



Les professionnels de l'évaluation et de l'accompagnement : du modèle allemand au modèle luxembourgeois.

Atelier 6 – Colloque national de la CNSA
Paris, le 12 février 2009

Andrée Kerger
Cellule d'évaluation et d'orientation
125 route d'Esch
L-2974 Luxembourg
e-mail : andree.kerger@igss.etat.lu

Le 19 juin 1998, le parlement luxembourgeois votait la loi sur l'assurance dépendance, ajoutant ainsi un cinquième livre au code de la Sécurité sociale.

Au 31 décembre 2007, le nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance s'élevait à 10 207, ce qui représente 1,6 % de la population protégée et 2,1 % de la population résidente. L'assurance dépendance s'adresse aux personnes dépendantes de tous âges. Les personnes âgées représentent cependant la majorité des bénéficiaires. 81 % des bénéficiaires se trouvent dans les classes d'âge dépassant 60 ans.

Une assurance dépendance est une branche de la sécurité sociale. Son objectif est de couvrir un risque de la vie, en l'occurrence la dépendance. Une assurance dépendance est un instrument au service d'une politique des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle ne remplace ni l'une, ni l'autre, pas plus d'ailleurs qu'une assurance maladie ne remplace une politique de la santé.

En 1995, le premier projet de loi introduisant une assurance dépendance au Luxembourg avait été calqué sur la loi allemande, qui allait entrer en application en 1996.

Or, les études préliminaires à l'élaboration de la loi avaient souligné l'importance de réaliser l'évaluation de la dépendance sur une base multidisciplinaire, afin de tenir compte de la complexité de la situation d'une personne dépendante et de l'appréhender dans sa globalité.

L'outil d'évaluation utilisé en Allemagne se révélait peu adapté à une approche multidisciplinaire. Un autre outil d'évaluation, utilisable à la fois pour des personnes en institution et à domicile fut alors recherché. On se tourna vers un instrument québécois¹ qui permettait une approche multidisciplinaire du besoin des personnes. Cet instrument n'avait cependant pas été conçu pour accorder un droit à des prestations. Il avait été conçu pour l'orientation des personnes vers les milieux de soins les plus appropriés et répartir les aides publiques d'une manière équitable entre les différents milieux de soins. Une adaptation profonde en fut dès lors nécessaire pour permettre son utilisation dans le cadre de l'assurance dépendance du Luxembourg.

L'introduction de cet outil de mesure allait changer fondamentalement toute la conception de la loi luxembourgeoise sur l'assurance dépendance.

L'outil allait amener une modification du catalogue des prestations offertes, des modalités des prestations, des relations de l'assurance dépendance avec les prestataires d'aide et de soins ainsi que du fonctionnement de l'ensemble des organes de l'assurance dépendance.

1. La définition du concept

Dans le cadre de la loi du 19 juin 1998, la dépendance est définie comme « *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.* »

La définition adoptée se structure autour du concept de **besoin d'aide d'une tierce personne**.

Ce concept central est défini lui-même par quatre éléments :

- un lien avec une cause médicale. Le besoin d'aide doit être consécutif à une maladie physique, psychique ou mentale ou une déficience de même nature ;

¹ Il s'agissait en l'occurrence du CTMSP, outil élaboré par l'équipe EROS du Professeur Tilquin de l'Université de Montréal.



- une limite quant à son objet. Le besoin d'aide doit relever des actes essentiels de la vie. Les actes essentiels de la vie sont les actes relevant de trois domaines : l'hygiène corporelle, la nutrition et la mobilité ;
- une limite inférieure dans l'intensité, le seuil. Le besoin d'aide doit représenter une importance définie. Cette limite a été fixée à 3,5 heures par semaine.
- une limite inférieure dans le temps, la durée. Le besoin d'aide doit s'étendre sur une période définie et présenter une régularité dans le temps. Cette période a été fixée à six mois.

2. La démarche adoptée pour mesurer la dépendance

Deux termes clefs caractérisent la mesure de la dépendance: multidisciplinarité de la démarche d'évaluation et individualisation de la mesure.

2.1 La mesure de la dépendance : une mesure individuelle basée sur les **capacités spécifiques** de la personne

La mesure de la dépendance de la personne dans le cadre de l'assurance dépendance au Luxembourg est une mesure individuelle.

Elle est basée sur le principe des aides et soins requis et non pas sur les aides et soins qui sont effectivement donnés à la personne. L'aide donnée est certes fonction des besoins de la personne mais elle est aussi fonction de nombreux facteurs extrinsèques: la disponibilité du soignant, son environnement professionnel, ses habitudes professionnelles, le lien affectif avec la personne soignée, le pouvoir de persuasion de la personne soignée, la pression de son milieu familial...

Le concept de service requis est basé exclusivement sur les capacités et le besoin spécifique d'aide de la personne à l'exclusion de toute autre considération.

2.2 La mesure tient compte des **capacités physiques** nécessaires à l'exécution mais aussi des **capacités psychiques et mentales**.

Un besoin d'aide peut s'exprimer sous différentes formes selon la nature et la gravité de la pathologie, qui rend l'aide nécessaire.

La personne peut ainsi être physiquement totalement ou partiellement incapable de poser l'acte.

Elle peut aussi être incapable de poser l'acte en raison de barrières psychiques ou mentales, alors que ses capacités physiques lui permettraient encore de l'exécuter.

2.3 Les étapes de la démarche

2.3.1 L'évaluation médicale

L'évaluation médicale consiste en un examen clinique de la personne, dont le but est de déterminer les causes de la dépendance et d'établir un pronostic de durée. Pour réaliser cet examen clinique, le médecin de la cellule d'évaluation s'appuie sur le rapport du médecin traitant de la personne qui demande les prestations.

L'évaluation médicale peut être complétée, si nécessaire, par des examens complémentaires ou par des avis médicaux de médecins spécialistes.

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. L'approche du besoin d'aide est l'objectif de l'évaluation de base.



2.3.2. L'évaluation de base (de la dépendance)

L'évaluation de base consiste à montrer sur quels aspects de la vie quotidienne, la maladie, la déficience ou le handicap génère une perte d'autonomie et comment celle-ci se traduit en un besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie.

Paradoxalement, l'évaluation de la dépendance se fonde davantage sur les capacités de la personne plutôt que sur ces incompétences : l'entretien d'évaluation est centré sur ce que la personne peut encore faire elle-même et non sur ce qui est fait à sa place.

L'évaluation de base est confiée à un professionnel de la santé : infirmier, infirmier psychiatrique, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute ou assistant social. Le choix de l'évaluateur se fait en fonction des caractéristiques du dossier.

Elle est réalisée avec la personne elle-même et avec un proche qui connaît très bien les besoins de la personne.

2.3.3 La détermination des aides et soins

Lorsque l'évaluation est terminée, le dossier du demandeur est examiné en équipe multidisciplinaire. L'équipe est composée d'un médecin et d'un infirmier ou d'un infirmier psychiatrique, ils peuvent s'adjoindre selon les caractéristiques du dossier, un kinésithérapeute, un ergothérapeute ou un psychologue.

Cette équipe retient, sur base des données de l'ensemble de l'évaluation, acte par acte, avec une fréquence quotidienne et hebdomadaire, les aides et soins qu'elle estime nécessaires pour le bien-être de cette personne et les consigne dans un relevé des aides et soins.

Dans le cadre de l'assurance dépendance luxembourgeoise, on n'a donc pas opté pour une classification des personnes dépendantes mais pour un système de mesure tout à fait individuel, basé sur des actes d'aide ou de soin.

On notera que chaque aide ou soin retenu pour la personne dépendante est affecté d'une durée standard. La somme des durées des actes retenus pour chaque personne constitue la mesure objective de la dépendance. Elle constitue la base du paiement des prestations et la référence pour le seuil et les différents plafonds des prestations.

3. Le choix de cet outil d'évaluation multidisciplinaire allait modifier fondamentalement le catalogue des prestations offertes.

La loi prévoyait au départ, des « paquets » (Leistungspackete) de prestations (sorte d'association de prestations liées). Le bénéficiaire choisirait son « paquet » selon ses besoins et son degré de dépendance.

- En introduisant un outil centré sur des besoins individuels, il y avait lieu aussi d'individualiser les prestations offertes.
- Par ailleurs, le catalogue de départ a été enrichi de nouvelles prestations, notamment les activités de soutien et de conseil.

Les prestations susceptibles d'être accordées par l'assurance dépendance sont les suivantes :

- les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, hygiène corporelle, nutrition et mobilité² ;
- les aides dans le domaine des tâches domestiques ;
- les activités de soutien qui sont principalement destinées à maintenir le potentiel d'autonomie pour les actes essentiels de la vie du bénéficiaire mais aussi à assurer un répit planifié à l'aidant naturel. Il peut s'agir d'activités de soutien individuelles (séances d'ergothérapie, kinésithérapie, soutien psychosocial, garde à domicile, accompagnement pour des courses)

² Dans le domaine de la nutrition, il s'agit de l'aide pour la préparation des aliments en vue de l'absorption ainsi que l'assistance pour boire et manger. Dans le domaine de l'hygiène corporelle, il s'agit de l'assistance pour se laver, assurer l'hygiène buccale, les soins de la peau et des téguments ainsi que l'aide pour l'élimination. Dans le domaine de la mobilité, il s'agit de l'aide pour l'exécution des transferts, les changements de position, l'aide destinée à maintenir la personne dans une posture adaptée, l'habillage et le déshabillage, les déplacements à l'intérieur du logement, dans les escaliers, ainsi que l'aide pour la sortie et l'entrée dans le logement.



ou des activités de groupe (fréquentation d'un centre de jour psycho gériatrique, prise en charge dans un centre de jour pour personnes handicapées, activités de groupe en établissement) ;

- les activités de conseil pour les différents actes essentiels de la vie (en vue d'apprendre à la personne à poser un geste autonome) et les conseils à l'entourage (en vue d'apprendre à l'aidant à aider sans nuire et se nuire) ;
- des produits pour aides et soins ;
- les aides techniques mises gratuitement à la disposition de la personne aussi longtemps que nécessaire (lit adapté, fauteuil roulant, lève-personne, ascenseur d'escaliers etc.) ;
- les adaptations du logement en vue de promouvoir l'autonomie de la personne à domicile (adaptation d'une salle de bains, élargissement de portes, installation de rampes fixes,...)
- la prise en charge des cotisations à l'assurance pension du proche (aidant informel ou naturel) qui soigne la personne dépendante.

Lorsque la personne est à domicile, les prestations en nature prévues pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques peuvent être partiellement converties en une prestation en espèces, que le bénéficiaire peut utiliser pour rémunérer l'aidant informel.

Le tableau ci-dessous donne, à titre d'information, un aperçu des temps moyens requis pour les différents groupes de prestations de l'assurance dépendance.

Tableau 1. : Temps moyen requis pour les différentes prestations de l'assurance dépendance (en heures/semaine)

Les prestations	Temps hebdomadaire moyen requis (en heures)	Nombre de bénéficiaires
Actes essentiels de la vie	12.4	10207
Tâches domestiques	2.6	9726
Activités de soutien	14.4	7564
Temps moyen pour l'ensemble	25.5	10207

4. La multidisciplinarité chez les prestataires d'aides et de soins

Pour opérer dans le cadre de l'assurance dépendance, le prestataire doit s'engager à apporter à la personne dépendante tous les aides et soins repris au plan de prise en charge, soit en recourant à son personnel propre, soit en concluant un contrat de sous-traitance avec un autre prestataire.

Par l'élargissement du catalogue des prestations offertes, la loi sur l'assurance dépendance a créé une dynamique chez les prestataires d'aides et de soins, les amenant à engager au sein de leur personnel, des professionnels auxquels ils recouraient moins volontiers avant l'introduction de l'assurance dépendance, principalement dans le secteur des personnes âgées.

L'organisation des prestataires de l'assurance dépendance apparaît un peu complexe, surtout depuis les modifications de la loi en 2005 où la logique financière a quelque peu supplanté la logique fonctionnelle.

4.1 La loi initiale

A l'origine, la loi reconnaissait deux types de prestataires : les réseaux d'aides et de soins, et les établissements d'aides et de soins.

4.1.1. Le réseau d'aides et de soins

La mission du réseau est d'apporter les aides et soins aux personnes à domicile. Le réseau doit apporter à la personne dépendante, les actes infirmiers à charge de l'assurance maladie, les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien et les activités de conseil. La structure en réseau permet à la personne dépendante à domicile de s'adresser à un interlocuteur unique, tant pour les prestations de l'assurance maladie que pour les prestations de l'assurance dépendance.

Le réseau doit nécessairement s'assurer la collaboration d'un centre de jour spécialisé. Ce centre a pour mission d'apporter les activités de soutien en groupe (activités spécialisées ou non). Il apporte également aux personnes dépendantes les aides et soins requis pour les actes essentiels de la vie



pendant leur séjour dans ce centre. Il fait partie intégrante du réseau ou dispose d'une personnalité juridique propre et conclut alors avec le réseau, un contrat de sous-traitance.

Avant les modifications de 2005, les prestataires accompagnant les personnes handicapées avaient tous le statut de réseaux d'aides et de soins à domicile. Cette formule très souple leur permettait de travailler sur site et à domicile.

4.1.2 L'établissement d'aides et de soins

On désigne sous ce terme l'institution de long séjour qui héberge de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance. Au Luxembourg, on distingue les maisons de soins et les centres intégrés pour personnes âgées.

4.2 Les modifications de 2005

Des arguments d'ordre financier³ ont amené, en 2005, à une reconnaissance de quatre types de prestataires :

- le réseau d'aide et de soins ;
- le centre de jour spécialisé devient le centre semi stationnaire qui peut accueillir des personnes dépendantes soit de jour, soit de nuit. Le Luxembourg ne dispose cependant d'aucun centre de nuit;
- l'établissement d'aide et de soins à séjour continu correspond à ce qui était appelé antérieurement l'établissement d'aide et de soins ;
- l'établissement d'aide et de soins à séjour intermittent a pour mission d'héberger de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant l'intégralité des aides et soins requis par leur état de dépendance. Il répond de façon prépondérante aux besoins des personnes handicapées. Sa singularité tient au fait qu'il permet une alternance entre le séjour à l'établissement et le séjour dans un domicile privé.

Chacun des prestataires doit définir les modalités de la coordination des aides et soins et de tous les services autour de la personne dépendante, ainsi que les modalités de coopération entre les différents intervenants, de façon à garantir l'unicité de l'interlocuteur pour la personne dépendante.

L'innovation introduite pour raisons financières en 2005 n'a pas modifié les missions, devoirs et obligations des différents prestataires.

Un même prestataire peut conclure plusieurs types de contrats d'aide et de soins. Il peut par exemple conclure un contrat en tant que **réseau et centre semi stationnaire** ou en tant que **établissement à séjour intermittent, centre semi stationnaire et réseau d'aide et de soins**. Ceci permet par exemple à un même prestataire d'accueillir durant la semaine une personne handicapée en établissement à séjour intermittent et de lui apporter en fin de semaine, les aides et soins requis au plan de prise en charge lorsqu'elle se trouve à domicile.

L'assurance dépendance a permis un essor manifeste dans le secteur des aides et soins. Chez certains prestataires, le personnel engagé a plus que triplé entre 1999 et 2005.

Tableau 2. : Les professionnels des différentes structures de l'assurance dépendance : comparaison 1999- 2005

	Réseaux / domicile		Centres psycho gériatriques		Etablissements		Réseaux/handicap	
	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005
Personnel d'assistance et de soins	146	1117	34	117	1187	2325	120	214
Personnel socio-éducatif	2	10	7	17	29	60	275	384

³ En effet, le coût des structures était très différent suivant qu'il s'agissait d'un réseau prenant en charge des personnes handicapées ou un réseau prenant en charge l'ensemble de la population. De même, le coût d'un centre semi stationnaire ne correspondait pas au coût d'un réseau. Afin de pouvoir prendre en compte ces différences, une diversification a été introduite dans les structures.



Personnel administratif	20	88	3	10	113	217	23	36
Personnel technique et logistique	106	9	21	45	1057	1067	85	99
Total	274	1224	65	189	2386	3669	503	733

4.3 Concours de l'assurance dépendance avec d'autres mesures de politique sociale

Il convient d'ajouter que les personnes recourant à un prestataire de l'assurance dépendance ne sont pas toutes dépendantes. Par ailleurs, les prestataires offrent des services qui ne sont pas pris en charge par l'assurance dépendance. Pour ces situations, des mesures ont été prises par le ministère de tutelle et j'en reviens ainsi à mon propos de départ soulignant qu'une assurance dépendance ne remplace, ni une politique des personnes âgées, ni une politique des personnes handicapées.

4.3.1. Le tarif social

Pour les personnes autonomes ou les personnes qui ne présentent pas un besoin d'aide suffisant pour satisfaire au minimum requis par la loi sur l'assurance dépendance, il est prévu que le Ministère de tutelle, en l'occurrence le Ministère de la Famille et de l'Intégration, intervienne dans le paiement des soins. Un tarif social, basé sur le revenu de la personne concernée a été instauré. Il permet de diminuer la participation aux frais des soins pour toutes les personnes qui sont en deçà d'un certain seuil de revenu.

4.3.2. L'accueil gérontologique

Le coût de l'*accueil gérontologique*, concept qui recouvre l'hébergement ainsi qu'un certain nombre de services de confort et de loisirs est à la charge de la personne résidant en établissement d'aides et de soins. Le contenu de l'*accueil gérontologique* a été défini réglementairement et chaque établissement est obligé de l'offrir à ses résidents.

Pour les personnes qui ne sont pas en mesure de payer le coût de l'accueil gérontologique, il est prévu une intervention de l'Etat.

4.3.3. L'accompagnement socio pédagogique

Lors de l'introduction de l'assurance dépendance, les prestataires au service des personnes handicapées avaient craint que l'assurance dépendance, avec les limites que je viens de présenter, ne suffise pas à couvrir les aides spécifiques apportées aux personnes handicapées.

Dans l'attente de pouvoir définir ce surplus spécifique nécessaire aux personnes handicapées, le pouvoir politique avait décidé d'intégrer au budget, un crédit qui permettrait de couvrir les dépenses supplémentaires des structures au service des personnes handicapées (financement par défaut). Or, il s'est avéré que même avec ses limites, l'assurance dépendance accordait davantage de moyens financiers que le système précédant l'assurance dépendance. Il n'y avait dès lors pas de supplément à couvrir. Le crédit a été supprimé.

Néanmoins, afin de reconnaître la spécificité de la prise en charge des personnes handicapées, le Ministère de tutelle a décidé d'introduire le concept **d'accompagnement socio pédagogique** qui recouvre les prestations spécifiques et supplémentaires nécessaires à la prise en charge d'une personne handicapée. Il se définit comme « *l'ensemble structuré des dispositions et des activités d'un prestataire de services agréé, destinées à soutenir les personnes handicapées dans leurs projets et dans leurs droits d'atteindre et de maintenir un degré d'autonomie optimal de fonctionnement physique, sensoriel, intellectuel et psychique ainsi qu'un degré optimal de participation sociale*⁴ ».

Le Ministère de tutelle intervient dans le financement de cet accompagnement socio pédagogique par un forfait individuel « *destiné à permettre aux gestionnaires de faire face aux coûts particuliers générés par les besoins spécifiques des personnes handicapées accueillies et qui ne sont pas considérés par l'assurance dépendance*⁵ ».

5. L'organisation de l'assurance dépendance

⁴ Convention relative à l'accompagnement socio pédagogique de la personne handicapée dans les services d'hébergement et d'activités de jour, conclue entre le Ministère de la Famille et de l'Intégration et les différentes structures.

⁵ Idem



5.1 La Caisse nationale de Santé (CNS)

L'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance est la Caisse nationale de Santé, qui gère à la fois les prestations de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance.

La Caisse nationale de Santé prend les décisions individuelles et gère les budgets de l'assurance dépendance.

Les avis concernant l'attribution des prestations, des fournitures et mesures, sont émis par la Cellule d'évaluation et d'orientation.

5.2 La Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO)

5.2.1 Les missions de la CEO

La Cellule d'Evaluation et d'Orientation est en quelque sorte, la cheville ouvrière de l'assurance dépendance. Outre ses missions d'évaluation et de détermination des prestations auxquelles la personne dépendante a droit, la Cellule d'Evaluation et d'Orientation peut aussi proposer les cas échéant les mesures de rééducation et de réadaptation qui s'imposeraient. La Cellule d'évaluation et d'orientation est en outre, chargée d'une mission d'information et de conseil en matière de dépendance par rapport à toutes les instances concernées par le problème.

Deux nouvelles missions ont été ajoutées par les modifications de la loi de 2005, à savoir une mission de contrôle de la qualité des prestations compte tenu de normes définies ainsi qu'une mission de contrôle de l'adéquation des prestations dispensées aux besoins de la personne dépendante.

5.2.2 L'organisation de la CEO

Comme on l'a vu précédemment, la CEO est organisée sur une base multidisciplinaire. Elle peut également recourir à des experts externes pour la réalisation de ses missions.

La CEO réunit des infirmiers, infirmiers psychiatriques, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, médecins, assistants sociaux et du personnel administratif.

Le grand défi actuel pour la CEO est de dépasser la multidisciplinarité pour atteindre à un réel échange de compétences, l'interdisciplinarité, au service d'un même objectif.

L'histoire de la CEO et les mesures qui ont été prises au cours des dernières années pour réduire la durée de traitement des dossiers ont amené un certain éparpillement et un renforcement des spécificités professionnelles au sein de la CEO.

Comme on a pu le voir, la mesure de la dépendance, telle qu'elle est pratiquée au Luxembourg est très élaborée. Elle est aussi très lourde et coûteuse en temps et en énergie.

Afin de réduire les délais de traitement des dossiers, différentes mesures ont été prises pour adapter la démarche.

De 2006 à 2008, une méthode permettant un traitement plus rapide en préservant la qualité de l'évaluation et de la détermination fut appliquée.

Ce traitement plus rapide consiste principalement en une orientation correcte des dossiers vers le professionnel le plus compétent pour le traiter, de façon à éviter au dossier de passer systématiquement par toutes les étapes de la procédure, lorsque celles-ci sont inutiles. En revanche, toutes les étapes restent requises, lorsqu'il s'agit d'un dossier complexe.

Actuellement, l'objectif est atteint. Les dossiers sont traités dans des délais acceptables (deux mois).

Le nouveau défi qui se profile est de parer à un certain corporatisme, né du développement historique de la CEO, pour atteindre à un réel échange entre professionnels de qualifications différentes. Tout l'effort organisationnel se concentre pour l'instant à renforcer le sens de la complémentarité des uns et des autres pour amener une collaboration effective de professionnels de disciplines différentes. Un nouvel organigramme a été défini. Il vient d'être mis en application au premier janvier de cette année.

5.3 La commission consultative

La commission consultative est composée de représentants des bénéficiaires de l'assurance, de représentants des prestataires, de partenaires sociaux et de représentants de l'organisme gestionnaire. Elle est appelée à donner son avis sur:

- les instruments de la mesure de la dépendance, à savoir le questionnaire d'évaluation et le relevé des aides et soins;



- les projets d'actions expérimentales à mener dans le cadre de l'assurance dépendance, au bénéfice de certains groupes spécifiques ;
- la liste des aides techniques à prendre en charge par l'assurance dépendance.

5.4. La commission de qualité et la commission de surveillance

Les modifications de la loi intervenues en décembre 2005 ont introduit deux nouvelles commissions :

5.4.1 La commission de qualité des prestations

Le débat sur la qualité des soins est des plus actuels et chacun en reconnaît la nécessité.

En introduisant une commission de qualité dans le cadre de la loi, le législateur a voulu répondre à cette préoccupation de tous les acteurs de l'assurance dépendance. Cette commission a pour mission de définir des lignes directrices et des standards en matière de qualité de toutes les prestations de l'assurance dépendance.

Comme on l'a dit précédemment, le contrôle de cette qualité est assuré par la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Par ailleurs, les manquements à la qualité pourront être sanctionnés par la Commission de surveillance.

5.4.2 La commission de surveillance

La commission de surveillance est chargée de trancher les litiges qui peuvent survenir entre l'organisme gestionnaire et les prestataires. Elle constituera par ailleurs la voie de recours en cas de mauvaise application ou d'irrespect des normes de qualité.

5.5 Action concertée de l'assurance dépendance

La loi prévoit une conférence régulière des Ministres de la Famille, de la Santé et du Budget, des organisations œuvrant dans les domaines de la santé, de la famille et de l'action sociale ainsi que des représentants des personnes dépendantes.

Convoquée par le ministre de la Sécurité Sociale, cette conférence a pour but d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements et de faire des propositions pour améliorer la situation et la prise en charge des personnes dépendantes.

6. Le financement de l'assurance dépendance

Les ressources nécessaires au financement de l'assurance sont constituées

- d'une contribution de l'Etat correspondant à 140 millions d'euros. (auparavant la contribution à charge du budget de l'Etat correspondait à 45 % des dépenses totales de l'assurance dépendance ;
- d'une contribution spéciale sur le produit de la taxe d'électricité;
- pour le restant, d'une contribution dépendance fixée depuis le 1^{er} janvier 2007 à 1,4%. Il était jusqu'à cette date de 1 %.

Tableau 4. Evolution des recettes et des dépenses courantes de l'assurance dépendance, depuis 2004 (en millions d'euros).

	2004	2005	2006	2007
Recettes courantes	317.5	380.1	379.7	472.9
Dépenses courantes	334.0	390.9	396.6	424.9

Les dépenses courantes de 2007 (424, 9 millions d'euros) représentent 5.1 % de l'ensemble des dépenses de la sécurité sociale au Luxembourg (8376.6 millions d'euros).

Je terminerai par un tableau présentant le coût moyen annuel moyen des bénéficiaires de l'assurance dépendance.



Tableau 5. Evolution du coût annuel moyen des bénéficiaires de l'assurance dépendance

	Etablissement	Domicile	Total
2001	34687	18092	25408
2002	36004	18092	24953
2003	38729	19151	26680
2004	42578	22045	29470
2005	44872	22353	29855
2006	48852	21806	30090

De nombreuses informations concernant l'assurance dépendance du Grand-duché de Luxembourg peuvent être trouvées sur le site www.mss.public.lu.