

« Relative générosité » (516 000 000 euros)

Interview avec Paul Schmit, président de la Caisse nationale de santé

L'assurance dépendance est un système de solidarité et de redistribution. Par quelles sources se finance-t-elle ?

Paul Schmit : Les quatre sources de financement de l'assurance dépendance sont (par ordre d'importance) :

- Contribution dépendance dont l'assiette se compose des revenus professionnels, des revenus de remplacement et des revenus du patrimoine, le taux de la contribution s'élève à 1,4 % et est fixé par la loi.
- Contribution de l'État à hauteur de 40 % des dépenses totales (35 % des dépenses totales pour 2012 et 140 millions d'euros pendant les années précédentes).
- Une contribution spéciale consistant dans le produit de la taxe « électricité » imputable à tout client final, autoproduction comprise, qui affiche une consommation annuelle supérieure à 25 000 kWh, à charge du secteur de l'énergie électrique.
- Revenus de placement.

Combien d'argent l'assurance dépendance distribue-t-elle par année et combien de personnes en bénéficient ?

P. S. : Les dépenses courantes prévisibles pour 2012 s'élèvent à quelque 516 millions d'euros (2,25 milliards d'euros pour l'assurance maladie à titre de comparaison). En 2011, quelque 13 300 personnes ont bénéficié de l'assurance dépendance, dont 8 036 à domicile, 4 130 dans des établissements à séjour continu (centres intégrés pour personnes dépendantes et maisons de soins), 330 personnes résidant à l'étranger et, enfin, 800 personnes touchant encore les anciennes allocations de soins et allocation spéciale pour personnes handicapées.

Le respect des droits des personnes âgées nécessite du personnel bien formé et en nombre suffisant. Or dans le secteur social, la proportion de personnel peu qualifié ne cesse de croître. Ceci est-il dû à des considérations financières ?

P. S. : Il faut en premier lieu préciser que le cadre légal et réglementaire prescrit des qualifications minimales requises. Les chiffres effectifs montrent qu'il faut relativiser l'affirmation selon laquelle la proportion du personnel peu qualifié ne cesserait de croître. Lorsqu'on regarde l'évolution des effectifs en charge des actes essentiels de la vie, on s'aperçoit que la proportion des effectifs à qualification moins élevée est relativement stable dans le secteur stationnaire, tout comme dans le secteur de l'aide à domicile (abstraction faite d'un exercice). En ce qui concerne les effectifs qui de par leur profil sont plutôt affectés à des activités de soutien (gardes, courses et démarches administratives, soutien psychosocial, etc.), on note une progression plus importante au niveau des qualifications des éducateurs diplômés et éducateurs instructeurs.

En outre, la qualité de la prise en charge ne dépend pas seulement des formations de base des intervenants auprès des personnes dépendantes. Plusieurs autres facteurs entrent en jeu, comme les formations continues, le « mix » du personnel, les concepts de soins des différents prestataires, l'organisation interne...

Des considérations financières influencent-elles le choix du personnel ?

P. S. : Il est utile à cet égard de dire quelques mots au sujet de la détermination des valeurs monétaires négociées avec la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins (COPAS). Les valeurs monétaires sont des tarifs horaires appliqués dans la facturation des prestations (relevant de l'assurance dépendance) à la Caisse nationale de santé (CNS).

Les valeurs monétaires sont déterminées à partir des coûts de revient horaires constatés. Les valeurs monétaires reflètent de ce point de vue les structures de qualification en place. La CNS honore ainsi les qualifications effectivement engagées par les prestataires. Au cours des douze dernières années, la CNS (respectivement l'Union des caisses de maladie) n'a contesté qu'une seule fois la structure de qualification exposée par les prestataires, ce



qui a forcé le secteur du maintien à domicile de revoir à la baisse notamment la proportion des infirmiers engagés.

À quel point les institutions ont-elles intérêt à surévaluer les besoins en soins afin de retirer un maximum de moyens du système ?

P. S. : Le fait que les prestations sont rémunérées au coût de revient atténué de façon importante l'intérêt qu'ont les institutions de surévaluer les besoins des personnes dépendantes. Plus fondamentalement, il faut souligner ici qu'il n'existe pas d'auto-prescription des prestataires d'aides et de soins et que les besoins sont évalués suivant une méthodologie déterminée par la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO), qui est un service public placé sous l'autorité du ministère de la Sécurité sociale et rattaché à l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS). À partir des besoins constatés par la CEO, le plan de prise en charge individuel renseigne sur une base hebdomadaire toutes les aides et tous les soins (et leur fréquence de dispensation) auxquels la personne a droit.

De par les évolutions démographiques, le nombre de personnes âgées dépendantes (p. ex. atteintes de démence) va augmenter. Comment assurer un financement qui permettra d'assurer des soins de bonne qualité ?

P. S. : Mis à part la fixation des valeurs monétaires, la CNS ne dispose pas d'autre levier permettant d'agir sur l'équilibre financier : le niveau des prestations est déterminé par la CEO, le catalogue des prestations possibles est défini par voie légale/réglementaire et le taux de cotisation par la loi. Le principe de participation de la part des assurés a été écarté par les rédacteurs de la loi sur l'assurance dépendance. L'IGSS va publier prochainement un rapport d'évaluation du fonctionnement de l'assurance dépendance, qui devra servir de base pour une réforme. Dans ce cadre devront probablement être évalués la nature, les volumes et les ciblage des différentes prestations, tout comme aussi les différentes sources de financement.

Les frontaliers peuvent-ils bénéficier de l'assurance dépendance et cela pourrait-il poser problème à l'avenir ?

P. S. : Les assurés étrangers qui obtiennent leur pension et qui résident ou retournent dans leur pays d'origine, perdent le bénéfice

de l'assurance maladie/dépendance luxembourgeoise, lorsqu'ils ont un droit à l'assurance maladie dans leur pays de résidence en vertu d'une pension partielle versée par celui-ci. Comme cette situation s'applique à la majorité des travailleurs frontaliers et des anciens travailleurs migrants qui retournent dans leur pays d'origine, l'impact ne sera pas tel qu'il risque d'entraîner un effondrement financier de l'assurance dépendance.

En outre, les travailleurs frontaliers et migrants qui resteront à charge du régime luxembourgeois tout en résidant à l'étranger ne bénéficieront que des seules prestations en espèces de l'assurance dépendance servies par le régime luxembourgeois et des prestations en nature prévues par les régimes de leur pays de résidence. En ce qui concerne les prestations en espèces précitées, il faut souligner qu'elles sont actuellement plafonnées à 262,5 euros par semaine et par cas (non indexées). Même si les prestations en nature relevant des soins de longue durée servies par les régimes étrangers seront refacturées par ceux-ci à la CNS, le niveau des prestations n'est nullement comparable au niveau des prestations prévues par l'assurance dépendance luxembourgeoise.

En 1998, vous écriviez dans forum que l'introduction de la durée standardisée des soins risquait de conduire à une « Stoppuhr-Logik » et, par là, à un manque de communication et à une négligence de la dimension relationnelle des soins. Pire, cette logique ne risque-t-elle pas d'accroître ainsi le risque que des personnes dépendantes soient maltraitées ?

P. S. : En partant des prestations requises par la CEO, on peut calculer le ratio théorique de professionnel de soins prévu par personne dépendante. En 2011, les prestations allouées permettaient ainsi de financer respectivement 0,85 professionnel de soins par personne dépendante en milieu stationnaire et un ratio de 0,5 par personne dépendante pour les personnes maintenues à domicile. Dans ce dernier cas, il faut également tenir compte de l'aide apportée par les aidants informels pour lesquels la personne dépendante touche des prestations en espèces. En comparaison, ces taux s'élèvent, en milieu stationnaire, à respectivement 0,4 en France et à 0,6 en Suisse. Il me semble donc que le risque de maltraitance, s'il existe, n'est pas imputable à un manque de moyens.

L'article que vous citez traitait de la comparaison des différents systèmes de financement dans les secteurs social et dépendance au moment où les nouvelles législations et l'assurance dépendance avaient créé un cadre légal et fonctionnel complètement nouveau. Comme l'assurance dépendance a introduit une rémunération se basant sur un facteur temps, il est clair que les prestataires d'aide et de soins, mais aussi les patients, surveillent étroitement cette gestion des prestations. En dehors de cas particuliers, les critiques vis-à-vis de ce système concernent actuellement plutôt la granularité des différents actes que le principe en soi, avec lequel toutes les parties se sont arrangées et qui a l'avantage d'être transparent et équitable, en dehors de la relative générosité précitée.

(Interview menée par courriels entre le 16 et le 24 avril 2012. LS)