



## **Projet de loi 7014**

portant réforme de l'assurance dépendance et modifiant :

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

\*\*\*

### **Avis de la COPAS**

#### **INTRODUCTION**

Depuis son introduction par la loi du 19 juin 1998, l'assurance dépendance a connu un succès croissant. A ce jour, plus de 13.500 personnes bénéficient de ce cinquième pilier de la sécurité sociale, devenu un maillon essentiel, selon le « Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'Assurance dépendance ». Suite à des problèmes structurels et de financement constatés par ce bilan publié en 2013, il a été décidé de réformer l'assurance dépendance afin de garantir sa pérennité. Par conséquent, le programme gouvernemental de 2013-2018 prévoit une « réforme structurelle de l'assurance dépendance permettant la maîtrise globale de l'évolution des dépenses ».

D'une manière générale, la COPAS ne voit pas dans quelle mesure le projet de loi 7014 portant réforme de l'assurance dépendance peut atteindre son objectif de garantir la viabilité financière de l'assurance dépendance. La plupart des mesures d'économie ayant déjà été réalisées à travers le « Budget Nouvelle Génération » (BNG) dans les 3 dernières années, ce projet de loi n'apportera au niveau financier pas de plus-value par rapport à la situation de fait si ce n'est au détriment de la qualité de la prise en charge.

Les différents facteurs d'ajustement proposés par la réforme permettent tout au plus de faire à l'avenir des économies en adaptant la prise en charge des besoins de la population aux moyens financiers disponibles. Ces dispositions ne sont pas à l'avantage des bénéficiaires et ne procurent aucune sécurité budgétaire aux prestataires d'aides et de soins.

La COPAS déplore que la loi n'accorde qu'une moindre importance à la prévention pourtant primordiale dans la qualité de la prise en charge, et ce par la réduction massive du soutien spécialisé, prestations préventives par excellence. Par conséquent, la population cible risque de devenir plus rapidement plus dépendante, ce qui entraînera un coût plus important à long terme. Le déclin des prestations de soutien spécialisé est en plus contraire à la volonté politique de la priorité au maintien à domicile. Cette mesure entraîne la perte de personnel qualifié et donc une perte en qualité. Pour la COPAS, cette qualité n'est pas à disposition.

C'est dans ce sens que la COPAS s'oppose à toute réduction de prestations de soutien spécialisé tout en réitérant sa revendication d'inclure les besoins en activités d'appui à l'indépendance dans la détermination du seuil d'entrée pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance dépendance et, le cas échéant, d'accorder un appui à l'indépendance à l'assuré qui n'a pas nécessairement atteint ledit seuil d'entrée.

La COPAS se félicite de l'introduction de contrôles qualité au niveau des procédures et sur le terrain dans le respect de la législation sur la protection des données. Il faudra cependant éviter d'obliger les prestataires de mettre en place un dispositif de documentation unique entraînant un investissement en temps et en outils informatiques supplémentaires et entravant l'autonomie conceptuelle de la prise en charge.

La COPAS ne voit pas non plus en quoi cette loi entraînerait une simplification administrative pour les prestataires. En effet, celle-ci se concrétise seulement au niveau de l'administration. Les prestataires ne constatent pas de procédures simplifiées les concernant.

La COPAS approuve la flexibilité introduite au niveau des forfaits AEV (actes essentiels de la vie) et AA (activités d'accompagnement). Elle estime cependant que la même flexibilité devrait être appliquée tant au regard des AAI (activités d'appui à l'indépendance) qu'au regard de l'interchangeabilité des gardes individuelles et en groupe.

D'une manière générale, la COPAS déplore qu'aucun règlement grand-ducal n'ait été déposé à ce jour et qu'elle ne pourra donc pas se prononcer définitivement sur la portée de cette réforme. Par ailleurs, la COPAS émet des doutes quant à la faisabilité d'une mise en vigueur de la loi en janvier 2017. La COPAS regrette que les questions en relation avec la transition entre le système actuel et le système réformé ne soient pas abordées dans toute leur envergure.

\*

## COMPARATIF DE LA SITUATION ACTUELLE ET FUTURE

### BENEFICIAIRES



#### Actes essentiels de la vie (AEV)

##### Actuellement

38 actes possibles, codifiés et normés (fréquence, durée)

exprimés en minutes

maximum 2310 minutes payées

##### Projet réforme

15 niveaux en fonction des besoins individuels

Remplacement des actes par des intervalles de 140 minutes

maximum 2230 minutes payées

Besoin exprimé en actes => Besoin exprimé en forfait sans possibilité d'actes additionnels.

#### Activités d'appui à l'indépendance (AAI)

##### Actuellement

Soutien spécialisé et conseil individuel et/ou entourage selon besoins

Avant Budget Nouvelle Génération (BNG) : 28h max en groupe, 4h max individuel

Après BNG : 16h max en groupe, 4h max individuel

##### Projet réforme

Limitation à 5h maximum dont 1h individuelle

Fortes réductions des droits : - 23h en groupe avant BNG (11h après BNG) et -3h individuelles avant BNG (idem après BNG).

#### Activités d'accompagnement (AA)

##### Actuellement

Garde individuelle 14h max/semaine (après BNG 8h max/semaine)

Gardes en groupe avant BNG 28h max /semaine (16h après BNG)

Tâches domestiques forfait 2,5h /semaine

Courses / démarches administratives 2h / semaine (standard)

##### Projet réforme

A domicile h/semaine/bénéficiaire 7h max

En établissement h/semaine/prestataire 40h max de garde en groupe

forfait de 3h/semaine

abolies

forfait de 6h pour l'ensemble des actes

Distinction faite selon le lieu de séjour. Les unités de mesure sont non comparables.

### CNS / PRESTATAIRE



#### Simplification administrative pour la CNS

##### Actuellement

Facturation à l'acte

Leistungsnachweis

Documentation des soins par le prestataire

##### Projet réforme

Facturation forfaitaire en fonction des 15 niveaux

Leistungsnachweis

Documentation des soins par le prestataire

Simplification administrative exclusivement pour la CNS (1 forfait par personne au lieu d'un nombre élevé d'actes) sans diminution des charges administratives et de la documentation des soins.

#### Tarifification

##### Actuellement

4 valeurs monétaires négociées annuellement sur base des données de l'année précédente applicables pour l'exercice suivant

##### Projet réforme

4 valeurs monétaires négociées tous les 2 ans uniquement (années paires)

Facteur d'ajustement pour les forfaits décidé tous les 2 ans (années impaires)

Risque d'erreur pour l'estimation de variables sur 2 ans ; les forfaits font porter un risque réel sur les prestataires ; le facteur d'ajustement ne doit pas être une variable d'ajustement au coût global de l'assurance dépendance.

#### Gouvernance

##### Actuellement

Cellule d'Evaluation et d'Orientation (CEO)

Commission consultative  
Commission qualité  
Commission des normes

##### Projet réforme

CEO devient Autorité d'évaluation et de contrôle

Fusion des 3 commissions au sein de la commission consultative

Accès au Dossier de soins partagé

Perte d'implication des professionnels au niveau de l'élaboration de concepts, leur impact se réduit à une voix consultative ; Accès DSP non acceptable et inadapté pour des contrôles de qualité.

### ETAT



#### Réforme

##### Actuellement

Effets liés à la mise en place du BNG en 2014

##### Projet réforme

Atténue les effets du BNG

Absence de prise en charge des coûts liés à l'implémentation de la réforme

L'entrée en vigueur du BNG a eu un effet négatif sur les bénéficiaires et prestataires. La réforme ne fait qu'atténuer les effets de ce BNG.

## ANALYSE DES ARTICLES

### **Article 348 - Introduction de cinq (5) domaines de besoins en AEV (actes essentiels de la vie)**

La COPAS salue que les degrés d'intervention respectivement d'assistance soient maintenus, à savoir :

- effectuer en tout ou en partie à la place de la personne dépendante les AEV ou
- surveiller ou soutenir la personne en vue de permettre l'exécution de ces actes.

Cette approche est primordiale pour des personnes présentant des troubles cognitifs.

### **Article 349 alinéa 1 - Seuil d'entrée**

La COPAS réitère sa revendication d'inclure les besoins en activités d'appui à l'indépendance dans la détermination du seuil d'entrée, voire d'accorder cette prestation à l'assuré qui n'a pas encore atteint ce seuil. Proposer ce type de soutien en début de dépendance permet d'éviter une augmentation des besoins en AEV par la suite. Ceci est surtout indiqué en cas de détection d'une démence ou pour des personnes en situation de handicap qui sont autonomes grâce à des aides techniques, mais qui ont besoin de soutien afin de maintenir ce niveau d'indépendance.

### **Article 350 (1) - Outil d'évaluation**

La COPAS apprécie que les besoins du demandeur en AEV soient toujours évalués de façon individuelle dans une approche multidisciplinaire.

### **Article 350 (3) - Introduction de 15 niveaux de besoins hebdomadaires et AAI (activités d'appui à l'indépendance)**

La COPAS est d'accord que ce système laisse une certaine flexibilité aux prestataires dans la prise en charge du bénéficiaire en fonction de ses besoins, mais elle ne constate pas de simplification administrative de son côté étant donné que les professionnels continueront à assurer une documentation de soins exhaustive correspondant à leurs objectifs qualité. La mise en pratique du concept des niveaux sera d'autant plus compliquée en cas de sous-traitance.

La COPAS revendique qu'un forfait de 5 heures d'AAI soit attribué à chaque bénéficiaire et que la forme des prestations (individuel ou en groupe) puisse être adaptée en fonction des besoins de la personne.

Elle revendique en outre qu'un facteur de majoration aux AAI (à définir par règlement grand-ducal) soit attribué au moment de l'évaluation du bénéficiaire présentant des troubles comportementaux graves telle qu'une pathologie démentielle avancée ou un handicap mental profond.

### **Article 350 (4) - Introduction des AA - activité d'accompagnement en milieu stationnaire**

La COPAS revendique que le droit à un forfait de 360 minutes pour les activités d'accompagnement soit systématiquement accordé à tout bénéficiaire séjournant en milieu stationnaire ou intermittent. La sécurité et la prévention de l'isolement, objectifs de ces activités, doivent être garanties pour toute personne dépendante. Par ailleurs, la COPAS propose de réfléchir ensemble, avec ses partenaires, sur la définition d'objectifs plus spécifiques en fonction du concept des prestataires.

### **Article 350 (5) - Activités de garde individuelle et en groupe**

La COPAS apprécie que les objectifs visés pour l'encadrement prolongé reflètent la conception de prise en charge des prestataires, à savoir : garantir la sécurité de la personne dépendante, éviter l'isolement social nuisible et assurer le répit de l'aidant.

Cependant, la COPAS considère qu'il faut rester cohérent dans la conception de l'assurance dépendance, à savoir rendre plus flexibles les droits aux prestations afin de donner une réponse de qualité face à une fluctuation des besoins. De ce fait, les activités de garde individuelle et en groupe doivent rester cumulables voire interchangeables et doivent pouvoir être prestées en alternance.

La COPAS demande que le droit à la prestation de garde de nuit soit introduit dans le cadre de l'assurance dépendance et défini par règlement grand-ducal.

#### **Article 350 (6) et 353 - Activité d'assistance à l'entretien du ménage**

La COPAS revendique que le droit à l'activité d'assistance à l'entretien du ménage soit attribué sous forme de forfait de 3 heures à tout bénéficiaire vivant à domicile. Le maintien de la salubrité des lieux de vie habituels et la veille de l'approvisionnement de base doivent être garantis à toute personne dépendante.

La COPAS demande que l'installation d'un appel d'assistance (Télé-alarme, Help-line, ...) ainsi que les frais d'abonnement soient ajoutés à la liste des besoins du demandeur indépendamment du seuil d'entrée.

#### **Article 350 (8) – Détermination par l'Autorité de la répartition de l'exécution des prestations entre l'aidant et les prestataires**

La COPAS considère que la relation entre les acteurs des aides et soins doit pouvoir s'organiser dans la plus grande flexibilité. Elle demande dès lors que le prestataire soit impliqué dans la détermination du 1<sup>er</sup> partage. De plus, le prestataire doit pouvoir initier des changements de partage si l'intérêt de la personne l'impose et/ou si la situation a substantiellement changé et ceci même pour une durée déterminée (par exemple : hospitalisation de l'aidant).

Voir aussi le commentaire de l'article 358 (3) - partage ex-post abrogé.

#### **Article 350 (9) -**

##### **RGD outil d'évaluation ; relevé-type ; référentiel et synthèse de prise en charge**

##### **RGD définition de prise en charge pour différentes pathologies et situations cliniques**

Le RGD définissant l'outil d'évaluation, le relevé-type et le référentiel des aides et soins constitue l'élément essentiel de la présente réforme. Il doit exprimer clairement les droits des bénéficiaires et les prestations y relatives. Tant que son contenu ne sera pas défini, l'envergure des changements ne peut être évaluée de façon fiable. La COPAS se réserve le droit de revoir sa position au moment de sa publication.

En attendant, elle apprécie l'effort d'harmonisation et de transparence en matière de critères d'attribution par la révision de l'outil d'évaluation, du relevé-type et du référentiel des aides et soins. La création d'un langage commun entre évaluateurs, bénéficiaires, entourage et professionnels des soins favorisera l'organisation de la continuité des soins et permettra aux prestataires de répondre de manière cohérente et structurée au questionnement du bénéficiaire.

#### **Article 350 (10) - Soins palliatifs**

La loi introduit un forfait AEV de 780 minutes. Pour les prestataires en centre semi-stationnaire (CSS) et réseau d'aides et de soins (RAS), il y a lieu de confirmer que l'octroi d'un forfait en espèces en cas de partage (art. 354 dernier alinéa) ne viendra pas en déduction de ce forfait. Les modalités du partage en cas de soins palliatifs n'ont pas encore été précisées.

La COPAS comprend que tous les bénéficiaires de soins palliatifs (avec ou sans synthèse) ont droit à toutes les prestations de l'assurance dépendance, à savoir AAI, AA, gardes individuelles et en groupe,

activités d'assistance au ménage jusqu'à la limite du plafond légal ainsi qu'au forfait AEV de 780 minutes.

#### **Article 351 alinéa 2 - Nouvelle demande recevable après un délai d'un an**

La COPAS s'oppose à ce que le délai de recevabilité d'une nouvelle demande passe de 6 mois à un an. Vu l'augmentation de la moyenne d'âge des demandeurs, la probabilité d'un changement des besoins à court terme augmente.

#### **Article 353 (1) et 357 - Facturation des AEV à la personne dépendante / AAI**

La COPAS ne peut accepter l'interdiction formelle de facturer des AEV à la personne dépendante à domicile (cf. art 357).

La facturation doit être possible dans les cas suivants :

- actes non repris sur la synthèse, prestés en supplément à la demande de la personne dépendante ;
- actes prestés à la place de l'aidant en cas d'empêchement temporaire de ce dernier et ne donnant pas lieu à un changement du partage (congé, maladie de courte durée).

La conversion du soutien spécialisé en AAI à hauteur de maximum 5h dont seulement 1h en individuel correspond à une réduction massive de ce type de prestation. Ceci va à l'encontre de toute idée de prévention étant donné que l'objectif des AAI est « l'apprentissage ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de réaliser les AEV ou de limiter l'aggravation de la dépendance ».

Au sein d'une équipe multidisciplinaire, cette mesure entraînera une perte en personnel qualifié (éducateurs, infirmiers, thérapeutes) et donc une perte en qualité dans la prise en charge de la personne dépendante.

La réduction du personnel qualifié est par ailleurs une entrave sérieuse à la sécurité de la personne dépendante.

La COPAS revendique qu'un forfait de 5 heures d'AAI soit attribué à chaque bénéficiaire et que la forme des prestations (individuel ou en groupe) puisse être adaptée en fonction des besoins de la personne.

Elle revendique en outre qu'un facteur de majoration aux AAI (à définir par règlement grand-ducal) soit attribué au moment de l'évaluation du bénéficiaire présentant des troubles comportementaux graves telle qu'une pathologie démentielle avancée ou un handicap mental profond.

#### **Article 353 (2) - Garde de la personne dépendante**

La réduction des gardes individuelles de jour à 7 heures maximum, sauf en cas de gravité exceptionnelle, augmente le risque d'isolement social et constitue une perte en qualité de vie aussi bien pour le bénéficiaire que pour son entourage.

En ce qui concerne la garde en groupe en centre semi-stationnaire de 40 heures par semaine, la définition de la taille du groupe (coefficient d'intensité) et de la qualification du personnel fait défaut. Ces facteurs auront un impact qualité considérable et influenceront le maintien en place des équipes multidisciplinaires.

Il ne faut pas compromettre l'existence des centres semi-stationnaires, maillon incontournable du concept du maintien à domicile.

### **Article 353 (3) - Formation de l'aidant**

L'introduction d'une formation pour les aidants est très louable. Cependant, il n'est ni clair si les 6 heures correspondent à des cours individuels ou en groupe ni quels sont les critères d'attribution.

A défaut d'une disposition réclamant une preuve de qualification, la COPAS propose d'obliger tous les aidants à effectuer la formation prévue par l'assurance dépendance et de lier le droit aux prestations en espèces à l'accomplissement d'une formation de base.

Les prestataires d'aides et de soins ont déjà pris des initiatives dans ce domaine dans le passé et une expertise en matière de contenu de ces formations existe. La qualification requise/admise des formateurs devra correspondre à celle des professionnels prestant actuellement les actes de conseil.

### **Article 354 dernier alinéa et article 350 (10) - Droit au maintien aux prestations en espèces au moment de l'ouverture du droit aux soins palliatifs ; forfait 780 minutes de besoins en soins**

Il y a lieu de préciser que le forfait de 780 minutes reste acquis nonobstant le forfait de prestations en espèces accordé. Il ne peut donc pas y avoir d'impact financier résultant d'un plan de partage en situation de soins palliatifs.

### **Article 355 - Affiliation assurance pension de l'aidant**

La COPAS comprend que la prise en charge des cotisations accordée de façon « forfaitaire » pourra être à temps plein ou à mi-temps (20/40) et se limitera aux aidants non-salariés, la prise en charge pour les aidants salariés se fera au prorata des heures prestées pour assurer des aides et soins.

### **Article 356 - Prise en charge des aides techniques**

Il faut remarquer que le texte « une liste *proposée* par la Commission consultative » n'est pas en ligne avec l'article 387 qui limite la mission de la Commission consultative à « aviser » les modalités. La COPAS propose de clarifier ce point.

La COPAS demande que l'installation d'un appel d'assistance (Télé-alarme, Help-line, ...) ainsi que les frais d'abonnement soit également pris en charge.

### **Article 357 – ESC (Etablissement à séjour continu)**

La COPAS ne peut accepter l'interdiction formelle de facturer des AEV à la personne dépendante en établissement. La facturation doit être possible dans les cas suivants :

- actes non repris par la synthèse, prestés en supplément à la demande de la personne dépendante.

Pour les AAI, les mêmes commentaires que ceux avancés dans le cadre du maintien à domicile s'appliquent aux ESC :

La conversion du soutien spécialisé en AAI à hauteur de maximum 5h dont seulement 1h en individuel correspond à une réduction massive de ce type de prestation. Ceci va à l'encontre de toute idée de prévention étant donné que l'objectif des AAI est « l'apprentissage ou l'entretien des capacités motrices, cognitives ou psychiques requises en vue de réaliser les AEV ou de limiter l'aggravation de la dépendance ».

Au sein d'une équipe multidisciplinaire, cette mesure entraînera une perte en personnel qualifié (éducateurs, infirmiers, thérapeutes) et donc une perte en qualité dans la prise en charge de la personne dépendante.

La COPAS revendique qu'un forfait de 5 heures d'AAI soit attribué à chaque bénéficiaire et que la forme des prestations (individuel ou en groupe) puisse être adaptée en fonction des besoins de la personne.

Elle revendique en outre qu'un facteur de majoration aux AAI (à définir par règlement grand-ducal) soit attribué au moment de l'évaluation du bénéficiaire présentant des troubles comportementaux graves telle qu'une pathologie démentielle avancée ou un handicap mental profond.

La COPAS revendique pour tout bénéficiaire l'attribution d'un forfait de 360 minutes en AA et se propose de contribuer à l'élaboration des objectifs de ces prestations.

La COPAS demande que l'installation d'un appel d'assistance (Télé-alarme, Help-line, ...) soit également prise en charge.

#### **Article 358 (1) - ESI**

Selon l'article 358 (1) de la loi actuelle, le bénéficiaire peut alterner des périodes de séjour en établissement d'aide et de soins à séjour intermittent (ESI) avec des périodes à domicile. Sachant que le projet de loi introduit des prestations différentes selon le lieu de séjour (AA versus gardes individuelles ou en groupe), le bénéficiaire aura besoin de deux synthèses : une pour son séjour à domicile destiné au RAS/AI et une pour son séjour stationnaire destiné à l'ESI.

#### **Article 358 (3) - Partage ex-post abrogé**

La disposition donnant la possibilité de modifier rétroactivement la répartition des prestations en nature et en espèces est abrogée avec l'argument qu'une facturation ex-post (c.à.d. facturation à caractère variable due à une modification systématique et nécessaire du partage) n'est plus envisagée dans le cadre d'une prise en charge forfaitaire.

Une telle approche est contraire aux objectifs du projet de réforme, à savoir :

- la priorité au maintien à domicile avant l'hébergement en institution ; ce qui, dans le secteur du handicap, n'est pas forcément garanti en cas de rigidité dans les modalités de partage ;
- une augmentation de la flexibilité dans la prise en charge ; ce qui, surtout dans le secteur du handicap, n'est plus garanti par une rigidité des modalités de partage fixé par l'Autorité et sans possibilité d'adaptation selon les besoins.

La COPAS insiste sur le maintien de l'article 358, alinéa 3.

#### **Article 359 - Augmentation momentanée du besoin en AEV**

Les AEV pouvant être prestés en supplément de la synthèse pour un besoin augmenté momentané résultant d'une hospitalisation de sept jours consécutifs passent de actuellement 3,5 heures à 45 minutes par semaine pendant 8 semaines.

La COPAS demande que cette mesure soit adaptée au concept du virage ambulatoire qui préconise le retour rapide du patient dans son milieu de vie habituel. Il n'est ni acceptable de considérer une condition d'hospitalisation minimale de 7 jours, ni de diminuer le temps supplémentaire accordé pour la prise en charge à 45 minutes.

La COPAS estime que le prestataire doit avoir le droit de dépasser le forfait alloué de 2 niveaux pendant la période déterminée.

#### **Article 361 - Projet d'actions expérimentales**

La COPAS regrette que les projets d'actions expérimentales soient abolis alors que ce concept permettait de mettre en place et d'évaluer des initiatives innovatrices et créatives.

### **Article 362 - Modalités de prise en charge en attente d'une évaluation, d'une synthèse**

La COPAS s'oppose à ce que les prestations prises en charge entre la date de la demande et l'établissement de la synthèse soient limitées aux prestations accordées à postériori. Le prestataire doit établir son plan de prise en charge provisoire correspondant aux besoins de la personne et effectuer les soins nécessaires. Ceci vaut d'autant plus que la première demande est souvent précédée d'une hospitalisation aigüe et que les besoins de la personne sont élevés après la sortie de l'hôpital pour s'équilibrer par la suite.

La COPAS propose la facturation du forfait par semaine, correspondant au temps réellement investi dans la prise en charge.

Les mêmes modalités s'appliquent en cas de décès de la personne pendant la période précédant la date de la décision, indépendamment d'une évaluation réalisée ou non par l'Autorité.

### **Article 366 (1) dernier alinéa - Demande en réévaluation**

Ad 3) Les modalités de transcription de la synthèse établie pour la prise en charge à domicile en synthèse pour l'établissement d'aides et de soins sont à définir étant donné que les prestations ne sont plus les mêmes.

La COPAS ne s'oppose pas à ce que le changement fondamental des circonstances soit constaté par un médecin mais souhaite que le délai défini soit maintenu à 6 mois.

### **Article 384bis - Contrôle tous les 2 ans**

La COPAS se félicite de l'introduction d'un contrôle qualité et souhaite être impliquée lors de la détermination des critères d'évaluation.

Les résultats des contrôles biennaux étant mis à disposition des instances concernées, la COPAS revendique une procédure contradictoire antérieure à la publication du rapport.

Pour la COPAS, il est primordial que le choix de l'outil de documentation des soins reste sous la responsabilité des prestataires.

### **Article 385 - Pouvoir de l'Autorité**

La COPAS demande que les avis de l'Autorité à portée individuelle soient motivés de façon à ce que l'attribution ou le refus, voire la réduction d'une prestation, soient transparents pour le bénéficiaire et le prestataire.

### **Article 386 b) alinéa 1 - Accessibilité de la documentation par voie électronique**

La COPAS constate qu'il y a confusion dans le projet de loi entre le dossier de soins visé à l'art. 60bis et le dossier de soins partagé national (DSP).

En effet, selon le nouvel alinéa 1 de l'article 386, l'Autorité pourrait requérir le dossier de soins visé à l'article 60bis. Le commentaire des articles indique que l'Autorité peut consulter le dossier de soins partagé visé à l'article 60bis. Toutefois, l'article 60bis ne vise pas le dossier de soins partagé.

Le DSP, qui est individuel et personnel, ne peut être un outil de contrôle d'autant plus que le bénéficiaire d'aide et de soins peut à tout moment masquer des informations dans le dossier. Le DSP ne remplace pas le dossier de soins et ne le double pas non plus.

La COPAS propose de clarifier et de reformuler cet article.

La COPAS demande de prévoir une période transitoire de 2 ans afin de permettre aux prestataires de se conformer aux exigences informatiques du présent article.

### **Article 387 - Commission consultative**

La composition de la Commission consultative et ses missions de fond restent inchangées malgré l'information relayée dans le commentaire des articles.

Il ne s'agit malheureusement pas d'une fusion des 3 commissions (Commission consultative, Commission qualité et Commission des normes) telle que mentionnée. La mission de la Commission consultative se limite à aviser des projets finalisés. Elle ne reprend donc pas les missions des 2 autres commissions ayant des missions d'élaboration de propositions.

L'objectif de la COPAS est d'institutionnaliser les travaux entre partenaires en vue d'élaborer des lignes directrices, des standards et des normes. L'abolition des 2 commissions (Commission des normes et Commission qualité) entraîne la disparition des seules plateformes de travail entre partenaires.

Il est prévu que la Commission consultative soit saisie pour avis relatif aux règlements grand-ducaux suivants :

- RGD définissant l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le relevé-type et le référentiel des aides et soins utilisés dans le cadre des missions de l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance ainsi que le formulaire type pour la synthèse de prise en charge (prévu à l'article 350, paragraphe 9) ;
- RGD définissant les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance ainsi que leurs termes pour le renouvellement périodique et la charge des frais d'entretien et de réparation des aides techniques (prévu à l'article 356, paragraphe 3, alinéa 4) ;
- RGD définissant les normes à respecter concernant la dotation et la qualification du personnel, les coefficients d'encadrement des groupes, les modalités et le contenu de la documentation de la prise en charge ainsi que les indicateurs de qualité de la prise en charge qui ont pour objet de permettre à l'Autorité d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance dépendance de mesurer la qualité de la prise en charge de la personne dépendante (prévu à l'article 387bis) ;
- RGD déterminant les critères et la procédure de négociation des valeurs monétaires (prévu à l'article 395).

Ces règlements grand-ducaux forment le cœur du système de l'assurance dépendance et la COPAS regrette de ne pas avoir été impliquée dans la conceptualisation et la définition des détails.

Il faut remarquer que le texte en question (art. 356) « une liste *proposée* par la Commission consultative » n'est pas en ligne avec l'article sous rubrique qui limite l'impact à « aviser » - la COPAS propose de clarifier ce point.

La COPAS exprime donc son désaccord profond avec la limitation de son rôle qui lui est imposée et la perte d'impact en ce qui concerne l'élaboration et la préparation de modèles futurs. Elle revendique la mise en place d'une Commission des normes qui fixe entre autres les normes de qualification de façon paritaire.

### **Article 387bis - Normes et indicateurs de qualité**

#### **Abolition de l'ancien article 387bis**

L'abolition pure et simple de la Commission qualité n'est pas opportune. Au contraire, il est absolument nécessaire de maintenir une plateforme regroupant les professionnels des soins au niveau national où l'élaboration et la mise en place de normes et de standards peuvent être discutées d'un point de vue des aides et soins plutôt que d'un point de vue technique, administratif ou financier.

La COPAS revendique le maintien de l'article 387bis.

### **Nouvel article 387bis**

La COPAS salue la volonté politique d'instaurer des normes et indicateurs qualité comme outil de gestion de l'activité des prestataires.

Cependant, elle fait remarquer que le contrôle qualité présuppose l'intervention d'un personnel correctement qualifié par spécialité. Les futures normes concernant la dotation et la qualification du personnel doivent donc tenir compte du besoin en personnel spécialisé tels que qualitatifs, diététiciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes et infirmiers en soins palliatifs.

La COPAS peut être d'accord avec l'option de fixer par règlement grand-ducal des normes de qualité (dotation et qualification du personnel), ainsi que les indicateurs de mesure. Toutefois elle est d'avis qu'il serait préférable d'élaborer un règlement grand-ducal par thème au lieu d'opter pour un seul règlement couvrant ces 4 domaines fondamentalement différents:

- normes concernant la dotation et la qualification du personnel ;
- coefficients d'encadrement de groupe ;
- modalités et contenu de la documentation de prise en charge ;
- indicateurs de qualité de la prise en charge.

Le non-respect des normes est susceptible d'entraîner une procédure devant la Commission de surveillance en vue de la récupération de la partie indue de la valeur monétaire payée par la Caisse Nationale de Santé. La COPAS propose d'introduire une décote administrative pour régler les cas éventuels de non-respect des normes et standards. Il lui semble exagéré et administrativement fastidieux de la part de la CNS d'entamer une procédure devant la Commission de surveillance en vue de récupérer les revenus indûment perçus pour un manquement administratif qui pourrait être réglé par une décision présidentielle d'octroi d'une décote. Les modalités pratiques en cas de sous-traitance restent à définir par la convention-cadre.

### **Article 388bis - Convention-cadre**

La COPAS note que la délimitation géographique telle que définie dans la convention-cadre actuellement en vigueur est reprise dans le texte de loi et lui donne une valeur juridique supérieure.

### **Article 393 - Commission de surveillance**

Paragraphe 2, alinéa 2, point 5) Le DSP ne doit pas englober la totalité de la documentation des soins qui constitue un outil de travail interne des prestataires de soins. Le DSP ne doit contenir que les informations nécessaires aux autres prestataires de santé au niveau national (médecins, pharmacies, hôpitaux, ...) en vue de la continuité des soins. Il n'est en aucun cas pertinent de l'alimenter de chaque prestation d'aides et de soins.

La COPAS propose la teneur suivante :

5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les *éléments nécessaires à la continuation des soins*, dès lors que l'assuré ne s'y est pas explicitement opposé;

### **Article 395 - Valeurs monétaires (VM)**

(1) La COPAS est d'avis que le maintien de 4 valeurs monétaires distinctes est une bonne décision.

La COPAS estime qu'un tarif journalier pour les centres psycho-gériatriques (CPG) et les centres semi-stationnaires (CSS) serait mieux adapté à la spécificité de ces structures.

(2) Les valeurs monétaires sont actuellement (donc pendant l'année courante N) calculées sur base des données de l'année précédente (N-1) et sont applicables pour l'exercice suivant (N+1) et ce pendant un an. Actuellement, un laps de temps de deux ans s'écoule donc entre les chiffres réels de l'exercice et leur prise en compte pour la valeur monétaire. Afin d'éviter des écarts trop importants, la détermination de la valeur monétaire prend en compte divers facteurs tels que le glissement des carrières estimé, le référentiel temps de travail, le taux de cotisation ainsi qu'un facteur de pondération permettant l'utilisation de coefficients de qualification.

Il n'est pas clair si le projet de réforme garde le système de détermination des valeurs monétaires actuel se basant sur une année ou prévoit une détermination sur base des deux exercices précédents. Ainsi, les données de l'année précédente (N-1) et les données de l'année antérieure (N-2) seraient prises en compte pendant l'année de négociation de la valeur monétaire (N) pour une application pendant les 2 années suivantes (N+1) et (N+2). Cette méthode entraîne un décalage dans le temps jusqu'à trois ans (par rapport à deux ans actuellement). Cet intervalle est important. L'estimation de facteurs influençant la VM sera difficile à apprécier et le risque d'erreur de projection non négligeable pouvant entraîner des problèmes de financement pendant deux années. Les salariés du secteur sont conventionnés (convention collective SAS, FHL ou Etat). Dans le cas d'une renégociation salariale, les impacts seraient, au mieux, reconnus avec un décalage de 2 ans.

Par contre, ce schéma a pour avantage de lisser les effets ponctuels d'une année sur l'autre.

Nous lisons et interprétons la détermination de la valeur monétaire comme suit :

Année		0	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Actuel</b>	Calendrier	N-1	N	N+1						
	Effet									
	Calendrier		N-1	N	N+1					
	Effet									
	Calendrier			N-1	N	N+1				
	Effet									
	Calendrier				N-1	N	N+1			
	Effet									
<b>Réforme</b>	Calendrier	N-2	N-1	N	N+1	N+2				
	Effet									
	Calendrier			N-2	N-1	N	N+1	N+2		
	Effet									
	Calendrier					N-2	N-1	N	N+1	N+2
	Effet									

Figure 1 - calendrier et effet de la négociation Valeur Monétaire / source : COPAS

(3) La norme concernant la dotation et la qualification du personnel et les coefficients d'encadrement du groupe sont fixés par règlement grand-ducal et serviront de pondération à la valeur monétaire.

La COPAS revendique un coefficient supplémentaire en vue du financement d'une couverture nationale par les réseaux d'aides et de soins.

Par ailleurs, la détermination des critères et les procédures de négociation des valeurs monétaires seront prévues par règlement grand-ducal qui n'est pas disponible non plus. La COPAS propose de baser la nouvelle méthodologie sur la qualification théorique requise du personnel pour garantir la qualité des soins. Cette qualification théorique représente la mixité du personnel en train d'être élaborée dans le cadre de la Commission des normes.

La COPAS se réserve le droit d'émettre ses commentaires une fois les règlements grand-ducaux à disposition.

(4) Les données remises par les organismes gestionnaires de l'assurance dépendance sont actuellement plus exhaustives que celles indiquées dans le projet de loi. La date de remise de ces informations est fixée au 15 juillet. Historiquement, les dates de remise sont, pour la première partie, le 15 juillet et, pour l'autre partie, le 30 août. La COPAS ne voit pas d'objection à fixer une date de remise au 15 juillet si celle-ci se limite aux documents mentionnés dans cet article.

Ce paragraphe prévoit une remise annuelle de documents se rapportant aux deux derniers exercices. Ceci n'est pas nécessaire car les informations de l'exercice N-2 auront déjà été communiquées à la CNS.

#### **Article 395bis - Facteur d'ajustement**

L'article 395bis fait une référence fautive à l'article 353 alinéa 2 qui devrait se lire article 353 paragraphe 1, alinéa 2.

Pour être efficace, le facteur d'ajustement doit prendre en compte les besoins réels de la population. L'introduction de forfaits AEV comporte des avantages et des inconvénients. La fluctuation des besoins réels de la population bénéficiaire engendre un risque important pour les prestataires. Un forfait est défini par la moyenne des minutes à l'intérieur d'un intervalle minimum et maximum. Ce forfait est économiquement viable si l'ensemble de la population est réparti de manière homogène au sein de cet intervalle.

Il ne faut pas confondre la valeur monétaire avec le facteur d'ajustement, ce sont deux principes totalement différents :

- la valeur monétaire tient compte des coûts salariaux ainsi que des frais généraux pour sa détermination et donc du respect des bonnes pratiques au sein de chaque institution sur ses activités et sur les dotations/qualifications de son personnel ;
- un facteur d'ajustement par niveau de besoin pourrait mieux refléter les variations des besoins réels de la population en matière d'assurance dépendance.

La COPAS comprend que le facteur d'ajustement est limité aux forfaits AEV.

Il est prévu que la CNS communique à l'IGSS au plus tard pour le 1<sup>er</sup> mai de chaque année impaire (N) les variations des activités des prestataires ainsi que les statistiques des dotations et qualifications du personnel au cours des 3 années précédentes. Or, les informations relatives aux dotations et qualifications ne sont transmises, pour l'exercice précédent (N-1), que le 15 juillet à la CNS. Dès lors seules les deux années précédentes disponibles sont prises en compte ((N-2) et (N-3)), soit les années (N-2), (N-3) et (N-4) seront retenues. Aussi, on peut se demander si la validité d'une telle approche est encore donnée avec un décalage d'application de 5 ans.

Ainsi, le facteur d'ajustement ne peut et ne doit pas être une variable d'ajustement pour limiter les coûts de l'assurance dépendance, au risque d'avoir une répercussion visible et durable sur la qualité des soins aux bénéficiaires. Il est inacceptable que la croissance économique nationale puisse influencer de façon indirecte le droit individuel en soins en diminuant le forfait correspondant à un même niveau. Il est également inconcevable qu'il puisse remettre en cause les négociations de la valeur monétaire. Enfin, tel que présenté, les critères démographiques retenus pour le facteur d'ajustement ont un impact double : ils sont déjà naturellement présents avec la variation du nombre de forfaits liés à l'accroissement de la population, et il n'est donc pas nécessaire de les considérer séparément dans la détermination du facteur d'ajustement.

Nous lisons et interprétons la détermination de la valeur monétaire et facteur d'ajustement comme suit :

Année		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Valeur Monétaire	Calendrier			N-2	N-1	N	N+1	N+2				
	Effet											
	Calendrier					N-2	N-1	N	N+1	N+2		
	Effet											
Facteur d'ajustement option 1	Calendrier			N-3	N-2	N-1	N	N+1	N+2			
	Effet											
	Calendrier					N-3	N-2	N-1	N	N+1	N+2	
	Effet											
Facteur d'ajustement option 2	Calendrier		N-4	N-3	N-2		N	N+1	N+2			
	Effet											
	Calendrier				N-4	N-3	N-2		N	N+1	N+2	
	Effet											

Figure 2 - calendrier, effet et comparatif entre la Valeur Monétaire et le Facteur d'ajustement / source : COPAS

Le commentaire des articles prévoit qu'un premier rapport sera établi en 2019. Celui-ci se fera donc sur base des données de 2015, 2016 et 2017. Vu les changements fondamentaux que la réforme impliquera sur le terrain, la COPAS est d'avis que le rapport élaboré sur base des années antérieures à la réforme ne pourra apporter le résultat souhaité.

#### Articles 7-11 - Dispositions transitoires

La COPAS propose d'ajouter les dispositions transitoires supplémentaires :

- transition PPCH - synthèse  
La transition des plans de prise en charge existants aux synthèses prévues après la date de mise en vigueur doit être clairement définie par des règles de conversion.
- mise en conformité - accès informatique en vue du contrôle  
En matière de mise en conformité pour l'accès informatique destiné au contrôle (art 386 (1)), la COPAS demande une période transitoire de 2 ans.
- valeur monétaire 2017  
La COPAS suggère d'ajouter au projet de loi la possibilité de négocier la valeur monétaire 2018 au lieu de la fixer sur base des négociations ayant lieu en 2016. Au moment de ces négociations ni l'impact de la réforme, ni l'impact de la transposition de l'accord salarial de la fonction publique sont connus. Il est important de garantir aux prestataires que la valeur monétaire soit adaptée rapidement aux réalités du terrain.
- Financement de la transition  
Il faut considérer les coûts liés aux changements informatiques (documentation des soins, reporting qualité et facturation) et à la formation du personnel y relative.

#### Article 12 - Mise en vigueur

Vu qu'au moment de la rédaction de cet avis (mi-octobre 2016), les règlements grand-ducaux n'ont pas encore été déposés, situation combinée à la technicité des modifications prévues, la COPAS émet des doutes quant à la faisabilité d'une mise en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2017. Les changements à prévoir, tels que la transposition des anciens plans de prise en charge en prestations prévues par la nouvelle loi ne sont pas à sous-estimer et les prestataires ne pourront accepter un financement par avances qui ne permet aucune analyse financière, budgétisation et gestion des ressources humaines.

La COPAS demande une période transitoire d'une année à partir de la date de publication de tous les règlements grand-ducaux relatifs à cette loi.

## Fiche financière

La fiche financière présente plusieurs incohérences. L'IGSS a estimé par exemple que l'impact financier pour les activités d'appui à l'indépendance à domicile est négligeable tandis qu'il est de 30 millions d'euros pour les établissements.

En l'absence des RGD, la COPAS n'est pas en mesure d'estimer l'impact de la réforme. Elle se réserve le droit de communiquer ultérieurement une estimation de l'impact financier et emploi.

Ensuite, l'IGSS a estimé les impacts des mesures BNG et de la réforme sur le budget de l'Etat. Les mesures BNG sont liées aux mesures 256 et 257 (gel de la valeur monétaire et application de critères plus restrictives). Le tableau ci-après reprend les données de la fiche financière : la somme des impacts décrits (tableau page 96 en bas) ne cadre pas avec la variation avant réforme hors BNG et avant réforme avec BNG.

en M€ - selon fiche financière		2015	2016	2017	2018	2020	2025	2030
Tableau p.96 haut	avant réforme (hors BNG) - (A)	233,6	243,9	247,7	257,8	282,9	373,2	517,7
	avant réforme (BNG) - (B)	231,5	238,2	237,1	240,6	260,7	343,1	474,6
	après réforme - (C)			242,4	249,3	270,5	356,6	494,3
	<b>Impact budget Etat - (F) (C)- (A) sauf pour 2015/2016 : (B)-(A)</b>	<b>-2,1</b>	<b>-5,7</b>	<b>-5,3</b>	<b>-8,5</b>	<b>-12,4</b>	<b>-16,6</b>	<b>-23,4</b>
Tableau p.96 bas	Mesure 256 - gel valeur monétaire - (D)	-6,0	-6,0	-7,9	-10,1			
	Mesure 256 - application efficiente des critères - (E)	-0,8	-2,8	-4,8	-5,6			
	<b>Total impact BNG détaillé - selon IGSS (G) (D)+(E)</b>	<b>-6,8</b>	<b>-8,8</b>	<b>-12,7</b>	<b>-15,7</b>			
	impact BNG selon IGSS et tableau p.96 haut (H) (B)-(A)	-2,1	-5,7	-10,6	-17,2	-22,2	-30,1	-43,1
<b>impact de la réforme basé sur la situation après BNG (F) - (H)</b>		<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>+ 5,3</b>	<b>+ 8,7</b>	<b>+ 9,8</b>	<b>+ 13,5</b>	<b>+ 19,7</b>

Figure 3 - Données financières sur l'impact budget de l'Etat de la réforme / source : IGSS, COPAS

Par ailleurs, les valeurs monétaires 2014, 2015 et 2016 ont été figées. Seul un facteur d'ajustement de +2,2% a été appliqué pour la VM2016. Bien que l'application efficiente des critères d'octroi ait obligé les prestataires de revoir leur mode de fonctionnement ainsi que la composition des équipes, il est difficilement prévisible d'augmenter les économies faites par l'Etat sur la valeur monétaire de 32% et 68% respectivement pour les années 2017 et 2018, la négociation n'ayant pas encore commencée ! Quant à l'année 2016, les économies prévues sont stables alors que la hausse de la valeur des prestations (2,9%) est supérieure au facteur d'ajustement de 2,2%.

Enfin, dans le cadre des mesures de transition, le budget 2016 de l'assurance dépendance établi par la CNS en novembre 2015 prévoit une provision de l'ordre de 35,2 (12,9 + 22,3) millions d'euros et non de 30 millions d'euros tel qu'indiqué.

Nous lisons et interprétons la fiche financière comme suit :

en M€	2015	2016	2017	2018
Selon budget de l'Etat (*)	0	0		
Selon fiche financière pour budget Etat		15	10	5
Selon budget assurance dépendance (**)	13,4	22,3		
Selon fiche financière pour budget assurance dep.	<b>30</b>			

\*Il est prévu d'inclure dans le projet de loi relative au budget de l'Etat 2017 une disposition transitoire.

\*\*Le budget 2016 prévoit un montant de 12,9MEUR pour 2015, tandis que le décompte 2015 présente 13,4MEUR

Figure 4 - Estimation de l'impact financier des mesures de transition / source : COPAS

Le gain des mesures du paquet d'avenir s'élèvent à 44MEUR pour l'Etat (années 2015 à 2018). Il n'est pas clair si, sur cette économie, seul 12MEUR sont prévus d'être reversés avec la mesure de transition. De manière générale, la fiche financière manque de précision selon que les montants traités représentent ou non uniquement la quote-part de 40% de l'Etat.

Par ailleurs, la COPAS ne retrouve dans la loi budgétaire pour l'exercice 2016 ni crédit ni provisions pour la mesure de transition telle que décrite<sup>1</sup>. Le projet de loi budgétaire pour l'exercice 2017 prévoit 10MEUR pour 2017 et 5MEUR pour 2018 (article 42.009), soit un total de 15MEUR sur les 30MEUR prévus.

Toutefois, dans le budget pluriannuel, les dépenses prévues sont systématiquement supérieures aux dépenses avant réforme (hors BNG), avant réforme (BNG) et après réforme tel que repris ci-dessus. Ces dépenses prévues portent par ailleurs la mention « Crédit non limitatif et sans distinction d'exercice ».

Année	Budget pluriannuel	Fiche Financière			Crédit restant non utilisé (A)-(B)
		avant réforme (hors BNG)	avant réforme (BNG)	après réforme	
		(B)			
2014	233 486 000	231 800 000	231 800 000		1 686 000
2015	247 616 210	233 600 000	231 500 000		14 016 210
2016	257 526 560	243 900 000	238 200 000		13 626 560
2017	270 045 782	247 700 000	237 100 000	242 400 000	22 345 782
2018	283 719 729	257 800 000	240 600 000	249 300 000	25 919 729

Figure 5 - Tableau comparatif entre le budget pluriannuel et la fiche financière / source : budget.public.lu, COPAS

Ainsi, il n'est pas nécessaire de modifier le budget pour l'exercice 2016, les fonds pour la mesure de transition peuvent être couverts par le crédit restant non utilisé, non limitatif et sans distinction d'exercice.

<sup>1</sup> <http://www.budget.public.lu/lu/budget2016/links-dokumenter/dokumenter/de-budget-2016/pb2016prsiteinternet.xlsx>

### **Fiche d'évaluation d'impact**

(5) La simplification administrative est valable exclusivement pour l'administration.

(6) La réforme introduit une facturation des AEV par niveau de besoin. Il est donc évident que les systèmes de facturation doivent être adaptés à ces nouvelles exigences. Le coût de ces adaptations ne peut être estimé une fois le cahier de charges élaboré.

Les prestataires devront mettre à disposition de l'Autorité la documentation des soins sous forme électronique (Art 386 nouvel alinéa 1).

Ces obligations exigent des prestataires la mise en place d'un système informatique, nouvelle disposition du projet de loi. Si jamais une uniformisation de l'outil de documentation est envisagée, les investissements effectués dans le passé seront perdus et de nouveaux investissements seront nécessaires sans compter les besoins en formation. Ces investissements seront loin d'être négligeables.

(7) Le projet de loi exige à l'Art 393 (5) la mise à jour du DSP pour chaque prestation. Cette exigence est contraire à la philosophie du DSP qui ne doit pas englober la totalité de la documentation des soins qui est un outil de travail interne des prestataires de soins. Le DSP ne doit contenir que les informations nécessaires pour les autres prestataires de santé (médecins, pharmacies, hôpitaux, ...) en vue de la continuation des soins et les documents du DSP ne sont nullement prévus comme base de contrôle des prestataires.

\*

### **CONCLUSION**

La COPAS s'interroge sur la visée de cette loi qui n'apporte aucune plus-value par rapport au dispositif actuel, bon nombre de dispositions ayant des conséquences négatives sur la qualité de la prise en charge.

La COPAS insiste à ce que des amendements relatifs à ses revendications soient introduits afin d'améliorer le système de prise en charge pour les générations futures.

Il va de soi que la COPAS se prononcera définitivement sur cette réforme dans sa globalité après l'analyse du contenu des règlements grand-ducaux non encore déposés.