

# Solidarité familiale ou solidarité nationale?

## Le financement de la dépendance des personnes âgées

La dépendance se définit en droit luxembourgeois comme étant "la diminution d'une ou de plusieurs fonctions physiques ou mentales à tel point que, malgré un traitement, une formation ou une rééducation appropriée et nonobstant l'utilisation d'un équipement adéquat, la personne âgée ne peut subsister sans l'assistance ou les soins constants d'une tierce personne" (extrait de la loi du 22 mai 1989 relative à l'allocation de soins et au placement dans une maison de soins).

Dans la première partie de cet article, nous allons analyser les différents financements mis en oeuvre dans le système luxembourgeois. Dans la seconde partie, nous allons présenter trois systèmes étrangers et évaluer leur intérêt comme modèle pour le système luxembourgeois.

### I. Le système luxembourgeois de prise en charge des personnes âgées dépendantes

La sécurité sociale luxembourgeoise ne connaît pas le risque "dépendance" des personnes âgées. Mais l'assurance-maladie et l'Etat interviennent dans le financement de la dépendance suivant des modalités différentes selon le lieu d'hébergement de la personne âgée.

#### 1. Le maintien à domicile

Deux services collectifs s'occupent des personnes âgées dépendantes maintenues à domicile: les services d'aide à domicile, sorte d'"aides ménagères" chargées d'effectuer les courses, de préparer les repas, de nettoyer le logement.. et les services de soins à domicile chargés des soins de santé et plus particulièrement des soins infirmiers (injection, pansements, prises de sang, perfusion ..). Les premiers sont financés par le Ministère de la Famille avec une participation de la personne, alors que les seconds sont pris en charge par l'assurance-maladie suivant le paiement à l'acte. Dans les deux cas, les soins d'hygiène corporelle demeurent à charge de la personne.

Depuis 1989, toute personne dépendante, âgée d'au moins 65 ans, peut percevoir une allocation de soins. Celle-ci relève de l'aide sociale (et non pas de la sécurité sociale) et elle est attribuée sous condition de ressources. Son montant était égal à 10.562 FL par mois en 1990.

#### 2. Le séjour à l'hôpital

Les hôpitaux luxembourgeois ne disposent pas de services gériatriques spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées. Cette lacune n'empêche

pas qu'une importante population âgée séjourne chaque année dans les hôpitaux, soit pour des phases aiguës de courte durée, soit pour des périodes de moyenne et de longue durée. Ce dernier phénomène s'est développé à cause de la pénurie des lits en maisons de soins. Certains hôpitaux constituent aujourd'hui les "salles d'attente" des maisons de soins.

L'assurance-maladie couvre "le traitement et l'entretien" dans un hôpital aussi longtemps que la maladie exige un traitement en milieu hospitalier. Lorsque le

Franziska Becker



traitement peut être poursuivi à domicile, mais que la personne préfère pour des raisons de convenance personnelle demeurer à l'hôpital (par exemple, en attendant une admission en maison de soins), elle est classée comme "cas de simple hébergement" par le contrôle médical. A partir de ce moment, l'assurance-maladie ne paie plus que les honoraires médicaux et les prescriptions, alors que le prix de journée doit être acquitté par la personne ou par sa famille. Le prix de journée avoisinait 90.000 FL par mois en 1990. Depuis 1989, le Ministère de la Santé peut prendre en charge, sous certaines conditions, la différence entre les ressources de la personne et le prix de journée pour les personnes classées dans la catégorie "très urgent" par la Commission chargée de placer les personnes dépendantes en maisons de soins.

### 3. Les maisons de soins

Les maisons de soins sont spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Elles offrent aujourd'hui plus de 700 lits, répartis en 9 maisons, dont 7 relevant de l'Etat et 2 de la Ville de Luxembourg. Les conditions d'admission et les prix de pension varient suivant le Ministère de tutelle.

Ainsi, le prix de pension dans les maisons de soins du Ministère de la Santé s'élevait en 1990 à 45.000 FL à charge de la personne. Si les ressources de la personne sont inférieures au prix de pension, l'Etat peut faire jouer l'obligation alimentaire (paiement par la famille) ou intervenir directement en exerçant par la suite une reprise sur succession. Par ailleurs, le budget de l'Etat couvre la différence entre le coût réel, qui est d'environ 70.000 FL par mois, et le prix de pension, soit 25.000 FL par personne et par mois.

L'assurance-maladie n'intervient que de façon résiduelle en prenant en charge les honoraires médicaux et les prescriptions suivant les règles de la médecine ambulatoire (libre choix du médecin, paiement à l'acte, ticket modérateur). Les rémunérations du personnel paramédical sont incluses dans le prix de pension et sont donc à charge de la personne ou de sa famille.

### 4. Les maisons de retraite

En principe, les maisons de retraite, d'origine publique ou privée, n'accueillent que des personnes âgées valides. Mais le vieillissement des pensionnaires et l'allongement des délais d'attente pour entrer en maison de soins ont entraîné un accroissement du nombre des personnes dépendantes séjournant dans les maisons de retraite. Cette évolution a amené le Ministère de la Famille à envisager une conversion des maisons de retraite en "centres intégrés pour personnes âgées" (CIPA) prévoyant un certain nombre de lits réservés aux pensionnaires, qui deviennent dépendants (cf. les maisons de retraite avec "section de cure médicale" du modèle français, ci-dessous).

Les conditions d'admission et les prix de pension varient suivant le statut de la maison de retraite. Ainsi, le prix de pension dans les maisons de retraite du Ministère de la Famille était de 34.000 FL en 1990, à charge de la personne. L'Etat peut faire jouer l'obligation alimentaire ou intervenir sous forme d'aide sociale dans des conditions identiques à celles pratiquées par le Ministère de la Santé en matière de

maisons de soins. Par ailleurs, le budget de l'Etat couvre la différence entre le coût réel, qui était d'environ 38.000 FL par mois, et le prix de pension, soit 4.000 FL par personne et par mois.

L'assurance-maladie intervient dans les mêmes conditions que pour les maisons de soins.

\*\*\*

Ce rapide panorama du système luxembourgeois de prise en charge financière des personnes âgées dépendantes fait apparaître un éclatement des structures d'accueil et une multiplicité de financeurs.

La **sécurité sociale**, à travers l'assurance-maladie, intervient surtout dans la prise en charge des soins à domicile et dans les premiers mois d'hospitalisation. Dans les autres cas, seuls les honoraires médicaux et les prescriptions médicales sont couvertes suivant les modalités de la médecine ambulatoire. Il faut relever qu'il existe une inégalité de traitement entre les soins infirmiers à domicile et les soins infirmiers en institution ("cas de simple hébergement" à l'hôpital, maison de soins, maison de retraite). Dans le premier cas, les soins infirmiers sont couverts, alors que dans les autres cas, ils sont compris dans le prix de journée ou dans le prix de pension, à charge de la personne.

L'Etat intervient sous deux formes. D'une part, dans le cadre de l'aide sociale, il finance les services d'aide à domicile et l'allocation de soins à domicile. La prise en charge de la différence entre les ressources de la personne et le prix de journée à l'hôpital pour les personnes en attente d'une place dans une maison de soins relève de la même logique. Cette intervention s'adresse aux populations à faibles ressources. D'autre part, l'Etat couvre la différence entre le coût réel et le prix de pension dans les maisons de soins et dans les maisons de retraite. Le fondement de cette intervention ne semble pas vraiment défini.

Enfin, la **solidarité familiale** est sollicitée lorsque les ressources de la personne ne suffisent pas pour payer le prix de journée à l'hôpital "en cas de simple hébergement" ou le prix de pension en maison de soins ou en maison de retraite. Cette solidarité repose sur l'obligation alimentaire. L'Etat peut aussi intervenir directement en prévoyant par la suite une reprise sur succession.

Le point faible du système luxembourgeois semble résider dans l'insuffisante définition des rôles respectifs des trois principaux financeurs. Quels sont les enseignements qu'on peut tirer des modèles étrangers?

## II. Trois modèles étrangers: Pays-Bas, France, Belgique

Les modèles étrangers, que nous allons présenter, ont été façonnés dans trois décennies distinctes, suivant trois logiques sociales différentes.

### 1. Les Pays-Bas: la loi générale sur les frais exceptionnels de maladie (AWBZ)

**Le point faible du système luxembourgeois semble résider dans l'insuffisante définition des rôles respectifs des trois principaux financeurs.**

Depuis 1967, la dépendance relève aux Pays-Bas d'une assurance obligatoire couvrant les risques graves de maladie pour l'ensemble de la population. La création de cette assurance reposait sur la considération suivante: certaines maladies engendrent des frais exceptionnels, qu'un individu seul ne peut pas prendre en charge, sans l'aide de la collectivité. Cette assurance repose donc sur l'idée du coût excessif. Elle n'est pas spécifique aux personnes âgées et couvre la dépendance à tout âge. Elle est financée par des cotisations sur les revenus et par une contribution de l'Etat.

Cette "assurance-dépendance" pourrait servir de modèle dans une réflexion autour de la création d'une nouvelle branche de la sécurité sociale luxembourgeoise.

## 2. La France: le médico-social

A partir de 1975, la France a mis en place toute une gamme de structures de prise en charge des personnes âgées, en regroupant sous un même vocable, "les institutions médico-sociales", les maisons de retraite, les hospices non encore transformés, les logements-foyer pour personnes âgées et le maintien à domicile. Parallèlement, elle a forfaitisé l'intervention de l'assurance-maladie dans ces institutions et au sein des hôpitaux de long séjour.

Comme à Luxembourg, le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est rendu possible grâce aux services de soins à domicile et aux services d'aide à domicile. Les premiers incluant les soins infirmiers et d'hygiène corporelle sont pris en charge par l'assurance-maladie sous forme d'un forfait journalier de 134 FF. Les seconds se présentent sous forme de 30 heures maximum d'aides-ménagères par mois et relèvent de l'aide sociale (attribution sous condition de ressources). Par ailleurs, les personnes âgées dépendantes peuvent percevoir une allocation dite "allocation compensatrice de tierce personne", proche de l'allocation de soins luxembourgeoise, mais destinée aux adultes handicapés sans critère d'âge. Le montant de cette allocation est fonction des ressources de la personne et du degré de dépendance. Cette dernière allocation peut se cumuler avec l'aide-ménagère.

L'assurance-maladie intervient dans le financement de la prise en charge des personnes âgées en institution sous plusieurs forfaits. Lorsque la personne est hébergée dans un hôpital de long séjour, le forfait soins, qui est "un tout compris" est de 180 FF par jour (en 1990). La personne doit payer un forfait hébergement de l'ordre de 190 FF par jour (en 1990), mais qui se montait à Paris à 400 FF par jour, soit à près de 12.000 FF par mois. Lorsque la personne séjourne dans une maison de retraite avec "section de cure médicale" (structure spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes), le forfait soins est égal à 110 FF par jour (en 1990). Il comprend les rémunérations du personnel médical et paramédical, les médicaments, les actes de biologie courante ... Seuls demeurent hors forfait la radiologie et tous les actes relevant d'une pathologie se greffant sur la dépendance (paiement à l'acte). Les frais d'hébergement à charge de la personne ou de sa famille oscillent entre 100 et 300 FF par jour. Ils peuvent atteindre

15.000 FF par mois sur la Côte d'Azur et en Région Parisienne.

L'intervention de l'assurance-maladie sous forme de forfaits appelle aujourd'hui deux remarques. D'une part, les forfaits-soins ne couvrent qu'imparfaitement les soins liés à la dépendance, c'est-à-dire "l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes élémentaires de la vie courante". Ils sont partiellement reportés sur les forfaits hébergement et sont donc à charge de la personne. D'autre part, la différenciation des forfaits suivant le lieu d'hébergement de la per-



sonne est remise en question et devrait être remplacée par des forfaits modulés suivant le degré de dépendance de la personne. Par ailleurs, la solidarité familiale occupe une place importante à travers la mise en oeuvre de l'obligation alimentaire et les reprises sur succession.

in: dépliant "aide familiale/aide senior"

Pour faire face à l'accroissement des frais d'hébergement et pour mieux garantir financièrement le maintien à domicile, des assureurs privés ont mis sur le marché, à la fin des années 80, en collaboration avec des caisses de retraite complémentaire, des produits d'assurance-dépendance volontaire. Ces derniers s'adressent à des personnes âgées entre 50 et 75 ans et reposent donc sur une solidarité intragénérationnelle. Ils se présentent sous la forme de prestations en espèces versées en cas de réalisation du risque, c'est-à-dire de survenance de la dépendance d'ordre physique ou psychique.

Par ailleurs, plusieurs groupes de travail mis en place par les pouvoirs publics réfléchissent aux possibilités de création d'une assurance-dépendance obligatoire dans le cadre de la sécurité sociale.

## 3. La Belgique: la réforme hospitalière

La question de la dépendance des personnes âgées a été abordée dans le cadre de la réforme hospitalière des années 1982/90, c'est-à-dire sur fond de maîtrise des coûts de santé et de reconversion des structures sanitaires. Deux institutions accueillent aujourd'hui les personnes âgées dépendantes: les services gériatriques et les maisons de repos et de soins (MRS).

Les premiers ont pour objectif de réduire au strict minimum la durée d'hospitalisation de la personne âgée malade par un traitement précoce et spécialisé et de préparer la réinsertion de la personne dans son milieu familial ou dans un milieu de substitution. L'assurance-maladie prend en charge la personne pendant trois mois. Au-delà de cette durée, la personne doit payer elle-même les frais d'hôtellerie.

Les maisons de repos et de soins ont été créées par conversion de lits aiguës et peuvent donc exister soit au sein des hôpitaux soit en-dehors des hôpitaux. La prise en charge se fait suivant trois postes différents. Les frais de soins, c'est-à-dire les soins infirmiers, les prestations d'un kinésithérapeute, l'assistance d'une tierce personne dans les actes élémentaires de la vie sont pris en charge par l'assurance-maladie suivant un "forfait soins" de l'ordre de 1.000 FB par jour (fin 1989). Les frais médicaux, c'est-à-dire les honoraires médicaux et les prescriptions, sont également pris en charge par l'assurance-maladie, mais suivant le paiement à l'acte. Enfin, les frais d'hôtellerie demeurent à charge de la personne (ou de sa famille par mise en oeuvre de l'obligation alimentaire) avec éventuellement intervention de l'Etat (et reprise sur succession).

La couverture de l'assurance-maladie est plus généreuse en Belgique qu'au Luxembourg, car elle inclut les frais de soins engendrés par la dépendance, sous forme de forfait.

\*\*\*

Ces trois modèles peuvent être utilisés pour amorcer au Luxembourg une réflexion en profondeur sur l'évolution de la prise en charge financière de la dépendance des personnes âgées.

**Ne faut-il pas envisager une extension de l'intervention de l'assurance-maladie?**

D'une part, les soins infirmiers en institution devraient être pris en charge au même titre que les soins infirmiers à domicile. D'autre part, à l'instar de la France et encore plus de la Belgique, les soins d'hygiène corporelle et l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie devraient également être couverts en institution. Dans cette optique, le prix de journée et le prix de pension, laissés à charge de la personne et de sa famille, ne devraient plus comprendre que les frais d'hôtellerie.

**Cette extension de l'assurance-maladie ne devrait-elle pas s'accompagner d'une forfaitisation?**

L'instauration de forfaits-soins, soit suivant le lieu de séjour de la personne (modèle français), soit suivant le degré de dépendance de la personne, devrait amener une plus grande transparence des coûts de la dépendance. Le surcoût, qui résulterait de ce réaménagement pourrait être financé en partie par la solidarité intergénérationnelle (cotisation sur les revenus des actifs) et en partie par la solidarité nationale (impôt).

**Mais n'existe-t-il pas une alternative à l'évolution ainsi esquissée?**

C'est la création d'une assurance-dépendance, soit sur le modèle hollandais, soit sur le modèle français des assurances privées. Dans le premier cas, l'assurance-dépendance aurait comme fondement les frais exceptionnels engendrés par l'état de dépendance, considéré comme la conséquence de maladies. Ce serait une sorte "d'assurance-maladie bis" couvrant la totalité des frais, y compris les frais d'hébergement. Dans le second cas, il faudrait opérer une séparation entre les dépenses de santé et les dépenses de dépendance. Les premiers relèveraient de l'assurance-maladie et les seconds d'une assurance-dépendance, qui couvrirait les frais de soins (cf. modèle belge) et une partie ou la totalité des frais d'hébergement. Dans les deux cas, le financement pourrait être assuré soit par la solidarité nationale combinée avec la solidarité intergénérationnelle, soit par une solidarité intragénérationnelle mettant à contribution, par exemple les seules personnes âgées de 50 ans et plus.

**La création d'une assurance-dépendance entraînerait la suppression de l'obligation alimentaire. Elle rendrait ainsi les personnes âgées dépendantes financièrement indépendantes de leur famille.**

Le Luxembourg, comme les autres pays de la "vieille Europe", sera très rapidement confronté à un choix de société. La solution apportée à la question du financement de la dépendance des personnes âgées aura pour conséquence, soit de donner une nouvelle légitimité au maintien des aînés dans la sphère de l'assistance et de la solidarité familiale, soit de renouveler la solidarité entre générations, fondement du système actuel des retraites par répartition, par une extension de la sécurité sociale.

**Nicole KERSCHEN**  
chargé de recherche au CNRS  
IRERP Université Paris-X

Der ganze Freundeskreis wollte mich schon in ein Heim bringen. Aber ich hab gesagt: "Laßt mich bloß zu Hause! Ich brauch das Bild an der Wand, den Blumentopf auf der Fensterbank. Die machen mich gesund. Laßt bloß den Blödsinn. Und außerdem muß ich noch meinen Nachlaß ordnen! Aber wissen Sie, was ganz entscheidend dafür war, daß ich so nen Dickkopf hatte, als mich alle reinstecken wollten ins Altersheim? Ich wollte damals eine Bekannte besuchen. Die lebte in so einem Heim. Ich hab sie also dort gesucht und mußte durch lauter Gänge gehen. Da saßen die alten Frauen auf den Fluren, in jedem Alter, guckten mich alle an und redeten kein Wort. Keine Unterhaltung, nichts. Und Blicke - so leer, so leer, so traurig, so leer! Es war nicht auszuhalten. Und da hab ich gedacht: Niemals! Bloß nicht! Nicht, solange ich noch klar denken kann. Da laßt mich ruhig noch meinen Blumentopf erkennen auf der Fensterbank. Im Heim, da wäre mir alles genommen, was mir sonst immer geholfen hat bei meinen Krankheiten, meine warme Umgebung wäre mir genommen. Dort wäre alles kalt und fremd. Und darum sitzen die alle so elend in den Heimen herum, haben alles geleckert sauber und schön und gut und sind im Grund ganz Einsame.

**Hedda, 82jährige alleinlebende Frau**