du CAS précise que les décisions peuvent également être prises par le président de l'UCM ou par son délégué.

En pratique, toutes les décisions en matière d'assurance dépendance sont prises en première intention par le président.

41) Voir : L'organisme gestionnaire : l'Union des caisses de maladie, p. 109.

Le destinataire d'une décision administrative, pour le cas où celle-ci ne le satisfait pas, a intérêt à disposer du plus grand nombre de voies de recours. Le fait de lui donner d'abord une décision présidentielle lui procure ainsi une possibilité supplémentaire de faire réexaminer son dossier. Au lieu de devoir engager tout de suite une procédure judiciaire, la personne dépendante peut ainsi obtenir un réexamen de son dossier au niveau administratif en formant opposition⁴² contre la décision présidentielle auprès du conseil d'administration.

La décision positive inclut le plan de prise en charge qui est un récapitulatif des prestations accordées par la CEO. Le cas échéant, elle renseigne le montant de la prestation en espèces, le forfait pour les produits nécessaires aux aides et soins, le type d'appareil accordé ou le montant accordé pour une adaptation du logement.

La décision précise également la date du début du droit aux différentes prestations. Sauf empêchements légaux (par exemple cumul prohibé avec des prestations de même nature servies par un autre organisme) ou avis contraire de la CEO, le début du droit correspond à la date où la demande a été valablement reçue.

La décision négative, c'est-à-dire celle refusant de faire droit aux prestations de l'assurance dépendance, est dûment motivée. Les motifs peuvent être administratifs (par exemple en cas de non-affiliation à l'assurance maladie de la personne dépendante) ou d'ordre médical (par exemple si le seuil de dépendance n'est pas atteint).

Chaque décision contient une information avec les instructions à suivre en cas d'opposition ou de recours.

Le destinataire de la décision est toujours la personne dépendante elle-même. En cas d'interdiction ou de minorité de la personne dépendante, la décision est notifiée à son représentant légal (parents ou tuteur). La décision est notifiée à la personne dépendante au moyen d'un envoi postal sous forme d'une lettre recommandée⁴³. En général, elle est envoyée au domicile légal de la personne dépendante. Toutefois si l'adresse où la personne dépendante séjourne habituellement est connue à l'UCM, la décision est envoyée à cette adresse nonobstant le fait qu'elle diffère du domicile légal.

Une copie de la décision est adressée, pour information, au prestataire appelé à délivrer les aides et soins. Une copie de la décision est également adressée au médecin traitant de la personne dépendante. Ainsi le médecin traitant est informé que des prestations sont allouées à son patient.

42) Un recours.

43) Les personnes ne résidant pas au Grand-Duché de Luxembourg doivent à la demande du Conseil d'administration de l'UCM, y élire domicile, faute de quoi la notification est remplacée par un avis affiché pendant huit jours dans les locaux de l'organisme de sécurité sociale compétent, du bureau postal chargé de la notification et du secrétariat communal de la dernière résidence de l'intéressé.

4.2. LES DÉCISIONS SPÉCIALES

4.2.1. La révision des prestations⁴⁴

L'article 366, alinéa 1 du CAS, dispose : « Les prestations sont revues à la suite d'une nouvelle évaluation effectuée soit à la demande de l'ayant droit, des membres de sa famille, du réseau ou de l'établissement d'aides et de soins qui assure les prestations, soit à l'initiative de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance ou de la cellule d'évaluation et d'orientation. »

L'état de la personne dépendante peut s'aggraver mais il peut aussi s'améliorer. Une révision des prestations peut donc se solder par une décision portant augmentation des prestations ou par une décision portant réduction des prestations.

Selon l'article 366, alinéa 3 du CAS « la décision portant augmentation des prestations prend effet le premier jour de la semaine de la présentation de la demande. »

Selon l'article 366, alinéa 4 du CAS « la décision portant réduction des prestations n'est applicable que le premier jour de la semaine suivant immédiatement celle au cours de laquelle elle a été notifiée. »

4.2.2. La modification des éléments de calcul ou erreur matérielle

Si les éléments de calcul se modifient (par exemple changement de la valeur monétaire) le montant des prestations est adapté sans que cela nécessite une décision formelle.

Si des prestations ont été accordées suite à une erreur matérielle, les prestations sont adaptées. Si l'erreur a joué en défaveur de la personne dépendante, le passé sera considéré. Si l'erreur a joué en faveur de la personne dépendante, le montant des prestations sera diminué seulement pour le futur.

4.2.3. La restitution des prestations

Une restitution des prestations est obligatoire si la personne dépendante a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou si elle a omis de signaler de tels faits après attribution (art. 367, alinéa 3 du CAS).

Dans ce cas, il faut que l'UCM prenne une décision de restitution après avoir entendu la personne dépendante.

44) Voir : La réévaluation, p. 24, La demande, p. 10.

4.2.4. Le retrait des prestations

Selon l'article 367, alinéa 1 du CAS « toute prestation d'assurance dépendance est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir ».

Il est évident qu'une personne qui n'est plus dépendante, n'a plus droit aux prestations de l'assurance dépendance.

Même si le texte de loi ne le précise pas expressément, on peut appliquer pour la mise en vigueur de cette décision, les mêmes dispositions applicables à la décision portant réduction des prestations. La décision portant retrait des prestations n'est donc applicable que le premier jour de la semaine suivant immédiatement celle au cours de laquelle elle a été notifiée.

L'article 367, alinéa 5 du CAS prévoit des dispositions particulières en cas de retrait ou de réduction des prestations en espèces : « Les prestations en espèces sont retirées ou réduites s'il appert d'un avis motivé de la cellule d'évaluation et d'orientation qu'elles ne sont pas employées aux fins spécifiées à l'alinéa 1 de l'article 354 sans préjudice d'une augmentation correspondante des prestations en nature. »

Le retrait éventuel ne constitue que la sanction de l'obligation imposée à la personne dépendante par l'article 354, alinéa 1^{er} du CAS déterminant que les prestations en espèces doivent être utilisées « 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 ».

Comme cette obligation procède de la subsidiarité des prestations en espèces par rapport aux prestations en nature, il est normal que la suppression ou la réduction des premières puisse être compensée par une augmentation des secondes.

4.2.5. La suspension des prestations

L'article 369 du CAS dispose : « Les prestations en nature sont suspendues pendant un séjour à l'hôpital ou dans une institution pris en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance contre les accidents. Le droit à la prestation en espèces touchée la semaine précédant l'hospitalisation est maintenu pendant les trois semaines qui suivent l'admission dans l'hôpital ou l'institution. »

Sont visés les séjours dans les hôpitaux, les centres de réadaptation et de rééducation fonctionnelles, les centres de cures de convalescence.

Les prestations en nature sont suspendues comme faisant double emploi avec la prise en charge au titre de l'assurance maladie.

Le versement de la prestation en espèces est cependant continué pendant les trois semaines qui suivent l'admission à l'hôpital ou à l'institution. Cette disposition vise à rémunérer l'aidant informel pendant cette période. En effet l'aidant informel doit rester disponible pour s'occuper à nouveau de la personne dépendante à sa sortie de l'hôpital ou de l'institution.

4.2.6. La prescription

L'article 368 du CAS dispose : « *L'action des prestataires d'aides et de soins pour leurs prestations à l'égard des assurés ou de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance se prescrit par deux années à compter de la date des services rendus.* »

L'action des assurés à l'égard de l'assurance se prescrit dans le même délai à compter de l'ouverture du droit. »

Le délai de prescription est donc en général de 2 ans avec un autre point de départ pour l'action des prestataires que pour celle des assurés.

4.3. LA COMPÉTENCE LIÉE

L'article 351 du CAS précise que les décisions sont prises par l'UCM, sur avis motivé de la CEO.

La CEO émet des avis concernant notamment :

- l'état de dépendance d'une personne ;
- les aides et soins dont elle a besoin ;
- l'attribution, en cas de maintien à domicile, des prestations en nature, de la prestation en espèces, des produits, des appareils et des adaptations du logement ;
- l'attribution, en établissement d'aides et de soins, des prestations en nature, des produits et des appareils ;
- les décisions de retrait ou de diminution de prestations.

Ces avis s'imposent à l'UCM, c'est-à-dire que l'UCM a une compétence liée avec la CEO. En effet l'article 385, alinéa 2 du CAS dispose : « *Les avis de la cellule d'évaluation et d'orientation à portée individuelle pris dans le cadre des attributions prévues aux numéros 1) et 2) (du premier alinéa de l'article 385) s'imposent à l'égard de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance. »*

La décision notifiée par l'UCM ne peut donc s'écarter, quant à son contenu, de l'avis émis par la CEO.⁴⁵

L'UCM est tenue à la transcription fidèle des prestations fixées dans le plan de prise en charge par la CEO. En pratique le plan de prise en charge fait partie intégrante de la décision et est transmis ensemble avec la décision à la personne dépendante.

45) La procédure devant les juridictions sociales et la composition, p. 36.

5

LES VOIES DE RECOURS

La personne dépendante a un droit de recours contre la décision relative aux prestations de dépendance qui lui a été notifiée.

L'accomplissement conforme des procédures de recours contre les décisions dans le domaine de l'assurance dépendance soulève des problèmes particuliers étant donné que dans beaucoup de cas les personnes dépendantes ne sont plus en mesure d'entreprendre elles-mêmes les démarches nécessaires en raison de leur grand âge, de leur handicap physique ou mental ou de la précarité de leur état de santé. La loi n'a cependant pas prévu de procédure dérogatoire, ni en ce qui concerne les formalités obligatoires concernant l'acte introductif du recours, ni en matière de représentation.

Aussi la pratique montre que l'entourage des personnes dépendantes a tendance à s'emparer de l'action en lieu et place de la personne dépendante. Ceci tient non seulement aux difficultés liées à l'état de santé des intéressés mais également au fait que des intérêts matériels souvent considérables peuvent être en jeu, qui incitent à une attitude revendicative, surtout parce que les personnes de l'entourage d'une personne dépendante peuvent être personnellement, bien qu'indirectement, bénéficiaires de certaines prestations comme par exemple de la prestation en espèces.

Il est cependant important d'insister sur l'impérieuse nécessité de la régularité formelle des actes de recours. En effet une lettre de recours qui serait signée par le conjoint, un membre de la famille, une assistante sociale, un médecin, un membre du personnel d'un établissement d'aides et de soins, etc. occupant pour le demandeur est en principe irrecevable et il ne peut être exclu que cette irrégularité soit soulevée d'office pour des motifs d'ordre public par le juge de première instance, même si le conseil d'administration avait éventuellement passé outre cette exigence formelle lors de l'examen de l'affaire.

Les textes étant d'interprétation stricte, il convient dès lors de retenir qu'il n'existe que quatre variantes possibles :

Le recours ne peut être introduit que :

- par le destinataire de la décision c'est-à-dire par la personne dépendante ;
- par le représentant légal en cas d'incapacité de la personne dépendante ;
- par un avocat ;
- par un délégué syndical ou d'une représentation professionnelle choisi par la personne dépendante, muni d'une procuration spéciale.

Ces mêmes personnes sont les seules qui soient éligibles de participer au débat oral devant la juridiction en cause.

5.1. LE RECOURS CONTRE LA DÉCISION PRÉSIDENTIELLE DE L'UNION DES CAISSES DE MALADIE

L'article 382 du CAS dispose : « Cette décision (décision du président du conseil d'administration) est acquise à défaut d'une opposition⁴⁶ écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le conseil d'administration. »

Le recours contre une décision présidentielle est introduit par la personne dépendante par voie écrite. Il est adressé au Conseil d'administration de l'UCM avec la précision du motif du recours dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la décision présidentielle.

Le recours n'a pas d'effet suspensif. La décision est exécutoire nonobstant l'opposition. Ainsi l'intéressé qui n'a pas été admis au bénéfice des prestations, par exemple en raison de non atteinte du seuil minimum requis, en reste exclu tant qu'il ne dispose pas d'une décision contraire prononcée en sa faveur et qui soit exécutoire.

Après introduction du recours, l'intéressé est informé par un accusé de réception du suivi de l'affaire. Le dossier est renvoyé pour nouvel avis à la CEO lorsqu'il s'agit d'une réclamation contre le contenu du plan de prise en charge ou contre le début des prestations fixé par la CEO.

L'affaire peut également être soumise directement au conseil d'administration pour être vidée par celui-ci si elle n'appelle pas un avis supplémentaire de la CEO, par exemple lorsque le litige porte sur une question d'affiliation.

L'avis de la CEO, rendu à la suite du recours, lie le Conseil d'administration de l'UCM. La décision rendue par le conseil d'administration est notifiée à l'assuré dans les mêmes formes que la décision présidentielle.

Si la décision comporte une modification (augmentation ou réduction) des prestations, elle est adressée en copie pour information au réseau ou à l'établissement d'aides et de soins.

46) Les textes de loi parlent toujours « d'opposition ». En cette matière opposition veut dire recours. L'opposition n'est donc pas à confondre avec la voie de recours ordinaire ouverte au plaideur contre lequel a été rendue une décision par défaut.

5.2. RECOURS OU DEMANDE DE RÉÉVALUATION ?

Dans la phase de démarrage de la loi portant introduction d'une assurance dépendance, une problématique particulière mérite d'être signalée.

Les premières évaluations avaient été réalisées, déjà fin 1998, à la suite des demandes introduites par les personnes séjournant dans un établissement et par les personnes déclarées cas de simple hébergement au sens de la législation sur l'assurance maladie.

En vertu de l'article IX. de la loi citée ci-avant, la CEO pouvait procéder à une appréciation sommaire d'après le dossier de soins. Il est évident que dans beaucoup de cas, l'état de santé des personnes dépendantes concernées s'était dégradé pendant ce laps de temps de plus de six mois, écoulé entre l'appréciation sommaire et la notification de la décision, de sorte que l'on doit interpréter l'introduction d'une opposition contre ces décisions plutôt comme une demande de réévaluation. Cette interprétation a permis à l'UCM d'acquiescer à un réexamen du dossier dans de nombreux cas bien que, d'un point de vue formel, l'opposition ne soit pas recevable dans ces cas puisqu'elle n'était pas intervenue sur l'initiative du destinataire de la décision ou d'un mandataire régulier, mais par la direction de l'établissement où ces personnes séjournent. Or d'après l'article 366, alinéa 1 du CAS, ceux-ci sont en droit de provoquer une réévaluation.

5.3. LE RECOURS CONTRE LA DÉCISION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'UNION DES CAISSES DE MALADIE

Selon l'article 382 du CAS « *les décisions prises en matière de prestations par le conseil d'administration sont susceptibles d'un recours ... devant le conseil arbitral des assurances sociales* ». Le recours est introduit dans un délai de 40 jours à partir de la notification de la décision et n'a pas d'effet suspensif.

Le recours est formé d'après les règles prévues par le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 294 du CAS la procédure à suivre devant le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales, ainsi que les délais et frais de justice ⁴⁷ :

Le Conseil arbitral des assurances sociales statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de 30.000 francs et à charge d'appel lorsque la valeur du litige dépasse cette somme.

47) Mém. A 1993, p. 2320.

5.4. L'APPEL ET LE POURVOI EN CASSATION

La décision du conseil arbitral des assurances sociales est susceptible d'appel devant le conseil supérieur des assurances sociales.

Comme nous l'avons vu plus haut l'appel n'est cependant pas recevable pour les litiges dont la valeur est inférieure à trente mille francs.

Tout comme le recours, l'appel n'a pas d'effet suspensif.

Conformément à l'article 294 du CAS, les décisions rendues en dernier ressort par le conseil arbitral ainsi que les arrêts du conseil supérieur des assurances sociales sont susceptibles d'un recours en cassation pour contravention à la loi ou pour violation des formes soit substantielles, soit prescrites à peine de nullité. L'assuré qui se pourvoit en cassation doit se faire assister obligatoirement par un avocat.

5.5. LA PROCÉDURE DEVANT LES JURIDICTIONS SOCIALES ET LA COMPOSITION

D'une manière générale la procédure devant les juridictions sociales en matière d'assurance dépendance ne diffère pas de celle suivie pour les autres litiges nés de l'application des dispositions du CAS.

Les articles 293 et 294 du CAS ainsi que le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 sont applicables.

Il y a cependant lieu de préciser un point particulier. En effet l'article 385, alinéa 2 du CAS précise que « ... le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis de la CEO a été contredit par l'expert chargé par le conseil arbitral, l'organisme juge lui-même de l'opportunité de l'appel ».

Cet article permet aux juridictions sociales de recourir à des experts indépendants pour analyser, en cas de contestation, l'avis émis par la CEO.

Avant d'en arriver à la nomination d'un expert indépendant, il faut que la CEO livre à l'UCM toutes les informations nécessaires pour que l'UCM puisse valablement exposer sa décision devant les juridictions sociales, décision qui n'est que la transcription de l'avis émis par la CEO⁴⁸.

Toutefois, par dérogation aux règles applicables aux affaires lui déferées suite aux recours concernant les autres branches de la sécurité sociale, la composition des juridictions sociales est différente.

48) Voir : La compétence liée, p. 31.

Le Conseil arbitral des assurances sociales est composé de son seul président. Il statue donc sans assesseurs. Il en est de même pour le Conseil supérieur des assurances sociales qui est composé de son président et de deux magistrats assesseurs.

6

LES PRESTATIONS

6.1. LE DÉBUT DU DROIT AUX PRESTATIONS

Le début du droit aux prestations est régi par l'article 362 du CAS qui dispose : « *Les prestations prévues par le présent livre sont dues au plus tôt à partir du jour de la présentation de la demande.* »

Cette disposition s'opposant à l'octroi des prestations pour une période antérieure à la présentation de la demande est surtout motivée par la difficulté d'évaluer l'état d'une personne tel qu'il se présentait dans le passé.

D'un autre côté cependant, la personne dépendante ne saurait souffrir d'éventuelles lenteurs dans l'examen de sa demande. Voilà pourquoi la personne dépendante a donc droit rétroactivement aux prestations de l'assurance dépendance à partir du jour où elle a valablement présenté sa demande. La demande est valablement présentée si la CEO est en possession du formulaire de demande et du rapport du médecin traitant dûment remplis⁴⁹.

Pour la période précédant la date de la décision, les personnes dépendantes ayant eu recours aux services d'un réseau d'aides et de soins ou ayant séjourné dans un établissement d'aides et de soins ont droit aux prestations en nature jusqu'à concurrence du montant maximal correspondant au plan de prise en charge⁵⁰.

Si la personne dépendante n'a pas eu recours à la totalité des prestations en nature prévues au plan de prise en charge de la part d'un réseau ou si elle n'a pas eu recours du tout à un réseau, la différence entre les services fournis et les services requis lui est payée en tant que prestation en espèces conformément à l'article 354 du CAS.

Les personnes bénéficiant au 31 décembre 1998 :

- d'une allocation de soins ;
- d'une allocation pour personnes gravement handicapées ;
- d'une majoration d'impotence de la rente accident ;
- d'une majoration d'impotence du revenu minimum garanti ;

49) Voir : La coordination interne des évaluations, p. 13.

50) Au moment de la rédaction, ces dispositions font l'objet de propositions d'amendements à la loi budgétaire pour l'exercice 1999. Pour plus de précisions il y a lieu de se référer à la loi budgétaire pour l'exercice 2000 et aux modalités pratiques d'exécution que l'UCM est en train de discuter avec les réseaux d'aides et de soins.

peuvent garder cette allocation ou majoration ou elles peuvent faire une demande à l'assurance dépendance. Ces personnes ne peuvent en aucun cas bénéficier d'une de ces allocations ou majorations et en même temps de l'assurance dépendance⁵¹.

En ce qui concerne le début du droit aux prestations de l'assurance dépendance, ces personnes sont traitées de la même façon que les personnes ne bénéficiant d'aucune allocation ou majoration. Cependant pour chiffrer le droit aux prestations de l'assurance dépendance pendant la période précédant la décision, le montant de l'allocation ou de la majoration est considéré comme avance, parce que comme on l'a vu, la personne dépendante ne peut cumuler les prestations de l'assurance dépendance et l'allocation ou la majoration.

6.2. LES PRESTATIONS EN NATURE EN CAS DE MAINTIEN À DOMICILE⁵²

En cas de maintien à domicile la personne dépendante peut avoir droit à :

- des aides et soins pour les actes essentiels de la vie ;
- une aide pour les tâches domestiques ;
- des activités de soutien ;
- du conseil.

En guise d'introduction il y a lieu de rappeler les dispositions régissant la matière.

En ce qui concerne le contenu des différentes prestations

L'article 348, alinéa 2 du CAS dispose :

« Les actes essentiels de la vie comprennent :

- 1) dans le domaine de l'hygiène corporelle : se laver, assurer son hygiène buccale, soigner sa peau et ses téguments, éliminer ;
- 2) dans le domaine de la nutrition : la préparation d'un repas 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. »

L'article 350, alinéa 2 du CAS dispose :

« Le relevé type retient en dehors des actes essentiels de la vie :

- a) dans le domaine des tâches domestiques, les actes suivants : notamment faire les courses, entretenir le logement, assurer l'entretien de l'équipement indispensable, faire la vaisselle, changer, laver et entretenir le linge et les vêtements ;

51) Voir : Les dispositions transitoires, p. 91.

52) Voir : La détermination des aides et soins requis, p. 18.

- b) dans le domaine du soutien : la fréquentation d'un centre de jour spécialisé, les courses ou les sorties avec la personne dépendante, l'accompagnement individuel de soutien et la garde à domicile ;
- c) Les activités de conseil pour les différents actes essentiels de la vie et les conseils à l'entourage. »

Ces 4 catégories d'actes sont plus amplement définies dans le relevé type des aides et soins. Le relevé type des aides et soins est déterminé dans le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

En ce qui concerne la durée de prise en charge pour les différentes prestations

L'article 353 du CAS dispose :

« Les prestations en nature en cas de maintien à domicile consistent dans la prise en charge des aides et des soins pour les actes essentiels de la vie, sans que cette prise en charge ne puisse dépasser vingt-quatre heures et demie par semaine pour les actes essentiels de la vie.

La prise en charge ... peut être majorée de deux heures et demie par semaine pour les tâches domestiques. Ce forfait peut être porté à quatre heures par semaine en cas de nécessité constatée par la cellule d'évaluation et d'orientation.

Les activités de soutien sont prises en charge ... pour une durée qui ne peut dépasser douze heures par semaine... .

Les activités de conseil peuvent être prises en charge pour une durée déterminée. »

La personne dépendante peut donc avoir droit à :

- des aides et soins pour les actes essentiels de la vie jusqu'à 24,5 heures par semaine ;
- une aide forfaitaire pour les tâches domestiques de 2,5 heures par semaine ou de 4 heures par semaine ;
- des activités de soutien jusqu'à 12 heures par semaine ;
- du conseil, pris uniquement en charge pour une durée déterminée uniquement.

La description précise du contenu de ces différents actes va faire l'objet des paragraphes suivants.

6.2.1. Les aides et soins pour les actes essentiels de la vie

On a déjà vu que la loi précise différentes formes que l'assistance de la tierce personne peut prendre⁵³. En effet, l'article 348 du CAS dispose :

53) Voir : Les formes de l'assistance, p. 6.

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

Ces notions vont être précisées et adaptées au contenu particulier des différents actes.

Pour certains actes, il y a lieu, en outre de distinguer trois formes d'aide, à savoir l'aide minimale, l'aide partielle et l'aide complète.

- L'aide minimale consiste à guider ou à motiver la personne dépendante. Alors que le terme guider renvoie plutôt à une aide concrète à la personne en vue de la mettre en mesure d'agir de façon autonome, le terme motiver fait davantage référence à une incitation verbale à faire quelque chose.
- L'aide partielle consiste à effectuer en partie à la place de la personne les actes essentiels de la vie qu'elle n'est plus en mesure d'effectuer seule ou, à la soutenir et à l'instruire c'est-à-dire la superviser partiellement ou l'inciter verbalement
- L'aide complète consiste à effectuer totalement à la place de la personne dépendante le soin qu'elle ne peut pas se donner ou à assurer une surveillance ou présence constante pendant toute la durée des soins.

Il est à noter aussi qu'outre sa description spécifique, chaque acte inclut :

- des actions de support direct :
 - identifier la personne,
 - donner à la personne les informations générales relatives aux aides et soins,
 - installer et réinstaller la personne,
 - ajuster la position du lit, du fauteuil roulant,
- des actions de support indirect :
 - consulter le plan d'aides et de soins,
 - se laver les mains,
 - préparer l'intervention (préparer le matériel),
 - terminer l'intervention (ranger et désinfecter le matériel),
- la communication au sujet de la personne dépendante :
 - planifier les aides et soins,
 - mettre à jour la documentation,
 - assister aux réunions d'équipe et préparer les réunions,
 - faire les transmissions écrites et orales.

6.2.1.1. Les aides et soins dans le domaine de l'hygiène corporelle

Le relevé type⁵⁴ distingue 13 positions.

AE 301⁵⁵ Aide minimale

Clientèle : La personne est capable dans l'ensemble de répondre à ses besoins d'hygiène. Elle peut cependant requérir une assistance pour laver une ou des régions corporelles difficiles d'accès ou une préparation pour effectuer les soins d'hygiène.

Guider

préparer le bassin, l'évier, la baignoire
aider la personne à entrer et sortir de la baignoire/ douche
laver au plus 17% (bras gauche ou droit ou pied) de la surface corporelle de la personne
faire ou aider à faire le lit

Motiver

donner les consignes pour l'organisation des soins d'hygiène
inciter verbalement la personne à procéder à ses soins d'hygiène et à faire son lit

Fréquence de référence : 1 fois par jour.

AE302 Aide partielle

Clientèle : La personne est capable de laver une partie de son corps. Elle nécessite toutefois une aide ou supervision partielle lors de sa toilette ou de son bain afin que ses soins d'hygiène soient complets.

Effectuer en partie

préparer le bain, l'évier, la baignoire
aider à entrer et sortir de la baignoire
laver entre 18 et 55 % de la surface corporelle (dos et jambes, partie gauche ou droite du corps)
aider à s'assécher
appliquer une poudre ou une lotion
enlever et remettre les vêtements de lit
peigner ou brosser les cheveux
faire ou aider à faire le lit
changer la literie partiellement ou totalement

Instruire, Soutenir

soutenir la personne verbalement afin de la mettre en mesure de procéder à ses soins d'hygiène
instruire quant à la façon de procéder
s'assurer qu'elle procède à ses soins d'hygiène
s'assurer qu'elle fait son lit et procède au changement de la literie

Fréquence de référence : 1 fois par jour.

54) Voir : Modèle, annexe 2.

55) Les deux lettres suivies de trois chiffres qui précèdent l'énoncé de l'aide ou du soin sont la référence de l'acte dans le relevé type des aides et soins requis.

AE303 Aide complète (lit /douche)

Clientèle : La personne est incapable de procéder à ses soins d'hygiène en raison de son état mental, d'une maladie ou d'une déficience ou il faut lui assurer une présence constante pendant toute la durée des soins d'hygiène au lit ou à la douche même si elle y participe.

Effectuer à la place

préparer le bassin ou préparer la douche
aider à entrer et sortir de la douche
laver entre 56% et plus de la surface corporelle
assécher la personne
appliquer une poudre ou une lotion
enlever et remettre les vêtements de lit
peigner ou brosser les cheveux
changer la literie partiellement ou totalement

Surveiller

assurer une présence constante pendant toute la durée des soins d'hygiène tout en incitant la personne de les exécuter
surveiller le changement de literie

Fréquence de référence : 1 fois par jour.

AE304 Aide complète (bain)

Clientèle : La personne est incapable de prendre un bain en raison de son état mental, d'une maladie ou d'une déficience ou bien il faut lui assurer une présence constante pendant toute la durée des soins d'hygiène à la baignoire même si elle y participe.

Effectuer à la place

préparer la baignoire
aider à entrer et sortir de la baignoire
laver 56% et plus de la surface corporelle
assécher la personne
appliquer une poudre ou lotion
enlever et remettre les vêtements de lit
peigner ou brosser les cheveux
changer la literie partiellement ou totalement

Surveiller

assurer une présence constante pour les soins d'hygiène en baignoire même si la personne y participe
s'assurer que la personne procède à ses soins de cheveux
surveiller le changement de literie

Fréquence de référence : 1 fois par semaine pour la personne qui reçoit normalement une aide complète au lit ou à la douche pour les soins d'hygiène. Le bain peut être requis plusieurs fois par semaine si la personne souffre d'une incontinence urinaire ou fécale.

AE305 Toilette génitale

Clientèle : La personne est incapable de faire seule sa toilette génitale (sclérose en plaques, retard mental, etc.).

Effectuer à la place

changer le tampon absorbant ou la bande hygiénique
procéder à une toilette génitale

Surveiller

s'assurer que la personne change le tampon absorbant ou la bande hygiénique
s'assurer qu'elle procède à une toilette génitale

Fréquence de référence : 1.25 fois par semaine ce qui correspond à une fréquence de 5 fois par jour pendant 5 jours du mois.

AE306 Hygiène buccale

Clientèle : La personne nécessite une aide pour les soins des dents, prothèses dentaires ou muqueuses afin d'assurer une bonne hygiène et d'éviter les affections.

Effectuer à la place

nettoyer les dents ou prothèses dentaires
utiliser un rince-bouche s'il y a lieu
offrir une assistance lors d'un gargarisme s'il y a lieu

Surveiller

assurer une présence constante pendant toute la durée de son hygiène buccale.

Fréquence de référence : 2 fois par jour.

AE307 Soins de la barbe ou peau

Clientèle : La personne requiert une aide pour ses soins de peau / visage ou le rasage de la barbe ; elle nécessite une présence constante afin que les soins de peau / barbe soient faits (démence sénile, paralysie totale, déficience visuelle, etc.).

Description

Rasage de la barbe chez l'homme, mettre une eau de rasage
Epilation de la barbe à l'aide d'une pincette chez la femme
Application d'une crème de jour / visage chez la femme

AE308 Lavage cheveux

Clientèle : La personne ne peut pas se laver les cheveux, et nécessite une aide complète, une aide partielle, une présence constante ou surveillance afin que le lavage des cheveux soit assuré.

Description

Savonner, rincer et sécher les cheveux
Brosser ou peigner les cheveux

Fréquence de référence : 1 fois par semaine.

AE309 Soins ongles

Clientèle : La personne nécessite une aide pour l'entretien régulier des ongles.

Description

Couper les ongles des mains et pieds

Fréquence de référence : 1 fois par semaine.

AE310 Urinal

Clientèle : La personne nécessite une aide à répondre à ses besoins d'élimination vésicale.

Description

Mettre à disposition, enlever, vider, rincer et ranger l'urinal
Demeurer auprès de la personne s'il y a lieu
Aider à enlever et remettre les vêtements

Fréquence de référence : 1 fois par nuit ou 5 fois par jour pour la personne alitée. Si la personne peut se lever et se déplacer, il faut plutôt prévoir une assistance à la toilette afin de prévenir une immobilisation prolongée.

AE311 Bassin de lit

Clientèle : La personne alitée, qui nécessite une aide à répondre à ses besoins d'élimination vésicale ou intestinale.

Description

Mettre à disposition, donner, enlever, vider,
rincer et ranger le bassin de lit
Demeurer auprès de la personne s'il y a lieu
Offrir le papier hygiénique
Laver et assécher le siège de la personne
Aider à enlever et remettre les vêtements

Fréquence de référence : 1 fois par nuit ou 5 fois par jour pour la personne alitée. Si la personne peut se lever et se déplacer, il faut plutôt prévoir une assistance à la toilette afin de prévenir une immobilisation prolongée.

AE312 Assister à la toilette

Clientèle : La personne nécessite une aide à répondre à ses besoins d'élimination vésicale.

Description

Aider la personne à se rendre à la toilette
Aider la personne à s'asseoir et à se lever de la toilette ou de la chaise d'aisance
Demeurer auprès d'elle
Offrir du papier hygiénique
Assécher le siège
Aider la personne à enlever et à remettre les vêtements

Fréquence de référence : 5 fois par jour.

AE313 Soins d'incontinence

Clientèle : La personne qui présente une perte de contrôle au niveau du sphincter urétral ou anal et qui en raison de sa limitation physique ou psychique nécessite une aide pour les soins reliés à son incontinence.

Description

Aider la personne à se rendre à la toilette
Aider la personne à s'asseoir et à se lever de la toilette ou de la chaise d'aisance
Enlever la culotte ou les langes
Laver et assécher la personne
Appliquer une crème ou lotion
Mettre la culotte, les langes propres
Aider à se dévêtir et à se rhabiller

Fréquence de référence : 5 fois par jour.

6.2.1.2. Les aides et soins dans le domaine de la nutrition

Le relevé type distingue 6 positions.

AE101 Aide minimale

Clientèle : La personne est capable de manger seule, mais elle nécessite en raison de sa condition physique ou psychologique d'être guidée ou motivée.

Guider

mettre le couvert, préparer le plateau
(ouvrir les contenants etc.)
couper et piler les aliments
servir les aliments sur l'assiette, servir
les boissons

Motiver

stimuler, inciter verbalement la personne
à manger et boire

Fréquence de référence : 3 fois par jour.

AE102 Aide partielle

Clientèle : La personne à qui on doit assurer le service du repas et que l'on doit aider régulièrement pendant le repas en raison de difficultés d'ordre mental ou physique (déficience visuelle, déficience cognitive, etc.).

Effectuer en partie

mettre le couvert, préparer le plateau
ouvrir les contenants
couper et piler les aliments,
servir les aliments sur l'assiette, servir
les boissons
intervenir au cours du repas pour aider
la personne à manger et / ou à boire

Instruire, Soutenir

instruire la personne pour mettre le
couvert et préparer la table
soutenir la personne au cours du repas
pour la stimuler ou la freiner
s'assurer qu'elle boit

Fréquence de référence : 3 fois par jour.

AE103 Aide complète

Clientèle : La personne qui présente une incapacité totale pour s'alimenter. En raison de son état physique ou psychique elle a des difficultés à faire ou à terminer les gestes nécessaires pour l'alimentation (membre immobilisé par une paralysie ou amputation, désorientation totale, psychose, refus d'alimentation).

Effectuer à la place

mettre le couvert ou préparer le plateau
(ouvrir les contenants)
couper et piler les aliments
servir les aliments sur l'assiette
servir les boissons
donner à manger
donner à boire à chaque repas

Surveiller

assurer une présence constante
pendant les repas tout en incitant la
personne à manger et à boire
suffisamment

Fréquence : 3 fois par jour.

AE104 Nutrition entérale

Clientèle : La personne est incapable de s'alimenter normalement, et il faut lui assurer un équilibre nutritif.

Description

Préparer la solution de gavage
Préparer la bouteille, le sac ou la seringue de gavage
Mesurer le résidu gastrique s'il y a lieu
Installer le gavage
Vérifier le débit
Irriguer la sonde gastrique s'il y a lieu
Fermer et fixer la sonde gastrique
Nettoyer et entretenir l'équipement

Fréquence de référence : 6 fois par jour.

AE105 Hydratation

Clientèle : La personne qui, en raison de ses limitations physiques ou psychiques, est incapable de boire seule ou de se servir des boissons.

Description

Mettre à disposition les boissons
Donner à boire
S'assurer que la personne boit assez

Fréquence de référence : 6 fois par jour.

AE106 Collation

Clientèle : La personne, qui en raison de ses limitations physiques ou psychiques est incapable de manger et qui nécessite une collation afin d'assurer son équilibre alimentaire (diabète, cancer).

Description

Donner la collation

Fréquence de référence : 3 fois par jour.

6.2.1.3. Les aides et soins dans le domaine de la mobilité

Le relevé type distingue 8 positions.

AE201 Habillage Déshabillage aide minimale

Clientèle : La personne qui peut s'habiller et se déshabiller seule, mais qui en raison de sa condition physique ou psychique nécessite d'être guidée ou motivée.

Guider

préparer les vêtements de la personne
ranger les vêtements

Motiver

préparer les vêtements de la personne
stimuler verbalement la personne à s'habiller et à se déshabiller
veiller à ce que la personne change de vêtements régulièrement

Fréquence de référence : 2 fois par jour.

AE202 Habillage Déshabillage aide partielle

Clientèle : La personne qui en raison de son handicap physique ou psychique, a des difficultés à accomplir certains gestes indispensables à l'habillage ou au déshabillage complet.

Effectuer en partie

préparer les vêtements
commencer, poursuivre, terminer ou effectuer en partie l'habillage ou le déshabillage
ranger les vêtements
veiller à ce que la personne change de vêtements régulièrement

Instruire, Soutenir

préparer les vêtements
soutenir verbalement la personne en lui disant de temps à autre ce qu'elle doit faire afin de terminer son habillage ou déshabillage
s'assurer que la personne range les vêtements
veiller à ce la personne change de vêtements régulièrement

Fréquence de référence : 2 fois par jour.

AE203 Habillage Déshabillage aide complète

Clientèle : La personne qui ne peut pas accomplir son habillage ou déshabillage complet en raison de son handicap physique ou psychique.

Effectuer à la place

préparer les vêtements
habiller et déshabiller la personne
ranger les vêtements

Surveiller

s'assurer que la personne prépare ses vêtements
assurer une présence constante pendant l'habillage et le déshabillage tout en incitant verbalement la personne
s'assurer que la personne range les vêtements
veiller à ce que la personne change de vêtements régulièrement

Fréquence de référence : 2 fois par jour.

AE204 Installation prothèse, orthèse, épi thèse ou moyens de protection physique

Clientèle : La personne ayant besoin d'un appareil de support servant à protéger les muscles affaiblis, à corriger les difformités anatomiques ou à protéger certaines parties du corps afin d'assurer sa protection et son bien-être. Il peut s'agir de prothèses ou orthèses orthopédiques, visuelles et auditives, de bas thérapeutiques, de coquille oculaire, d'une bande herniaire, d'un casque protecteur, etc.

Description

Veiller à ce que la personne mette ou enlève sa prothèse
Installer et enlever la prothèse
Ajuster régulièrement la prothèse auditive

Fréquence de référence : 1 fois par jour (installer et enlever un appareil comptent pour une fois).

AE205 Lever avec aide (1 intervenant)

Clientèle : La personne qui en raison de sa condition physique ou psychique est limitée dans ses mouvements.

Description

Préparer le fauteuil, la chaise roulante ou le lit
Aider la personne à se lever du lit, du fauteuil
Lever la personne pour faire un transfert de position

Fréquence de référence : 6 fois par jour.

AE206 Lever avec l'aide d'un levier hydraulique (2 intervenants ou plus)

Clientèle : La personne qui nécessite une aide totale pour être levée et qui est incapable de collaborer en raison d'une limitation physique ou psychique.

Description

Préparer le fauteuil, la chaise roulante ou le lit
Aider la personne à se lever du lit, du fauteuil en utilisant un levier hydraulique ou au moins 2 intervenants

Fréquence de référence : 6 fois par jour.

AE207 Se déplacer avec aide

Clientèle : La personne n'est plus en mesure de se déplacer seule en raison d'une limitation physique ou psychique.

Guider

donner l'appareil facilitant la marche
aider la personne à marcher,
surveiller la marche
déplacer la personne en fauteuil roulant

Motiver

motiver la personne à marcher
veiller à ce que la personne marche durant la journée

Fréquence de référence : 3 fois par jour.

AE208 Friction, installation

Clientèle : Personne limitée dans ses mouvements en raison de son état physique ou psychique et qui nécessite un changement de position régulier.

Description

Alterner les positions de la personne
Masser les points de pression
Installer ou remplacer les talonnières, peau de mouton ou autres protecteurs cutanés
Changer la literie

Fréquence de référence : 12 fois par jour.

Le risque d'escarres est déterminé selon l'échelle de Norton et la fréquence est calculée selon la règle d'utilisation.

Points	Risque d'escarres	Points	Fréquence
1 - 8	Inexistant		
9 - 12	Faible		
13 - 18	Élevé	13 - 15	3 fois
		16 - 18	6 fois
19 - 24	Fort	19 - 21	9 fois
		22 - 24	12 fois

6.2.2. Les tâches domestiques

Le relevé type distingue 2 positions.

TD101 Forfait normal

Ce forfait est destiné à couvrir la prise en charge des tâches domestiques qui sont directement liées aux soins de base et nécessaires à l'exécution des actes essentiels de la vie, à savoir l'entretien courant de la pièce où la personne dépendante se tient habituellement, les courses, l'entretien de la salle de bains, de l'équipement nécessaire à son alimentation ainsi que l'entretien du linge.

Sont exclus les gros travaux de nettoyage, de rangement ou autres qui ne sont pas indispensables au bon déroulement de la vie courante.

TD102 Supplément

Le supplément est destiné à couvrir des tâches domestiques plus exceptionnelles telles qu'un entretien plus important du linge lié à des problèmes d'incontinence, des vomissements ou une transpiration abondante ainsi que dans les situations où le matériel utilisé doit être fréquemment désinfecté.

6.2.3. Les activités de soutien

Le relevé type distingue 8 positions.

Ces activités entendent apporter une prise en charge adaptée à la personne dépendante ou le cas échéant, un répit planifié à l'aidant informel.

Les activités de soutien répondent à un besoin d'aide spécifique, relevant souvent de la sphère psychologique et psychiatrique. Elles sont prestées uniquement par des professionnels.

SO101 Surveillance / garde à domicile

Elle vise à assurer une présence à la personne qui, en raison de sa condition physique ou psychique, ne peut pas rester seule lorsque son entourage ou son aidant informel doivent s'absenter. Elle vise à assurer ainsi un répit planifié à l'entourage.

SO102 Centre de jour spécialisé

Le centre de jour spécialisé⁵⁶ constitue un milieu protégé, destiné à préserver les capacités physiques, mentales et sociales de la personne hébergée, par la mise en œuvre de toute mesure adéquate. Le centre de jour spécialisé offre en outre à l'entourage la possibilité d'un répit planifié.

En ce qui concerne le centre de jour spécialisé, ce plafond correspond à 48 heures par semaine⁵⁷.

SO103 - SO107 Accompagnement individuel de soutien

L'accompagnement individuel de soutien permet d'établir une relation directe et ouverte avec la personne ou ses proches par des moyens de communication verbale ou non-verbale qui peuvent consister à échanger, informer, toucher, écouter, reconforter, initier ou participer à des activités récréatives ou autres. L'équipe multidisciplinaire détermine en fonction de la spécificité du besoin de la personne, le professionnel le mieux à même d'apporter le soutien requis (SO103 infirmière psychiatrique, SO104 assistant social, SO105 ergothérapeute, SO106 kinésithérapeute, SO107 psychologue).

SO108 Course / sortie avec la personne

Cet acte vise à assurer un accompagnement aux personnes qui en raison de problèmes psychiques ou physiques sont incapables de sortir seules pour effectuer des démarches, faire des courses ou se promener.

6.2.4. Les activités de conseil

Le relevé type distingue 20 positions.

Les activités de conseil sont requises temporairement, pour une durée déterminée et au début de la prise en charge. Leur objectif est de fournir les bases nécessaires à une prise en charge de longue durée efficiente et adaptée et d'apporter à la personne dépendante, à son entourage et aux différents intervenants professionnels, les apprentissages indispensables à cette prise en charge.

56) Voir : La centralisation des données sur l'offre en établissement d'aides et de soins ou en centre de jour ou de nuit, p. 13 et Le contenu du contrat d'aides et de soins - Définitions, p. 126 et Dispositions applicables aux centres de jour spécialisés - p. 129.

57) Chaque aide et soin répertorié dans le relevé type est affecté de deux coefficients destinés à rendre compte de la valeur relative des aides et soins les uns par rapport aux autres. Le coefficient de qualification est basé sur la qualification professionnelle requise pour effectuer l'acte. Le coefficient d'intensité est basé sur le caractère collectif ou individuel de la prise en charge. Pour les centres de jour spécialisés, le coefficient d'intensité est de 0,25. De cette façon, 12 heures requises en centre de jour spécialisé correspondent à 48 heures données.

Les activités de conseil sont dispensées par des professionnels spécialisés, tels qu'ergothérapeutes, infirmiers ou psychologues par exemple, attachés à l'établissement d'aides et de soins, au réseau d'aides et de soins ou à la CEO.

CS201 - CS212 : Conseil à la personne dépendante pour les actes essentiels de la vie

Les conseils portant sur les trois domaines des actes essentiels de la vie sont dispensés soit par un ergothérapeute, soit par un kinésithérapeute selon le problème de la personne :

CS201 et CS202 Nutrition
CS203 et CS204 Hygiène corporelle
CS205 et CS206 Habillage Déshabillage
CS207 et CS208 Mobilité
CS209 et CS210 Positionnement
CS211 et CS212 Transferts

CS213 Communication de support

Clientèle : Personne chez qui un problème d'ordre bio-psycho-social entraîne soit une détérioration cognitive, une désorientation, une inadaptation ou une manifestation d'émotions non maîtrisées.

Objectif :

prévenir une détérioration d'un problème actuel ou sa réapparition ;
améliorer le fonctionnement psychomoteur ;
maintenir un niveau de socialisation satisfaisant ;
soutenir la personne dans sa démarche pour résoudre un problème d'ordre bio-psycho-social ;
maintenir ou améliorer l'orientation dans la réalité de façon optimale ;
augmenter la sensibilité et la discrimination des sensations ;
stimuler la fonction mnésique.

CS214 - CS219 : Conseil entourage

Selon le type de problème présenté par la personne, l'équipe multidisciplinaire désignera la qualification professionnelle la mieux à même d'apporter les conseils retenus.

Objectif :

sensibiliser l'entourage à la prévention de complications ;
sensibiliser l'entourage aux besoins de la personne dépendante ;
aider l'entourage à ajuster ses habitudes aux limites de la personne dépendante ;
aider l'entourage à trouver des solutions adaptées aux besoins de la personne ;
dépendante de façon à assurer une qualité de vie optimale.

CS220 Constitution dossier

Une prestation forfaitaire correspondant à une heure d'aides et de soins au coefficient 1 sera attribuée au réseau d'aides et de soins pour lui permettre de coordonner le partage des aides et soins et planifier l'intervention du réseau et de l'aidant informel au domicile de la personne dépendante.

6.3. LES PRESTATIONS EN NATURE EN CAS DE SÉJOUR DANS UN ÉTABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS⁵⁸

En cas de séjour dans un établissement d'aides et de soins, la personne dépendante peut avoir droit à :

- des aides et soins pour les actes essentiels de la vie ;
- une aide pour les tâches domestiques ;
- des activités de soutien.

Dans un établissement d'aides et de soins, la personne dépendante n'a pas droit au conseil, étant donné que la prise en charge est assurée exclusivement par des professionnels.

En ce qui concerne le contenu des différentes prestations, les mêmes dispositions (articles 348 et 350 du CAS) sont applicables qu'en cas de maintien à domicile.

En ce qui concerne la durée de prise en charge pour les différentes prestations

L'article 359 précise que pour l'aide aux actes essentiels de la vie, l'aide aux tâches domestiques et pour les activités de soutien, la durée de la prise en charge est identique à celle prise en charge dans le cadre du maintien à domicile.

Toutefois, l'article 360 du CAS dispose que : « *Dans les établissements d'aides et de soins, le maximum de vingt-quatre heures et demie par semaine prévu pour les actes essentiels de la vie ... , peut être porté à trente et une heure et demie par semaine pour des cas d'une gravité exceptionnelle dûment constatée par la cellule d'évaluation et d'orientation.* »

La personne dépendante peut avoir droit à :

- des aides et soins pour les actes essentiels de la vie jusqu'à 24,5 heures par semaine ou jusqu'à 31,5 heures par semaine ;
- une aide forfaitaire aux tâches domestiques de 2,5 heures par semaine ou 4 heures par semaine ;
- des activités de soutien jusqu'à 12 heures par semaine.

58) Voir : La détermination des aides et soins requis, p. 18.

Dans la suite nous allons spécifier le contenu des différentes catégories d'actes dans la mesure où il diffère de celui défini pour le maintien à domicile.

6.3.1. Les aides et soins pour les actes essentiels de la vie

Le relevé type distingue les mêmes positions que celles prévues pour le maintien à domicile.

En ce qui concerne les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, on ne relève pas de différence avec ce qui est pris en charge dans le cadre du maintien à domicile. Aussi, se reportera-t-on à la description, retenue pour le maintien à domicile.

En ce qui concerne les tâches domestiques et les activités de soutien, il importe d'apporter quelques précisions.

6.3.2. Les tâches domestiques

Le relevé type ne distingue pas de positions spécifiques, néanmoins le contenu du forfait normal (TD101) diffère légèrement de celui retenu pour le maintien à domicile.

Ce forfait est destiné à couvrir la prise en charge des tâches domestiques qui sont directement liées aux soins de base et nécessaires à l'exécution des actes essentiels de la vie, à savoir l'entretien courant de la pièce où la personne dépendante se tient habituellement, l'entretien de la salle de bains, ainsi que l'entretien du linge privé.

6.3.3. Les activités de soutien

Le relevé type distingue 5 positions spécifiques pour les activités de soutien en milieu stationnaire.

Le soutien en milieu stationnaire entend répondre aux besoins d'animation indispensables au maintien ou à la restauration de l'autonomie de la personne dépendante. Le soutien stationnaire peut consister en activités individuelles ou en activités de groupe.

SO109 - SO112 Soutien stationnaire / activité individuelle

Objectif : restaurer, maintenir ou augmenter le pouvoir fonctionnel de la personne qui présente des problèmes moteurs, sensoriels, cognitifs ou psychiques par une intervention personnalisée.

Selon le problème posé par la personne, l'intervention peut être celle d'un infirmier psychiatrique (SO109), d'un ergothérapeute (SO110), d'un kinésithérapeute (SO111) ou d'un psychologue (SO112).

SO113 Soutien stationnaire / activités de groupe

Objectif : restaurer, maintenir ou augmenter le pouvoir fonctionnel de la personne qui présente des problèmes moteurs, sensoriels, cognitifs ou psychiques par une prise en charge collective adaptée à ses intérêts.

Les activités doivent être conçues et dirigées par un professionnel disposant d'une qualification spécifique (ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, pédagogue curatif, etc.). Leur exécution peut être confiée à un agent disposant d'une qualification inférieure.

Les activités de soutien de groupe retenues pour une personne s'appuieront sur une exploration préalable des besoins et des intérêts de la personne. Il appartiendra au professionnel de l'établissement de retenir les activités de groupe les mieux adaptées.

6.4. LA DÉTERMINATION DES PRESTATIONS EN NATURE

La détermination des prestations en nature se fait par l'application en cascade de différentes dispositions légales.

L'article 350, alinéa 2 du CAS dispose :

« Il (le plan de prise en charge) prévoit une durée standardisée pour les différents aides et soins. La durée standardisée peut être pondérée moyennant un coefficient tenant compte de l'intensité des aides et des soins ou de la qualification requise du personnel pour les dispenser. La pondération tenant compte de l'intensité des aides et des soins s'applique à toutes les durées des aides et soins prévus dans le cadre du présent livre. »

L'alinéa 3 du même article de poursuivre :

« Le plan de prise en charge, établi en concertation avec le bénéficiaire ou avec les membres de sa famille, le réseau d'aides et de soins ou l'établissement, détermine sur base du relevé type la durée des aides et des soins à prester par un réseau d'aides et de soins en cas de maintien à domicile ou par un établissement d'aides et de soins. »

Finalement l'article 395 établit le mécanisme de conversion de la durée des aides et soins en un montant exprimé en argent, en déterminant notamment que :

« Le montant des prestations en nature opposable aux établissements et réseaux d'aides et de soins est déterminé en multipliant la durée hebdomadaire au sens des articles 353 (domicile) et 359 (établissement d'aides et de soins) pondérée en tenant compte de la qualification requise, par des valeurs monétaires négociées séparément chaque année par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance avec le ou les groupements professionnels des établissements et des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 et 390. »

Durée standardisée

Pour la prestation de chaque « acte essentiel de la vie », le relevé type retient une durée standardisée fixe. Cette durée rend compte du temps exprimé en minutes, habituellement nécessaire⁵⁹ à un ou plusieurs professionnels pour apporter cette aide. Ces durées standard se sont largement inspirées du système CTMSP. Elles ne peuvent être modifiées sans mettre en cause la validité interne et externe du système.

Pour les tâches domestiques le relevé type retient deux durées forfaitaires par semaine, telles qu'elles sont déterminées dans la loi. La première (150 minutes) correspond au temps nécessaire à la prise en charge des activités domestiques courantes dans une situation sans difficulté exceptionnelle. La seconde (90 minutes) correspond à la prise en charge d'un supplément pour des situations plus lourdes, par exemple des personnes dont l'état requiert davantage d'entretien du linge.

En ce qui concerne les activités de soutien, le relevé type des aides et soins retenu pour le Luxembourg est moins exhaustif que les formules de services requis du CTMSP. Pour ce qui des durées retenues dans le relevé, elles correspondent au temps minimum nécessaire pour que l'activité de soutien puisse être réalisée efficacement.

Il en va de même pour les activités de conseil. C'est le professionnel de l'équipe multidisciplinaire, compétent pour le type de conseil retenu qui fixe la fréquence requise en fonction du temps qu'il estime globalement nécessaire pour que le conseil puisse porter ses fruits.

Fréquence

Chaque aide et soin peut être donné une ou plusieurs fois par jour selon les besoins de la personne. Le relevé type retient une limite de référence pour la fréquence d'exécution de chaque acte. Cette limite correspond, à quelques exceptions près, à celle qui a été retenue pour le même acte dans le cadre du CTMSP. Dans cette limite, la fréquence d'exécution reste à l'appréciation de l'équipe multidisciplinaire. Dans certains cas, la fréquence de référence peut être dépassée si l'équipe multidisciplinaire l'estime nécessaire. Elle est alors tenue de motiver ce dépassement.

59) Les professionnels qui ont contribué à la mise au point de l'outil CTMSP se sont accordés sur le temps qu'ils estiment nécessaire pour le soin chez la plupart des patients. C'est la raison pour laquelle on parle de durée standard. « Chaque liste de services a été construite par un comité de professionnels. Les comités ont utilisé une méthode de décision structurée adaptée de la méthode du groupe nominal. » CTMSP87 - La détermination des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire, Montréal, 1987 p. 6.

Coefficient qualification

La qualification minimale des personnes admises pour l'exécution des aides et soins s'exprime à travers des coefficients spécifiques dont la valeur est arrêtée dans le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

La qualification de référence est celle de l'aide soignant et de l'aide socio-familial qui possède le coefficient 1.

Un coefficient d'une valeur inférieure à 1 est attribué aux aides et soins exécutés par un professionnel moins qualifié que l'aide soignant ou l'aide socio-familial.

Un coefficient d'une valeur supérieure à 1 est attribué aux aides et soins exécutés par un professionnel plus qualifié que l'aide soignant ou l'aide socio-familial.

Le tableau des coefficients qualification attribués aux différentes professions se présente comme suit :

Qualification professionnelle	Coefficient qualification (Qualification Minimale Requise QMR)
Personnel sans qualification	0.4
Aide socio-familiale	1.0
Aide soignant	1.0
Infirmier	1.1
Educateur	1.1
Infirmier psychiatrique	1.2
Infirmier en pédiatrie	1.2
Ergothérapeute	1.4
Kinésithérapeute	1.4
Infirmier gradué	1.4
Educateur gradué	1.4
Assistant social	1.4
Rééducateur en psychomotricité	1.4
Pédagogue curatif	1.4
Psychologue	1.6
Assistant d'hygiène sociale	1.6
Pédagogue curatif licencié	1.6

Pour les actes essentiels de la vie, le coefficient est toujours 1.0, à l'exception de la nutrition entérale qui, réservée aux infirmiers, est affectée du coefficient 1.1.

Pour les tâches domestiques, le coefficient est de 0.4.

Pour les activités de soutien, le coefficient qualification varie de 1 à 1.6 suivant la qualification requise pour la prestation de l'activité. C'est l'équipe multidisciplinaire qui désigne le professionnel le mieux à même pour apporter le type de soutien requis.

Le même raisonnement s'applique pour les conseils.

Coefficient Intensité

A côté du coefficient qualification, le mécanisme de détermination de la valeur des prestations en nature connaît un coefficient intensité qui exprime le rapport entre unités de main d'œuvre affectées à certaines prestations et le nombre de personnes dépendantes bénéficiaires de ces prestations en une séance.

Tous les actes repris dans le relevé type ont un coefficient intensité de 1, sauf le « centre de jour spécialisé SO102 » qui a un coefficient intensité de 0.25. Pour les besoins du calcul l'on admet que quatre personnes sont simultanément prises en charge par un professionnel.

Valeur monétaire

L'article 395 du CAS dispose : « *Le montant des prestations en nature opposable aux établissements et réseaux d'aides et de soins est déterminé en multipliant la durée hebdomadaire au sens des articles 353 et 359 pondérée en tenant compte de la qualification requise par des valeurs monétaires négociées séparément chaque année par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance avec le ou les groupements professionnels des établissements et des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 et 390.*

Sont applicables pour autant que nécessaires les dispositions des articles 62, 69, 70 et 71 du présent code.

Nonobstant les dispositions qui précèdent, les valeurs monétaires pour l'année prévue pour la mise en vigueur de la présente disposition et l'année subséquente sont déterminées par règlement grand-ducal. »

A partir de 2001, la valeur monétaire applicable dans le domaine du maintien à domicile est négociée chaque année avec l'UCM et le ou les groupements professionnels représentant les réseaux d'aides et de soins. Il en est de même avec la valeur monétaire applicable dans le domaine stationnaire laquelle est négociée chaque année avec l'UCM et le ou les groupements professionnels des établissements d'aides et de soins⁶⁰.

60) *La Confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans les domaines de prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes a.s.b.l. (COPAS) est le groupement représentatif des réseaux et des établissements d'aides et de soins.*

Cependant en vertu de l'article 395, alinéa 3 du CAS les valeurs monétaires respectives sont fixées par voie de règlement grand-ducal pour les exercices 1999 et 2000.

Pour l'exercice 1999, le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998⁶¹ détermine les deux valeurs monétaires.

La valeur monétaire d'une heure d'aides et soins (coefficient qualification 1) délivrés

- par les réseaux d'aides et de soins est de 1.500 francs⁶² (soit 25 francs minute) ;
- par les établissements d'aides et de soins est de 1.420 francs⁶³ (soit 23.66 francs minute).

Le temps requis

Pour mesurer le besoin requis de la personne, la CEO additionne le temps requis par semaine pour chacun des actes du relevé des aides et des soins.

Le temps requis par semaine (TRS) est donc la somme des produits obtenus en multipliant la durée standard de chaque acte requis par la fréquence quotidienne et la fréquence hebdomadaire retenues par l'équipe multidisciplinaire.

Le temps requis pondéré par semaine (TRS) constitue la base pour l'établissement du plan de partage et, conformément à l'alinéa 4 de l'article 353, la substitution des aides et soins entre les domaines des actes essentiels et des activités de soutien.

Pour l'application des articles 353 et 360 du CAS fixant les plafonds des prestations, la CEO prend en considération le temps requis pondéré par semaine (TRPS1).

Le temps requis pondéré par semaine (TRPS1) est la somme des produits obtenus en multipliant le temps requis par semaine (TRS) de chaque acte du relevé par son coefficient d'intensité.

Etant donné que la loi prévoit des plafonds différents pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien, les activités de conseil, on effectuera des sous-totaux pour chacune de ces subdivisions.

Pour le paiement des prestations, l'UCM s'appuie sur le temps requis pondéré par semaine (TRPS2).

Le temps requis pondéré par semaine (TRPS2) est la somme des produits obtenus en multipliant le temps requis pondéré par semaine (TRPS1) de chaque acte par son coefficient de qualification.

En multipliant le temps requis pondéré par semaine par la valeur monétaire, on obtient le montant de la prestation en nature. L'article 395 du CAS dispose en effet :

61) Il s'agit du règlement grand-ducal déterminant les valeurs monétaires pour les établissements et les prestataires d'aides et de soins dans le cadre de l'assurance dépendance, Mém. A 1998, p. 3268.

62) 37,18 euro.

63) 35,20 euro.

« Le montant de la prestation en nature opposable aux établissements et aux réseaux d'aides et de soins est déterminé en multipliant la durée hebdomadaire au sens des articles 353 et 359 par des valeurs monétaires négociées séparément chaque année par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance avec le ou les groupements professionnels des établissements et des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 et 390. »

Note concernant la détermination des aides et soins à transmettre au système PEN2 et aux prestataires

Conformément à l'article 350 du CAS, le résultat de la détermination des aides et soins doit consister, d'une part, dans l'établissement de la liste précise des actes à effectuer par le réseau ou par l'établissement et, d'autre part, par l'indication à l'UCM du montant maximal des prestations à prendre en charge au profit des prestataires et, le cas échéant, du montant des prestations en espèces à verser à la personne dépendante.

En cas de partage des prestations entre le réseau et l'aidant informel, il y a lieu de communiquer au réseau et à l'UCM uniquement le relevé des aides et soins à prester par ce réseau. Le détail des actes à prester par l'aidant informel n'est en principe pas nécessaire pour l'établissement et le contrôle de la facturation du réseau.

Les supports d'information qui interviennent dans la détermination des aides et soins sont donc les suivants :

- le relevé type des aides et soins requis (RAS)
- le plan de partage (PdP)
- le plan de prise en charge (PPC)

1) L'établissement du relevé type d'aides et de soins requis

Pour l'ensemble des actes figurant sur le RAS, la durée standard (DS), le coefficient intensité (CI) et le coefficient de qualification (CQ) sont définitivement arrêtés par le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance. L'établissement du RAS ne nécessite donc que la fixation pour chacun des actes essentiels de la vie (AE) de la fréquence journalière (FJ) et de la fréquence hebdomadaire (FH), pour chaque acte des tâches domestiques (TD) et du soutien (SO) de la fréquence hebdomadaire (FH) et pour chaque acte de conseil (CS) du nombre de séances de conseil (NC).

A remarquer que pour les actes AE308 (lavage de cheveux) et AE309 (soins ongles), la fréquence journalière (FJ) est fixée d'office à 1. De plus, pour augmenter la flexibilité de l'allocation des soins, il est possible qu'un même acte AE figure plusieurs fois dans le relevé avec des FJ et FH différents.

Comme le point 2 de l'article 350 dispose que la pondération tenant compte de l'intensité s'applique à toutes les durées prévues, on obtient la détermination du temps requis (TRPS1) de la manière suivante :

$$TRPS1AE = \sum_{i \in AE} DS_i * CI_i * FJ_i * FH_i$$

$$TRPS1TD = \sum_{i \in TD} DS_i * CI_i * FH_i$$

$$TRPS1SO = \sum_{i \in SO} DS_i * CI_i * FH_i$$

$$TRPS1CS = \sum_{i \in CS} DS_i * CI_i * NC_i$$

Le RAS est donc intégralement défini par la fixation des fréquences FJi, FHi et NCi.

Pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance dépendance conformément à l'article 349 du CAS, il faut que

TRPS1AE >= 210 minutes.

Le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 prévoit trois catégories de personnes (articles 2 à 4) qui, en remplissant certaines conditions, relèvent d'office de l'assurance dépendance et bénéficient d'au moins d'une prise en charge de 6 heures d'actes essentiels de la vie. Ces 6 heures sont d'office transformées en prestations en espèces en vertu de l'article 5 du règlement précité. A cet effet, il y aurait lieu de prévoir sur le RAS trois positions supplémentaires :

	DS	FJ	FH	CI	CQ
AE401 art. 2 du RGD 18.12.98	360	1	1	1	1
AE402 art. 3 du RGD 18.12.98	360	1	1	1	1
AE403 art. 4 du RGD 18.12.98	360	1	1	1	1

Ces positions ne sont évidemment pas cumulables avec les autres positions du RAS concernant les actes AE, TD, SO et CS, en vertu de l'article 6 du règlement précité qui dispose que ces personnes peuvent bénéficier également d'une évaluation normale.

Pour l'application de l'article 353, al.1, en ce qui concerne les soins à domicile, il faudrait que

TRPS1AE <= 1470 minutes

Toutefois, l'alinéa 4 de l'article 353 dispose que "dans la limite de la durée fixée en application de l'article 351, le plan de prise en charge peut substituer des aides et soins dans un des domaines visés ci-avant à ceux prévus dans un autre domaine". Il en résulte que pour un plan de prise en charge établi pour des soins à domicile, une substitution entre des actes essentiels de la vie et des actes de soutien est possible. Dans la mesure, où les tâches domestiques constituent un forfait, une substitution avec des actes essentiels de la vie et des actes de soutien ne semble pas indiquée, ce d'autant plus que la substitution des tâches domestiques à coefficient de qualification faible (0,4) par d'autres actes à coefficient de qualification plus élevée conduirait à une majoration induite des prestations.

Pour tenir compte de la possibilité de substitution entre les actes essentiels de la vie et les actes de soutien, il faut transformer la condition de l'article 353 en

TRPS1AE + TRPS1SO <= 2190 minutes

TRPS1TD = 0, 150 ou 240 minutes

Pour l'application de l'article 360 pour les soins en établissement, où aucune substitution n'est prévue, il faut que

TRPS1AE <= 1890 minutes

$TRPS1TD = 0, 150 \text{ ou } 240 \text{ minutes}$

$TRPS1SO \leq 720 \text{ minutes}$

Compte tenu de ces plafonds, la CEO doit nécessairement réduire les actes AE et SO ainsi que les fréquences afférentes de manière à rester sous les plafonds prévus. Donc le RAS communiqué à la personne dépendante, au prestataire et à l'UCM doit impérativement afficher une durée TRPS1 inférieure ou égale aux plafonds cités ci-dessus, sinon il sera refusé par l'UCM.

2) La détermination du plan de partage

Le PdP n'est établi que pour les soins à domicile. Conformément à l'article 350, point 2, alinéa 2, le PdP ne peut être établi qu'en tenant compte de la durée exprimée en TRPS1. Par ailleurs le partage ne concerne que les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques.

Si la personne dépendante renonce aux prestations fournies par les réseaux et demande uniquement la prestation en espèces, il n'y a pas lieu d'établir un PdP, mais il y a lieu de calculer la prestation en espèces directement à partir du résultat du RAS.

En principe, la CEO devrait donc départager les deux totaux TRPS1AE et TRPS1TD en des sous-totaux TRPS1AER et TRPS1AEA ainsi que TRPS1TDR et TRPS1TDA (R : réseau, A : aidant informel) avec la condition que

$$TRPS1AEA + TRPS1TDA \leq \min(630 ; 420 + (TRPS1AE + TRPS1TD - 420)/2 ; TRPS1AE + TRPS1TD)$$

Pour effectuer ce partage, il a lieu de départager les fréquences journalières (FJi) et hebdomadaires (FHi) en des fréquences à attribuer au réseau (**FJRI et FHRI**) et à l'aidant informel (**FJAI et FHAi**). Par ailleurs, comme les tâches domestiques constituent un forfait, ce forfait doit être affecté soit intégralement à l'aidant informel, soit intégralement au réseau.

$$TRPS1AER = \sum_{i \in AE} DS_i * C_{ii} * F_{JRI} * F_{HRI}$$

$$TRPS1TDR = 0 \text{ ou } TRPS1TD$$

$$TRPS1AEA = \sum_{i \in AE} DS_i * C_{ii} * F_{JAI} * F_{HAI}$$

$$TRPS1TDA = TRPS1TD \text{ ou } 0$$

Le PdP est donc intégralement défini par l'indication des fréquences du réseau **FJRI** et **FHRI**, d'une part, et des fréquences de l'aidant informel **FJAI** et **FHAI**, d'autre part, en respectant la condition que les fréquences relatives aux tâches domestiques soient affectées soit au réseau, soit à l'aidant informel.

3) La détermination du plan de prise en charge

Le PPC est actuellement établi par la CEO en durée TRPS1. Ce plan de prise en charge ne renseigne donc pas sur la valeur des prestations prises en charge par l'UCM, puisqu'il n'est pas fait application des coefficients de qualification. Dans la mesure, où le PPC constitue le résumé des prestations prises en charge par l'UCM, il

y a lieu d'y indiquer également la durée en TRPS2, tenant compte des coefficients de qualification. En revanche, il ne semble pas nécessaire d'y indiquer la subdivision des actes essentiels de la vie, puisqu'elle figure sur le RAS.

3.1) PPC en établissement

La durée en TRPS2 s'obtient de la manière suivante :

$$TRPS2AE = \sum_{i \in AE} DSi * Cli * FJi * FHi * CQi$$

$$TRPS2TD = \sum_{i \in TD} DSi * Cli * FHi * CQi$$

$$TRPS2SO = \sum_{i \in SO} DSi * Cli * FHi * CQi$$

Le PPC se présentera donc comme suit :

Actes essentiels de la vie :	TRPS1AE	TRPS2AE
Tâches domestiques :	TRPS1TD	TRPS2TD
Soutien :	TRPS1SO	TRPS2SO
Total		

3.2) PPC à domicile sans aidant informel

Le calcul de la durée en TRPS2 s'effectue par les mêmes formules qu'en établissement. S'y ajoute, le cas échéant, les actes de conseil :

$$TRPS2CS = \sum_{i \in CS} DSi * Cli * Nci * CQi$$

La présentation du plan de partage peut se faire de la même manière que ci-dessus.

3.3) PPC à domicile avec partage

Le calcul de la durée en TRPS2 s'obtient par les formules :

$$TRPS2AER = \sum_{i \in AE} DSi * Cli * FJri * FHri * CQi$$

$$TRPS2TDR = \sum_{i \in TD} DSi * Cli * FHri * CQi$$

$$TRPS2AEA = \sum_{i \in AE} DSi * Cli * FJai * Fhai * CQi$$

$$TRPS2TDA = \sum_{i \in TD} DSi * Cli * Fhai * CQi$$

$$TRPS2SO = \sum_{i \in SO} DSi * Cli * FHi * CQi$$

$$TRPS2CS = \sum_{i \in CS} DSi * Cli * Nci * CQi$$

$$TRPS2PE = TRPS2AEA + TRPS2TDA$$

La présentation du PPC se fera comme suit:

Actes essentiels de la vie :	TRPS1AE	TRPS2AE
Tâches domestiques :	TRPS1TD	TRPS2TD

Sous-total :

Dont hors réseau : (max 630 minutes)	(TRPS1AE+ TRPS1TDA)	TRPS2PE
---	------------------------	---------

Réseau :	(TRPS1AER+ TRPS1TDR)	(TRPS2AER+ TRPS2TDR)
-----------------	-------------------------	-------------------------

Soutien :	TRPS1SO	TRPS2SO
------------------	---------	---------

Sous-total réseau :

Conseil	TRPS1CS	TRPS2CS
---------	---------	---------

3.4) PPC à domicile sans réseau

Lorsque la personne dépendante ne demande pas l'intervention d'un réseau, mais se limite à la seule prestation en espèces, il n'y a pas lieu de communiquer le détail des actes avec les fréquences FJAi et FHAi correspondantes au-delà de celles retenues dans le RAS.

La détermination de la prestation en espèces **TRPS2PE** se base sur la durée TRPS1AE et TRPS1TD déterminée au niveau du RAS. Toutefois, en raison des pondérations différentes de qualification, la transformation en TRPS2 n'est pas univoque et dépend de la tranche de 7 heures dans laquelle se situent les différents actes individuels. Afin de ne pas léser les personnes dépendantes, on admet que les actes à coefficient de qualification le plus élevé précèdent les actes à coefficient de qualification moins élevé.

On considère d'abord les actes AE et ensuite les actes TD. Si le RAS comprend la nutrition entérale (avec CQ104 = 1,1), il y a lieu d'ajouter au résultat la valeur de $NUTENT = 0,1 * DS104 * CI104 * FJ104 * FH104$.

Le calcul de TRPS2PE s'obtient comme suit :

Si $TRPS1AE + TRPS1TD \leq 420$

Alors **$TRPS2PE = TRPS1AE + 0,4 * TRPS1TD + NUTENT$**

Si $TRPS1AE \leq 420$ et $TRPS1AE + TRPS1TD > 420$
Alors $TRPS2PE = TRPS1AE + 0,4 \cdot (420 - TRPS1AE + (TRPS1TD - (420 - TRPS1AE))/2) + NUTENT$

Si $TRPS1AE > 420$ et $TRPS1AE + TRPS1TD \leq 840$
Alors $TRPS2PE = 420 + (TRPS1AE - 420 + 0,4 \cdot TRPS1TD)/2 + NUTENT$

Si $TRPS1AE \leq 840$ et $TRPS1AE + TRPS1TD > 840$
Alors $TRPS2PE = 420 + (TRPS1AE - 420 + 0,4 \cdot (840 - TRPS1AE))/2 + NUTENT$

Si $TRPS1AE > 840$
Alors $TRPS2PE = 630 + NUTENT$

Le PPC se présente alors comme suit:

Actes essentiels de la vie :	TRPS1AE	TRPS2AE
Tâches domestiques :	TRPS1TD	TRPS2TD
Sous-total :		
<i>Dont hors réseau :</i> (max 630 minutes)	$MIN(630 ;$ $TRPS1AE + TRPS1TD)$	$TRPS2PE$

6.5. LA PRESTATION EN ESPÈCES EN CAS DE MAINTIEN À DOMICILE

Les dispositions légales afférentes se lisent comme suit.

L'article 354 du CAS dispose : « *Les prestations prévues à l'article 353, alinéas 1 et 2, 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.*

Le remplacement des prestations en nature par une prestation en espèces ne peut s'effectuer que jusqu'à concurrence de sept heures par semaine. Si le droit aux prestations en nature est supérieur à sept heures par semaine, le remplacement peut porter en outre sur la moitié des prestations en nature se situant entre sept et quatorze heures par semaine... ».

L'article 355 du CAS dispose : « *Le montant de la prestation en espèces s'élève à la moitié de la valeur des prestations en nature qu'elle remplace.*

Les prestations en espèces ne sont pas soumises aux charges sociales et fiscales. Elles ne sont ni saisissables, ni cessibles. »

Pour mettre en œuvre le principe de la priorité du maintien à domicile, la loi n'envisage pas seulement les prestations en nature destinées à rémunérer les services de réseaux d'aides et de soins mais également une prestation en espèces. La prestation en espèces est « une prestation en nature hors réseau », destinée à rémunérer l'aidant informel qui assure des aides et soins à la personne dépendante en dehors d'un réseau professionnel.

Il importe de souligner que seuls les aides et soins pour les actes essentiels de la vie et pour les tâches domestiques peuvent être remplacées par une prestation en espèces. Les activités de conseil et de soutien ne peuvent être remplacées par une prestation en espèces, parce que ces activités doivent toujours être prestées par des professionnels.

Les prestations en nature et en espèces peuvent être combinées. La personne dépendante peut ainsi recevoir l'aide d'un réseau d'aides et de soins et une prestation en espèces.

En raison d'une priorité donnée aux prestations en nature, justifiée par la recherche d'une prise en charge de qualité, le montant de la prestation en espèces connaît des limites.

Ainsi seules les 7 premières heures hebdomadaires d'aides et des soins pour les actes essentiels de la vie et pour les tâches domestiques peuvent être remplacées par une prestation en espèces. Si le droit aux prestations en nature est supérieur à 7 heures par semaine, la moitié seulement des prestations en nature se situant entre 7 heures et 14 heures peut être remplacée par une prestation en espèces. Les heures se situant au-delà de cette dernière limite, soit 14 heures, ne peuvent plus être remplacées par une prestation en espèces. Le temps requis maximal des prestations en nature transformables en prestations en espèces est donc plafonné.

De même la valeur monétaire de la prestation en espèces est réduite de moitié par rapport à celle pouvant être mise en compte pour les prestations en nature.

6.6. LA DÉTERMINATION DE LA PRESTATION EN ESPÈCES

Il a été précisé que la prestation en espèces remplace les prestations en nature. Ce remplacement est le résultat d'une concertation entre la personne dépendante, le réseau et l'aidant informel. Le plan de partage⁶⁴ documente l'acceptation d'une proposition de partage faite sur l'initiative de la CEO.

La proposition de partage, basée sur le relevé type des aides et soins, est transposée dans le plan de partage et devient opposable aux différents acteurs par une notification à la personne dépendante sous forme d'un plan de prise en charge qui tient compte des choix faits par les différents intervenants.

64) Voir : Le plan de partage, p. 20.

Afin que tous les intervenants puissent prendre leur décision en connaissance de cause, il faut non seulement qu'ils se rendent compte des obligations résultant de l'acceptation de la proposition de partage, mais également des droits qui sont susceptibles d'en découler.

Un des problèmes principaux dans le processus décisionnel est constitué par la conversion des prestations en nature en une prestation en espèces. Les tableaux et exemples ci-après tentent de contribuer à une meilleure compréhension des mécanismes de conversion.

Dans le cadre du système en place, qui prévoit deux paliers de conversion (tranches), l'on distingue 5 situations différentes.

D'abord, il convient de rappeler certains paramètres applicables et de préciser la valeur monétaire des prestations en espèces sous forme d'un « tarif » échelonné suivant qu'il s'agit d'actes essentiels de la vie ou de tâches domestiques. Cette distinction est importante, étant donné que le coefficient de qualification pour ces deux prestations est différent.

6.6.1. Les paramètres applicables et le tarif

Valeur d'une heure « Actes essentiels de la vie » (AEV) (coefficient de qualification 1)
 $1.500 : 2 = 750$ francs

Valeur d'une heure « Tâches domestiques » (TD) (coefficient de qualification 0,4) :
 $1.500 \times 0,4 : 2 = 300$ francs

Pour la conversion des AEV, il y a lieu de se référer au nombre de minutes inscrites à la proposition de partage sous la rubrique « HORS RESEAU », dans la colonne intitulée « Temps en minutes », dans la ligne finale « TOTAL Actes essentiels de la vie ».

Pour la conversion des TD, il y a lieu de se référer au nombre de minutes inscrites à la proposition de partage, sous la rubrique « HORS RESEAU », dans la colonne intitulée « Temps en minutes », dans la ligne finale « SOUS - TOTAL Tâches domestiques ».

TARIF AEV		TARIF TD	
Minutes	Valeur monétaire	Minutes	Valeur monétaire
1	12,50 francs	1	5,00 francs
5	62,50 francs	5	25,00 francs
10	125,00 francs	10	50,00 francs
50	625,00 francs	50	250,00 francs

6.6.2. Le calcul par « tranches »

Si le plan de partage prévoit des AEV et des TD hors réseau de plus de 420 minutes, il y a lieu de calculer le montant de la prestation en espèces en deux tranches successives, en prenant en considération d'abord le temps inscrit sous AEV jusqu'à épuisement du maximum de 840 minutes, mais où, pour la détermination de la prestation en espèces se situant dans la tranche 2 (au-delà des premières 420 minutes) le temps restant n'est pris en compte que pour la moitié.

Si le total de 840 minutes n'est pas atteint par le temps consacré aux seuls AEV, le temps prévu pour les TD est ajouté au temps pour les AEV, mais seulement jusqu'à concurrence d'un plafond de 840 minutes, qui constitue le maximum de temps convertible en une prestation en espèces.

On distingue 5 situations différentes :

- 1) Le temps total < 420 minutes ;
- 2) Le temps total > 420 et < 840 ou les AEV > 420 ;
- 3) Le temps total > 420 et < 840 ou les AEV < 420 ;
- 4) Le temps total > 840 ou les AEV < 840 ;
- 5) Le temps total > 840 ou les AEV > 840.

Par « temps total », il y a lieu d'entendre le temps total des AEV et des TD inscrits au plan de prise en charge avant partage. Le temps est exprimé en minutes par semaine.

Exemple 1) Le temps total < 420 minutes

TOTAL AEV	210 minutes
SOUS - TOTAL TD	150 minutes
Calcul :	
AEV	$210 * 12,5 = 2.625.-$
TD	$150 * 5 = 750.-$
Total hebdomadaire :	3.375.-

Exemple 2) Le temps total > 420 et < 840 ou les AEV > 420

TOTAL AEV	440 minutes
SOUS - TOTAL TD	150 minutes
Calcul :	
AEV	
1ère tranche (jusqu'aux premières 420 minutes)	$420 * 12,5 = 5.250.-$
2e tranche (temps dépassant les premières 420 minutes ($440 - 420 = 20 : 2 = 10$))	$10 * 12,5 = 125.-$
TD	
2e tranche (temps restant imputable dans la 2e tranche) ($150 : 2 = 75$)	$75 * 5 = 375.-$
Total hebdomadaire :	5.750.-

Exemple 5) Le temps total > 840 ou les AEV > 840

TOTAL AEV	900 minutes	
SOUS-TOTAL TD	240 minutes	
Calcul :		
AEV		
1ère tranche (jusqu'aux premières 420 minutes) :		420 * 12,5 = 5.250.-
2e tranche (temps dépassant les premières 420 minutes) (900 - 420 = 480 ⁶⁵) (420 ⁶⁶ : 2 = 210)		210 * 12,5 = 2.625.-
Total hebdomadaire :		7.875.-

6.7. LE SERVICE DES PRESTATIONS EN NATURE ET EN ESPÈCES

Par service des prestations on entend l'opération par laquelle l'UCM verse les prestations dues.

D'une manière générale les prestations en nature sont accordées sous forme de prise en charge directe par l'UCM, c'est-à-dire, elles sont assignées directement au réseau ou à l'établissement d'aides et de soins suivant le système du tiers payant (art. 363 du CAS).

Le service des prestations est effectué mensuellement bien que l'unité de décompte de l'ensemble des actes soit la semaine, conformément à l'article 364 du CAS qui précise que les prestations de l'assurance dépendance sont dues par semaine.

En effet, la semaine est l'unité comptabilisant les droits découlant de l'ensemble des actes tandis que le mois est l'unité de temps pour les paiements réguliers des prestations.

Chaque mois de paiement est composé d'un nombre variable de semaines.

65) Le résultat de cette opération, soit 480 minutes, ne peut être pris en considération entièrement pour le calcul de la 2e tranche, étant donné que la loi limite le total des prestations convertibles dans cette tranche.

66) En 2e tranche, il y a donc lieu de prendre en considération seulement 420 minutes. Le temps total éligible étant épuisé par les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques ne sont plus pris en considération pour la conversion.

Voici, à titre d'illustration, le calendrier afférent des mois de février jusqu'en avril 1999 avec, entre parenthèses, le numéro correspondant de chaque semaine. Ainsi les mois de février et d'avril comportent quatre semaines tandis que les versements pour les prestations du mois de mars contiennent cinq semaines :

Fév.	1. - 7.2. (6)	8. - 14.2. (7)	15. - 21.2. (8)	22. - 28.2. (9)	-
Mars	1. - 7.3. (10)	8. - 14.3. (11)	15. - 21.3. (12)	22. - 28.3. (13)	29.3. - 4.4. (14)
Avril	5. - 1.4. (15)	12. - 18.4. (16)	19. - 25.4. (17)	26.4. - 2.5. (18)	-

Cette illustration explique pourquoi les montants virés pour les différents mois de calendrier peuvent varier considérablement.

Pour la liquidation des prestations mensuelles qui, à la fin d'une période de liquidation (par exemple en cas de décès) ne rentrent pas dans le cadre d'une semaine entière, sont fixées au prorata des jours contenus dans une semaine. Ainsi l'article 364 du CAS dispose : « *Si le droit aux prestations ne s'étend pas sur une semaine entière, chaque jour compte pour un septième.* »

Les prestations en nature sont versées sur un compte bancaire du réseau ou de l'établissement d'aides et de soins. Elles sont payées postnumerando, c'est-à-dire à la fin du mois auquel elles se rapportent. Toutefois dans le cadre du démarrage de l'assurance dépendance, l'UCM verse aux prestataires des avances sujettes à décompte par rapport aux créances définitives arrêtées à la suite des décisions individuelles portant octroi des prestations.

La prestation en espèces est servie mensuellement postnumerando, c'est à dire à la fin du mois auquel elles se rapportent. Elle est versée par l'UCM sur un compte bancaire de la personne dépendante. Ce versement direct sauvegarde le mieux les intérêts de la personne dépendante et assure l'affectation de l'argent à la fin à laquelle il est destiné. En effet il appartient à la personne dépendante de verser cet argent à l'aidant informel qui lui donne les aides et soins nécessaires.

6.8 LES PRODUITS NÉCESSAIRES AUX AIDES ET SOINS

Les produits nécessaires aux aides et soins sont notamment des produits pour soins d'incontinence et des produits de prévention d'escarres.

La matière est régie par les articles 356 et 359 du CAS.

En ce qui concerne le maintien à domicile l'article 356 dispose : « *Sans préjudice des prestations en espèces ou en nature allouées, la personne dépendante a droit en cas de maintien à domicile, sur avis de la cellule d'évaluation et d'orientation, à la prise en charge des produits nécessaires aux aides et soins, d'appareils et des adaptations de son logement devant lui permettre de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie.* »

Un montant forfaitaire de trois cents francs par mois est accordé en cas d'utilisation de produits nécessaires aux aides et soins. Le montant forfaitaire prévu ci avant peut être majoré jusqu'à concurrence de cinquante pour cent par voie de règlement grand-ducal. Le montant correspondant au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948 est adapté suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État ».

En ce qui concerne les établissements d'aides et de soins l'article 359, alinéa 3 dispose : « *Un règlement grand-ducal peut définir les conditions et les modalités suivant lesquelles les produits nécessaires aux aides et soins et les appareils sont exceptionnellement pris en charge pour les personnes dépendantes hébergées dans un établissement d'aides et de soins* ».

En l'espèce, il s'agit du règlement grand-ducal du 23 décembre 1998 déterminant 1) les appareils pris en charge par l'assurance dépendance 2) les conditions et modalités de prise en charge des produits dans les établissements d'aides et de soins⁶⁷.

L'article 9 du règlement grand-ducal traite des produits nécessaires aux aides et soins et a la teneur suivante : « *Les produits nécessaires aux aides et soins dans un établissement d'aides et de soins sont pris en charge par l'assurance dépendance selon les modalités fixées à l'article 356 alinéa 1 du Code des assurances sociales et selon le montant forfaitaire fixé à l'article 356 alinéa 2 du Code des assurances sociales. Ce montant est accordé sous forme de prise en charge directe par l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance, l'établissement d'aides et de soins n'ayant d'action directe contre la personne dépendante que pour la partie dépassant la prise en charge de l'assurance dépendance.* »

La prise en charge des produits dans un établissement d'aides et de soins est alignée à celle de la prise en charge en cas de maintien à domicile. A vrai dire il n'y a pas de raisons objectives à traiter les personnes dépendantes ayant besoin de produits dans un établissement d'une autre façon que les personnes dépendantes ayant besoin de produits en cas de maintien à domicile.

Le forfait pour les produits nécessaires aux aides et soins se chiffre actuellement à 1.680 francs⁶⁸ par mois.

Le forfait est versé mensuellement sur le compte de la personne dépendante, lorsque celle-ci vit à domicile. Il appartient à la personne dépendante de se procurer les produits nécessaires dans un magasin de son choix.

Par contre au cas où la personne dépendante séjourne en établissement d'aides et de soins, le forfait mensuel est payé à l'établissement qui se charge de l'achat de ces produits.

67) Mém. A 1998, p. 3268.

68) 41,65 euro.

Le forfait n'est pas proratisé lorsque la prestation ne s'étend pas sur un mois entier. Ainsi le forfait intégral reste acquis au profit d'une personne dépendante décédée au cours du mois. De même, la suspension temporaire du contrat d'aides et de soins, par exemple en cas d'hospitalisation de la personne dépendante, n'entraîne pas la suspension du forfait pour produits nécessaires aux aides et soins, à moins que cette suspension ne s'étende sur des mois entiers.

Un problème particulier peut se poser lorsque au cours d'un mois donné plusieurs destinataires du forfait pourraient le revendiquer. Ce serait par exemple le cas d'une personne admise en établissement d'aides et de soins sous le bénéfice du forfait mais qui en aurait déjà profité au cours du même mois dans le cadre des prestations lui accordées en cas de maintien à domicile. Le même problème peut se poser en cas de changement d'établissement au cours d'un même mois. En pratique, il a été décidé que le forfait revient au destinataire qui en était bénéficiaire au 1^{er} jour du mois dont il s'agit.

En ce qui concerne le cumul du forfait avec des prestations de même nature servies par l'assurance maladie, il y a lieu de faire une remarque.

Le commentaire de l'article 356 précise « à noter que l'introduction de cette nouvelle prestation ne fera pas obstacle au maintien de la prise en charge des couches-culottes par l'assurance maladie pour un montant plus élevé, mais accordé uniquement pour des maladies bien précises, comme c'est actuellement le cas des personnes de plus de 18 ans atteintes de spina bifida ».

La prise en charge par l'assurance dépendance de produits ayant la même nature que celles prises en charge par l'assurance maladie a été à l'origine de certains problèmes d'harmonisation entre les législations afférentes.

Ainsi, dans un premier temps, l'UCM avait supprimé la prise en charge des produits d'incontinence (couches-culottes) liés à des pathologies qui ouvrent droit à l'attribution de prestations de même nature par l'assurance dépendance.

Or il s'est montré que les besoins de malades atteints de certaines pathologies sont bien supérieurs au forfait prévu par l'assurance dépendance.

L'UCM a, dans un deuxième temps, introduit un certain nombre de mesures conservatoires dans l'intérêt des personnes concernées.

6.9. LES APPAREILS

Trois articles se réfèrent aux appareils. Il s'agit des articles 356, 359 et 396 du CAS.

En ce qui concerne le maintien à domicile, l'article 356 dispose : « *Sans préjudice des prestations en espèces ou en nature allouées, la personne dépendante a droit en cas de maintien à domicile, sur avis de la cellule d'évaluation et d'orientation, à la prise en charge des produits nécessaires aux aides et soins, d'appareils et des adaptations de son logement devant lui permettre de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie...* »

Les appareils sont donnés en location aux personnes dépendantes à charge de l'assurance dépendance conformément aux modalités déterminées à l'article 396. Si cette location n'est pas possible ou indiquée, l'assurance dépendance prend en charge les appareils nécessaires dans les limites d'intervention fixées par la cellule d'évaluation et d'orientation et compte tenu des besoins spécifiques de la personne dépendante. »

En ce qui concerne les établissements d'aides et de soins, l'article 359 dispose : « *Un règlement grand-ducal peut définir les conditions et les modalités suivant lesquelles les produits nécessaires aux aides et soins et les appareils sont exceptionnellement pris en charge pour les personnes dépendantes hébergées dans un établissement d'aides et de soins. »*

Enfin l'article 396 dispose : « *Les appareils pris en charge par l'assurance dépendance sont inscrits sur une liste proposée par la commission consultative et arrêtée par règlement grand-ducal. »*

Avant l'introduction de l'assurance dépendance, les appareils étaient exclusivement pris en charge par l'assurance maladie. Dans ce contexte on parle d'aides techniques, de moyens accessoires, etc. Dans le cadre de l'assurance dépendance, on se réfère exclusivement à la terminologie « appareils » même si ce terme peut paraître parfois inadapté.

Le besoin en matière d'appareils peut être constaté par le médecin de la CEO au cours de l'évaluation médicale. Il peut également être constaté par l'évaluateur lors de l'évaluation du demandeur dans son milieu de vie.

L'assurance dépendance, toujours sur avis de la CEO, prend en charge les appareils devant permettre à la personne dépendante de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie. On a déjà vu que l'avis de la CEO s'appuie sur une expertise⁶⁹.

De plus, en vertu de l'article 356, alinéa 5 du CAS, des appareils peuvent être mis à la disposition des personnes sans que celles-ci ne soient reconnues dépendantes pour les actes essentiels de la vie. Lorsque la demande porte uniquement sur un appareil, un rapport médical adapté sera exigé et seule sera réalisée une expertise en matière d'appareils, de façon à pouvoir établir un avis motivé pour l'attribution de l'appareil.

Les appareils pris en charge par l'assurance dépendance sont inscrits sur une liste. Cette liste a été proposée par la commission consultative et arrêtée dans un règlement grand-ducal. Il s'agit du règlement grand-ducal du 23 décembre 1998, mentionné ci avant dans le contexte des produits nécessaires aux aides et soins.

Les appareils pris en charge par l'assurance dépendance sont inscrits sur cette liste d'après la Norme internationale ISO 9999. L'ISO (Organisation internationale de normalisation) est une fédération mondiale d'organismes nationaux de normalisation. L'élaboration des Normes internationales est en général confiée aux comités techniques de l'ISO. La Norme ISO 9999 a été élaborée par le comité technique « ISO/TC 173, Assistances et aides techniques pour les invalides ou handicapés,

69) Voir : Les expertises techniques en matière d'appareils, p. 17.

sous-comité SC 2, Classification et terminologie ». L'inscription se compose de trois niveaux hiérarchiques : classes, sous-classes et divisions. Les classes et les sous-classes sont les titres, les divisions constituent les appareils proprement dits, pris en charge par l'assurance dépendance. Il importe de souligner que seuls les appareils correspondant aux divisions définies dans la liste sont pris en charge par l'assurance dépendance.

Les classes ont toujours un code ISO à 2 chiffres par exemple « 03 Aides pour le traitement et l'entraînement ». Les sous-classes ont toujours un code ISO à 4 chiffres par exemple : « 0318 Aides pour doser les médicaments ». Les divisions ont toujours un code ISO à 6 chiffres par exemple « 031803 Boîtes de dosage ».

La liste prévoit 7 classes :

1)	03	Aides pour le traitement et l'entraînement
2)	09	Aides pour les soins personnels et la protection
3)	12	Aides pour la mobilité personnelle
4)	15	Aides pour les activités domestiques
5)	18	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles
6)	21	Aides pour la communication, l'information et la signalisation
7)	24	Aides pour manipuler les produits et les biens

Le règlement grand-ducal précise en outre la forme de la prise en charge des appareils en cas de maintien à domicile et dans un établissement d'aides et de soins. Deux formes de prise en charge sont prévues : la location et l'acquisition. Derrière chaque appareil se trouvent 4 colonnes : « Acquisition domicile », « Location domicile », « Acquisition Etablissement », « Location Etablissement ». Une croix dans la colonne correspondante ou l'absence de croix indique respectivement la forme de la prise en charge et la non prise en charge.

On note que le grand principe consiste dans la mise à disposition de l'appareil à la personne dépendante sous forme de location. L'acquisition est seulement prévue dans des cas exceptionnels. Par exemple pour des appareils de faible valeur, des appareils qui ne peuvent pas être repris en raison de conditions d'hygiène ou encore pour des appareils qui doivent être adaptés aux besoins spécifiques de la personne dépendante.

Pour les appareils marqués aussi bien dans la colonne « Acquisition... » que dans la colonne « Location... », il appartient à la CEO de préciser dans son avis si l'appareil en question est à acheter ou à louer. Pour ces appareils, la CEO a donc le choix de la forme de la mise à disposition, tandis que pour les appareils marqués dans une colonne seulement, la forme de la mise à disposition s'impose à la CEO.

En ce qui concerne la prise en charge des appareils dans les établissements d'aides et de soins, il faut noter qu'il s'agit d'une prise en charge exceptionnelle. Il s'ensuit que les appareils pris en charge dans les établissements d'aides et de soins ne sont pas identiques à ceux pris en charge dans le domaine du maintien à domicile. Dans les établissements d'aides et de soins, seuls les appareils spécifiques qui ne font pas partie de l'équipement de base d'un établissement sont pris en charge.

La loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique⁷⁰ et ses règlements d'exécution définissent les normes d'infrastructure et d'équipements applicables.

Les « maisons de soins », les « centres intégrés pour personnes âgées » et les « centres de récréation et d'orientation pour personnes âgées » doivent disposer en plus en quantité suffisante des équipements que voici :

- cadre de marche et déambulateur (aussi prévu dans la liste 120603, 120606, 120609, 120612) ;
- fauteuil roulant (aussi prévu dans la liste) ;
- lit et sommier amovibles avec réglage en hauteur ;
- brancard ;
- chaise percée et urinal ;
- matelas et autre matériel permettant des interventions de prévention et de soins
- anti-escarre (033303 aussi prévu dans la liste) ;
- aérosol mobile et système mobile d'approvisionnement en oxygène ;
- système d'aspiration électronique ;
- tensiomètre ;
- stéthoscope ;
- ballon et masque de réanimation ;
- glucomètre ;
- set d'intervention et de premier secours lors de brûlures ;
- matériel de protection pour le personnel (gants et masques à usage unique) ;
- lève personnes.

Certains de ces appareils (cadre de marche, déambulateur, fauteuil roulant, matériel anti-escarres) sont également repris sur la liste des appareils pris en charge par l'assurance dépendance. Il ne s'agit pas d'un double emploi.

Dans la mesure où la personne dépendante présente un besoin permanent de l'appareil adapté à ses besoins spécifiques, il sera pris en charge par l'assurance dépendance. Dans la mesure où la personne dépendante en fait un usage occasionnel, l'appareil doit être mis à disposition de la personne par l'établissement.

70) Mém. A 1998, p. 1599.

6.10. LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT

La personne dépendante a droit en cas de maintien à domicile à des adaptations du logement devant lui permettre de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie. L'article 356, alinéa 4 du CAS dispose : « *Les adaptations du logement sont prises en charge sur avis de la cellule d'évaluation et d'orientation et selon les modalités et limites à fixer par règlement grand-ducal. Ce règlement peut également prévoir en lieu et place de l'adaptation du logement les modalités d'une prise en charge du coût supplémentaire engendré par le déménagement dans un logement adapté à l'état de dépendance de l'ayant droit.* »

En l'espèce il s'agit du règlement grand-ducal du 5 novembre 1999 déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance⁷¹.

Il convient de rappeler que seules les personnes qui sont reconnues dépendantes ont droit, en cas de besoin, à une adaptation de leur logement. Si ces personnes remplissent également les critères de revenu imposés par le règlement grand-ducal modifié du 25 février 1979 fixant les mesures d'exécution relatives à la participation de l'Etat aux frais d'aménagements spéciaux de logements répondant aux besoins de personnes handicapées physiques prévus par la loi du 25 février 1979 concernant l'aide au logement, ces aides sont suspendues jusqu'à concurrence du montant pris en charge par l'assurance dépendance.

Sont visées par le règlement grand-ducal les adaptations des logements existants et les adaptations en cas de construction ou d'acquisition d'un logement nouveau. En cas de construction d'un logement nouveau, il est sous-entendu que l'assurance dépendance ne prendra en charge que les frais liés à l'adaptation.

L'assurance dépendance ne prendra en charge que les adaptations du logement principal de la personne dépendante. Il appartient à la personne dépendante de faire la preuve que le logement est son domicile, sauf si elle acquiert ou construit un logement nouveau. Dès qu'il s'agit du logement principal (domicile), il n'y a pas lieu de prendre en considération le mode d'occupation du logement. Ainsi les personnes qui sont hébergées pendant la semaine dans une institution et qui rentrent seulement le week-end à la maison sont traitées de la même façon que celles qui habitent toute la semaine à la maison.

Il est exclu qu'une personne dépendante bénéficie de l'adaptation de sa résidence principale et en même temps de l'adaptation d'une résidence secondaire. Par contre si une personne dépendante change de domicile, l'assurance dépendance prend en charge les adaptations nécessaires dans le nouveau logement. Il est donc envisageable qu'une même personne dépendante bénéficie successivement de la prise en charge des frais liés à l'adaptation de son logement. De même il se peut que la personne dépendante ait besoin d'une adaptation supplémentaire suite à une aggravation de l'état de dépendance. Dans ce cas un nouveau droit à une adaptation

71) Mém. A 1999, p. 2555.

s'ouvre dans le chef de la personne dépendante et elle a droit à la prise en charge de l'adaptation dans les modalités et limites du règlement grand-ducal cité ci-avant.

Si lors de l'évaluation de la personne dépendante, la CEO constate que cette personne a besoin d'une adaptation du logement devant lui permettre de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie, la CEO⁷² réalisera un cahier des charges. Ce cahier des charges définit de façon précise les caractéristiques des adaptations requises avec l'indication des matériaux employés et si possible les prix. Au cahier des charges est joint un devis estimatif du coût total des travaux. Ce devis est réservé à l'usage exclusif de la CEO et lui permettra de comparer les différentes offres de prix qu'elle reçoit dans la suite. En plus, le cahier des charges tient compte de la situation du logement. Est-ce qu'il s'agit d'un logement loué, d'un logement dans une copropriété, etc. ? Est-ce qu'il faut demander une autorisation des travaux à réaliser auprès de la commune ? Si tel est le cas, la personne dépendante est invitée à faire les démarches nécessaires. Entre les différentes solutions envisageables pour réaliser les adaptations, le cahier des charges retient celle qui est la plus rationnelle du point de vue économique.

Le cahier des charges permet à la personne dépendante de contacter en connaissance de cause les différentes entreprises. La personne dépendante doit demander une offre de prix auprès d'au moins trois entreprises différentes. Evidemment, si le nombre des offrants reste inférieur à trois, une ou deux offres de prix suffiront. Les entreprises sont laissées au libre choix de la personne dépendante.

Il appartient en plus à la personne dépendante, qui est le maître de l'ouvrage, de demander toutes les autorisations qui sont nécessaires. Il peut s'agir d'une autorisation auprès du propriétaire si la personne dépendante est locataire du logement à adapter, d'une autorisation du syndicat des copropriétaires lorsqu'il s'agit d'adaptations touchant également les parties communes d'un immeuble en copropriété, d'une autorisation auprès de la commune, etc.

Après avoir réuni les différentes offres de prix, la personne dépendante les fait parvenir à la CEO. En comparant les différentes offres entre elles et avec le cahier des charges et avec le devis, la CEO propose le montant pris en charge. La CEO peut refuser de considérer une ou plusieurs offres de prix si celles-ci divergent de façon significative du devis. Bien évidemment, seules les offres répondant aux conditions du cahier des charges seront considérées. Si les trois offres sont conformes, le choix de l'entreprise appartient à la personne dépendante.

Si plusieurs offres sont conformes au cahier des charges, la CEO propose toujours au moins la prise en charge de l'offre la moins chère. Si la personne dépendante choisit en fin de compte une société plus chère, elle doit payer le surplus de ses propres moyens.

72) La CEO peut aussi recourir à des experts, voir : Les expertises techniques en matière d'adaptation du logement, p. 18.

Le plafond de l'intervention financière de l'assurance dépendance dans les frais liés à une adaptation du logement est fixé à 900.000 francs. Donc aussi longtemps que les frais de l'adaptation sont inférieurs à 900.000 francs, la personne dépendante a droit à au moins une prise en charge intégrale de l'offre la moins chère. Ce n'est donc qu'à partir du moment où les frais dépassent ce montant qu'il s'agit d'une participation.

La CEO n'émettant qu'un avis, il appartient à l'UCM de prendre une décision conformément à l'article 351 du CAS fondé sur l'avis de la CEO. Les travaux ne peuvent être commencés seulement après avoir reçu une décision formelle par l'UCM. Les travaux doivent être commencés dans un délai d'un an à compter de la notification de la décision⁷³.

6.11. LES MESURES EN FAVEUR DE L'AIDANT INFORMEL

En guise d'introduction on peut citer l'article 347, alinéa 2 du CAS : « *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.* »

Même si le texte de loi n'utilise pas le terme de « aidant informel », on peut définir l'aidant informel comme étant la (tierce) personne, qui en dehors d'un réseau d'aides et de soins, assure des aides et soins à une personne dépendante à son domicile.

L'aidant informel peut être :

- une personne de l'entourage :
 - un membre de famille,
 - un voisin,
 - un ami...
- un salarié.

La loi portant introduction de l'assurance dépendance vise à reconnaître, à valoriser le travail fourni par l'aidant informel.⁷⁴ A cette fin, diverses mesures sont envisagées.

6.11.1. La prestation en espèces

On a vu qu'une partie des prestations en nature peut être remplacée par une prestation en espèces⁷⁵. La prestation en espèces ne constitue pas un revenu de remplacement pour l'aidant informel, mais elle remplace la prestation en nature. Cependant la prestation en espèces, qui est attribuée à la personne dépendante, est destinée à être versée à l'aidant informel pour l'indemniser pour le travail qu'il fournit.

73) Pour plus de précisions voir règlement grand-ducal du 5 novembre 1999.

74) Voir : Les expertises psychologiques, p. 17.

75) Voir : Le plan de partage, p. 20. et La détermination de la prestation en espèces, p. 70.

Si l'argent est affecté à une autre fin que celle à laquelle il est destiné, la prestation en espèces est retirée ou réduite.

6.11.2. La couverture en matière d'assurance pension

L'article 357 du CAS dispose : « L'assurance dépendance prend en charge les cotisations pour l'assurance pension d'une personne qui assure avant l'âge de soixante-cinq 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 base du salaire social minimum mensuel prévu pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

La tierce personne qui assure des aides et soins en dehors d'un réseau professionnel d'aides et de soins ne peut bénéficier de la mise en compte des cotisations visées à l'alinéa 1 ci avant qu'au titre d'une seule personne dépendante. »

L'article 171 du CAS, qui contient l'énumération des périodes effectives d'assurance obligatoire, c'est-à-dire toutes les périodes d'activité ou périodes y assimilées pour lesquelles des cotisations ont été versées, est complété ainsi :

« les périodes pendant lesquelles une personne a assuré des aides et des soins à une personne dépendante au sens du livre V, sans qu'il s'agisse d'une activité professionnelle au sens des numéros 1), 2) et 4)⁷⁶ visés ci-dessus. »

L'article 240, qui précise la charge des cotisations en dehors de l'intervention de l'Etat (8% des 24%), est complété ainsi :

« à l'assurance dépendance dans la limite prévue à l'article 357 et pour autant qu'il s'agit de périodes au sens de l'article 171 sous 1)⁷⁷ ou 12) pendant lesquelles l'assuré a assuré des aides et des soins à une personne dépendante⁷⁸. »

La loi portant introduction de l'assurance dépendance crée un droit en matière d'assurance pension pour l'aidant informel. A cet endroit il paraît intéressant de noter que la loi portant introduction d'une assurance dépendance a également introduit une disposition permettant aux personnes qui ont apporté des soins au bénéficiaire d'une l'allocation de soins, d'une allocation pour personnes gravement handicapées, d'une majoration d'impotence de la rente accident ou d'une majoration d'impotence du revenu minimum garanti pendant la période du 1er janvier 1990 au 31 décembre 1998 de faire valoir ces périodes pour parfaire leur stage requis pour la pension de vieillesse. A cette fin, l'assurance dépendance prend en charge les cotisations à l'assurance pension (16% part de l'employeur et part de l'assuré) de l'aidant informel au maximum jusqu'à concurrence d'une cotisation calculée sur base du salaire social

76) Le numéro 1 vise l'activité salariée, le numéro 2 vise l'activité non salariée et le numéro 4 vise l'activité exercée par des membres d'associations religieuses et des personnes pouvant leur être assimilées, dans l'intérêt des malades et de l'utilité générale.

77) Sous forme d'activité salariée.

78) Sous forme d'activité « familiale ».

minimum mensuel prévu pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins⁷⁹.

Pour bénéficier de cette prise en charge des cotisations, il faut que la personne dépendante déclare l'aidant informel auprès du Centre commun de la sécurité sociale et il faut que l'aidant informel soit âgé de moins de 65 ans.

6.11.2.1. La déclaration auprès du Centre commun de la sécurité sociale

Cette déclaration peut se faire à deux titres.

À titre d'une activité salariée

Si l'aidant informel est engagé spécialement pour effectuer un travail en rapport avec l'état de dépendance, c'est-à-dire si l'aidant informel a conclu un contrat de travail, la déclaration est obligatoire dans tous les cas. A partir du 1er janvier 1999, il existe une procédure simplifiée⁸⁰ spécialement pour déclarer les personnes qui sont occupées dans le cadre de la vie privée pour assurer des aides et soins à une personne dépendante. Cette procédure simplifiée permet à l'employeur de déclarer le salaire net. Il appartient au Centre commun de la sécurité sociale de calculer les cotisations aux assurances sociales et l'impôt dus. Cette procédure simplifiée n'est cependant pas obligatoire et l'employeur, s'il désire, peut également choisir la procédure « classique ». L'assurance dépendance paye la cotisation à l'assurance pension proportionnellement aux heures déclarées.

À titre d'une activité « familiale »

Le plus souvent l'aidant informel est une personne de l'entourage, un membre de la famille ou un ami. Dans ce cas les relations entre l'aidant informel et la personne dépendante sont beaucoup plus souples et ne sont pas caractérisées par le lien de subordination propre au contrat de travail. D'ailleurs on a du mal à concevoir que la femme engage son mari ou vice-versa pour le ou la soigner. Dans ce cas, la déclaration de l'aidant informel auprès du Centre commun de la sécurité sociale est seulement nécessaire pour faire bénéficier l'aidant informel des droits à l'assurance pension⁸¹. Il y a lieu d'indiquer l'identité de la personne dépendante et l'identité de l'aidant informel et le début de l'activité. Il n'y a pas lieu d'indiquer le nombre d'heures d'aide par semaine que l'aidant informel fournit, ni la somme d'argent qu'elle reçoit. L'assurance dépendance paye dans tous les cas les cotisations à l'assurance pension calculée sur base du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié.

79) Au 1er août 1999, le salaire social minimum est de 48.050 flux (1.1191,13 euro).

80) Cette procédure simplifiée peut également être utilisée pour déclarer des personnes qui sont occupées pour faire des travaux de ménage et pour déclarer des personnes qui sont occupées pour assurer la garde des enfants.

81) Cette déclaration peut également être faite à titre rétroactif pour couvrir la période s'étant écoulé entre la présentation de la demande et de la décision.

Pour le temps écoulé entre la présentation de la demande et la décision définitive, l'assurance dépendance prend en charge rétroactivement les cotisations à l'assurance pension aussi bien au titre d'une activité salariale qu'au titre d'une activité familiale.

6.11.2.2. La condition d'âge

L'intervention de l'assurance dépendance dans le paiement des cotisations d'assurance pension ne se justifie que pour la constitution d'un droit à pension ou pour majorer la pension de la personne assurant des aides et les soins. Tel n'est plus le cas lorsque l'aidant informel a dépassé 65 ans. Aux termes de l'article 178 du CAS, ces personnes ne sont plus admises à l'assurance pension, mais leur occupation donne lieu à paiement de cotisations pour éviter des distorsions sur le marché du travail, étant entendu qu'elles obtiennent le remboursement de « la part assuré⁸² » de ces cotisations. Comme le versement de cotisations par l'assurance pension dans le seul but de leur remboursement partiel à l'aidant informel ne se justifie guère, la prise en charge des cotisations n'a lieu qu'en faveur des personnes âgées de moins de 65 ans.

En fin de compte, il importe de souligner que l'aidant informel peut seulement bénéficier de la prise en charge des cotisations à l'assurance pension au titre d'une seule personne dépendante.

6.11.3. Le remplacement de l'aidant informel

L'article 358 dispose : « *Afin d'assurer le remplacement de la ou des personnes assurant à domicile des aides et des soins à la personne dépendante, l'assurance prend en charge annuellement pendant trois semaines le double du montant de la prestation en espèces et, en cas de séjour temporaire dans un établissement stationnaire, en outre les aides et soins requis.* »

Les modalités de cette disposition peuvent être précisées par règlement grand-ducal. »

Afin de permettre à l'aidant informel de se reposer, l'assurance dépendance soutient financièrement la personne dépendante pendant trois semaines afin de pourvoir au remplacement de l'aidant informel.

Seules les personnes dépendantes, qui ont à domicile un aidant informel qui assure les aides et soins prévus par le plan de prise en charge, ont droit pendant trois semaines au double de la prestation en espèces et en cas de séjour temporaire dans un établissement stationnaire en plus aux aides et soins requis. Il faut donc que la décision fasse état d'un partage ou autrement dit, il faut que la personne dépendante reçoive des prestations en espèces. Le motif du remplacement de l'aidant informel (vacances, maladie, etc.) est irrelevant.

82) Les 8% des 24% de la cotisation à l'assurance pension.

La personne dépendante utilise le double de la prestation en espèces pour demander au réseau, à un voisin, à un ami, à un membre de famille, etc. de fournir les aides et soins requis. Elle peut aussi engager « un remplaçant ». Si elle demande au réseau d'intervenir pour la délivrance des aides et soins normalement fournis par l'aidant informel, les frais afférents restent à charge de la personne dépendante qui affectera utilement le « pécule vacances » au paiement de ces prestations.

Si la personne dépendante séjourne pendant l'absence de l'aidant informel dans un établissement stationnaire⁸³, il appartient en principe à cet établissement de fournir la totalité des aides et soins requis. Les frais d'hôtellerie sont à charge de la personne dépendante.

L'article 358 n'impose pas d'autres conditions pour bénéficier de ses dispositions. La personne dépendante a donc droit dès le premier jour de la décision au « pécule vacances ».

6.11.4. Le conseil à l'aidant informel

L'article 354, alinéa 3 dispose : « *Pour soutenir l'action des tierces personnes assurant des aides et soins à la personne dépendante en dehors des réseaux professionnels d'aides et de soins, des mesures complémentaires d'encadrement et de guidance sont prises en charge au titre de l'article 350, paragraphe 2 sous c).* » L'article 350, paragraphe 2 sous c) prévoit le conseil à l'entourage.

Le conseil est pris en charge temporairement, pendant une durée déterminée et au début de la prise en charge. Ce conseil sert à aider l'aidant informel à trouver des solutions adaptées à la situation de la personne dépendante, à sensibiliser l'aidant informel aux besoins de la personne dépendante et d'assurer à l'aidant informel une compétence pratique et adaptée à la situation et de renforcer ainsi la qualité des aides et soins fournis.

6.11.5. Les aspects fiscaux dans le cadre de la « procédure simplifiée »

On a vu que si la personne dépendante emploie moyennant rémunération un aidant informel pour lui assurer des aides et soins et si elle a choisi la « procédure simplifiée », elle déclare les rémunérations nettes au Centre commun de la sécurité sociale. Celui-ci procède alors à la perception de l'impôt sur le revenu simultanément à celle des cotisations (article 330 CAS). Les rémunérations versées par l'employeur qui occupe exclusivement dans le cadre de sa vie privée un salarié pour assurer des aides et soins nécessaires en raison de son état de dépendance sont imposées forfaitairement. L'impôt forfaitaire est fixé à six pour cent du montant net du salaire alloué et est à prendre en charge par l'employeur (article 137 alinéa 5 LIR),

83) Voir : L'agrément - Etablissement stationnaire, p. 123.

c'est-à-dire le salarié ne paye plus d'impôt. Toutefois, l'employeur obtient sur 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 imposable⁸⁴.

Sont considérés comme frais d'aides et de soins en raison de l'état de dépendance, les sommes dépensées pour l'emploi de personnes engagées pour assurer des aides et soins nécessaires en raison de l'état de dépendance du contribuable, de son conjoint imposable collectivement avec lui ou d'un enfant donnant lieu à une modération d'impôt, pour autant que les personnes engagées soient déclarées par le contribuable aux institutions de sécurité sociale. L'abattement forfaitaire peut s'élever jusqu'à 144.000 francs par année d'imposition. Il ne peut excéder ni les frais réellement exposés, ni 12.000 francs par mois.

Les mêmes règles en matière fiscale sont applicables si un employeur occupe dans le cadre de sa vie privée une personne pour les travaux de ménage et pour la garde de ses enfants.

6.12. LES PROJETS D' ACTIONS EXPÉRIMENTALES

L'article 361 du CAS dispose : « Par dérogation aux articles 353 à 360 et aux articles 391 à 393 un règlement grand-ducal pris sur avis du Conseil d'État, la commission consultative prévue à l'article 387 demandée en son avis, peut prévoir des projets d'actions expérimentales dans certains domaines de la dépendance.

Ce règlement détermine la durée des projets, les critères servant à leur évaluation en vue d'en dresser le bilan, ainsi que les modalités de leur prise en charge, sans que le montant maximum de celle-ci ne puisse dépasser cinq millions par projet par an, au nombre indice 100 de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Ce règlement vaut agrément des actions expérimentales visées au titre de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique. »

L'article 361 prévoit la possibilité de créer des projets d'actions expérimentales par dérogation aux articles 353 à 360 et 391 à 393 du CAS. Les articles 353 à 360 concernent les prestations de l'assurance dépendance en cas de maintien à domicile et en milieu stationnaire. Les articles 391 à 393 prévoient les contrats d'aides et de soins dans le domaine du maintien à domicile et dans les établissements d'aides et de soins.

Chaque projet d'action expérimental doit faire l'objet d'un règlement grand-ducal pris sur avis du Conseil d'Etat, la commission consultative demandée en son avis.

84) Règlement grand-ducal du 31 décembre 1998 portant exécution de l'article 127, alinéa 6 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu (abattement forfaitaire pour frais de domesticité, frais d'aides et de soins en raison de l'état de dépendance ainsi que pour frais de garde d'enfant), Mém. A 1998, p. 3420.

Le règlement grand-ducal détermine :

- la durée du projet ;
- les critères servant à son évaluation en vue d'en dresser le bilan ;
- les modalités de la prise en charge.

La prise en charge ne peut dépasser un montant de $5.000.000 * 5,6238 = 28.119.000$ francs par année.

6.13. LE CONCOURS AVEC D'AUTRES PRESTATIONS

A plusieurs endroits la loi portant introduction d'une assurance dépendance contient des dispositions qui règlent le concours des prestations de l'assurance dépendance avec celles d'autres institutions ou organismes œuvrant dans le domaine social et médico-social.

Aussi faut-il distinguer entre les dispositions permanentes et les dispositions transitoires.

6.13.1. Les dispositions permanentes

Il s'agit de régler le concours des prestations de l'assurance dépendance avec celles de même nature de l'assurance maladie, de l'assurance contre les accidents professionnels, du service des dommages de guerre ou de celles servies en vertu de l'article 13 de la loi du 25 février 1979 concernant l'aide au logement.

Différentes solutions ont été retenues par le législateur suivant le risque social avec lequel l'assurance dépendance entre en cumul.

L'assurance maladie

L'article 370 du CAS dispose : « *Les prestations de l'assurance dépendance ne sont pas dues en cas de concours avec des prestations de même nature dues au titre de l'assurance maladie. Cependant lorsqu'un droit à la prise en charge d'appareils est ouvert au titre de l'assurance dépendance, ce droit est prioritaire.* »

Les prestations de l'assurance dépendance ont en général un objet tout à fait différent de celles de l'assurance maladie. Néanmoins pour écarter tout double emploi éventuel, l'article 370 retient le principe de la priorité des prestations de l'assurance maladie, sauf pour les appareils. La plupart des appareils relèvent, il est vrai, soit de l'assurance maladie soit de l'assurance dépendance. Il existe toutefois des appareils utilisés dans les deux domaines, tels qu'une chaise roulante qui facilite le déplacement tant d'une personne dépendante que d'un assuré de l'assurance maladie ayant subi par exemple la fracture d'une jambe. S'agissant d'une personne dépendante, il semble normal de réserver la priorité de la prise en charge de l'appareil à l'assurance dépendance. Les appareils en question tendent en effet surtout à accroître l'autonomie de la personne dépendante ou à faciliter les soins, ceux ayant un véritable effet thérapeutique relèvent exclusivement de l'assurance maladie.

L'assurance contre les accidents et la législation sur les dommages de guerre

L'article 371 du CAS dispose : « *Les prestations de l'assurance dépendance ne sont pas dues en cas de concours avec des prestations de même nature dues par l'assurance contre les accidents et la législation sur les dommages de guerre.* »

L'indemnisation en matière d'assurance accident est plus large que celle assurée par l'assurance maladie, puisque aux termes de l'article 97 du CAS la réparation comprend ... tous les moyens capables d'amoindrir les suites de l'accident. En réservant la priorité à l'assurance accident, l'article entend écarter toute double prise en charge ainsi que le transfert à l'assurance dépendance de charges assumées jusqu'à présent par l'assurance accident en vertu du principe de l'indemnisation intégrale de l'assuré. Tout en bénéficiant des prestations en espèces et en nature de l'assurance dépendance, l'assuré peut donc obtenir un appareil ou l'adaptation de son logement aux frais de l'assurance accident.

Les adaptations du logement

L'article 372 du CAS dispose : « *Les aides prévues par l'article 13 de la loi du 25 février 1979 concernant l'aide au logement sont suspendues jusqu'à concurrence de la prise en charge des adaptations du logement prévue à l'article 356.* »

L'article 356 dernier alinéa prévoit la prise en charge des adaptations du logement au profit de la personne dépendante. L'article 13 de la loi du 25 février 1979 concernant l'aide au logement prévoit pareillement des adaptations du logement. Cependant l'attribution de ces aides est subordonnée à un examen des conditions de ressources. L'objet de la disposition sous revue est de régler le concours des deux prestations en réservant la priorité au droit inconditionnel de l'assurance dépendance.

L'assistance publique

L'article 373 du CAS dispose : « *La loi sur l'assurance dépendance ne modifie ni les obligations légales de l'Etat, des communes et des offices sociaux de secourir les personnes nécessiteuses, ni les obligations légales, statutaires, contractuelles ou testamentaires concernant l'assistance des personnes assurées ou de leurs survivants.*

Toutefois, l'Etat, la commune ou l'office social qui ont secouru un indigent pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit aux prestations de l'assurance dépendance, pourront se faire rembourser leurs dépenses dans les limites des prestations prévues par la loi.

L'union des caisses de maladie est tenue d'informer, sur demande, les organismes d'assistance si et dans quelle étendue des personnes que ceux-ci ont secourues, ont droit aux prestations prévues par la loi sur l'assurance dépendance. »

6.13.2. Les dispositions transitoires

La loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance a aboli à partir du 1^{er} janvier 1999 :

- l'allocation de soins ;
- l'allocation pour personnes gravement handicapées ;
- la majoration d'impotence de la rente accident ;
- la majoration d'impotence du revenu minimum garanti.

Cependant les personnes qui en étaient bénéficiaires au 31 décembre 1998 peuvent continuer à en bénéficier⁸⁵ aussi longtemps qu'elles ne font pas une demande à l'assurance dépendance.

Si une personne qui bénéficie d'une des ces allocations ou majorations visées ci-avant devient bénéficiaire de l'assurance dépendance, le service de ces allocations ou majorations est supprimé. Une même personne ne peut donc jamais cumuler les prestations de l'assurance dépendance avec l'allocation de soins, l'allocation pour personnes gravement handicapées, la majoration d'impotence de la rente accident ou la majoration d'impotence du revenu minimum garanti.

Toutefois des mesures transitoires nouvelles dont la mise en vigueur est envisagée pour le 1^{er} janvier 2000 prévoient rétroactivement une compensation avec les prestations de l'assurance dépendance.

85) A noter que le montant de l'allocation de soins, de l'allocation pour personnes gravement handicapées et de la majoration d'impotence de la rente accident s'élève à partir du 1^{er} août 1999 à 20.246 francs.

7 LES MESURES PARTICULIÈRES

7.1. LE FORFAIT INFIRMIER

L'article II, sous 6) de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance modifie l'article 65 du CAS en ce qui concerne la nomenclature des médecins et des professions de santé. Cet article devait introduire une cotation forfaitaire applicable aux actes dispensés par ces professionnels dans les établissements d'aides et de soins.

Les actes et services dispensés dans les établissements d'aides et de soins ne seraient plus rémunérés à l'acte, mais de manière forfaitaire où l'ensemble des recettes recueillies à travers ces forfaits devrait théoriquement couvrir les coûts que l'établissement engage dans la délivrance de ces actes.

Cette mesure serait d'autant plus justifiée lorsque ces actes sont délivrés pendant de longues périodes continues et en série par les professionnels salariés des établissements d'aides et de soins.

A côté de ces considérations, il convient de souligner que la cotation forfaitaire constitue une simplification substantielle du système de facturation des actes en cause, mais est également de nature à empêcher une multiplication incontrôlée des actes.

A la suite de cette disposition, seulement la nomenclature des infirmiers a été complétée à partir du 1er janvier 1999 par deux positions nouvelles. L'une (N 81) contient un forfait journalier (coefficient 4,00) pour les actes infirmiers délivrés dans les maisons de soins. L'autre forfait (N82), plus faiblement coté (coefficient 2,00) s'applique aux autres établissements d'aides et de soins et notamment aux centres intégrés pour personnes âgées. Cette différence s'explique par la présomption que les soins infirmiers délivrés à la population hébergée dans les maisons de soins sont en règle générale plus importants que ceux requis en moyenne pour les pensionnaires des centres intégrés pour personnes âgées.

Dans la discussion de cette disposition il convient de signaler deux difficultés d'application majeures.

La loi ne fait pas de distinction entre le statut professionnel des prestataires appelés à délivrer des actes visés par la cotation forfaitaire. Si ce mécanisme ne comporte en principe pas de difficulté pour les actes récurrents délivrés régulièrement par des salariés des établissements d'aides et de soins, il est au contraire problématique lorsque les actes sont délivrés par des professionnels externes possédant le statut de profession libérale. Une rémunération à travers une cotation forfaitaire ne serait guère appropriée pour tenir compte de la complexité du contenu des actes prodigués. Cette difficulté peut être illustrée à l'exemple d'un médecin externe, appelé en visite urgente, qui en même temps délivre des actes techniques ambulatoires (sutures,

infiltrations, ECG, etc.) et qui, en plus, est en droit de mettre en compte des frais de route. Le problème n'ayant pas encore trouvé de solution définitive, la cotation forfaitaire s'applique actuellement aux seuls actes infirmiers.

La loi ne distingue pas non plus de manière explicite si la cotation forfaitaire doit être appliquée indistinctement à toutes les personnes hébergées dans un établissement d'aides et de soins. En effet une lecture extensive de la disposition afférente aurait pour suite que dans un centre intégré pour personnes âgées, le forfait serait également appliqué aux personnes non dépendantes. Actuellement ce problème a été résolu par l'application du forfait aux seules personnes dépendantes. Les prestations dispensées aux personnes non dépendantes qui, en cas de maladie aiguë nécessitent également des soins infirmiers, sont mises en compte acte par acte.

La prise en charge du forfait par l'assurance maladie est intégrale. Le forfait est payé mensuellement par l'UCM à l'établissement dans le cadre de la liquidation des prestations de l'assurance dépendance. Sa mise en compte va de pair avec celle des aides et soins pris en charge par l'assurance dépendance.

7.2. LES FRAIS DE SÉJOUR

L'assurance dépendance ne prend pas en charge les frais de séjour (hôtellerie, séjour) ni dans un établissement d'aides et de soins, ni dans une autre structure. Ces frais sont à charge de la personne dépendante.

Toutefois, la loi du 23 décembre 1998⁸⁶ autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique aux usagers des centres intégrés, maisons de soins, centres socio-gérontologiques et foyers de jour psychogériatriques, accorde aux personnes admises à durée indéterminée dans un tel établissement et aux personnes séjournant dans un hôpital et considérées comme cas de simple hébergement, un droit à un complément au prix des prestations fournies, pour autant que ces dépenses ne puissent être couvertes par les ressources personnelles du bénéficiaire.

Une personne dépendante ne pouvant payer par ses propres moyens le prix de séjour peut donc faire une demande afin de profiter de ce complément.

Le montant du complément est déterminé en fonction :

- d'un montant maximal mensuel du coût des prestations par service, modulé selon la qualité
- des prestations offertes suivant des modalités déterminées par voie de règlement grand-ducal⁸⁷, tout en ne pouvant être supérieur au montant facturé par l'établissement ;

86) Mém. A 1998, p. 3376.

87) Règlement grand-ducal du 6 avril 1999 portant fixation des montants variables du complément versé par le Fonds national de solidarité, Mém. A 1999, p. 991.

- des ressources personnelles du bénéficiaire ; d'un montant mensuel immunisé sur les ressources du bénéficiaire fixé actuellement à 7.686 francs.⁸⁸

Sont considérées comme ressources personnelles, l'ensemble des revenus annuels dont le bénéficiaire, seul ou avec son épouse, dispose, déduction faite des impôts et des éléments qui, selon les dispositions de la loi concernant l'impôt sur le revenu, sont mis en compte pour la détermination du revenu imposable. Sont notamment à prendre en compte comme ressources personnelles :

- le revenu provenant d'une activité professionnelle ;
- les revenus de biens mobiliers et immobiliers ;
- les rentes et pensions et tous les autres revenus de remplacement ;
- les allocations, prestations ou secours touchés de la part d'un organisme public ou privé ;
- les pensions alimentaires.

Seules les pensions alimentaires à verser entre époux et celles à verser par les parents aux enfants seront considérées. L'obligation alimentaire des enfants à l'égard de leurs parents n'est donc pas prise en compte pour la détermination du complément.

Le Fonds national de solidarité réclame la restitution du complément. L'article 13 du règlement grand-ducal du 6 avril 1999 dispose : « *Le Fonds national de solidarité réclame dans les limites à fixer par un règlement grand-ducal la restitution des sommes par lui versées au titre du complément :*

- a) contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune ;*
- b) contre la succession du bénéficiaire au maximum jusqu'à concurrence de l'actif de la succession ;*
- c) contre le donataire du bénéficiaire, lorsque ce dernier a fait la donation directe ou indirecte postérieurement à la demande du complément ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande, au maximum jusqu'à concurrence de la valeur des biens au jour de la donation ;*
- d) contre le légataire du bénéficiaire au maximum jusqu'à concurrence de la valeur des biens à lui légués de l'ouverture de la succession...⁸⁹ ».*

La loi n'a pas prévu un mode de calcul pour la répartition des revenus d'un couple dont l'un des partenaires vit dans une structure ci avant définie. Le comité directeur du Fonds national de solidarité s'est fixé comme ligne de conduite que les revenus de la personne restant au domicile conjugal ne peuvent en aucun cas être inférieurs au revenu minimum garanti. Dans les cas de l'espèce, les ressources personnelles du bénéficiaire à prendre en considération, pour le calcul du complément, sont diminuées du RMG (avec immunisation de 20%).

Le complément alloué est versé directement aux structures ci avant définies.

88) L'article 12 du règlement grand-ducal du 6 avril 1999 fixe ce montant à 7.500 francs au nombre indice 548,71 du coût de la vie.

89) Pour plus de précisions voir article 13 de la loi du 23 décembre 1998.

Les décisions du Fonds national de solidarité sont susceptibles d'un recours devant le conseil arbitral des assurances sociales et, en appel, devant le conseil supérieur des assurances sociales.

8

LE FINANCEMENT

8.1. LE SYSTÈME ET LES SOURCES DE FINANCEMENT

8.1.1. Le système de financement

A l'instar de l'assurance maladie maternité, l'assurance dépendance est financée par le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve. Le montant de cette réserve de trésorerie doit se situer entre 10% et 20% du montant annuel des dépenses courantes.

En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires au financement de l'assurance sont constituées :

- en raison de 45% des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve, par une contribution à charge du budget de l'Etat ;
- par une contribution spéciale consistant dans la redevance à charge du secteur de l'énergie électrique, dont la majoration de 3,5% est affectée à raison de deux tiers au financement de l'assurance dépendance ;
- pour le restant par une contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement des personnes assurées en matière d'assurance maladie. La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est déterminée sur base de l'assiette prévue en matière de soins de santé, mais sans application du minimum et du maximum cotisables. Pour les personnes touchant un salaire ou une prestation de remplacement de la sécurité sociale, l'assiette mensuelle est réduite d'un abattement correspondant à un quart du salaire social minimum pour un ouvrier non qualifié âgé de 18 ans au moins. La loi fixe le taux de la contribution dépendance à 1 %.

8.1.2. L'intervention de l'Etat

L'Etat participe directement au financement de l'assurance dépendance en prenant à charge 45% des dépenses totales de celle-ci. Cette participation remplace diverses autres prises en charge par l'Etat de dépenses liées aux soins qui existaient avant l'introduction de l'assurance dépendance. Il s'agissait notamment du financement des établissements de l'Etat qui offraient de telles prestations à leurs pensionnaires, comme c'est le cas dans les maisons de soins et les centres intégrés de l'Etat. Par ailleurs l'Etat avait aussi conclu un nombre important de conventions avec des organismes qui offraient notamment des aides et soins à domicile. En règle générale ces conventions prévoyaient que l'Etat assumait le déficit de financement de ces organismes en ce qui concerne leurs services d'aides et de soins.

Les institutions concernées doivent évidemment s'adapter au changement profond introduit dans leur financement par la création de l'assurance dépendance. Alors qu'avec les anciennes conventions, l'Etat participait directement au financement des institutions concernées, l'assurance dépendance finance les aides et soins de dépendance tels qu'ils ont été fixés individuellement pour chaque personne dépendante dans le plan de prise en charge.

Pour faciliter ce processus d'adaptation des institutions conventionnées jusqu'à l'introduction de l'assurance dépendance, l'Etat leur garantit en 1999 le financement du solde de leurs recettes et dépenses grâce à un crédit tampon. Le projet du budget de l'Etat pour l'année 2000 prévoit d'ailleurs que cette mesure transitoire sera prolongée jusqu'à la fin de l'année prochaine. Un comité d'accompagnement composé de représentants des ministères concernés a été chargé de proposer au Gouvernement des lignes directrices :

- pour l'élaboration des plans d'aménagement structurel que chaque institution concernée sera appelée à élaborer pour atteindre les objectifs fixés pour la fin de la période de deux années ;
- pour la rédaction des conventions qui seront signées à la fin de cette période pour le financement des activités qui ne sont pas financées par l'assurance maladie ou l'assurance dépendance.

Conformément aux lignes directrices arrêtées par le Gouvernement, ce comité arrête avec chaque institution un plan d'aménagement structurel et assure le suivi de la réalisation de ce plan, ainsi que de l'utilisation du crédit tampon.

8.1.3. La nouvelle source de financement

La nouvelle source de financement introduit par la loi du 19 juin 1998 est la redevance à charge du secteur de l'énergie électrique.

L'article 375, alinéa 2, 2) du CAS prévoit qu'une contribution spéciale consistant dans la redevance à charge du secteur de l'énergie électrique, dont la majoration de 3,5 pour cent est affectée à raison de deux tiers au financement de l'assurance dépendance.

La convention approuvée par la loi du 4 janvier 1928 concernant l'établissement de l'exploitation des réseaux de distribution d'énergie électrique dans le Grand-Duché de Luxembourg a établi en son article 4 une redevance à payer par le concessionnaire au profit de l'Etat. Aux termes de l'accord tarifaire entre la CEGEDEL et le Gouvernement cette redevance est fixée à 2,5 pour cent sur les importations d'électricité. Un nouvel accord relève ce taux de 3,5 pour cent pour le porter à 6 pour cent. L'attribution d'une partie de cette majoration est destinée à compenser partiellement la participation des employeurs au financement de l'assurance dépendance, à laquelle il a été renoncée afin de ne pas créer de nouvelles charges salariales pour les entreprises. L'affectation à l'assurance dépendance de deux tiers de la majoration de la redevance à charge du secteur de l'énergie électrique reflète la part des entreprises dans la consommation énergétique par rapport à la consommation totale.

Les recettes affectées à l'assurance dépendance à ce titre sont estimées à 135 millions de francs par an. Dans la mesure où il s'agit de dépenses affectées à l'UCM en tant que gestionnaire du risque dépendance, la loi budgétaire prévoit que la partie

du produit de la redevance à charge du secteur de l'énergie électrique affectée à l'assurance dépendance est imputée au budget des recettes et des dépenses pour ordre.

8.1.4. Les autres ressources

L'article 379 du CAS prévoit la possibilité pour l'UCM de placer à court terme la réserve prévue à l'article 375. Les intérêts recueillis sur ces placements constituent des ressources pour l'assurance dépendance.

De loin plus importantes sont les ressources obtenues en vertu de l'article 374 du CAS.

L'article 374 dispose : « *Si les personnes assurées ou leurs ayants droit peuvent réclamer, en vertu d'une disposition légale, la réparation du dommage qui leur est occasionné par un tiers, le droit passe à l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance jusqu'à concurrence des prestations et pour autant qu'il concerne les éléments de préjudice couverts par l'assurance dépendance.* »

Dans certains cas la dépendance est la suite d'un accident. Si cet accident a été causé par un tiers, la responsabilité civile de ce dernier est engagée. Inspiré des dispositions de l'article 82 du CAS applicable en matière d'assurance maladie, l'article sous examen confère à l'assurance dépendance un recours contre le tiers responsable et contre son assureur en ce qui concerne les éléments du préjudice doublement couverts.

Il est utilement renvoyé à la contribution de M. Ravarani, qui a exhaustivement décrit et commenté le mécanisme de recours exercé par les organismes d'assurances sociales contre les tiers responsables⁸⁹.

Finalement, conformément à l'article 283 du CAS, l'UCM peut recevoir des dons et legs, ressource jugée cependant hypothétique.

8.2. LA CONTRIBUTION DÉPENDANCE

8.2.1. Les caractéristiques

A côté d'une participation de l'Etat fixée à 45 % des dépenses de l'assurance dépendance, le financement de celle-ci repose principalement sur une nouvelle contribution à charge des personnes assurées dorénavant contre le risque dépendance. A l'instar de la contribution sociale généralisée introduite en 1991 en France pour garantir le financement de l'assurance maladie, la nouvelle contribution

89) RAVARANI Georges, Panorama de jurisprudence en matière d'indemnisation du dommage, Pasicrisie N° 3/1998, p. 73.

présente des caractéristiques empruntées à la fois à l'impôt sur le revenu et aux cotisations de sécurité sociale.

Tout comme les cotisations prélevées pour le financement de l'assurance maladie, de l'assurance pension et de l'assurance accident, la contribution dépendance est strictement proportionnelle aux revenus auxquels elle s'applique. Si la progressivité caractérisant l'impôt sur le revenu fait donc défaut, son assiette se rapproche de celle de cet impôt. En effet, elle n'est pas prélevée uniquement sur les revenus professionnels, mais aussi sur ceux du patrimoine. En outre, elle n'est pas déductible fiscalement comme les cotisations de sécurité sociale. En d'autres termes, elle n'est pas déduite du revenu avant le calcul de l'impôt sur le revenu. Par ailleurs, elle est prélevée aussi sur le revenu dépassant le plafond généralement appliqué en matière de sécurité sociale.

Quelles sont les considérations qui ont amené le législateur à asseoir en grande partie le financement de l'assurance dépendance sur une contribution d'un type nouveau à caractère mixte ? L'explication ne doit pas être recherchée simplement dans la propension du législateur luxembourgeois à copier la législation d'un pays voisin. Le Gouvernement était confronté aux positions divergentes des organisations professionnelles au sujet des sources de financement à utiliser.

La Chambre du travail revendiquait « un financement dans le cadre de la solidarité nationale par le budget de l'Etat ». Une fraction minoritaire de cette chambre professionnelle plaidait « pour une contribution plus renforcée des entreprises dans le sens d'un partage des coûts entre salariés et employeurs⁹⁰ ». La Chambre des employés privés estimait aussi que les employeurs devraient contribuer au financement au motif que « la dépendance nous met devant un défi faisant appel à la solidarité nationale⁹¹ ». De leur côté, les chambres professionnelles des employeurs n'acceptent pas le principe d'une implication dans le financement de la dépendance en faisant valoir « qu'il n'existe aucun lien de responsabilité quant au fait de la dépendance⁹² ». Les avis officiels des chambres professionnelles reflètent parfaitement les positions prises par les syndicats et les représentants du patronat avant l'élaboration du projet de loi.

Le choix pour une contribution d'un type nouveau doit donc s'analyser comme un compromis politique. D'une part, le Gouvernement souhaitait « associer l'ensemble de la population au financement en optant pour une assiette aussi large que possible » en étant « convaincu que la nouvelle contribution constitue une source de financement solide permettant de faire face également à l'évolution future du coût de la dépendance⁹³ ». Ces considérations sont conformes à la finalité des cotisations sociales. D'autre part, le Gouvernement voulait insister sur le caractère social de la contribution et sur « la répartition équitable de la charge financière entre les bénéficiaires potentiels et réels des prestations de dépendance. » Le souci d'opérer un prélèvement au moins aussi important sur les revenus élevés que sur les revenus

90) Doc. parl. 4216⁴, p. 7.

91) Doc. parl. 4216⁵, p. 9.

92) Doc. parl. 4216¹⁰, p. 9.

93) Doc. parl. 4216, p. 25.

faibles se traduit par la non-application du plafond cotisable, par la non-déductibilité fiscale de la contribution ainsi que par un abattement dont il sera question plus loin.

Il n'est pas sûr que la nouvelle contribution à caractère mixte qui est née dans un contexte politique particulier ait devant elle le même avenir que la contribution sociale généralisée française qui s'est entre-temps pratiquement substituée à la part de cotisation d'assurance maladie à charge de l'assuré. Dans ce contexte, il convient de relever que, d'après l'exposé des motifs⁹⁴ du projet de loi, les revenus du patrimoine constatés au Luxembourg par l'Administration des Contributions directes ne s'élèvent qu'à quelques 10 milliards, alors que les revenus professionnels et les pensions atteignent respectivement 294 et 74 milliards. L'inclusion des revenus du patrimoine a donc surtout une valeur symbolique.

8.2.2. Le taux

Si la loi fixe le taux de l'impôt sur le revenu, des solutions différentes ont été adoptées pour la détermination du taux des différentes cotisations sociales. A partir de 1994, il appartient aux organes de l'UCM d'assurer l'équilibre financier en fixant, sous le contrôle du ministre de la sécurité sociale, le niveau de prise en charge des prestations en nature ainsi que les taux de cotisations en matière d'assurance maladie. De même, l'association d'assurance contre les accidents a compétence pour fixer les taux de cotisations variant d'une classe de risque à une autre, sous réserve de l'approbation du Gouvernement. Quant au taux de cotisations en matière d'assurance pension, il est fixé par règlement grand-ducal dans un cadre légal assez contraignant.

Reprenant la solution imposée par la constitution en matière fiscale, l'article 376 du CAS dispose que « le taux de la contribution dépendance est fixé à un pour cent ». Ce texte a été adopté par la Chambre des Députés sur proposition de sa Commission de la Santé et de la Sécurité sociale qui dans son avis a exprimé le point de vue suivant : « En tant que principale source de financement, la contribution dépendance devrait permettre de faire face à la croissance du coût de la dépendance dans les années futures et de garantir ainsi l'équilibre financier de l'assurance. Cette contribution sociale correspond à un prélèvement d'un pour cent (adaptable par la voie législative) sur les revenus professionnels, les revenus de remplacement ainsi que sur les revenus du patrimoine. Il convient de noter que la proposition du Conseil d'Etat permettant de fixer le taux de cotisation par règlement entre 1 et 1,5 pour cent (vu le caractère aléatoire des dépenses) n'a pas été retenue par la Chambre des Députés.

Les membres de la commission compétente ont exprimé leur préférence pour le texte initial en laissant à la loi le soin de procéder, le cas échéant, à une refixation de ce taux⁹⁵. »

Certes l'on peut critiquer que le pouvoir législatif se soit ainsi réservé la détermination des recettes, alors que le pouvoir réglementaire, l'UCM et les groupements

94) Doc. parl. 4216, p.29.

95) Doc. parl. 4216⁵, p. 25.

professionnels des prestataires d'aides et de soins interviennent dans la détermination du montant des prestations. Cette répartition des compétences peut toutefois se comprendre. En effet, une intervention du législateur au niveau tant des dépenses que des recettes pourrait s'imposer, s'il devait s'avérer que le coût initial de la dépendance avait été sous-estimé ou que l'évolution des prestations dépasserait celle de l'assiette de la contribution dépendance. La refixation éventuelle du taux de la contribution dépendance dans le cadre de la loi budgétaire votée chaque année ensemble avec d'autres mesures fiscales ne poserait d'ailleurs pas de problèmes pratiques.

L'assiette une fois déterminée, l'application du taux ne soulève guère de difficulté, sauf si une rémunération nette a été convenue entre employeur et salarié. Ce dernier mode de rémunération est fréquemment utilisé pour l'occupation de personnes dans le ménage privé de l'employeur. Or, la loi portant introduction d'une assurance dépendance a mis en œuvre une procédure administrative simplifiée pour ce genre d'occupations : L'employeur déclare la rémunération nette au Centre commun de la sécurité sociale qui se charge de la détermination de la rémunération brute ainsi que du calcul et de la perception des cotisations sociales, de la contribution dépendance et de l'impôt forfaitaire.

8.2.3. L'assiette

Aux termes de l'article 376 du CAS, l'assiette de la contribution dépendance est constituée par les revenus professionnels et les revenus de remplacement ainsi que par les revenus du patrimoine.

Quant à la définition de la première catégorie de revenus, l'article 377 du CAS renvoie à l'article 38 du CAS définissant l'assiette cotisable en matière d'assurance maladie. Si les assiettes prises en compte pour les deux risques coïncident donc en principe, il convient de signaler deux différences importantes commentées comme suit dans l'exposé des motifs du projet de loi : « D'un côté, l'assiette représentant le revenu professionnel n'est ni relevée jusqu'à concurrence du minimum cotisable équivalant au salaire social minimum en ce qui concerne les cotisations, ni réduite jusqu'à concurrence du plafond cotisable fixé au quintuple de ce salaire. De cette manière, tous les assurés contribueront d'une manière strictement proportionnelle à leur revenu professionnel. Un système de dispense des cotisations ou de prise en charge d'une partie des cotisations par l'Etat, tel qu'il existe dans d'autres risques pour les indépendants et les agriculteurs, n'est donc pas nécessaire en matière de financement du risque dépendance.

D'un autre côté, un abattement est opéré sur le salaire et les revenus de remplacement (pensions, indemnité pécuniaire de maladie, indemnité de chômage, indemnité d'attente en cas de préretraite, etc.). L'abattement correspond à un quart du salaire social minimum, c'est-à-dire à 12.012 francs⁹⁶ par mois au nombre indice 562,38 et compte tenu du montant de ce salaire en vigueur depuis le 1er janvier 1995.

96) 297,77 euro.

Ce paramètre qui intervient également dans la fixation des cotisations de sécurité sociale assure une adaptation automatique de l'abattement à l'évolution non seulement du coût de la vie, mais également du niveau de la vie.

L'abattement se justifie par des considérations sociales. Il est favorable aux personnes ayant un revenu peu élevé.

La contribution dépendance représente en effet une part moins importante de leurs revenus que celle à payer par les personnes bénéficiant de salaires ou de revenus de remplacement élevés. Par ailleurs, l'abattement permet de rééquilibrer une différence au niveau de l'assiette de cotisation. Celle-ci correspond aux salaires et revenus de remplacement bruts et aux revenus nets provenant d'une occupation non salariée ou du patrimoine. Pour ces dernières catégories de revenus, la définition prévue notamment à l'article 10 de la loi concernant l'impôt sur le revenu est applicable. Or, cette loi vise le revenu net correspondant à « l'excédent des recettes aux frais d'obtention ».

Contrairement à la législation en matière de l'impôt sur le revenu à caractère annuel, l'abattement est en principe mensuel. Un abattement annuel dispenserait totalement du paiement de la contribution dépendance les personnes n'ayant exercé l'activité professionnelle que pendant une durée relativement courte ou à temps partiel, chaque fois où leur revenu professionnel n'atteindrait pas un abattement de 131.232 francs par an. Il est cependant souhaitable que la nouvelle contribution soit payée par l'ensemble des assurés bénéficiant de la protection contre le risque dépendance. Dans le règlement grand-ducal déterminant un certain nombre de règles particulières, il est donc prévu de proratiser le montant mensuel de l'abattement en fonction du nombre d'heures travaillées par rapport à la durée de travail normale de 173 heures par mois. En cas d'occupations multiples, chaque employeur pourra déterminer le montant de la retenue à opérer en effectuant la même proratisation à l'aide des heures de travail, donnée intervenant actuellement déjà dans le calcul des cotisations de la sécurité sociale⁹⁸. »

En ce qui concerne les revenus du patrimoine, l'article 378 du CAS rend applicables les dispositions de l'impôt sur le revenu qui visent trois types de revenus, à savoir :

- le revenu net provenant de capitaux mobiliers ;
- le revenu net provenant de la location de biens ;
- les revenus nets divers, tels que les bénéfices de spéculation et de cession.

8.2.4. La perception

98) Doc. parl. 4216, p.55.

Le législateur a confié au Centre commun de la sécurité sociale la perception des cotisations sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement. Cette perception mensuelle ne soulève en principe pas de difficulté en raison du parallélisme entre les assiettes de la cotisation d'assurance maladie et de la contribution dépendance. Seule la proratisation de l'abattement en fonction du nombre d'heures travaillées au cours d'un mois par rapport à 160 heures complique un peu ce calcul. Cette proratisation se limite aux occupations à temps partiel.

L'Administration des Contributions directes est chargée de la perception de la contribution dépendance sur les revenus du patrimoine et sur les pensions complémentaires versées par l'ancien employeur en complément de la pension légale. Cette perception se fait annuellement après la clôture de l'exercice fiscal sur base des déclarations faites par les contribuables concernés.

La stricte division du travail répond à la double préoccupation du législateur d'assurer une perception prompte de la contribution dépendance et d'éviter tout nouveau double emploi administratif. L'Administration des Contributions directes n'aurait pu procéder à la perception qu'avec un retard considérable, alors que les revenus du patrimoine et les pensions complémentaires ne sont pas déclarés au Centre commun de la sécurité sociale.

9

L'ORGANISATION

9.1. LA CELLULE D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION

La CEO est en quelque sorte la cheville ouvrière de l'assurance dépendance.

Conformément à l'article 386, alinéa 1 du CAS, la CEO est « un service public placé sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale et rattaché à l'Inspection générale de la sécurité sociale ».

Ce rattachement permet à la CEO de recourir aux services et aux compétences de l'Inspection générale de la sécurité sociale, tout en bénéficiant, dans le domaine de ses attributions spécifiques, d'une large autonomie.

Elle a son siège à Luxembourg. Elle dispose également de deux antennes régionales, situées respectivement à Esch-sur-Alzette (Domaine Schlassgoart, Bâtiment n° 4, Arbed Esch) et à Ettelbrück (26-30, avenue Kennedy L - 9093 Ettelbrück).

Ces délocalisations la rapprochent des personnes qui n'habitent pas le centre du pays, notamment pour la réalisation des évaluations médicales ou d'autres expertises complémentaires ne nécessitant pas un déplacement au domicile de la personne.

Cependant, pour garder une uniformité et une équité dans la détermination de la dépendance, le travail des équipes multidisciplinaires sera toujours réalisé au siège de la CEO.

9.1.1. Les principes directeurs du travail de la Cellule d'évaluation et d'orientation

9.1.1.1. La multidisciplinarité

La CEO est multidisciplinaire. Elle comprend des médecins, des psychologues, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des assistants sociaux, des infirmiers et des infirmiers psychiatriques.

La diversité des situations de dépendance souligne la complexité de leur évaluation. Le large éventail des besoins exprimés, les facteurs déterminant l'état de dépendance des personnes ainsi que les aides et soins qu'elles requièrent imposent une approche multidisciplinaire.

Seuls la mise en commun de différentes approches cliniques et méthodologiques et les échanges pour une compréhension des situations de dépendance permettent une appréciation objective.

L'interdisciplinarité s'avère l'outil le plus efficace de la CEO. C'est de sa mise en œuvre que dépendra en fin de compte la qualité de l'évaluation et la crédibilité de la CEO.

9.1.1.2. Les accords de partenariats

Toutefois, la diversité de qualifications du personnel permanent de la CEO ne suffit pas.

Afin d'être pleinement en mesure d'apprécier l'état de dépendance, la CEO doit pouvoir recourir à des avis d'experts médicaux, de professionnels de la santé ou d'autres experts techniques⁹⁸.

A cet effet elle peut conclure des accords de partenariats.

En vertu de l'article 386 du CAS « *la cellule peut conclure des accords de partenariat avec les services spécialisés en vue de la réalisation de ses missions pour autant que ces services n'ont pas conclu un contrat d'aides et de soins avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance en vertu des articles 389 à 393* ».

Jusqu'ici, un seul accord de partenariat a été conclu. Il s'agit d'un accord conclu avec la Fédération luxembourgeoise des services techniques pour le handicap pour les expertises en matière d'appareils et d'adaptations du logement.

9.1.1.3. La déontologie

Tous les membres de la CEO et les collaborateurs externes sont tenus au secret professionnel le plus strict.

En outre, l'article 386, alinéa 3 du CAS dispose : « *Le personnel de la cellule ne peut profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en sa faveur par une personne pendant la période où elle a touché des prestations de l'assurance dépendance, sauf dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement.* »

Enfin, l'alinéa 2 du même article dispose : « *elle exerce ses missions en demandant des renseignements et en procédant à une évaluation auprès des personnes demandant les prestations prévues à l'article 347.* »

Le personnel de la CEO peut, dans l'exercice de ses missions et muni des pièces justificatives de ses fonctions, se rendre au domicile des personnes ayant sollicité les aides et soins du présent livre ou à l'établissement qui les héberge, afin de procéder aux constatations nécessaires en vue de l'octroi des aides et soins prévus par le présent livre. Les visites à domicile ou dans l'établissement ne peuvent avoir lieu qu'entre six heures et demie et vingt heures. Un règlement grand-ducal peut préciser les conditions et modalités de l'exercice des attributions de la CEO. »

98) Voir : Les expertises complémentaires, p. 15.

S'il est, en effet, nécessaire que le personnel de la CEO puisse avoir accès à toutes les informations qui lui permettront de réaliser une évaluation de qualité, il semble tout aussi nécessaire que les personnes dépendantes puissent être protégées de toute intervention abusive dans la vie privée.

9.1.1.4. La formation continue et la supervision

Compte tenu de la complexité des différentes matières abordées par la CEO et de l'évolution rapide des connaissances, il est essentiel que le personnel de la CEO puisse bénéficier d'une formation continue et régulière.

Cette formation continue concerne notamment :

- le perfectionnement en matière de techniques diagnostiques, matière fondamentale dans le cadre de l'évaluation de la dépendance ;
- la formation en matière de santé publique en vue de l'analyse de problèmes relatifs à l'état de dépendance et en vue d'une collaboration à la programmation et à la mise en œuvre des actions de prévention de la dépendance ;
- la formation à la statistique et aux techniques de recherche adaptées à la santé publique.

Des supervisions individuelles et de groupes s'avèrent indispensables pour permettre aux différents membres de la CEO de perfectionner leur approche des problèmes individuels.

9.1.2. Les attributions de la Cellule d'évaluation et d'orientation

Les attributions de la CEO sont définies principalement à l'article 385 du CAS.

L'article 385 dispose : « Il est créé une CEO qui a pour mission :

- 1) de constater l'état de dépendance tel qu'il est défini aux articles 348 et 349 et de déterminer les aides et soins conformément à l'article 350 ;
- 2) d'émettre les avis concernant l'attribution des prestations au sens des articles 353, 354 et 359, des fournitures prévues à l'article 356 et des mesures prévues à l'article 367 ;
- 3) de proposer, le cas échéant, les mesures de rééducation et de réadaptation ;
- 4) de proposer le maintien à domicile ou l'admission en établissement d'aides et de soins ;
- 5) de déterminer un plan de prise en charge à l'attention du réseau assurant la coordination des aides et des soins autour de la personne dans le cadre du maintien à domicile ou à l'attention de l'établissement d'aides et de soins ;
- 6) de classer les personnes dépendantes pour l'entrée en établissement suivant les critères d'urgence faisant référence à la fois à l'état de la personne dépendante et aux possibilités de prise en charge de l'entourage ;
- 7) de centraliser les données sur l'offre en établissement ou en centre de jour ou de nuit ;

- 8) *de conseiller l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance et les ministères chargés du financement des infrastructures et de l'agrément des services et établissements d'aides et de soins à la mise en place d'une infrastructure adaptée aux besoins de la population dépendante, de qualité et économiquement efficace. A cet effet, elle établit tous les ans un rapport ;*
- 9) *d'informer et de conseiller les personnes protégées, les médecins et les professionnels des aides et des soins en matière de prévention de la dépendance et de prise en charge des personnes dépendantes. »*

Les différentes dispositions de l'article 385 sont précisées au fil de la loi par d'autres articles, à savoir les articles 351, 356, 360, 366 et 367 du CAS.

Ces différentes attributions de la CEO ont déjà été abordées au cours des chapitres précédents. Il ne semble donc pas nécessaire d'y revenir ici.

9.1.3. Le personnel de la Cellule d'évaluation et d'orientation

Comme il a été dit précédemment, le personnel de la CEO est multidisciplinaire. Il comporte des représentants de plusieurs professions de santé : infirmiers, infirmiers psychiatriques, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, médecins et assistants sociaux. Il est complété par du personnel administratif. La CEO est dirigée par un chargé de direction et se compose actuellement de 22 personnes.

On distingue au sein de la CEO, 4 unités fonctionnelles.

La direction

La direction assume la responsabilité administrative de la CEO. Elle supervise et dirige les missions attribuées à la CEO en vertu de l'article 385 du CAS et veille à leur bonne exécution.

Les équipes multidisciplinaires

Elles sont responsables de l'ensemble de la procédure menant à la constatation de l'état de dépendance et à la détermination des aides et soins requis⁹⁹.

Ces équipes participent en outre à l'élaboration du rapport annuel et aux missions d'information, de conseil et d'expertise qui leur incombent.

Trois équipes fonctionnent habituellement au sein de la CEO. Durant la phase de mise en place de l'assurance, afin d'accélérer l'évaluation du nombre important de demandes, l'organisation des équipes a été quelque peu modifiée par rapport à un fonctionnement idéal. Les infirmiers ont recours à la compétence des autres professionnels dans la mesure où l'état de la personne l'impose. Pour l'instant, la

99) Voir : La détermination des aides et soins requis, p. 18.

présence de professionnels non-infirmiers n'est ainsi pas systématique dans les différentes équipes.

L'unité chargée de la gestion administrative

Il incombe à cette unité d'assurer toutes les tâches relatives à l'organisation : du personnel, l'élaboration du budget, la bureautique, l'accueil et l'information, l'archivage, le courrier, les travaux de rédaction et de dactylographie, le standard téléphonique.

L'unité chargée de l'informatique, de statistiques et de la validation du questionnaire

Cette unité est chargée de la réalisation de programmes informatiques nécessaires à la gestion quotidienne des travaux de la CEO. Elle procède à la collecte et à l'exploitation des données saisies dans le cadre de l'évaluation de la dépendance. Elle est chargée de l'élaboration du rapport annuel.

Elle est également chargée de la validation des méthodes servant à déterminer l'état de dépendance.

9.2. L'ORGANISME GESTIONNAIRE : L'UNION DES CAISSES DE MALADIE¹⁰⁰

L'article 380 du CAS dispose : « *La gestion de l'assurance dépendance est assumée par l'UCM.* »

L'exposé des motifs explique à ce sujet : « Il n'est pas envisagé d'instituer une nouvelle structure administrative pour assurer la gestion administrative de l'assurance dépendance mais d'utiliser les structures administratives existantes de l'assurance maladie et, pour autant que nécessaire, celles du centre commun de la sécurité sociale. Comme les prestations de l'assurance dépendance seront suivies par le projet versées d'après le système du tiers payant, il s'indique au vu des principes d'organisation retenus dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie par la loi du 27 juillet 1992, d'en confier la gestion à l'UCM¹⁰¹. »

L'UCM est un établissement public créé par la loi du 27 juin 1992 portant réforme de l'assurance maladie, dont les structures et compétences sont définies dans le livre premier du CAS. L'UCM jouit de la personnalité civile et a son siège à Luxembourg.

Cependant, en vertu de l'article X. de la loi de base du 19 juin 1998, l'Inspection générale de la sécurité sociale a été chargée d'exercer certaines attributions en lieu et place de l'UCM pendant la phase de démarrage de l'assurance dépendance. En effet jusqu'au 31 décembre 1998, l'Inspection générale de la sécurité sociale avait la

100) Voir : Les décisions de l'Union des caisses de maladie, p. 27.

101) Doc. parl. 4216, p. 30.

charge de conclure pour compte de l'UCM les contrats d'aides et de soins avec les prestataires, c'est-à-dire les réseaux et les établissements d'aides et de soins.

9.2.1. Les attributions de l'Union des caisses de maladie

Les attributions de l'UCM dans le domaine de l'assurance dépendance sont multiples.

- 1) A l'égard des bénéficiaires de l'assurance dépendance, l'UCM prend les décisions individuelles concernant :
 - l'existence de l'état de dépendance, la détermination du début et de la durée des aides et soins requis, le remplacement des prestations en nature par des prestations en espèces (art. 351 du CAS) ;
 - le bénéfice des produits nécessaires aux aides et soins (art. 356, al. 1 et 2, art. 359, al. 2 du CAS) ;
 - la mise à disposition ou l'acquisition d'appareils au profit des personnes dépendantes (art. 356, al. 3 du CAS) ;
 - les adaptations du logement (art. 356, al. 4 du CAS) ;
 - la suppression, le relèvement ou la réduction des prestations suite à une erreur matérielle (art. 366 et art. 367 du CAS) ;
 - le retrait de la prestation en espèces au cas où elle ne serait pas employée aux fins spécifiées par la loi (art. 367, al. 5 du CAS).
- 2) A l'égard des prestataires (établissements d'aides et de soins et réseaux d'aides et de soins), l'UCM est compétente pour :
 - la conclusion des contrats d'aides et de soins avec les établissements et les réseaux d'aides et de soins (art. 389 du CAS) ;
 - la prise en charge directe (par le système du tiers payant) des prestations en nature (art. 363 du CAS) ;
 - la négociation de la valeur monétaire avec le ou les groupements professionnels des établissements d'aides et de soins (art. 395 du CAS) ;
 - la négociation de la valeur monétaire avec le ou les groupements professionnels des réseaux d'aides et de soins (art. 395 du CAS) ;

Le résultat des négociations porte un caractère général et obligatoire. Il s'impose à tous les prestataires, même à ceux non représentés dans la négociation. A noter que pour ces négociations, les articles 62, 69, 70 et 71 du CAS en matière d'assurance maladie sont également applicables. Ces dispositions concernent les domaines suivants :

- les litiges relatifs à la représentativité des groupements professionnels entrant en négociation ;
- la procédure de médiation pour le cas où les négociations n'aboutiraient pas dans les délais impartis ;
- la procédure de décision juridictionnelle en cas d'échec de la médiation.

Pendant la phase de démarrage, c'est-à-dire pour les exercices 1999 et 2000, les valeurs monétaires respectives ne sont pas négociées mais déterminées par voie de règlement grand-ducal (art. 395, alinéa final du CAS).

- 3) A l'égard des fournisseurs d'appareils, l'UCM est compétente pour :
 - la conclusion des contrats de prestations de service avec les fournisseurs d'appareils pour la mise à disposition d'appareils (art. 394 du CAS).
- 4) A l'égard de particuliers ou d'assureurs de la responsabilité civile, l'UCM est compétente pour :
 - le recouvrement auprès des tiers responsables des dommages causés par ceux-ci lorsque ces dommages sont réparés à charge de l'assurance dépendance (art. 374 du CAS).
- 5) A l'égard de certaines administrations et services publics luxembourgeois, l'UCM est compétente pour :
 - le paiement, en vertu de l'article VIII. de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance, des allocations de soins ordonnancées par le Ministre de la Santé ;
 - le remboursement, au Fonds national de solidarité, des allocations spéciales pour personnes gravement handicapées (article VIII. de la même loi) ;
 - l'information des organismes d'assistance au sujet des prestations accordées en vertu de la législation sur l'assurance dépendance (art. 373 du CAS).
- 6) A l'égard des organismes d'assurances sociales étrangers, l'UCM est chargée de la gestion des dossiers individuels pour compte de ces organismes, lorsqu'il s'agit de prestations accordées au Luxembourg à des personnes relevant de la compétence de régimes étrangers ou, inversement de prestations accordées par les régimes étrangers à des ressortissants de l'assurance luxembourgeoise résidant ou séjournant à l'étranger.

Cette matière est largement gouvernée par la législation internationale appliquée en matière d'assurance maladie.
- 7) L'UCM est compétente pour le versement des prestations allouées dans le cadre des projets d'actions expérimentales (art. 361 du CAS).
- 8) L'UCM est compétente pour la liquidation et le paiement de la prestation en espèces aux personnes dépendantes.
- 9) L'UCM assure la gestion financière et comptable de l'assurance dépendance (art. 381 du CAS) et administre le patrimoine (placement de la réserve, emprunts, art. 379 du CAS).
- 10) L'UCM est représentée par son président ou un délégué du président au sein de la commission consultative.

9.2.2. Le Conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie

Le président de l'UCM assume les fonctions de président du Conseil d'administration chargé de la gestion de l'assurance dépendance.

Le Conseil d'administration se compose des mêmes membres que ceux siégeant en matière d'assurance maladie, à l'exception des représentants des employeurs (art. 381 du CAS).

Le Conseil d'administration se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'Etat, nommé par le Grand-Duc :

- de trois délégués des ouvriers ;
- de deux délégués des employés privés ;
- d'un délégué des assurés du secteur public ;
- d'un délégué des assurés non salariés.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

L'article 381 du CAS précise les missions du Conseil d'administration : « *Le conseil d'administration a pour mission :*

- 1) *de statuer sur le budget annuel et le décompte annuel des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance, à approuver par le ministre ayant dans ces attributions la sécurité sociale sur avis de l'autorité de surveillance ;*
- 2) *de préparer les négociations à mener par le président ou son délégué avec les prestataires d'aides et de soins et de se prononcer sur le résultat de ces négociations ;*
- 3) *de prendre les décisions individuelles en matière de prestations... ».*

9.2.3. La représentation de l'Union des caisses de maladie et les attributions du président

Le président du Conseil d'administration représente l'UCM judiciairement et extrajudiciairement. Cette représentation s'étend aussi aux affaires et actes judiciaires pour lesquels les lois exigent une procuration spéciale. Les actes posés par le président et le conseil d'administration dans les limites de leurs pouvoirs engagent l'UCM. Dans les votes des organes de l'UCM, la voix du président est prépondérante en cas de partage des votes.

Le président convoque les organes de l'UCM ; il arrête le relevé des décisions et le transmet immédiatement à l'autorité de surveillance. Le président peut déléguer l'évacuation des affaires courantes de même que la représentation devant les juridictions de la sécurité sociale à un employé dirigeant de l'UCM.

Toute décision d'un organe de l'UCM qui est contraire aux lois, règlements ou statuts est déférée par le président à l'autorité de surveillance en vue de la suspension conformément à l'article 59 du CAS.

9.2.4. L'organisation administrative

La gestion administrative de l'assurance dépendance, pour autant qu'elle ne concerne pas la CEO, est assurée dans le cadre des mêmes structures dont disposait l'UCM avant l'introduction de l'assurance dépendance. A l'exception du service s'occupant de l'enregistrement des demandes, de la notification des décisions individuelles, de la liquidation et du paiement des prestations de l'assurance dépendance, le déroulement des tâches et procédures administratives a été confié aux services administratifs existants à savoir : service juridique et contentieux, service des recours contre tiers responsables, service financier et de la comptabilité, service

international, service informatique, service du répertoire des prestataires, service du personnel, etc.

Les frais d'administration propres à l'UCM sont répartis entre l'assurance maladie et l'assurance dépendance au prorata de leurs prestations respectives au cours du pénultième exercice (art. 384 du CAS).

9.2.5. La surveillance de l'Etat

L'UCM est soumise à la haute surveillance du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale. L'autorité de surveillance veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières (art. 59 du CAS)¹⁰².

A cette fin, elle peut en tout temps contrôler ou faire contrôler la gestion de l'UCM.

Si une décision de l'UCM est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'Inspection générale de la sécurité sociale peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale qu'elle saisit aux fins d'annulation.

Les motifs de la suspension sont communiqués à l'UCM dans les cinq jours de la suspension ; celle-ci peut, le cas échéant, présenter des observations endéans la quinzaine. Si l'annulation de la décision par le ministre n'intervient pas dans les quarante jours à partir de la communication à l'UCM, la suspension est levée.

Au cas où l'UCM refuserait de remplir les obligations lui imposées par les lois, règlements ou conventions, le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale peut après deux avertissements consécutifs, charger l'Inspection générale de la sécurité sociale de mettre à exécution les mesures prescrites par les lois, règlements et conventions aux frais de l'UCM.

Si un recours est introduit par un assuré devant le conseil arbitral des assurances sociales contre une décision de l'UCM, la procédure de suspension décrite ne peut s'exercer.

102) Voir : Article 50, alinéa 5 du CAS.

9.3. LES ORGANES CONSULTATIFS

9.3.1. La commission consultative

L'article 387 du CAS dispose : « Il est institué une commission consultative qui se compose des membres suivants :

- d'un délégué du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale qui assume les fonctions de président de la commission ;
- de deux membres désignés respectivement par les ministres ayant dans leurs attributions la santé et la famille ;
- du président de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance ou de son délégué ;
- de deux membres désignés par et parmi les délégués visés à l'article 48, alinéa 1, point 1 à 4 ;
- de deux membres représentant les organisations agréées en vue de la dispensation d'aides et de soins ;
- de deux membres désignés respectivement par le conseil supérieur des personnes handicapées et celui des personnes âgées.

Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant.

La commission peut s'adjoindre des experts. Elle peut se saisir elle-même de toute affaire relative à ses attributions prévues aux articles 350, 361 et 396. Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'aides ou de soins, par les ministres ayant dans leurs attributions la sécurité sociale, la santé ou la famille, la CEO, l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance ou encore les organismes agréés signataires d'un contrat d'aides et de soins au sens des articles 389 à 393.

Le fonctionnement et la désignation des membres et membres suppléants de la commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal. Dans les votes au sein de la commission, celui du président prévaut en cas de partage des voix.

Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'État. »

Dans la suite le règlement grand-ducal relatif au fonctionnement de la commission consultative a été pris¹⁰³.

Le modèle de la commission consultative est calqué sur celui de la commission de nomenclature prévue en matière d'assurance maladie.

Elle se compose de 10 membres dont le président. La commission consultative a principalement pour objet de donner son avis sur le questionnaire et le relevé type, sur les projets d'actions expérimentales et de proposer une liste des appareils pris en charge par l'assurance dépendance.

103) Pour plus de précisions voir : Règlement grand-ducal du 25 juin 1998, Mém. A 1998, p. 750.

Depuis le vote de la loi, la commission consultative s'est réunie 11 fois. Voici les sujets principaux dont la commission consultative a discuté :

- avis au sujet du règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance ;
- proposition de la liste des appareils pris en charge par l'assurance dépendance ;
- examen du bilan intermédiaire de la CEO du 10 avril 1999 ;
- avis au sujet du règlement grand-ducal ayant trait aux adaptations du logement pris en charge par l'assurance ;
- modalités pratiques relatives à la distribution de matériel ;
- projets d'actions expérimentales - lignes de conduite ;
- attributions de l'aide-soignant ;
- remplacement de l'aidant informel.

9.3.2. L'action concertée

L'article 388 du CAS dispose : « *Le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale convoque périodiquement un comité qui réunit les ministres ayant dans leurs attributions le budget, la famille et la santé, les organisations œuvrant dans le domaine de l'action médicale, sociale et familiale et les associations représentant les ayants droit. Ce comité a pour mission d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements d'aides et de soins hébergeant des personnes dépendantes et de faire des propositions à l'effet d'améliorer la prise en charge des personnes dépendantes. A cet effet il peut réaliser ou faire réaliser des études. Des experts peuvent être adjoints à ce comité.* »

La réunion périodique au sein d'une action concertée des différents acteurs dans le domaine de l'assurance dépendance est prévue à l'instar de ce qui est prévu dans le domaine de l'assurance maladie et du secteur de la santé. Un tel comité n'a pas encore été réuni.

10

LES RELATIONS AVEC LES PRESTATAIRES¹⁰⁴

Les deux grandes catégories de prestataires dans le cadre de l'assurance dépendance sont, d'une part, les établissements d'aides et de soins et, d'autre part, les réseaux d'aides et de soins. A côté de ces deux grandes catégories de prestataires d'aides et de soins, il existe une troisième catégorie, à savoir les fournisseurs d'appareils.

Pour les établissements d'aides et de soins l'article 389 du CAS dispose : « *Sont considérés comme établissements d'aides et de soins au sens du présent livre les institutions hébergeant de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance. L'établissement d'aides et de soins de droit public ou de droit privé doit exercer son activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministre compétent conformément à la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique soit en vertu d'une autre disposition légale et avoir conclu avec l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins conformément à l'article 392.* »

Afin de pouvoir opérer dans le cadre de l'assurance dépendance, les établissements d'aides et de soins doivent exercer leur activité en vertu d'un agrément et avoir conclu avec l'UCM un contrat d'aides et de soins.

Pour les réseaux d'aides et de soins l'article 390 du CAS dispose : « *Tous les aides et soins délivrés, dans le cadre d'un réseau d'aides et de soins et en dehors d'un établissement d'aides et de soins, peuvent être prestés par des personnes exerçant leurs activités en vertu d'un agrément délivré par le ministre compétent en application de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans le domaine social, familial et thérapeutique et ayant conclu avec l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins conformément à l'article 393.* »

Il en est de même pour les réseaux d'aides et de soins, dont les activités doivent être agréées et qui doivent avoir conclu un contrat avec l'UCM. L'utilisation du terme « peuvent » laisse sous-entendre que les aides et soins peuvent aussi être apportés par des aidants informels. Il va de soi que les aidants informels n'ont pas besoin d'être agréés et de conclure un contrat d'aides et de soins avec l'UCM !

104) Voir : Doc. parl. No 4216, p. 21.

Le réseau d'aides et de soins est un ensemble qui se compose de plusieurs services dont notamment « aide à domicile » et « soins à domicile ». Ce sont les activités « aide à domicile » et « soins à domicile » qui sont agréées. Le réseau d'aides et de soins en tant que tel doit cependant disposer de la personnalité juridique sinon il ne peut pas faire des actes juridiques, comme par exemple conclure un contrat avec l'UCM.

Pour les fournisseurs d'appareils, l'article 394 du CAS dispose : « *Peuvent être chargés de la mise à disposition des appareils dans le cadre du présent livre les fournisseurs spécialisés qui ont conclu avec l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance un contrat de prestations de services se rapportant à cet objet. Ce contrat contient obligatoirement l'engagement de la part des prestataires de respecter les conditions relatives aux points suivants :*

- *la détermination du cahier des charges ;*
- *la détermination des prix de location ;*
- *les modalités relatives à l'entretien, à la réparation, au remplacement et à la reprise des appareils. »*

Jusqu'à maintenant aucun contrat n'a été conclu avec un fournisseur d'appareils. En effet l'article 10 du règlement grand-ducal du 23 décembre 1998 déterminant entre autres les appareils pris en charge par l'assurance dépendance permet de prendre en charge, jusqu'au 31 décembre 1999, les appareils dans le cadre d'un contrat de gré à gré conclu avec un fournisseur après l'élaboration par le fournisseur d'un devis approuvé par la CEO.

10.1. L'AGRÉMENT

En ce qui concerne l'agrément, il s'agit de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

L'article 1er de cette loi dispose : « *Nul ne peut, à titre principal ou accessoire et contre rémunération, entreprendre ou exercer d'une manière non-occasionnelle l'une des activités ci-après énumérées, dans le domaine social, socio-éducatif, médico-social ou thérapeutique s'il n'est en possession d'un agrément écrit, suivant leurs compétences respectives, soit du ministre de la Famille, soit du ministre de la Promotion féminine, soit du ministre de la Jeunesse, soit du ministre de la Santé.*

Sont soumises à un agrément, pour autant qu'elles ne font pas l'objet d'une autre disposition légale, les activités suivantes en faveur de toutes les catégories de personnes :

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

L'agrément est obligatoire tant pour les personnes physiques que pour les personnes morales, de droit privé et de droit public.

Un règlement grand-ducal peut préciser les activités visées à l'alinéa 1er ; il peut prévoir un agrément conjoint des ministres ci-avant visés pour les activités qui relèvent de la compétence de plus d'un ministre. »

Actuellement 4 règlements grand-ducaux tombant dans la compétence du ministère de la famille ont été pris :

- 1) le règlement grand-ducal du 11 décembre 1998 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées ;
- 2) le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 portant exécution des articles 1er et 2 de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour ce qui concerne l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées ;
- 3) le règlement grand-ducal du 28 janvier 1998 portant exécution des articles 1er et 2 de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour ce qui concerne l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de structures d'accueil sans hébergement pour enfants ;
- 4) le règlement grand-ducal du 16 avril 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de centres d'accueil avec hébergement pour enfants et jeunes adultes.

Actuellement 1 règlement grand-ducal tombant dans la compétence du Ministère de la santé a été pris :

- le règlement grand-ducal du 10 décembre 1998 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services dans le domaine médico-psycho-social.

Il convient de remarquer que dans la déclaration gouvernementale il est précisé que : « Une meilleure coordination de la politique en matière de personnes âgées s'impose. C'est pourquoi le Gouvernement s'organisera de façon à ce que les compétences en matière de politique pour personnes âgées soient regroupées le plus possible. En d'autres termes, les compétences actuellement situées au niveau du Ministère de la Famille et du Ministère de la Santé seront à l'avenir du ressort d'un seul Ministre. »

Des travaux sont en cours pour faire intégrer les maisons de soins, les foyers de jour psycho-gériatrique et les services de soins à domicile dans les compétences du Ministère de la Famille.

Actuellement 1 règlement grand-ducal a été pris tombant dans la compétence du Ministère de la Jeunesse :

- le règlement grand-ducal du 28 janvier 1999 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour jeunes.

Actuellement 1 règlement grand-ducal a été pris tombant dans la compétence du Ministère de la Promotion féminine :

- le règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour filles, femmes et femmes avec enfants.

Dans la suite on va voir quel type d'agrément sera reconnu en matière d'assurance dépendance. D'un côté, les types d'agrément énumérés constituent la condition nécessaire exigée par l'assurance dépendance. Les différentes structures peuvent cumuler plusieurs types d'agrément. D'un autre côté, l'agrément ne constitue pas une condition suffisante pour pouvoir conclure un contrat d'aides et de soins avec l'UCM. Il faut que les différentes structures respectent en plus les stipulations contenues dans le contrat d'aides et de soins.

Prestataires prévus par l'assurance dépendance	Type d'agrément
Etablissement d'aides et de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Centre intégré pour personnes âgées ou - Maison de soins ou - Service d'hébergement ou - Service d'accueil et d'hébergement de jour et/ou de nuit pour personnes souffrant de problèmes psychiatriques
Réseau d'aides et de soins dans le domaine du maintien à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Aide à domicile et - Soins à domicile ou - Service d'assistance à domicile ou - Service d'accueil et d'hébergement de jour et/ou de nuit pour personnes souffrant de problèmes psychiatriques
Réseau d'aides et de soins dans le domaine du handicap	<ul style="list-style-type: none"> - Service d'hébergement et - Service d'accueil de jour
Centre de jour spécialisé	<ul style="list-style-type: none"> - Centre socio-gérontologique ou - Service d'accueil de jour ou - Centre d'accueil spécialisé ou - Foyer de jour psycho-gériatrique
Etablissement stationnaire	<ul style="list-style-type: none"> - Centre intégré pour personnes âgées ou - Maison de soins ou - Centre de récréation et d'orientation pour pers. âgées ou - Service d'hébergement ou - Service d'accueil et d'hébergement de jour et/ou de nuit pour personnes souffrant de problèmes psychiatriques

Etablissement d'aides et de soins

Pour se constituer comme établissement d'aides et de soins, 4 types d'agrément sont admis en matière d'assurance dépendance :

- centre intégré pour personnes âgées ;
- maison de soins ;
- service d'hébergement ;
- service d'accueil et d'hébergement de jour et/ou de nuit pour personnes souffrant de problèmes psychiatriques.

Réseau d'aides et de soins dans le domaine du maintien à domicile

Pour se constituer en réseau dans le domaine du maintien à domicile, 3 types d'agrément (dont un est un agrément double) sont admis en matière d'assurance dépendance :

- aide à domicile et soins à domicile ;
- service d'assistance à domicile ;
- service d'accueil et d'hébergement de jour et/ou de nuit pour personnes souffrant de problèmes psychiatriques.

L'agrément en tant qu'« aide à domicile » et l'agrément en tant que « soins à domicile » sont requis d'une façon cumulative pour se constituer réseau.

Le « service d'assistance à domicile » peut également se constituer réseau dans le domaine du maintien à domicile. Il constitue, dans le domaine du handicap, le pendant de l'agrément en tant que « aide à domicile » et « soins à domicile ». Le service d'assistance à domicile est un « service qui offre au sein du milieu familial des soins et/ou une aide matérielle et psychologique aux personnes handicapées ainsi qu'à leur proches. L'objet est de promouvoir le maintien à domicile de la personne handicapée¹⁰⁵ ». Il faut noter cependant que dans le cadre de l'assurance dépendance, un réseau disposant de l'agrément en tant qu'« aide à domicile » et de l'agrément en tant que « soins à domicile » peut également fournir des aides et soins à des personnes handicapées.

Le « service d'accueil et d'hébergement de jour et/ou de nuit pour personnes souffrant de problèmes psychiatriques » peut également se constituer en réseau dans le domaine du maintien à domicile. On rencontre ici une problématique similaire à celle liée au domaine du handicap. Ces structures se situent parfois à la charnière du maintien à domicile et du stationnaire. Voilà pourquoi il convient d'analyser chaque cas d'espèce.

Réseau d'aides et de soins dans le domaine du handicap¹⁰⁶

Pour se constituer en réseau dans le domaine du handicap, 1 type d'agrément double est admis en matière d'assurance dépendance :

- service d'hébergement et service d'accueil de jour.

On a vu que « le service d'hébergement » peut se constituer comme établissement d'aides et de soins. Vu la structure parfois très complexe propre au domaine du handicap, le « service d'hébergement » peut également se constituer en réseau d'aides et de soins. En pratique, on s'est rendu compte que le contrat d'aides et de soins relatif au maintien à domicile a nécessité un certain nombre d'adaptations afin d'être applicable dans le domaine du handicap. Voilà pourquoi un contrat d'aides et de soins spécifique a été élaboré. Afin de pouvoir bénéficier d'un contrat d'aides et de soins pour les réseaux œuvrant dans le domaine du handicap, il faut que les

105) Mém. A 1998, p. 2997.

106) Voir : Le contrat d'aides et de soins pour les réseaux d'aides et de soins œuvrant dans le domaine du handicap, p. 141.

structures aient au moins l'agrément en tant que « service d'hébergement » et l'agrément en tant que « service d'accueil de jour ». L'agrément en tant que « service d'hébergement » et « service d'accueil de jour » sont donc requis d'une façon cumulative pour se constituer en réseau.

Centre de jour spécialisé

Pour se constituer comme centre de jour spécialisé, 4 types d'agrément sont admis en matière d'assurance dépendance :

- centre socio-gérontologique ;
- service d'accueil de jour ;
- centre d'accueil spécialisé ;
- foyer de jour psycho-gériatrique.

Le centre de jour spécialisé doit toujours être intégré au réseau d'aides et de soins. Il n'existe donc pas en tant que structure indépendante. L'UCM ne conclut pas de contrat d'aides et de soins avec le centre de jour spécialisé. Même si la mise à disposition d'un centre de jour spécialisé au sein d'un réseau d'aides et de soins n'est pas une obligation imposée au réseau, le contrat d'aides et de soins stipule cependant que cette mise à disposition est recommandée¹⁰⁷. Cette intégration au sein du réseau peut se faire à 2 titres :

- 1) le centre de jour spécialisé est une partie inhérente appartenant au réseau ;
- 2) le centre de jour spécialisé fonctionne en sous-traitance avec le réseau.

Cette deuxième forme est utilisée si le réseau ne dispose pas de centre de jour spécialisé propre. Il fait alors appel à un centre de jour spécialisé existant en lui demandant de lui sous-traiter ses services. Il est important de noter que dans les relations avec la personne dépendante et avec l'UCM, seul le réseau « existe » qui assure une prise en charge coordonnée autour de la personne.

Le centre de jour spécialisé doit toujours être à même d'assurer une prise en charge adaptée à la pathologie de la personne dépendante et de lui fournir, à côté de cette prise en charge adaptée, l'ensemble des aides et soins que la personne dépendante nécessite pendant le séjour dans le centre de jour spécialisé. Cette condition évite que le réseau doive intervenir au centre de jour spécialisé pour fournir à la personne dépendante les aides et soins requis.

107) Voir : Le contrat d'aides et de soins dans le domaine du maintien à domicile, - Etendue des prestations délivrées par le réseau, p. 127.

Etablissement stationnaire

Pour se constituer comme établissement stationnaire, 5 types d'agrément sont admis en matière d'assurance dépendance :

- centre intégré pour personnes âgées ;
- maison de soins ;
- centre de récréation et d'orientation pour personnes âgées ;
- service d'hébergement ;
- service d'accueil et d'hébergement de jour et/ou de nuit pour personnes souffrant de problèmes psychiatriques.

On a déjà vu que l'assurance dépendance prend en charge les prestations en nature dans un établissement stationnaire pendant une période de trois semaines, afin d'assurer le remplacement de l'aidant informel¹⁰⁸.

Il va de soi que les établissements d'aides et de soins peuvent également se constituer établissement stationnaire. A côté de ces 4 types d'agrément qui sont également valables pour les établissements stationnaires, il existe un agrément spécifique, à savoir le « centre de récréation et d'orientation pour personnes âgées ». Le « centre de récréation et d'orientation pour personnes âgées » peut se constituer établissement stationnaire dans le cadre de l'assurance dépendance. Il serait souhaitable que le « centre de récréation et d'orientation pour personnes âgées » soit à même d'apporter les aides et soins aux personnes dépendantes qui y séjournent pendant que leur aidant informel est absent. Ceci éviterait qu'un réseau d'aides et de soins doive intervenir de l'extérieur pour apporter aux personnes dépendantes les aides et soins. En tant qu'établissement stationnaire, l'établissement n'a pas besoin de conclure un contrat d'aides et de soins avec l'UCM.

En dernier lieu, il importe de faire une remarque au sujet du logement encadré.

Il est évident qu'il y a des personnes dépendantes qui vivent dans des structures ayant l'agrément en tant que « logement encadré pour personnes âgées ». En matière d'assurance dépendance, le logement encadré est considéré comme le domicile de la personne dépendante. Tel était déjà l'idée sous-jacente dans l'exposé des motifs : « Les personnes dépendantes hébergées éventuellement dans des institutions agréées par le Ministère de la Famille ou le Ministère de la Santé sans être identifiées par ailleurs comme des établissements d'aides et de soins au sens du présent projet, sont assimilées, quant à l'assurance dépendance aux personnes maintenues à domicile. Dans ce cas les personnes dépendantes peuvent faire appel à un réseau d'aides et de soins pour la prise en charge¹⁰⁹. »

La législation concernant l'agrément permet au logement encadré de proposer aux personnes des prestations d'assistance et/ou de soins. Cette proposition d'assistance et /ou de soins peut être réalisée soit par du personnel propre du logement encadré soit au moyen d'un contrat de sous-traitance avec un organisme externe dûment agréé.

108) Voir : Le remplacement de l'aidant informel, p. 86.

109) Doc. parl. No 4216, p. 23.

Dans le cadre de l'assurance dépendance 2 situations peuvent être envisagées.

1) Le logement encadré n'a pas de personnel soignant propre.

Un réseau d'aides et de soins existant vient de l'extérieur pour apporter les prestations de l'assurance dépendance.

2) Le logement encadré a du personnel soignant propre.

Il peut

- sous-traiter son propre personnel à un réseau d'aides et de soins existant ou
- créer avec son propre personnel un nouveau réseau d'aides et de soins en respectant toutes les stipulations du contrat d'aides et de soins.

Même dans ces cas, il importe de souligner que la personne dépendante garde le libre choix du réseau d'aides et de soins. Si elle ne veut pas recourir aux services du réseau fonctionnant au sein du logement encadré, elle peut faire appel à un autre réseau.

Si le logement encadré ne sous-traite pas son personnel ou ne crée pas de réseau propre, la personne dépendante peut utiliser la prestation en espèces pour payer le personnel du logement encadré qui lui donne les aides et les soins, si elle ne fait pas appel à un réseau. Dans ce cas, on considère le personnel du logement encadré comme « aidant informel ». Si la personne dépendante a droit à des prestations en nature (aides et soins) supérieures à 14 heures, elle peut faire appel à un réseau d'aides et de soins venant de l'extérieur. Si les professionnels du logement encadré lui dispensent quand même ces aides et soins, il se peut que le logement encadré lui demande de payer ces aides et soins parce que le logement encadré ne reçoit pas d'autres ressources de l'assurance dépendance.

10.2. LE CONTRAT D'AIDES ET DE SOINS

Trois articles ont trait plus particulièrement aux contrats d'aides et de soins. Il s'agit des articles 391, 392 et 393 du CAS.

L'article 391 du CAS dispose : « *Le contrat d'aides et de soins est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par chacune des parties moyennant un préavis de six mois.*

Une même personne physique ou morale peut exercer son activité dans le domaine du maintien à domicile et en tant qu'établissement d'aides et de soins à condition d'avoir conclu pour ces différentes activités des contrats d'aides et de soins différents prévus aux articles 392 et 393 et de tenir des comptabilités distinctes. »

L'article 392 du CAS dispose : « *Le contrat d'aides et de soins dans les établissements d'aides et de soins contient obligatoirement l'engagement de la part de ceux-ci de respecter les conditions relatives aux points suivants :*

- 1) *engagement de fournir à la personne dépendante l'ensemble des aides et soins conformément au plan de prise en charge ;*
- 2) *modalités de la documentation des aides et soins délivrés dans le cadre de l'assurance dépendance ;*
- 3) *modalités du paiement des prestations fournies ;*
- 4) *engagement à déclarer les places disponibles à la CEO ;*
- 5) *conditions et modalités suivant lesquelles la personne dépendante adhère au contrat de prise en charge et peut y mettre fin ;*
- 6) *engagement de tenir une comptabilité analytique suivant un plan comptable uniforme. »*

L'article 393 du CAS dispose : « *Le contrat d'aides et de soins dans le domaine du maintien à domicile contient obligatoirement l'engagement de la part des prestataires de respecter les conditions relatives aux points suivants :*

- 1) *dispensation des aides et des soins à la personne dépendante suivant le plan de prise en charge ;*
- 2) *coordination autour de la personne non seulement des services d'aides et de soins définis dans le cadre de l'assurance dépendance, mais de tous les services et intervenants indispensables au maintien à domicile de la personne dépendante ;*
- 3) *dispensation continue des aides et des soins de jour et de nuit pendant tous les jours de l'année ;*
- 4) *définition du cercle des personnes prises en charge ;*
- 5) *dispensation des soins suivant les règles de qualité déterminées par l'autorité ayant délivré l'agrément et sous le contrôle de celle-ci ;*
- 6) *modalités de la documentation, de la facturation et du paiement des prestations fournies ;*
- 7) *tenue d'une comptabilité analytique suivant un plan comptable uniforme ;*
- 8) *conditions et modalités suivant lesquelles la personne dépendante ;*
 - *adhère au contrat de prise en charge et peut y mettre fin ;*
 - *peut provoquer les adaptations de cette prise en charge.*

Lorsque le prestataire de soins n'est pas à même de répondre aux conditions prévues aux points 1) et 2) de l'alinéa 1, il doit documenter par un contrat écrit qu'il s'est assuré du concours d'un autre prestataire, pour dispenser dans les conditions y prévues les aides et les soins requis par la personne dépendante qu'il a en charge à domicile ou dans un centre de jour spécialisé. »

Le contrat d'aides et de soins est un contrat d'adhésion (contrat type) dont le contenu n'est pas spécialement négocié entre parties. La loi détermine les éléments qui doivent obligatoirement être contenus dans le contrat d'aides et de soins, sans toutefois préjuger sur les solutions qui y sont proposées.

Dans le système actuel trois contrats type différents coexistent :

- le contrat d'aides et de soins pour les réseaux dans le domaine du maintien à domicile ;
- le contrat d'aides et de soins pour les établissements d'aides et de soins ;
- le contrat d'aides et de soins pour les réseaux œuvrant dans le domaine du handicap.

10.2.1. Le contrat d'aides et de soins pour les réseaux dans le domaine du maintien à domicile

Pour pouvoir dispenser des prestations dans le cadre du maintien à domicile, un réseau d'aides et de soins doit conclure un contrat avec l'UCM.

Le contrat d'aides et de soins est divisé en deux parties :

- le contrat d'aides et de soins proprement dit ;
- les annexes :
 - le cahier des charges composé de 10 sous-annexes (a-k),
 - le modèle type du contrat de prise en charge individuel.

10.2.1.1. Le contenu du contrat d'aides et de soins

Objet du contrat

Le contrat a pour objet de régler dans le cadre de l'assurance dépendance les relations entre l'UCM et le réseau et les relations entre le réseau et la personne dépendante.

Il y a lieu de préciser que

- le contrat d'aides et de soins est celui qui est conclu entre l'UCM et le réseau d'aides et de soins ;
- le contrat de prise en charge est celui qui est conclu entre le réseau d'aides et de soins et la personne dépendante.

Définitions

Pour des raisons de précision juridique, mais aussi pour délimiter le champ d'application du contrat par rapport aux différents acteurs, le contrat contient un certain nombre de définitions. Ainsi l'on entend par :

« réseau », l'ensemble organisé d'une ou de plusieurs personnes physiques ou morales, dispersé dans une zone territorialement donnée, de compétences différentes et complémentaires pour assurer et coordonner la prise en charge globale de la personne dépendante ;

« coordinateur », la personne qui assure la coordination des aides et soins et des actes et services des infirmiers autour de la personne dépendante, l'encadrement et la supervision des personnes dispensant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, la surveillance / garde à domicile, la course / sortie avec la personne dépendante et les actes et services des infirmiers auprès de la personne dépendante ;

« personne dépendante », la personne qui dispose d'une décision individuelle conformément à l'article 351 du CAS ;

« aides et soins », les prestations en nature comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, le soutien et le conseil, prises en charge par l'assurance dépendance ;

« actes et services des infirmiers », les prestations en nature dispensées suivant la nomenclature des actes et services des infirmiers prises en charge par l'assurance maladie ;

« Union des caisses de maladie (l'UCM) », l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance en vertu de l'article 380 du CAS ;

« centre de jour spécialisé », la structure destinée à accueillir pendant la journée des personnes dépendantes à pathologie lourde telles que des personnes multi handicapées, des personnes polyhandicapées et des personnes souffrant d'une maladie neuro-psychiatrique chronique.

Personnalité juridique du réseau

Le contrat stipule que le réseau doit posséder la personnalité juridique. Actuellement les réseaux sont tous constitués sous la forme d'une association sans but lucratif, mais rien n'empêche qu'un réseau adopte une autre forme juridique, notamment celle d'une société dont le but serait purement commercial.

Etendue des prestations délivrées par le réseau

Le réseau s'oblige dans le contrat à dispenser tous les aides et soins relatifs aux actes essentiels de la vie, aux tâches domestiques et au conseil tels que définis au relevé type ainsi que les actes et services des infirmiers. Cette dernière obligation lui est imposée par l'article 19 du CAS complété, par la loi du 19 juin 1998, par un alinéa 4 ayant la teneur suivante :

« Les personnes bénéficiant des prestations en nature de l'assurance dépendance n'ont droit à la prise en charge des actes inscrits à la nomenclature des infirmiers que si ces actes sont dispensés par le réseau ou l'établissement d'aides et de soins ayant conclu un contrat d'aide et de soins. »

Le commentaire des articles explique cette disposition comme suit : « En effet certains professionnels de santé interviennent au profit des bénéficiaires dans un même contexte de lieu et de temps mais leurs activités sont distinctement prises en charge par l'assurance maladie et par l'assurance dépendance. Pour garantir une meilleure coordination de ces actes et dans un souci d'économie, les actes thérapeutiques à charge de l'assurance maladie doivent être délivrés par les professionnels du réseau en cas de maintien à domicile et par ceux des établissements d'aides et de soins en cas de placement de la personne dépendante en institution. On vise particulièrement par cette mesure les actes de la nomenclature des infirmiers prescrits par le médecin traitant à une personne dépendante et pris en charge par l'assurance maladie, mais aussi les actes thérapeutiques des kinésithérapeutes et éventuellement des orthophonistes ou psychomotriciens¹¹⁰. »

Pour le soutien, le réseau doit offrir la surveillance / garde à domicile, l'accompagnement individuel de soutien et la course / sortie avec la personne dépendante. Compte tenu de la définition du cercle des personnes prises en charge, il est recommandé que le réseau offre en plus l'accès à un centre de jour spécialisé.

Il convient de préciser que si un centre de jour spécialisé ne fait pas partie intégrante de la structure du réseau, celui-ci peut être pris sous contrat en vertu de l'article 393, alinéa final du CAS. Rien n'empêche d'ailleurs qu'un même centre de jour sous-traite ses services à plusieurs réseaux.

Responsable de l'organisation du réseau vis-à-vis de l'UCM

Le réseau s'engage à disposer d'une personne qui assure l'organisation du réseau, appelée le responsable du réseau qui est l'interlocuteur de l'UCM. Cet interlocuteur est nommément précisé dans le contrat. Cette personne est surtout l'interlocuteur pour les problèmes administratifs pouvant se présenter dans les relations avec l'UCM.

Responsable de la coordination au niveau de la personne dépendante

L'aspect de la coordination au niveau de la personne dépendante a été spécialement souligné par les auteurs du projet de loi dans les termes suivants :

« Le projet de loi prévoit également une prise en charge, coordonnée autour de la personne, par un réseau professionnel d'aides et de soins.

Cette coordination prendra appui sur les services de soins et les services d'aides œuvrant dans le cadre du maintien à domicile. Pour cela, le cloisonnement entre le médical et le social sera supprimé et remplacé par la création de réseaux de services agréés offrant à la fois des soins infirmiers, des soins de base, ainsi que des services ménagers. De plus une continuité des soins devra être offerte par ces services.

110) Doc. parl. No 4216, p. 58.

De même, une coordination sera établie entre les services, le bénéficiaire et l'aide informelle. Le système formel devra reconnaître la contribution du système informel. Le bénéficiaire et / ou l'aidant se verront attribuer le statut d'un participant actif, qui a droit à une information adéquate sur les procédures engagées par lui¹¹¹. »

Ainsi le contrat stipule que le réseau doit disposer d'un coordinateur à raison d'une occupation à mi-temps par tranches de 480 heures d'aides et soins à dispenser par semaine. Ne sont pas comprises dans ce calcul les heures que la personne dépendante passe dans un centre de jour spécialisé.

Le réseau informe la personne dépendante de tous les autres services disponibles ou se fait, le cas échéant, l'intermédiaire de la personne dépendante auprès des services qui lui sont indispensables à côté de la dispensation des aides et soins et des actes et services des infirmiers dans le cadre du maintien à domicile.

Le coordinateur doit avoir une des qualifications suivantes : infirmier, infirmier en pédiatrie, infirmier psychiatrique, infirmier gradué, assistant d'hygiène social.

Une seule personne peut cumuler les fonctions de responsable du réseau et de coordinateur.

Une disposition transitoire, introduite pour tenir compte de situations existantes stipule que la fonction de coordinateur peut encore être exercée pendant une durée de six ans, à compter du 1er janvier 1999, par des personnes ayant les qualifications suivantes : éducateur, éducateur gradué, assistant social, assistant d'hygiène social, rééducateur en psychomotricité, pédagogue, pédagogue curatif, pédagogue curatif licencié, kinésithérapeute, ergothérapeute et psychologue.

Dispositions applicables aux centres de jour spécialisés

Les centres de jour spécialisés apportent aux personnes dépendantes un encadrement spécifique et adapté à leur pathologie et leur dispensent les actes essentiels de la vie et les actes et services des infirmiers.

Les centres de jour spécialisés doivent fonctionner entre 8 heures du matin et 18 heures du soir tous les jours de l'année. Ces durées de fonctionnement constituent bien évidemment des conditions minimales d'ouverture. Les centres de jour spécialisés sont libres de fixer des heures de fonctionnement plus larges.

Les centres étendent en outre leurs heures de fonctionnement par une permanence d'au moins une heure par jour. Cette mesure a pour but de permettre aux personnes de l'entourage d'une personne dépendante de s'organiser de manière à assurer avec une certaine flexibilité le convoyage de la personne dépendante en marge des heures de fonctionnement conventionnelles.

Les centres doivent disposer pendant les heures de fonctionnement d'au moins un professionnel sur quatre personnes dépendantes prises en charge.

111) Doc. parl. No 4216, p. 7.

Il est admis que les réseaux, lorsqu'ils ne disposent pas de centres de jour spécialisés dans leurs propres structures, doivent faire respecter aux centres de jour opérant en sous-traitance les heures de fonctionnement et la dotation minimum en personnel qualifié.

Les centres de jour spécialisés sont obligés à déclarer immédiatement toute vacance de place à la CEO. La déclaration est faite conformément à un modèle de déclaration fixé au cahier des charges.

Les réseaux disposent d'un délai conventionnel de deux ans à compter du 1^{er} janvier 1999 pour assurer que les centres de jour spécialisés fonctionnent selon les principes ci-devant exposés.

Délivrance des aides et soins

Le réseau dispense tous les aides et soins à la personne dépendante suivant le plan de prise en charge et tels qu'ils résultent du formulaire de partage des aides et soins requis.

Le réseau dispense tous les aides et soins en respectant les qualifications minimales requises telles qu'elles sont définies au relevé type.

Le réseau a un délai de deux ans, à compter du 1^{er} janvier 1999, pour assurer que les professionnels dispensant les « actes essentiels de la vie et ne disposant pas encore de la qualification minimale requise d'aide socio-familiale.

Les prestations, c'est-à-dire les aides et soins et les actes infirmiers, sont dispensées de façon continue tous les jours de l'année entre 6 heures du matin et 22 heures du soir.

Il est cependant admis qu'une extension de l'horaire des prestations doit se faire dans des situations exceptionnelles pendant la plage de nuit qui se situe entre 22 heures du soir et 6 heures du matin. Ceci est explicitement prévu dans le cahier des charges. En pratique cette extension s'applique plutôt aux actes infirmiers ainsi qu'aux actes essentiels de la vie.

Le réseau s'oblige dans le contrat à dispenser les aides et soins suivant les règles de qualité déterminées par l'autorité ayant délivré le ou les agrément(s) et sous le contrôle de celle-ci, conformément à la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

Définition du cercle des personnes prises en charge

Dans le contrat d'aides et de soins, le réseau délimite le cercle de personnes prises en charge. Cette délimitation peut être géographique, par pathologie ou encore par âge.

La plus petite entité géographique admise est la commune.

Concernant les limitations d'âge, le réseau ne saurait proposer une limite arbitraire, et exclure par exemple, les personnes ayant dépassé l'âge de 85 ans. La délimitation envisagée par cette disposition vise plutôt la définition de catégories telles que « enfants » ou « personnes âgées ».

Aucune limitation n'est permise en raison de la gravité de l'état de dépendance d'une personne. De même aucune restriction discriminatoire d'ordre philosophique, idéologique ou religieux n'est admise.

Le réseau redéfinit son cercle des personnes prises en charge lorsque par le fait d'une résiliation du contrat d'aides et de soins certaines catégories de personnes ne pourraient plus bénéficier de l'intervention d'un réseau.

Par exemple le réseau ayant délimité son champ d'activité géographique au territoire de la commune X devrait redéfinir le cercle des personnes prises en charge afin de reprendre également les personnes dépendantes résidant dans la commune Y pour le cas où les activités du réseau voisin, compétent pour cette commune, viendraient à cesser. Cette mesure vise à garantir la continuité de la prise en charge au niveau de la couverture géographique du pays.

Identification du réseau et des professionnels individuels travaillant au sein du réseau

L'UCM attribue à chaque réseau et à chaque professionnel individuel travaillant au sein du réseau ou pour compte de celui-ci (par exemple en sous-traitance) un code d'identification numérique défini dans le cahier des charges. Le code d'identification numérique est attribué au réseau lors de la conclusion du contrat d'aides et de soins.

Le code d'identification numérique du professionnel individuel est attribué après que le réseau ait communiqué à l'UCM la copie de l'autorisation d'exercer une profession de santé ou le diplôme ou certificat d'aptitude correspondant à la qualification professionnelle du personnel en cause.

Du point de vue technique, cette identification repose sur un fichier informatique fonctionnant d'ores et déjà au sein de l'UCM pour la gestion de l'assurance maladie. Elle est indispensable d'une part pour documenter la délivrance effective des aides et soins et la qualification du professionnel ayant réalisé les actes et, d'autre part, pour vérifier la dotation en personnel dans la mesure où celle-ci fait l'objet d'une réglementation ou de dispositions conventionnelles spécifiques.

Le réseau communique à l'UCM, au 31 décembre de chaque année, un relevé indiquant le nom, le code et la date de la fin de l'occupation de chaque professionnel individuel ayant arrêté son occupation au cours de l'année.

Concours d'autres prestataires dans le cadre d'une sous-traitance

Conformément à l'article 393, alinéa final du CAS, le réseau s'assure le concours d'autres prestataires s'il n'est pas en mesure de délivrer tous les aides et soins par ses propres ressources en personnel ou en infrastructures. L'activité du sous-traitant est exercée sous la responsabilité du réseau qui reste le seul interlocuteur de l'UCM. Le contrat de sous-traitance est communiqué à l'UCM au moment de sa conclusion et chaque fois qu'un nouveau contrat de sous-traitance est conclu.

Le sous-traitant exerce son activité généralement dans le cadre d'un contrat d'entreprise.

Documentation externe

La documentation externe est celle par laquelle le réseau apporte la preuve des aides et soins et des actes et services des infirmiers dispensés. Elle est fournie à l'UCM sur support informatique et retrace pour une période déterminée, sous forme d'un tableau, la fréquence journalière des aides et soins et des actes et services des infirmiers effectivement dispensés. Les modalités pour la mise en vigueur de cet article sont précisées dans le cahier des charges.

La documentation externe n'est pas distincte de la facture. Les renseignements inclus dans un document informatique unique sont transmis par le réseau à la fin de chaque mois à l'UCM. Ce document établit, d'une part, la créance¹¹² que possède le réseau à l'égard de l'UCM du chef des prestations délivrées pendant une période déterminée et sert, d'autre part, à documenter les prestations fournies.

La documentation externe permet de cette façon à l'UCM et à la CEO de porter une appréciation qualitative et quantitative des prestations délivrées. En plus cette documentation permet d'apprécier dans quelle mesure les aides et soins requis, consignés dans le plan de prise en charge, s'écartent dans la pratique journalière des aides et soins effectivement délivrés. Des écarts peuvent être le signe d'une évaluation inadaptée au cas particulier ou d'une évolution dans l'état de santé de la personne dépendante.

Il convient de préciser certains aspects techniques de la documentation externe.

Le réseau doit reproduire en quelque sorte l'image du plan de prise en charge hebdomadaire, en le complétant par les renseignements énumérés ci-après.

- Le code individuel
Le code individuel est le code du professionnel chargé, au domicile de la personne dépendante, des aides et soins et des actes et services infirmiers. Ce code permet à l'UCM d'identifier le prestataire individuellement et de vérifier ainsi si la qualification du professionnel correspond à l'acte effectué.
- Le code de l'acte
Ce code est alphanumérique et est composé de deux lettres suivies de trois chiffres.
- La plage horaire
Le système connaît 5 plages horaires répartissant la journée en cinq zones :
 - la plage matinale de 06.00 à 9.59 heures ;
 - la plage horaire de midi de 10.00 à 13.59 heures ;
 - la plage de l'après-midi de 14.00 et 17.59 heures ;
 - la plage du soir de 18.00 à 21.59 heures ;
 - la plage de nuit va de 22.00 à 5.59 heures.

112) Le réseau a une créance à l'égard de l'UCM à cause du système du tiers payant. La personne dépendante laquelle a un droit à une prise en charge n'a pas besoin de payer le réseau puisque le réseau est directement payé par l'UCM.

- Les codes suffixes apposés aux codes des actes

Le réseau marque les actes dont la délivrance donne lieu à des exceptions :

- absence de la personne dépendante au moment où le professionnel du réseau se présente au domicile ;
- hospitalisation de la personne dépendante au moment où elle était supposée recevoir les aides et soins ;
- prestations délivrées par le réseau qui normalement auraient dû être délivrées par l'aidant informel ;
- prestations supplémentaires, délivrées en dehors et en supplément au plan de prise en charge ;
- prestations inter changées, lorsque pour des raisons diverses les prestations du plan de prise en charge ont été inter changées avec d'autres prestations y prévues ;
- prestations apportées à l'occasion de vacances de l'aidant informel.

La documentation externe reproduit donc en quelque sorte l'image des plans de travail confondus des professionnels du réseau intervenant auprès de chaque personne dépendante.

Documentation interne

La documentation interne est celle par laquelle le réseau établit l'ensemble des données significatives relatives à la personne dépendante dont il assure la prise en charge. Elle est établie conformément aux règles de l'art. Le contenu détaillé de la documentation interne est défini dans le cahier des charges.

Les principales données relatives aux rubriques suivantes font obligatoirement partie de cette documentation :

- identification de la personne dépendante avec sa signalétique ;
- données relatives à l'admission (réseaux antérieurs, téléalarme, etc.) ;
- les antécédents (p. ex. hospitalisations antérieures) ;
- anamnèse soignante ;
- démarche des soins ;
- les traitements médicaux ;
- la surveillance clinique.

Une disposition transitoire prévoit que les réseaux doivent mettre au point leur documentation interne dans un délai d'un an à compter du 1er janvier 1999.

Echange d'informations réciproques

Le réseau s'oblige à collaborer avec la CEO et les responsables de l'UCM au moyen de réunions et d'entretiens périodiques.

Facturation et paiement par l'UCM

Dans les limites des aides et soins définis dans le plan de prise en charge, le réseau facture à l'UCM les aides et soins effectivement dispensés d'après le tarif fixé conformément à l'article 395 du CAS. Le réseau facture en outre les actes et services des infirmiers à charge de l'assurance maladie d'après les tarifs fixés à la nomenclature.

Entre le vingtième et le dernier jour de chaque mois, le réseau communique à l'UCM une facture pour l'ensemble des aides et soins et des actes et services des infirmiers dispensés pendant le mois précédant la facturation.

La facture est présentée sous forme d'un fichier informatique d'après les spécifications techniques prévues au cahier des charges (c.f. documentation externe).

Entre le quinzième et le vingtième jour de chaque mois, l'UCM procède au paiement d'une avance de 70% en prenant en compte le montant total des aides et soins.

Le solde entre l'avance et le montant total de la facture est versé dans les 30 jours suivant la réception de la facture. Les paiements sont effectués par virement à un compte bancaire.

Avec le paiement du solde, l'UCM fait parvenir au réseau un relevé sur support papier et/ou informatique permettant à celui-ci de vérifier la liquidation.

Jusqu'au 1er novembre 1999, les réseaux ont été dispensés de produire les factures d'après les stipulations décrites ci-dessus.

L'UCM a convenu en outre avec les réseaux d'une procédure de décompte simplifiée pour les aides et soins délivrés par le réseau, sur demande des intéressés, pendant la période s'écoulant entre la présentation de la demande à l'assurance dépendance et la décision.

Pour subvenir aux besoins de trésorerie pendant la phase de démarrage, l'UCM verse en outre des avances calculées sur les données disponibles des aides et soins que les réseaux dispensent aux personnes dépendantes.

Contestation des factures

L'UCM peut contester les factures qui lui sont soumises par le réseau. Normalement cette contestation se produit en raison d'erreurs matérielles. La facture contestée par l'UCM est notifiée au réseau au plus tard avant le trentième jour suivant celui de la réception de la facture.

La facture est renvoyée dans son intégralité lorsque le nombre d'enregistrements erronés dépassent 20%. Le renvoi de la facture contestée peut être effectué sur support informatique dans les formes définies dans le cahier des charges. Le litige qui ne peut pas être vidé par voie consensuelle entre l'UCM et le réseau est tranché définitivement par le directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale dans les deux mois à compter de sa saisine par la partie la plus diligente.

Si un litige concernant un montant déjà payé est tranché en faveur de l'UCM, le montant afférent est porté en déduction des créances que le réseau a acquises dans la suite à l'égard de l'UCM. Si un litige concernant un montant non encore payé est tranché en faveur du réseau, le montant litigieux est versé au profit du réseau au plus tard au cours du mois suivant la décision.

Comptabilité analytique

Le réseau s'oblige à tenir une comptabilité analytique suivant un plan comptable uniforme défini dans le cahier des charges et communique annuellement à l'UCM les comptes et bilan dès leur approbation officielle.

Conclusion - contenu du contrat de prise en charge

Le contrat de prise en charge est le contrat qui est conclu entre la personne dépendante et le réseau. Il s'agit d'un contrat type qui est défini à l'annexe du contrat d'aides et de soins.

La personne dépendante est libre de conclure un contrat de prise en charge avec un réseau de son choix. Le contrat de prise en charge est établi en double et signé par la personne dépendante et par le réseau.

Le formulaire de partage des aides et soins requis fait partie intégrante du contrat de prise en charge et contient l'engagement de la personne dépendante d'être présente aux lieux, aux jours et aux heures convenus avec le réseau et de communiquer à celui-ci les absences prévisibles au moins un jour en avance. Si le réseau ne peut pas dispenser les aides et soins à cause de l'absence ou de l'indisponibilité de la personne dépendante, l'UCM prend en charge les aides et soins non fournis correspondant à trois passages hebdomadaires du réseau. Les frais à partir du quatrième passage hebdomadaire sont à charge de la personne dépendante.

Suspension du contrat de prise en charge

L'exécution du contrat de prise en charge est suspendue pendant le séjour de la personne dépendante à l'hôpital ou dans une institution prise en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance contre les accidents, pendant le séjour temporaire dans un établissement stationnaire visé à l'article 358 du CAS et en cas d'absence temporaire de la personne dépendante pour des raisons personnelles pendant laquelle elle renonce temporairement aux aides et soins. Les effets de la suspension commencent, soit le jour suivant l'admission de la personne dépendante à l'hôpital, l'institution ou l'établissement visés à l'article précédent, soit le jour suivant le départ de la personne dépendante pour des raisons personnelles. Les effets de la suspension cessent le jour suivant le retour au domicile.

Modification du contrat de prise en charge

Le contrat de prise en charge est modifié en cas de décision de révision portant augmentation des aides et soins. Cette décision prend effet le premier jour de la semaine de la présentation de la demande de révision. La modification du contrat de prise en charge prend effet le même jour.

De même, le contrat de prise en charge est modifié en cas de décision de révision portant réduction des aides et soins. Dans ce cas la décision prend effet le premier jour de la semaine suivant immédiatement celle au cours de laquelle la décision a été notifiée à la personne dépendante. La modification du contrat de prise en charge prend effet le même jour.

Fin et résiliation du contrat de prise en charge

Le contrat de prise en charge prend fin de plein droit le jour du décès de la personne dépendante ou le jour de l'admission de la personne dépendante dans un établissement d'aides et de soins au sens de l'article 389 du CAS.

En cas d'une décision de retrait des aides et soins, la fin du contrat de prise en charge prend effet le premier jour de la semaine suivant immédiatement celle au cours de laquelle la décision a été notifiée à la personne dépendante. Copie de la décision de retrait des aides et soins est notifiée par courrier simple par l'UCM au réseau.

La personne dépendante qui décide de résilier le contrat de prise en charge doit notifier la résiliation au réseau par lettre recommandée. Le contrat de prise en charge prend fin à l'expiration d'un délai de préavis d'un mois. Le délai de préavis prend cours à l'égard du réseau :

le quinzième jour du mois de calendrier au cours duquel la résiliation a été notifiée, lorsque la notification est antérieure à ce jour ;

le premier jour du mois de calendrier qui suit celui au cours duquel la résiliation a été notifiée, lorsque la notification est postérieure au quatorzième jour du mois.

Le réseau informe l'UCM de la fin du contrat de prise en charge dès la notification de la résiliation du contrat par la personne dépendante.

Le réseau peut seulement résilier le contrat de prise en charge lorsqu'il lui est impossible d'accomplir son objet et après en avoir informé la CEO. Le réseau doit notifier la résiliation à la personne dépendante par lettre recommandée. Le contrat de prise en charge prend fin à l'expiration d'un délai de préavis de deux mois. Le délai de préavis prend cours à l'égard de la personne dépendante :

- le quinzième jour du mois de calendrier au cours duquel la résiliation a été notifiée, lorsque la notification est antérieure à ce jour ;
- le premier jour du mois de calendrier qui suit celui au cours duquel la résiliation a été notifiée, lorsque la notification est postérieure au quatorzième jour du mois moyennant un préavis d'un mois.

Toutefois ce délai de préavis prend fin dès que la personne dépendante a trouvé un nouveau réseau.

Pendant les quatre premiers mois le contrat de prise en charge ne peut être résilié ni par la personne dépendante ni par le réseau.

Responsabilité professionnelle du réseau

Le réseau doit disposer d'une couverture d'assurance responsabilité civile professionnelle adéquate pour dommages corporels et matériels qui pourraient survenir à la suite d'une faute engageant sa responsabilité civile.

Secret professionnel et secret des données médicales

Le réseau utilise les données relatives aux personnes dépendantes et aux aides et soins dispensés seulement aux fins des missions qui lui sont confiées dans le cadre de l'assurance dépendance ou de l'assurance maladie. Le réseau oblige en outre son personnel au secret professionnel le plus strict concernant les données médicales, personnelles, économiques et sociales qui viendraient à leur connaissance dans le cadre de l'exécution du contrat de prise en charge.

Résiliation du contrat d'aides et de soins

Sous réserve de garantir les droits des personnes dépendantes résultant des engagements pris par les parties signataires, le contrat d'aides et de soins peut être résilié par chacune des parties moyennant un préavis de six mois notifié par lettre recommandée à la poste.

Le délai de préavis prend cours :

- le quinzième jour du mois de calendrier au cours duquel la résiliation a été notifiée, lorsque la notification est antérieure à ce jour ;
- le premier jour du mois de calendrier qui suit celui au cours duquel la résiliation a été notifiée, lorsque la notification est postérieure au quatorzième jour du mois.

En respectant le même délai de préavis, le réseau peut résilier l'ensemble de ses contrats de prise en charge.

En cas de retrait complet ou partiel de l'agrément, le réseau s'engage à accepter une concertation avec l'UCM pour assurer la continuité de la prise en charge des personnes dépendantes.

10.2.1.2. Le cahier des charges

Le cahier des charges a pour objet de régler les détails techniques concernant le transfert des données entre l'UCM et le réseau.

Voici les caractéristiques les plus importantes du transfert de ces données :

Pour des raisons de rapidité de traitement et de rationalisation des moyens mis en œuvre, les transferts de données sont organisés par voie informatique en accès direct par des lignes ISDN au moyen d'un programme FTP (File Transfer Protocol) excluant en principe le transfert des données sur un support papier. Afin de permettre la plus grande liberté dans le choix des logiciels dans le chef des différents utilisateurs, les fichiers sont configurés sous forme de fichiers de texte non comprimés avec un lay-out défini. Certaines opérations de transfert sont confirmées par des pièces écrites.

Les réseaux peuvent transmettre des factures sur des fichiers de pré-facturation qui ne les engagent pas sur le contenu définitif. Ce système permet d'éliminer les erreurs d'enregistrement préalablement à leur traitement informatique définitif, et met les réseaux à l'abri d'un rejet de l'ensemble du fichier de facturation définitif. L'unité de facturation dans le temps est la semaine. Cette unité de temps correspond à la récurrence des prestations prévues dans le plan de prise en charge. Un calendrier annuel conventionnel numérote et identifie chaque semaine de l'année. Les réseaux

s'identifient par un code numérique sécurisé par un numéro de contrôle (check digit) défini par voie conventionnelle.

Dix sous-annexes définissent les différentes matières faisant l'objet du cahier des charges :

- le lay-out du fichier de transfert ;
Par ce fichier, l'UCM transmet le plan de prise en charge au réseau. Dans une phase de démarrage, le plan de prise en charge et le plan de partage sont transmis également en copie sur support papier.
- le lay-out du support informatique ;
Il porte la facture ou la pré facture.
- le mémoire récapitulatif ;
Il reprend la créance correspondante à la facture. Ce document comporte un accusé de réception du fichier portant la facture ou la pré facture.
- le calendrier des liquidations ;
Il est établi pour chaque année.
- l'inventaire des codes conventionnels ;
Il définit les causes motivant le refus de prise en charge d'un élément de facture par l'UCM.
- l'algorithme de calcul ;
Il constitue la base du chiffre de contrôle attribué aux codes identifiant les prestataires.
- la mise en page d'un relevé récapitulatif ;
Le relevé récapitulatif sur support papier est envoyé au réseau aux fins de pouvoir comparer les éléments de facture acceptés aux données envoyées par voie informatique.
- le plan comptable et les généralités s'appliquant à la comptabilité analytique ;
Ce document comprend également le schéma uniforme pour la présentation du bilan, du compte des pertes et profits de l'exercice ainsi que du tableau montrant l'évolution des subventions d'investissement et des intérêts capitalisés sur subventions d'investissements.
- le détail des éléments inclus dans la documentation interne ;
- le schéma de déclaration de vacance d'une place en centre de jour spécialisé.

10.2.2. Le contrat d'aides et de soins pour les établissements d'aides et de soins

L'analyse de ce contrat se limite aux points qui le différencient par rapport au contrat d'aides et de soins pour les réseaux dans le domaine du maintien à domicile.

10.2.2.1. Le contenu du contrat d'aides et de soins

Objet du contrat

Le contrat a pour objet de régler dans le cadre de l'assurance dépendance les relations entre l'UCM et l'établissement d'aides et de soins ainsi que les relations entre l'établissement d'aides et de soins et la personne dépendante.

Définitions

L'on entend par :

« établissement », l'institution au sens de l'article 389 du CAS de droit public ou de droit privé, hébergeant de jour et de nuit pendant tous les jours de l'année des personnes dépendantes en leur assurant les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance ;

« aides et soins », les prestations en nature comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et le soutien, prises en charge par l'assurance dépendance.

Les autres définitions correspondent à celles décrites dans le contrat conclu avec les réseaux.

Etendue des prestations délivrées par l'établissement

Outre l'obligation de délivrer tous les aides et soins relatifs aux actes essentiels de la vie, aux tâches domestiques et aux actes infirmiers, l'établissement doit dispenser le soutien stationnaire, activité individuelle et le soutien stationnaire, activité de groupe.

Délivrance des aides et soins

L'établissement dispense tous les aides et soins à la personne dépendante suivant le plan de prise en charge et tels qu'ils résultent du relevé individuel des aides et soins requis en respectant les qualifications minimales requises telles qu'elles sont définies au relevé type. Les aides et soins et les actes infirmiers sont dispensés 24/24 heures.

Documentation externe

En principe, il n'y a pas de différence entre la documentation externe que doit produire l'établissement de celle du réseau. Toutefois, vu la spécificité de l'organisation interne des établissements d'aides et de soins, ceux-ci sont dispensés de documenter la plage horaire et l'identité du professionnel individuel ayant délivré l'acte. Cette exception vaut pendant une période transitoire dont la durée n'est pas déterminée. La durée dépendra de l'évaluation de la performance des systèmes techniques d'enregistrement disponibles avant de pouvoir déterminer dans quels délais et sous quelle forme les établissements devront fournir la documentation externe et quels seront les éléments précis à détailler dans cette documentation.

Vacances de lits

L'établissement déclare toutes les vacances de lits réservés aux personnes dépendantes à la CEO dans un délai de 10 jours¹¹³.

Sur base de cette déclaration, la CEO fait parvenir à l'établissement, dans un délai de trois jours ouvrables à compter de la déclaration de la vacance de lit, les coordonnées de plusieurs personnes dépendantes classées suivant les critères d'urgence prévus à l'article 385 du CAS. L'admission de la personne dépendante se fera alors après concertation entre la CEO et l'établissement tout en considérant 1. la relation entre les normes d'équipement et de personnel, d'une part, et les besoins d'aides et de soins, d'autre part, 2. les critères géographiques et 3. le concept de soins de l'établissement.

Le contrat de prise en charge

Les règles générales du contrat de prise en charge en cas de maintien à domicile sont applicables. Toutefois, la personne dépendante doit également conclure un contrat d'hébergement avec l'établissement d'aides et de soins qui fixe les relations concernant les prestations d'hôtellerie et celles en relation avec le règlement d'ordre intérieur de l'établissement.

Fin et résiliation du contrat de prise en charge

La résiliation du contrat de prise en charge par la personne dépendante ou par l'établissement est faite par écrit en respectant un délai de préavis d'un mois.

L'établissement peut seulement résilier le contrat de prise en charge lorsqu'il lui est impossible d'accomplir son objet et après en avoir informé la CEO.

En cas de retrait de l'agrément, l'établissement s'engage à accepter une concertation avec l'UCM pour assurer la continuité de la prise en charge des personnes dépendantes.

10.2.2.2. Le cahier des charges

Le cahier des charges est identique à celui proposé aux réseaux. Toutefois 2 sous-annexes spécifiques sont prévues pour les établissements d'aides et de soins.

Une sous-annexe j) par laquelle l'établissement s'oblige à communiquer à la CEO la première admission ou la réadmission (en cas de sortie temporaire) de la personne protégée. Cette information doit permettre à l'UCM de diriger le courrier au bon endroit et de constater et de vérifier les journées où le contrat de prise en charge est suspendu, par exemple en raison d'une hospitalisation. Cette déclaration doit

113) Voir : La centralisation des données sur l'offre en établissements d'aides et de soins ou en centre de jour ou de nuit, p. 23.

également permettre de connaître la migration des personnes dépendantes lorsqu'elles changent d'établissement d'aides et de soins.

Une sous-annexe k) par laquelle l'établissement d'aides et de soins déclare la vacance d'un lit.

Ces sous-annexes sont des documents papier que l'établissement d'aides et de soins envoie à la CEO.

10.2.3. Le contrat d'aides et de soins pour les réseaux d'aides et de soins œuvrant dans le domaine du handicap

Vu la spécificité de leur activité, le contrat d'aides et de soins conclu avec les réseaux œuvrant dans le domaine du handicap se différencie en deux points de ceux conclus avec les réseaux dans le domaine du maintien à domicile :

- le coordinateur peut être recruté dans les professions suivantes : infirmier, infirmier en pédiatrie, infirmier psychiatrique, infirmier gradué, éducateur, éducateur gradué, assistant social, assistant d'hygiène social, rééducateur en psychomotricité, pédagogue, pédagogue curatif, pédagogue curatif licencié, kinésithérapeute, ergothérapeute et psychologue ;
- la prise en charge des appareils et des adaptations du logement se fait d'après les règles prévues pour les établissements d'aides et de soins, sans préjudice du droit de la personne dépendante, logeant en dehors des structures offertes par les établissements d'aides et de soins et par les réseaux œuvrant dans le domaine du handicap, de bénéficier d'une prise en charge des appareils selon les règles prévues pour le maintien à domicile et d'une adaptation de son logement.

11

LES ASPECTS INTERNATIONAUX

A l'instar des autres branches de la sécurité sociale, l'affiliation à l'assurance dépendance est obligatoire, les assurés sont soumis au paiement d'une cotisation de sorte qu'à l'échéance du risque ils disposent d'un droit inconditionnel aux prestations. L'existence d'un tel droit soulève nécessairement la question de l'exportation ou du service des prestations au cas où le bénéficiaire résiderait à l'étranger.

Actuellement, l'assurance dépendance n'est pas visée par les instruments bilatéraux conclus par le Luxembourg avec des pays tiers. La problématique concerne donc uniquement les pays membres de l'Union européenne et de l'Espace économique européen, auxquels le droit communautaire en matière de sécurité sociale des travailleurs migrants est applicable.

11.1. LE DROIT COMMUNAUTAIRE

11.1.1. L'absence d'un droit écrit

Le droit dérivé communautaire en la matière, codifié dans le cadre du règlement (CEE) 1408/71, ne traite pas la dépendance. L'établissement de règles écrites s'est avéré jusqu'à présent impossible dans la mesure où les différents Etats membres abordent différemment la problématique de la dépendance dans leurs législations nationales. Si certaines législations comme celles de l'Allemagne ou du Luxembourg établissent une nouvelle branche spécifique de la sécurité sociale, d'autres comme la Belgique et les Pays-Bas traitent la dépendance dans le cadre de l'assurance maladie, d'autres encore comme l'Autriche octroient un complément de pension en cas de perte d'autonomie. Certains pays, dont la France, n'organisent pas la prise en charge de la dépendance dans le cadre de la sécurité sociale, mais dans le cadre de l'assistance sociale, c'est-à-dire que la situation des ressources de l'intéressé est prise en considération.

11.1.2. Le droit jurisprudentiel : l'arrêt Molenaar

Dans l'affaire C-160/96 Manfred Molenaar, Barbara Fath-Molenaar contre Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg du 5 mars 1998¹¹⁴, la Cour de Justice était appelée à se prononcer à titre préjudiciel sur la question de savoir si les époux Molenaar qui exercent une activité salariée en Allemagne tout en résidant en France étaient assujettis au paiement de la cotisation de l'assurance dépendance allemande alors qu'ils ne pouvaient pas bénéficier, le cas échéant, de prestations de cette assurance.

Dans la mesure où l'assurance dépendance luxembourgeoise suit le modèle de l'assurance dépendance allemande, tout en prévoyant une prise en charge plus individualisée, les conclusions de l'arrêt sont du plus grand intérêt pour le Luxembourg.

Suivant l'arrêt de la Cour de Justice des Communautés européennes intervenu dans cette affaire en date du 5 mars 1998, les règles du traité CE ne s'opposent pas à ce qu'un Etat membre impose à des personnes travaillant sur son territoire, mais résidant dans un autre Etat membre de cotiser à un régime de sécurité sociale, parce que cette personne peut, même si, à l'échéance du risque, elle réside dans un autre Etat membre, bénéficier d'un droit au titre de la législation du premier Etat membre.

Même à défaut de règles spécifiques concernant l'assurance dépendance inscrites dans le règlement (CEE) no 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, cette branche de risque relève des dispositions du présent règlement.

D'après la Cour des prestations du type de l'assurance dépendance ont essentiellement pour objet de compléter les prestations de l'assurance maladie, à laquelle elles sont d'ailleurs liées sur le plan de l'organisation, afin d'améliorer l'état de santé et la vie des personnes dépendantes. En conséquence sont applicables les dispositions du règlement 1408/71 relatives à l'assurance maladie.

Ces dispositions distinguent entre les prestations en nature et les prestations en espèces :

Pour la Cour les prestations de l'assurance dépendance consistent, pour une part, en une prise en charge ou un remboursement de frais occasionnés par l'état de dépendance de l'intéressé, et notamment des frais de nature médicale entraînés par cet état. De telles prestations, destinées à couvrir les soins reçus par l'assuré, tant à son domicile qu'en établissement spécialisé, des acquisitions d'équipement et la réalisation de travaux, entrent incontestablement dans la notion de prestations en nature.

114) Rec. 1998, p.I-843.

Suivant les règles applicables en la matière, les prestations en nature sont versées par l'Etat de résidence suivant la législation qu'il applique et à charge de l'Etat compétent. Si l'Etat de résidence prévoit, comme l'Allemagne, des prestations en nature en cas de dépendance, le travailleur frontalier allemand ayant été affilié au Luxembourg, se voit donc attribuer les prestations de l'assurance dépendance allemande à charge de l'assurance luxembourgeoise. Ce cas de figure ne présente guère de difficultés.

En ce qui concerne l'allocation de dépendance, qui peut être attribuée en lieu et place des prestations en nature, la Cour la qualifie de prestations en espèces qui d'après les règles applicables en la matière sont versées par et à charge de l'Etat compétent. Une personne affiliée à l'assurance dépendance résidant dans un Etat membre, dont la législation ne prévoit pas de prise en charge de l'assurance dépendance se verra donc attribuer un droit aux prestations en espèces de l'assurance dépendance de l'Etat compétent.

Dans sa jurisprudence antérieure la Cour avait retenu que la notion de prestations en espèces couvre essentiellement les prestations destinées à compenser la perte de salaire du travailleur malade. Elle motive l'inclusion de l'allocation de dépendance dans la notion de prestations en espèces comme suit :

« En premier lieu, le versement de l'allocation est périodique et n'est subordonné ni à l'engagement préalable de certaines dépenses, telles que des dépenses de soins, ni a fortiori à la production de justificatifs des dépenses engagées. En deuxième lieu, le montant de l'allocation est fixe et indépendant des frais réellement engagés par le bénéficiaire pour subvenir aux besoins de sa vie courante. En troisième lieu, le bénéficiaire dispose d'une grande liberté d'utilisation des sommes qui lui sont allouées. En particulier, comme l'a indiqué le gouvernement allemand lui-même, l'allocation dépendance peut être utilisée par le bénéficiaire pour gratifier une personne de sa famille ou de son entourage qui l'assiste à titre bénévole. »

La Cour en répondant à une question préjudicielle qui lui est posée limite sa réponse à cette question. Elle résout le conflit de lois négatifs pouvant exister en la matière. En tout état de cause, l'assuré, quelle que soit la situation légale dans le pays de résidence a droit à des prestations.

Le droit prétorien ne résout évidemment pas tous les problèmes en la matière. Il en est ainsi au niveau des aspects théoriques des conflits de lois positifs. Dans la mesure où des droits aux prestations naissent au titre de deux législations l'intéressé pourrait bénéficier d'une double couverture. Ainsi, la possibilité d'un conflit positif pourrait se poser avec une législation qui prévoit la prise en charge de l'assurance dépendance en dehors des règles applicables à l'assurance maladie.

Compte tenu de l'individualisation de la prise en charge prévue par la législation luxembourgeoise, la prestation en espèces luxembourgeoise se différencie de celle prévue par le législateur allemand. Notamment, vu le lien très étroit qui existe dans la loi entre la prestation et le plan de prise en charge, on peut se demander si le troisième critère » d'une grande liberté d'utilisation des sommes ... allouées « répond à l'esprit et aux textes de la législation luxembourgeoise. Sans vouloir remettre en cause les principes dégagés par l'arrêt Molenaar, on peut se demander si le juge communautaire attribuerait la même nature juridique à la prestation luxembourgeoise.

Sur le plan pratique, la détermination d'une prestation en espèces luxembourgeoise à l'étranger comporte évidemment de graves difficultés, dans la mesure où la détermination du montant de la prestation à verser présuppose une évaluation détaillée des aides et soins requis suivant les critères prévus par le législateur luxembourgeois. Cette appréciation s'avère beaucoup plus difficile que celle à laquelle se trouve confrontée l'administration allemande qui fixe le montant forfaitairement d'après l'un des trois degrés de dépendance prévus dans sa législation nationale.

La solution à ces problèmes appartient principalement au législateur communautaire. Dans la mesure où une solution dans ce cadre s'avère impossible, le Gouvernement est en train de concrétiser son intention, annoncée itérativement, de trouver des solutions dans un cadre bilatéral. Cependant de tels accords doivent être, d'après le droit communautaire, fondés sur les principes et l'esprit du règlement, et donc répondre aux principes dégagés par l'arrêt Molenaar.

11.2. LES PRINCIPES D'APPLICATION

11.2.1. La qualité d'ayant droit

Pour pouvoir bénéficier des prestations à charge de l'assurance dépendance luxembourgeoise, l'ayant droit doit bénéficier d'un droit aux prestations de l'assurance maladie au titre de la législation luxembourgeoise. En cas de résidence en dehors du Luxembourg, est considéré comme ayant droit au titre de l'assurance dépendance luxembourgeoise, toute personne qui bénéficie d'un droit au titre de l'assurance maladie luxembourgeoise, en application des dispositions afférentes du règlement 1408/71, notamment :

- le bénéficiaire d'une pension luxembourgeoise et les membres de la famille d'un bénéficiaire de pension, qui sont inscrits moyennant formulaire E121 auprès de l'institution d'assurance maladie du lieu de résidence ;
- le travailleur et les membres de sa famille qui sont inscrits moyennant formulaire E106 auprès de l'institution du lieu de résidence ;
- les membres de la famille qui ne résident pas dans le même pays que l'assuré principal et qui sont inscrits moyennant formulaire E109 auprès de l'institution du pays de leur résidence.

11.2.2. La détermination du droit

En cas de résidence à l'étranger l'ayant droit peut bénéficier :

- soit des prestations en nature dans le pays de résidence ou de séjour suivant la législation que ce pays applique ;
- soit des prestations en espèces auxquelles il a droit suivant la législation luxembourgeoise.

Les prestations en nature comprennent toutes les prestations prévues par l'assurance dépendance, à l'exception de la prestation en espèces prévue par l'article 354 du CAS. Toutefois, pour la détermination du maximum de prestation en espèces

exportable, l'on fera abstraction de la nécessité de combiner des prestations en nature avec une prestation en espèces, si le nombre des aides et soins hebdomadaires requis se situe entre 7 et 14 heures. La prestation en espèces exportable est donc établie suivant le nombre des heures d'aides et de soins hebdomadaires requises, sans qu'elle ne puisse cependant dépasser 10,5 heures.

Le séjour dans un établissement non agréé à l'étranger est à considérer comme maintien à domicile.

Au vu de ce qui précède et dans le but d'éviter des cumuls injustifiés, il importe de savoir si la législation de sécurité sociale étrangère prévoit des prestations en nature, en cas de dépendance, dont pourraient également bénéficier, le cas échéant, les ayants droits s'ils résident dans ce pays.

Au cas où l'ayant droit ne pourrait bénéficier des prestations en nature dans son pays de résidence ou de séjour, il a droit à la prestation en espèces suivant la législation luxembourgeoise. Or, la détermination du montant de la prestation en espèces dépend du temps requis d'aides et de soins, constaté par l'évaluation. Comme suivant les règles communautaires applicables, il appartient en ordre principal aux autorités compétentes du pays de résidence d'effectuer les constatations nécessaires, il se pose avant tout le problème d'ordre pratique que cette autorité doit se baser sur le questionnaire luxembourgeois d'évaluation de la dépendance.

11.3. SOLUTIONS APPLICABLES

11.3.1. L'Allemagne

L'ayant droit peut opter :

- soit pour les prestations en nature suivant la " Pflegeversicherung " allemande ;
- soit pour les prestations en espèces suivant la législation luxembourgeoise.

Au cas où il opterait pour la prestation en espèces luxembourgeoises, l'UCM demandera à la caisse de maladie allemande de vérifier si l'ayant droit ne bénéficie pas des prestations en nature allemandes du fait d'une prise en charge dans le cadre d'un maintien à domicile soit en cas d'un séjour dans un établissement d'aides et de soins allemand agréé, sinon de lui faire parvenir l'avis du " Medizinischer Dienst ".

L'UCM déterminera, sur base des heures retenues par ce service, la prestation en espèces à allouer après avis de la CEO.

Les prestations mixtes (combinaison de prestations en nature avec une prestation en espèces) sont à considérer comme prestations en nature, alors que dans l'application transfrontalière une répartition s'avérerait impossible.

Pour les personnes ayant maintenu leur résidence à Luxembourg, mais séjournant dans une " Pflegeeinrichtung " allemande, l'UCM établira un E112 (autorisation de traitement à l'étranger) pour la prise en charge du bénéficiaire par l'assurance dépendance luxembourgeoise au taux des tarifs allemands ainsi qu'un E111 pour la prise en charge des soins de l'assurance maladie.

11.3.2. La Belgique

L'ayant droit se trouvant dans une maison de repos et de soins ou dans une maison de repos pour personnes âgées (agrées en fonction du personnel occupé pour garantir des soins 24 heures sur 24 en fonction des personnes à dépendance classée) est pris en charge par l'assurance maladie belge, à charge de remboursement par le Grand-Duché de Luxembourg.

L'ayant droit ne bénéficiant pas des prestations en nature suivant la législation belge a droit à une prestation en espèces suivant la législation luxembourgeoise.

L'UCM s'adressera à la mutualité belge pour vérifier si l'ayant droit ne bénéficie pas de prestations de même nature au titre de la législation sur l'assurance maladie belge ; sinon de lui faire parvenir une évaluation par le contrôle médical d'après " l'échelle de Katz ".

Pour les personnes ayant maintenu leur résidence à Luxembourg, mais séjournant dans une maison de repos et de soins ou une maison de repos pour personnes âgées en Belgique, l'UCM établira un E112 (autorisation de traitement à l'étranger) pour la prise en charge du bénéficiaire par l'assurance dépendance luxembourgeoise au taux des tarifs belges ainsi qu'un E111 pour la prise en charge des soins de l'assurance maladie.

11.3.3. La France

En France, le droit à la prestation spécifique dépendance (PSD) est ouvert par le biais de la résidence en France. Il s'agit d'un droit provenant de l'assistance sociale qui n'est pas influencé par les règles de coordination prévues au règlement 1408/71 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants.

Partant du constat que la conclusion d'un accord bilatéral entre les parties concernées, fondé sur les principes du règlement 1408/71 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants, est impossible vu que les dispositions de ce règlement de coordination ne s'appliquent pas à l'aide sociale, il a été convenu de procéder moyennant échange de lettres. Cette solution s'avère être la meilleure étant donné que la prestation spécifique dépendance française relève du domaine de l'aide sociale tandis que les prestations de l'assurance dépendance luxembourgeoise relèvent du domaine de la sécurité sociale.

Compte tenu de la situation hybride dans les relations entre la France et le Luxembourg en matière de prestations de dépendance, les lignes de conduite suivantes ont été retenues.

Du fait que la prestation spécifique dépendance française ne tombe pas sous le champ d'application du règlement 1408/71, les règles de coordination prévues par cet instrument ne s'appliquent pas à cette prestation.

Les prestations en nature sont servies par la Division des Aides et Actions sociales (DAAS) relevant du Conseil général, Direction de la Solidarité, du Département concerné et sont à sa charge. La détermination des prestations en nature à accorder se fera exclusivement d'après la législation française en la matière (loi no 97-60 du 24 janvier 1997 - décrets no 97-426 et no 97-427 du 28 avril 1997).

Dans les cas où un droit aux prestations dépendance luxembourgeoises est ouvert en application de la législation nationale, les règles de coordination précitées permettent une exportation. Une prestation en espèces est alors versée directement par l'institution compétente luxembourgeoise à l'ayant droit qui réside en France. Une demande en ce sens est à adresser aux instances luxembourgeoises.

La loi luxembourgeoise pose comme condition que la prestation en espèces ne peut être accordée qu'en cas de maintien à domicile. Ainsi les personnes séjournant dans un établissement agréé en France auront droit aux seules prestations de dépendance françaises.

Afin de permettre aux instances luxembourgeoises de déterminer si le demandeur remplit les conditions requises pour bénéficier d'une prestation en espèces luxembourgeoise, la Division des aides et actions sociales communiquera au service luxembourgeois, en l'occurrence la CEO, le nombre d'heures d'aides et de soins requises par le demandeur suivant son état de dépendance tel qu'évalué par l'équipe médico-sociale française à l'aide de la grille nationale d'évaluation de la dépendance (AGGIR).

La prestation spécifique dépendance dont l'attribution ressort de la compétence de la Division des aides et actions sociales, est accordée exclusivement aux personnes âgées de 60 ans ou plus. La Division des aides et actions sociales a un droit de récupération auprès des bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance.

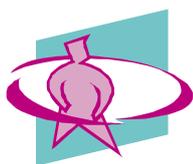
11.3.4. Les autres pays

Actuellement des négociations sont en cours avec le Portugal, l'Italie et l'Espagne.

ANNEXES

- 1) LA DEMANDE
- 2) LE RELEVÉ TYPE DES AIDES ET DES SOINS REQUIS
- 3) LE PLAN DE PARTAGE
- 4) LE PLAN DE SOINS
- 5) LE PLAN DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE MAINTIEN A DOMICILE
- 6) LE PLAN DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE SÉJOUR DANS UN ÉTABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS

1) LA DEMANDE



Grand-Duché de Luxembourg

Assurance Dépendance

Cellule d'Evaluation et
d'Orientation

125, route d'Esch
L-2974 Luxembourg
Tél. : 478 60 60
Fax : 478 60 61

Demande de prestations de l'Assurance Dépendance

Veillez renvoyer ce formulaire dûment complété à l'assurance dépendance- L- 2974 Luxembourg

Renseignements concernant la demande

- Première demande pour l'ensemble des prestations ¹⁾
- Première demande pour appareils uniquement
- Demande de réévaluation suite à une nouvelle maladie depuis la précédente évaluation
- Demande de réévaluation suite à une aggravation de votre état de santé ²⁾
- Demande de réévaluation pour un appareil uniquement
- Demande pour un changement dans le partage des prestations en nature / espèces
- Demande de changement (domicile vers établissement ou établissement vers domicile)

Renseignements concernant le bénéficiaire

Matricule

Nom

Prénom

Sexe

Féminin

Masculin

État civil

.....

Nom du conjoint

Rue et numéro

Code postal - Localité

N° Téléphone

En ce moment, êtes vous

- hospitalisé, depuis quand ? Où :

- 1) Ensemble des prestations : aides et soins pour les actes essentiels de la vie, activités de soutien, tâches domestiques, produits nécessaires aux aides et soins, appareils et adaptations du logement.
- 2) Ce point concerne les personnes qui demandent une réévaluation lorsqu'aucune nouvelle maladie n'est survenue depuis la précédente évaluation. L'aggravation de l'état de santé résulte de l'évolution de la maladie ou du handicap constatés lors de l'évaluation précédente.

en rééducation ambulatoire ou stationnaire, depuis quand? Où :

En vue de l'évaluation de vos besoins, peut-on vous rencontrer à l'adresse ci-dessus ?

Oui

Non

Si non, à quelle adresse l'évaluateur peut-il vous rencontrer ?

Rue et numéro

Code postal - Localité

N° Téléphone

S'il s'agit d'un établissement (CIPA, maison de soins...), veuillez donner le nom de l'établissement:

Depuis quelle date ?

Pour les personnes à domicile

Si une personne de votre entourage (conjoint, proche, ami,...) vous soigne ou vous aide dans votre vie quotidienne, veuillez donner son nom :

Matricule

Nom

Prénom

Rue et numéro

Code postal - Localité

N° Téléphone

Acceptez-vous que cette personne nous informe sur votre situation ?

Oui

Non

Si vous bénéficiez actuellement de l'aide d'un réseau d'aide et de soins à domicile, veuillez indiquer le nom de celui-ci :

....., le

Signature du bénéficiaire

2) LE RELEVÉ TYPE DES AIDES ET SOINS REQUIS

No dossier :								Réseau			
Nom :											
Prénom :											
No matricule :											
Nom du référent de la CEO :										Date :	
AIDES ET SOINS											
Actes essentiels de la vie											
	Durée minutes	Fréquence			TRS minutes	Coefficient intensité	TRPS1 minutes	QMR	Coefficient qualification	TRPS2 minutes	
		de réf./ jour	fixée/jour	fréq. hebdo							
Hygiène											
AE301	aide minimale	5	1		0	1	0	2	1	0	
AE302	aide partielle	12,5	1		0	1	0	2	1	0	
AE303	aide complète (lit/douche)/ prés.c.	17,5	1		0	1	0	3	1	0	
AE304	aide complète (bain) / prés.c.	27,5	1		0	1	0	3	1	0	
AE305	toilette génitale	8	1		0	1	0	3	1	0	
AE306	hygiène buccale	2,5	2		0	1	0	2	1	0	
AE307	soins barbe, peau	5	1		0	1	0	2	1	0	
AE308	lavage cheveux	15	1		0	1	0	2	1	0	
AE309	soins ongles	5	1		0	1	0	2	1	0	
AE310	urinal	2,5	5		0	1	0	2	1	0	
AE311	bassin de lit	5	5		0	1	0	3	1	0	
AE312	assister à la toilette	5	5		0	1	0	2	1	0	
AE313	soins d'incontinence	9	5		0	1	0	3	1	0	
SOUS-TOTAL											
Nutrition											
AE101	aide minimale	5	3		0	1	0	2	1	0	
AE102	aide partielle	10	3		0	1	0	2	1	0	
AE103	aide complète	20	3		0	1	0	3	1	0	
AE104	entérale	5	6		0	1	0	4	1,1	0	
AE105	hydratation	2,5	6		0	1	0	2	1	0	
AE106	collation	5	3		0	1	0	3	1	0	
SOUS-TOTAL											
Mobilité											
AE201	hab.-déshabillage aide minimale	5	2		0	1	0	2	1	0	
AE202	hab.-déshabillage aide partielle	7,5	2		0	1	0	2	1	0	
AE203	hab.-déshabillage aide complète	15	2		0	1	0	3	1	0	
AE204	install. prothèse, orthèse etc.	2,5	1		0	1	0	3	1	0	
AE205	lever avec aide	2,5	6		0	1	0	2	1	0	
AE206	levier hydraulique/2 pers. ou +	5	6		0	1	0	3	1	0	
AE207	se déplacer avec aide	7,5	3		0	1	0	2	1	0	
AE208	friction, installation	3,5	12	0	0	1	0	3	1	0	
SOUS-TOTAL											
TOTAL Actes essentiels de la vie											
Plafond Actes essentiels de la vie											
Tâches domestiques											
TD101	forfait normal	150	-	-	0	1	0	1	0,4	0	
TD102	supplément	90	-	-	0	1	0	1	0,4	0	
SOUS-TOTAL											
Plafond Tâches domestiques											
Temps total requis pondéré par semaine											

Légende : TRS (temps requis par semaine), TRPS1 (TRS pondéré par le coefficient intensité), TRPS2 (TRSP1 pondéré par le coefficient qualification), QMR (qualification requise).

AIDES ET SOINS		Durée minutes	Fréquence		TRS minutes	Coefficient intensité	TRPS1 minutes	QMR	Coefficient qualification	TRPS2 minutes
			de réf./ jour	fixée/jour						
Soutien										
SO101	surveillance / garde à domicile	60	-	-	0	1	0	2	1	0
SO102	centre de jour spécialisé	60	-	-	0	0,25	0	2	1	0
SO103	accompagnement indiv. de soutien, inf. psy.	30	-	-	0	1	0	5	1,2	0
SO104	accompagnement indiv. de soutien, ass. social	30	-	-	0	1	0		1,4	0
SO105	accompagnement indiv. de soutien, ergothérap.	30	-	-	0	1	0	6	1,4	0
SO106	accompagnement indiv. de soutien, kinésithérap.	30	-	-	0	1	0	7	1,4	0
SO107	accompagnement indiv. de soutien, psychologue	30	-	-	0	1	0	8	1,6	0
SO108	course/sortie avec personne	30	-	-	0	1	0	1	0,4	0
SO109	soutien stat./ activité individuelle, inf. psy.	30	-	-	0	1	0	5	1,2	0
SO110	soutien stat./ activité individuelle, ergothérap.	30	-	-	0	1	0	6	1,4	0
SO111	soutien stat./ activité individuelle, kinésithérap.	30	-	-	0	1	0	7	1,4	0
SO112	soutien stat./ activité individuelle, psychologue	30	-	-	0	1	0	8	1,6	0
SO113	soutien stat./activité de groupe	30	-	-	0	1	0	2	1	0
SOUS-TOTAL					0		0			0
Plafond Soutien							720			
Conseil										
CS201	Nutrition, ergothérapeute	30	-	-	0	1	0	6	1,4	0
CS202	Nutrition, kinésithérapeute	30	-	-	0	1	0	7	1,4	0
CS203	Hygiène corporelle, ergothérapeute	30	-	-	0	1	0	6	1,4	0
CS204	Hygiène corporelle, kinésithérapeute	30	-	-	0	1	0	7	1,4	0
CS205	Habillage-déshabillage, ergothérapeute	30	-	-	0	1	0	6	1,4	0
CS206	Habillage-déshabillage, kinésithérapeute	30	-	-	0	1	0	7	1,4	0
CS207	Mobilité, ergothérapeute	30	-	-	0	1	0	6	1,4	0
CS208	Mobilité, kinésithérapeute	30	-	-	0	1	0	7	1,4	0
CS209	Positionnement, ergothérapeute	30	-	-	0	1	0	6	1,4	0
CS210	Positionnement, kinésithérapeute	30	-	-	0	1	0	7	1,4	0
CS211	Transferts, ergothérapeute	30	-	-	0	1	0	6	1,4	0
CS212	Transferts, kinésithérapeute	30	-	-	0	1	0	7	1,4	0
CS213	communication support	30	-	-	0	1	0	8	1,6	0
CS214	Conseil entourage, infirmier	30	-	-	0	1	0	4	1,1	0
CS215	Conseil entourage, inf. psychiatrique	30	-	-	0	1	0	5	1,2	0
CS216	Conseil entourage, assistant social	30	-	-	0	1	0		1,4	0
CS217	Conseil entourage, ergothérapeute	30	-	-	0	1	0	6	1,4	0
CS218	Conseil entourage, kinésithérapeute	30	-	-	0	1	0	7	1,4	0
CS219	Conseil entourage, psychologue	30	-	-	0	1	0	8	1,6	0
CS220	Constitution dossier	60	-	-	0	1	0	4	1,1	0
SOUS-TOTAL					0		0			0

Légende : TRS (temps requis par semaine), TRPS1 (TRS pondéré par le coefficient intensité), TRPS2 (TRSP1 pondéré par le coefficient qualification), QMR (qualification requise).

Produits nécessaires aux aides et de soins

Appareil(s) suivant expertise du

et dossier no

Adaptation(s) du logement suivant expertise du

et dossier no

pour un coût total de

Réévaluation demandée par CEO pour le mois de

Personne atteignant le seuil pour cause de dispositions particulières suivant avis médical du

Informations à transmettre à l'établissement

Qualification minimale requise (QMR): 1 (sans qualification)(0.4), 2 (aide-socio-familiale, (1)), 3 (aide-soignant, (1)), 4 (infirmier, (1.1)), 5 (infirmier psychiatrique, (1.2)), 6 (ergothérapeute, (1.4)), 7 (kinésithérapeute, (1.4)), 8 (psychologue, (1.6)).

Les qualifications suivantes sont encore acceptées sans que la QMR/aide et soin ne puisse être changée : éducateur (1.1), infirmier en pédiatrie (1.2), infirmier gradué (1.4), éducateur gradué (1.4), assistant social (1.4), rééducateur en psychomotricité (1.4), assistant d'hygiène social (1.6), pédagogue curatif licencié (1.6), pédagogue curatif (1.4).

Légende: TRS (temps requis par semaine), TRPS1 (TRS pondéré par le coefficient intensité), TRPS2 (TRSP1 pondéré par le coefficient qualification), QMR (qualification requise).

3) LE PLAN DE PARTAGE

No dossier :	
Nom :	
Prénom :	
No matricule :	
Nom du référent de la CEO :	

Réseau :	
Date :	

AIDES ET SOINS		Hors Réseau			Réseau			
Code	Actes essentiels de la vie	fixée/jour	fréq. hebdo	minutes		fixée/jour	fréq.hebdo	minutes
	Hygiène							
	SOUS-TOTAL							
	Nutrition							
	SOUS-TOTAL							
	Mobilité							
	SOUS-TOTAL							
	TOTAL Actes essentiels de la vie							
	Tâches domestiques							
	SOUS-TOTAL							
	Soutien							
	SOUS-TOTAL							
	Conseil							
	SOUS-TOTAL							

Signature du demandeur _____

Date de la signature _____

Signature du réseau
d'aides et de soins _____

Date de la signature _____

5) LE PLAN DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE MAINTIEN À DOMICILE

N/Réf matricule/No dossier CEO
(à rappeler lors de chaque réponse)

Vu la demande introduite à la date du

le référent de l'équipe multidisciplinaire de la cellule d'évaluation et d'orientation a requis les prestations suivantes dont la durée est exprimée en minutes par semaine pour le bénéficiaire susvisé.

I. PRESTATIONS EN NATURE :	Temps effectif ¹⁾	Temps pondéré ²⁾
1. Actes essentiels de la vie		
2. Tâches domestiques		
3. Sous-total (lignes 1+2)		
4. Dont temps à fournir par le réseau d'aides et de soins		
5. Soutien		
6. Temps total hebdomadaire à fournir par le réseau (lignes 4+5)		
7. Conseil		
II. PRESTATION EN ESPECES :		
Temps converti en une prestation en espèces (minutes)		
Montant hebdomadaire de la prestation en espèces en Luf		
III. AUTRES PRESTATIONS :		
Forfait pour produits nécessaires aux aides et soins (300 Luf par mois au nombre indice 100 soit 1.687.- Luf par mois au nombre indice 562.38)		

Le présent plan de prise en charge prend cours le :

Le présent plan de prise en charge est valable pour une durée indéterminée, sous réserve d'une réévaluation ultérieure du bénéficiaire.

Il doit être procédé à une nouvelle évaluation si le bénéficiaire transfère sa résidence durablement dans un établissement d'aides et de soins.

L'Union des caisses de maladie doit être immédiatement avertie de tout changement du lieu de séjour durable du bénéficiaire.

Le présent plan de prise en charge ne tient pas compte de la mise à disposition éventuelle d'appareils ou d'adaptations du logement. Le cas échéant une décision concernant ces prestations est notifiée séparément au bénéficiaire.

1) Temps tel que résultant de l'application de l'article 350 du Code des assurances sociales

2) Temps tel que résultant de l'application de l'article 395 du Code des assurances sociales

6) LE PLAN DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE SÉJOUR DANS UN ÉTABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS

N/Réf matricule/No dossier CEO
(à rappeler lors de chaque réponse)

Vu la demande introduite à la date du

le référent de l'équipe multidisciplinaire de la cellule d'évaluation et d'orientation a requis les prestations suivantes dont la durée est exprimée en minutes par semaine pour le bénéficiaire susvisé.

I. PRESTATIONS EN NATURE :	Temps effectif ¹⁾	Temps pondéré ²⁾
1. Actes essentiels de la vie		
2. Tâches domestiques		
3. Soutien		
4. Temps total hebdomadaire à fournir par l'établissement d'aides et de soins (lignes 1+2+3)		
II. AUTRES PRESTATIONS :		
5. Forfait pour produits nécessaires aux aides et soins (300 francs par mois au nombre indice 100, soit 1.687.- Luf par mois au nombre indice 562.38)		

Le présent plan de prise en charge prend cours le :

Le présent plan de prise en charge est valable pour une durée indéterminée, sous réserve d'une réévaluation ultérieure du bénéficiaire.

Il doit être procédé à une nouvelle évaluation si le bénéficiaire transfère sa résidence durablement vers le domicile privé.

L'union des caisses de maladie doit être immédiatement avertie de tout changement du lieu de séjour durable du bénéficiaire.

Le présent plan de prise en charge ne tient pas compte de la mise à disposition éventuelle d'appareils ou d'adaptations du logement. Le cas échéant une décision concernant ces prestations est notifiée séparément au bénéficiaire.

1) Temps tel que résultant de l'application de l'article 350 du Code des assurances sociales
2) Temps tel que résultant de l'application de l'article 395 du Code des assurances sociales

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE CONCERNANT L'ASSURANCE DÉPENDANCE AU 1ER DÉCEMBRE 1999

- Loi du **19 juin 1998** (Mém. A 1998, p. 710).
- Loi du **21 décembre 1998** concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 1999 (Mém. A 1998, p. 2721).
- Règlement grand-ducal du **25 juin 1998** relatif au fonctionnement de la commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du CAS (Mém. A 1998, p. 750).
- Règlement grand-ducal du **18 novembre 1998** adaptant d'office la rémunération déclarée auprès du Centre commun de la sécurité sociale pour les personnes occupées dans le ménage privé de l'employeur (Mém. A 1998, p. 2435).
- Règlement grand-ducal du **27 novembre 1998** fixant les modalités de l'abattement sur la contribution dépendance (Mém. A 1998, p. 2539).
- Règlement grand-ducal du **18 décembre 1998** fixant les modalités de la détermination de la dépendance (Mém. A 1999, p. 3198).
- Règlement grand-ducal du **18 décembre 1998** déterminant les valeurs monétaires pour les établissements d'aides et de soins dans le cadre de l'assurance dépendance (Mém. A 1998, p. 3268).
- Règlement grand-ducal du **23 décembre 1998** déterminant 1) les appareils pris en charge par l'assurance dépendance 2) les conditions et modalités de prise en charge des produits dans les établissements d'aides et de soins (Mém. A 1998, p. 3268).
- Règlement grand-ducal du **31 décembre 1998** portant exécution de l'article 127, alinéa 6 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu (abattement forfaitaire pour frais de domesticité, frais d'aides et de soins en raison de l'état de dépendance ainsi que pour frais de garde) (Mém. A 1999, p. 3420).
- Règlement grand-ducal du **5 novembre 1999** déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance (Mém. A 1999, p. 2555).

BIBLIOGRAPHIE

Gerhard IGL, Marie-Eve JOEL, Nicole KERSCHEN, Kees KNIPSCHIEER, **La dépendance des personnes âgées, Volume 1 : Prise en charge et Financement en Allemagne, en France et aux Pays-Bas** (étude commandée et financée par le Gouvernement luxembourgeois), juillet 1993.

Gerhard IGL, Marie-Eve JOEL, Nicole KERSCHEN, Kees KNIPSCHIEER, **La dépendance des personnes âgées, Volume 2 : Bilan du système luxembourgeois et propositions d'évolution** (étude commandée et financée par le Gouvernement luxembourgeois), juillet 1993.

La dépendance au Luxembourg, Analyse de l'existant et concept pour l'avenir, Ministère de la sécurité sociale, décembre 1995.

Equipe de recherche opérationnelle en santé, sous la direction du Professeur TILQUIN, (C.), *L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire*, CTMSP 85, Montréal, 1985, 43 p. + Annexes.

Equipe de recherche opérationnelle en santé, sous la direction du Professeur TILQUIN, (C.), *La détermination des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire*, CTMSP 87, Montréal, 1987, 212 p.

Nicole KERSCHEN, **La reconnaissance de la dépendance comme un nouveau risque de la sécurité sociale. L'expérience luxembourgeoise**. in *La dépendance des personnes âgées* (sous la direction de Francis Kessler), Collection « Droit sanitaire et social », Sirey 1997, p. 70.

Nicole KERSCHEN, **La reconnaissance de la dépendance comme un nouveau risque de la sécurité sociale : Le modèle allemand et le projet luxembourgeois**. in *Le vieillissement comme processus*. Revue française des Affaires sociales, N° hors série, octobre 1997, p. 205.

Nicole KERSCHEN, **Individualisation des droits et maintien des solidarités**. In *Modernisation et amélioration de la protection sociale*. Conférence de la Présidence luxembourgeoise 10-12 novembre 1997, Bulletin luxembourgeois des questions sociales 1997, Vol. 4, p. 113.

Nicole KERSCHEN, **La reconnaissance de nouveaux risques de la sécurité sociale en Europe : L'exemple de la dépendance**. In *Union européenne et cohésion sociale* (sous la direction de Philippe Auvergnon), Ed. Maison des Sciences de l'Homme Aquitaine 1998, p. 121.

Nicole KERSCHEN, **L'assurance dépendance au Luxembourg**, *Gérontologie* No 112 1999-4, p. 20.

Denise SEYWERT, **L'assurance dépendance au Luxembourg**, Bulletin luxembourgeois des questions sociales 1996, vol. 1 et 2, p. 1.

Denise SEYWERT, **Assurance dépendance, mise en place de la cellule d'évaluation et d'orientation**, mémoire présenté en juin 1998.

L'assurance dépendance - Guide pratique, Die Pflegeversicherung - Praktischer Ratgeber, Ministère de la sécurité sociale, 1999.

Bilan intermédiaire sur l'assurance dépendance au 31 mars 1999, Ministère de la sécurité sociale, avril 1999.

Documents parlementaires du projet de loi portant introduction d'une assurance dépendance No 4216, 1996-1998.

Exposé des motifs et commentaire des articles des différents règlements grand-ducaux.

