



L'objet de cette contribution est la mobilité transfrontalière (Lorraine, Province de Luxembourg et Luxembourg) des personnes âgées en établissement. On adopte ici la perspective luxembourgeoise en présentant :

- un descriptif des aides au revenu et des aides à la dépendance pour les personnes âgées,
- un descriptif des institutions pouvant accueillir les personnes âgées valides ou présentant des degrés de dépendance variables, ainsi que
- les résultats d'une enquête auprès des établissements pour personnes âgées dans les 3 régions.

Ceci permettra de s'apercevoir d'éventuelles incitations concernant l'offre luxembourgeoise avant d'aborder les obstacles juridiques européens et nationaux liés à une hiérarchie des salaires et des dispositifs d'assistance sociale de droit au niveau des trois régions/EM qui permettent au Luxembourg de refuser une autorisation de séjour aux Communautaires non actifs disposant de pensions modiques.

Une libre circulation restreinte pour les personnes âgées à pension modique¹

Claudia HARTMANN-HIRSCH - CEPS/INSTEAD

L'étude transfrontalière réalisée dans le cadre du programme européen INTERREG entre 2004 et 2005 avait pour objectif de connaître la mobilité transfrontalière des personnes âgées placées en institution et les raisons de cette mobilité. L'espace couvert était défini par INTERREG : la Province de Luxembourg, la Lorraine (départements Moselle, Meurthe et Moselle, Meuse) et le Luxembourg. Les deux Länder frontaliers allemands, la Sarre et la Rhénanie, qui, éventuellement, accueillent de nombreuses personnes âgées venant du Luxembourg, n'ont pas été inclus dans l'analyse. Le choix en faveur d'un placement en contexte allemand s'expliquerait déjà pour des raisons de langue, mais également pour des raisons de « culture de prise en charge », plus semblable entre le Luxembourg et l'Allemagne.

Cette étude présente, dans l'espace défini :

- un descriptif des aides au revenu et des aides à la dépendance pour les personnes âgées,
- un descriptif des institutions pouvant accueillir les personnes âgées valides ou présentant des degrés de dépendance variables,
- les résultats d'une enquête² auprès des établissements pour personnes âgées³.

Dès le départ, les **hypothèses des partenaires belge, français et luxembourgeois** concernant la mobilité et les raisons sous-jacentes à celle-ci divergeaient fortement.

- **Hypothèse 1 : Les partenaires belge et français** s'attendaient à des flux transfrontaliers de type « proximité géographique »

¹ Ce projet de recherche était cofinancé par INTERREG et l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS) : CHAPPELLE A., COLLIE C., HAQUIN K., HARTMANN-HIRSCH C., LEWALLE H., PASTOR M., TCHICAYA, A., 2005, Prise en charge et mobilité des personnes âgées dans l'espace transfrontalier Luxlorsan : www.santetransfrontaliere.org. L'étude a été lancée fin 2004 ; l'enquête auprès des établissements a été réalisée début 2005 ; les données administratives datent toutes de 2004, ce qui fait que les modifications de l'assurance dépendance, intervenues avec la loi luxembourgeoise du 23.12.2005 n'ont pas d'effet sur cette présentation, ni sur l'argumentation développée quant au cadre législatif européen et luxembourgeois.

² Un questionnaire a été adressé à tous les établissements en régions belge et luxembourgeoise, et à quelques établissements lorrains, situés près des frontières luxembourgeoise et belge.

³ Dans ce qui suit, on distingue entre

- d'un côté, le descriptif de certains dispositifs et structures nationaux ou régionaux couvrant soit l'ensemble de l'EM soit une des communautés seulement - c'est le cas du cadre légal qui est défini au niveau national pour ce qui est de la France et du Grand-Duché de Luxembourg, alors qu'en Belgique certains dispositifs existent seulement au niveau d'une des Communautés et d'autres sont de type national ;
- de l'autre côté, des données statistiques qui ne concernent que les trois zones INTERREG, soit qu'il s'agisse de données statistiques administratives, soit de données / d'informations issues de notre enquête.

résultant d'une offre locale insuffisante⁴ avec d'éventuelles listes d'attente, ce qui inciterait les personnes âgées à recourir à une offre de l'autre côté de la frontière.

Au **Luxembourg**, deux hypothèses existaient.

- **Hypothèse 2** : le *départ d'assurés luxembourgeois* à l'étranger, soit vers les régions limitrophes pour des raisons de proximité géographique avec la famille qui réside au Luxembourg, soit vers d'autres régions et d'autres Etats membres (EM) afin de rejoindre la région d'origine - le cas d'anciens immigrés ayant travaillé et habité au Luxembourg pendant une partie de leur vie professionnelle. L'entrée en vigueur de l'Assurance Dépendance (AD) en janvier 1999⁵ et le nouveau mode de fonctionnement et de gestion des établissements pour personnes âgées seraient des facteurs en faveur d'un *départ du Luxembourg vers les régions limitrophes ou vers les EM d'origine*, malgré une offre d'aides et de soins « gratuits » de l'AD : les prix de pension luxembourgeois sont plus élevés qu'ailleurs et les aides financières y relatives sont restituables.

- **Hypothèse 3** : l'*arrivée d'assurés non luxembourgeois au Luxembourg*, venant d'un peu partout de l'UE/EEE⁶ pour rejoindre leurs descendants qui travaillent et habitent au Luxembourg en tant qu'immigrés. L'offre luxembourgeoise, avec une intervention généreuse de l'AD, sans participation financière (ticket modérateur), avec un excellent ratio « personnel – usagers » et une densité de lits qui sera supérieure à celle de la Belgique d'ici peu⁷, pourrait être intéressante pour des étrangers ;

les actifs étrangers souhaitent peut-être faire venir le ou les parents, qu'ils soient dépendants ou non ?

Finalement, le constat principal de l'étude est le suivant : la mobilité des personnes âgées est très limitée ; l'étude ne fait « guère apparaître de flux importants » (CHAPELLE et al, 2005, p. 140).

Dans la présente contribution, il s'agit d'adopter la perspective luxembourgeoise et de présenter d'éventuelles raisons sous-jacentes à cette mobilité très faible : on donnera un bref aperçu comparatif des dispositifs des pensions, des aides au revenu et des assurances/ aides à la dépendance ainsi que des particularités des institutions des trois régions.

Ceci permettra de relever d'éventuelles incitations concernant l'offre luxembourgeoise avant d'aborder les obstacles juridiques européens et nationaux liés à une hiérarchie des salaires et des dispositifs d'assistance sociale de droit des trois régions/ EM qui permettent notamment au Luxembourg de refuser une autorisation de séjour aux Communautaires disposant de pensions modiques.

Les allocations, assurances et aides sociales

Il convient de distinguer des dispositifs relevant d'une politique d'aide au **revenu** destinés aux personnes âgées de ceux développés en réponse à la **dépendance**. Les différences entre les trois EM sont moins importantes pour les aides au revenu que pour celles à la dépendance.

1. Aides au revenu

Concernant les **pensions et aides au revenu** (cf *tableau 1*), notons que :

- Les **pensions** sont contributives⁸, et sont donc allouées sans condition de ressources ; elles constituent, le moment venu, un droit inconditionnel dont les bénéficiaires jouissent n'importe où : elles sont « exportables »,
- d'autres dispositifs sont financés par le seul budget de l'Etat et sont des outils de lutte contre la pauvreté, tels le **minimum vieillesse** (FR), la **Garantie de Revenus aux Personnes Agées (GRAPA)**, (BE) ou le **Revenu Minimum Garanti** (RMG, LU). Une condition de **ressources** et de **résidence effective**⁹ est la *conditio sine qua non* de tous ces dispositifs ; les prestations d'assistance sociale de droit ne sont donc pas **exportables**. En termes d'âge, les dispositifs belge et français sont destinés aux seules personnes âgées¹⁰ ; le RMG est l'assistance sociale luxembourgeoise, allouée à toute personne de plus de 25 ans (à l'exception de certains cas).

La différence entre les montants luxembourgeois et ceux des deux autres EM s'explique par le fait que les salaires sont plus élevés au Luxembourg et que, par conséquent, le RMG et les pensions le sont également. Cependant, l'organisme payeur luxembourgeois réclame la **restitution** des sommes versées au bénéficiaire

- « revenu à meilleure fortune par des circonstances autres que les mesures d'insertion professionnelle,
- contre la succession du bénéficiaire » (art. 28 de la loi du 29 avril 1999).

Notons que, dans certaines circonstances, on réclame la restitution en France aussi.

⁴ D'un point de vue de places disponibles mais également d'un point de vue d'une offre d'aides et de soins très spécialisés.

⁵ Loi du 19 juin 1998, en vigueur depuis janvier 1999, modifiée en 2005 (loi du 23 décembre 2005).

⁶ Espace économique européen avec l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège (la Suisse a signé certains accords bilatéraux avec l'UE, qui lui procurent certains droits et obligations relevant de l'accord d'association « EEE »).

⁷ Avec plusieurs grands projets, on vise à augmenter le nombre de lits d'environ 1.200, ce qui constitue une augmentation de 26%.

⁸ Aux cotisations des assurés s'ajoute un financement public.

⁹ Il faut disposer d'une autorisation de séjour, au Luxembourg, donc avoir une carte de séjour en tant que citoyen UE/EEE, qui n'est accordée aux citoyens UE / EEE qu'à condition d'avoir un contrat de travail de plus de 12 mois ou des ressources suffisantes.

¹⁰ Condition : plus de 60 (BE) ou 65 ans (FR) ; il existe d'autres dispositifs pour les personnes de moins de 60 / 65 ans, le RMI en France et le Minimax en Belgique.

D'autres dispositifs de type « aide sociale » existent (CHAPELLE et al., 2005) comme l'allocation de vie chère et surtout **le Complément d'accueil gérontologique (LU)**.

Le complément d'accueil gérontologique

Avec l'entrée en vigueur de l'AD et le nouveau fonctionnement des établissements (autonomie de gestion) en 1999, les prix d'hébergement ont considérablement augmenté malgré une prise en charge totale des dépenses par l'AD autrement dit, malgré l'inexistence d'un « ticket modérateur ». « On » s'attendait à ce que les prix d'hébergement des établissements baissent avec l'introduction de l'AD. Or, c'est l'inverse qui s'est produit.

Vu l'augmentation des prix d'hébergement, les autorités ont instauré ce **complément d'accueil gérontologique** (CAG : prestation unique dans l'UE).

Voici un bref descriptif du CAG et de son fonctionnement. Pour en bénéficier, il faut :

- être admis à durée indéterminée dans un établissement luxembourgeois assurant un accueil de *jour et de nuit*, à condition que l'établissement soit dûment agréé (loi du 08.09.1998), ou séjourner dans un hôpital et être considéré comme cas de '*simple hébergement*' (le cas de patients en hôpital aigu qui ne nécessitent plus de soins aigus),
- ne pas disposer de revenus et/ou d'épargne suffisants pour couvrir le prix d'hébergement.

Le complément est calculé en fonction :

- des ressources personnelles du bénéficiaire, un montant mensuel étant immunisé sur ces ressources pour ses besoins personnels (« argent de poche ») et

T1 Montants des minima contributifs (pensions) et des maxima non contributifs (dispositifs d'assistance sociale de droit)

	Belgique	France	Grand-Duché de Luxembourg
Pension minimale Après 40 ans de cotisation d'un plein temps	€ 832,60	Minimum contributif : € 558,87	Pension minimum € 1.262,88
Assistance sociale	GRAPA : € 419,70	Allocations spéciale et supplémentaire : € 560,75	RMG : *€ 999,35

Source : MISSOC, 2004, Commission européenne ;

* plus forfait allocation logement et transports publics gratuits.

Encadré 1 :

Prix d'hébergement avant et après l'AD

Les établissements pour personnes âgées doivent depuis 1999 (loi du 8 septembre 1998) fonctionner en autonomie de gestion sans subvention publique. Ils étaient conventionnés auparavant et appliquaient un prix d'hébergement subventionné, valable aussi bien pour les personnes âgées valides que pour les personnes âgées dépendantes. Par ailleurs, une aide sociale était disponible pour les personnes nécessiteuses. Le prix d'hébergement subventionné ne correspondait, bien sûr, pas aux coûts réels de la prise en charge en établissement. En 1998, le prix d'hébergement en CIPA public (actuel groupe SERVIOR) était de LuF 49.000,- (€ 1.214,00) et est à l'heure actuelle de € 1.785,- (cf. encadré 3.5. in CHAPELLE, 2005, p. 107).

- du prix de base mensuel de l'accueil gérontologique - le prix d'hébergement ; le montant maximal du prix d'hébergement est annuellement fixé dans le cadre de la loi budgétaire et était de € 2.156,18 en 2005¹¹.

Le tableau 2 recense le nombre de bénéficiaires et le montant qu'ils ont perçu en moyenne : moins de 14% des usagers des établissements¹² pour personnes âgées recourent au complément d'accueil gérontologique.

¹¹ Loi du 23 décembre 1998. A titre d'exemple :

si le prix d'hébergement mensuel de l'établissement est de	€ 2.040,00
si les revenus mensuels disponibles d'une personne âgée sont de	€ 1.450,00
si le Fonds National de Solidarité (FNS) considère que « l'argent de poche » est de l'ordre de	€ 362,67
alors le complément d'accueil gérontologique mensuel est de	€ 952,67.

¹² En tenant compte des 3.354 lits en Centres intégrés et des 1.295 lits en maisons de soins (ces dernières accueillent aussi des jeunes et des adultes dépendants).

Tout comme pour le RMG, l'organisme payeur, le FNS, réclame la **restitution** des sommes versées à titre de complément au « bénéficiaire revenu à meilleure fortune et contre la succession du bénéficiaire » (cf. article 15 de la loi du 23 décembre 1998).

Avec le CAG, les autorités ont donc eu l'intention d'offrir un véritable choix aux personnes âgées à ressources personnelles modestes pour ce qui est des différents établissements indépendamment du prix d'hébergement et du montant de leur pension personnelle. Il s'agit d'une aide partielle destinée à absorber l'augmentation du prix d'hébergement¹³ opérée par les établissements, à condition que le prix soit inférieur à un certain seuil : les usagers d'établissements de luxe (peu nombreux), dont les tarifs sont supérieurs au seuil, sont exclus de l'utilisation de ce dispositif (cf. encadré 2).

2. Les aides à la dépendance

Les différences entre les trois EM sont notables en ce qui concerne les aides à la dépendance.

Les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent disposer de :

- l'**Allocation aux Personnes Agées (APA)** en Belgique, en vigueur depuis 1990,
- l'**Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** en France, en vigueur depuis 2001,
- l'**Assurance Dépendance (AD)** au Luxembourg, en vigueur depuis 1999, remplaçant l'*allocation de soins pour personnes âgées*, qui était en vigueur depuis 1989¹⁴.

Le **fonctionnement** des trois dispositifs varie :

- a) Le bénéfice de l'**APA (BE)** est soumis à une condition de ressources et le montant est alloué en fonction du degré de dépendance (5 niveaux).
- (b) L'**APA (FR)** est considérée comme allocation universelle : elle

T2 Bénéficiaires du CAG, dépenses et montants mensuels moyens perçus par les bénéficiaires

Année	Nombre de bénéficiaires	Dépenses	Montants mensuels moyens
2000		€ 2.566.928,11*	
2001	539	€ 11.302.948,22*	
2002	723	€ 4.926.848,84	€ 568,-
2003	658	€ 4.577.553,34	€ 580,-
2004	605	€ 4.680.027,21	€ 645,-

Source : Rapport général de la Sécurité sociale, IGSS 2004, p.373 et 377.

* Les montants mensuels moyens de 2000 et 2001 n'ont pas été calculés en raison d'une mise en oeuvre progressive du dispositif de complément d'accueil gériologique à compter de 1999.

Encadré 2 : CAG et maintien à domicile

Toute personne âgée qu'elle soit **valide ou non**, est éligible. Aucune condition de dépendance n'est stipulée. Si toutefois on considère que :

- un des principes directeurs de l'AD est de « donner la priorité au maintien à domicile avant l'hébergement »,
- une augmentation d'environ 25% du nombre de lits en établissements est visée par les autorités,
- en 1993, une étude¹⁵ avait constaté des listes d'attentes qui ne « reflétaient nullement la réalité » : de nombreuses inscriptions étaient/ sont toujours préventives, se font dans plusieurs établissements à la fois et ne sont que rarement annulées une fois que la personne âgée est placée,
- le degré de dépendance des personnes âgées en établissement est plus faible au Luxembourg qu'en France et en Belgique,

il apparaît alors que l'existence du Complément, notamment pour les personnes valides semble contredire un des principes directeurs de l'AD, celui de la priorité du maintien à domicile.

La question est celle de connaître l'intérêt de l'Etat de cofinancer le séjour en établissement de personnes âgées **valides**. S'agit-il d'une simple continuité de l'aide sociale accordée avant 1999 pour aider les personnes qui, à l'époque, n'étaient pas à même de prendre en charge le prix subventionné ?

Le CAG peut être considéré comme une **incitation à l'institutionnalisation de personnes âgées valides**.

¹³ Qui inclut le « prix d'hébergement complet » ainsi que l'accueil gériologique (cf. CHAPELLE, 2005, p. 106).

¹⁴ Elle coexiste encore mais n'est plus allouée depuis l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance ; elle était allouée aux aidants informels d'une personne âgée dépendante.

¹⁵ IGL G., JOEL M-E., KERSCHEN N., KNIPSCHER K., 1993, La dépendance des personnes âgées, Vol II : Bilan du système luxembourgeois de prise en charge des personnes âgées dépendantes et propositions de réforme (étude commanditée par le Gouvernement luxembourgeois) ainsi que KERSCHEN N., « La dépendance comme un nouveau risque de la sécurité sociale : l'exemple de la création de l'assurance dépendance au Luxembourg » in Soins de longue durée, soins de dépendance : contribution aux débats relatifs à la révision de la LAMal. Despland, B. (ed), Genève, 2004 - pp 41-56.

est allouée indépendamment d'une condition de ressources, mais le montant, auquel la personne âgée a droit, est calculé selon des conditions de ressources. Ainsi en première étape, le demandeur est déclaré éligible ou non ; une fois que le GIR (Groupe Iso-ressource : degré de dépendance) de la personne âgée est déterminé, l'APA - un « ticket modérateur » en cas de dépendance - est calculé en fonction des revenus du bénéficiaire¹⁶. L'accès est donc universel et le ticket modérateur rend cette allocation différentielle.

(c) L'AD (LU) fonctionne comme l'assurance maladie-maternité, elle finance les prestations indépendamment du revenu pour tous les assurés (assurés, co-assurés, assurés volontaires après un stage de 12 mois) ; aucun ticket modérateur n'est demandé. Dans le cas du maintien à domicile, une *prestation en espèces* peut être allouée à l'usager lui permettant de financer l'aide régulière d'un proche, « l'aidant informel ».

Les APA (BE et FR) sont allouées en fonction du **degré** de dépendance¹⁷ avec 5 ou 6 niveaux différents, alors que l'évaluation au Luxembourg est complètement **individualisée** : selon les besoins constatés par le service en question, un bénéficiaire a droit au minimum à 3,5 heures/semaine et au maximum à 40,5 heures/semaine d'aides et de soins. Le nombre d'heures varie d'une personne à l'autre.

Les deux APA (B, F) constituent des *aides au financement des prestations réalisées*, elles ne suffisent pas pour couvrir les frais causés, alors que l'AD (L) a pour fonction de *financer à 100% les prestations 'nécessaires' selon le plan de prise en charge établi via l'évaluation individualisée*¹⁸.

En **France**, les personnes âgées dépendantes à **domicile** ou en **institution** peuvent recevoir des prestations en nature ou « en espèces » :

- A *domicile*, l'APA peut être versée au bénéficiaire – toujours modulée en fonction du degré de dépendance et des ressources .
- En *établissement*, l'APA est censée couvrir – partiellement, toujours modulée selon le degré de dépendance et les ressources – le tarif dépendance¹⁹.

En **Belgique**, il s'agit d'une « prestation en espèces », valable à domicile et en établissement, tandis qu'au **Luxembourg**, les personnes dépendantes peuvent bénéficier à la fois d'une prestation en espèces destinée à l'aidant informel (à domicile seulement, cumulable avec les prestations en nature) et de prestations en nature (*domicile ou institution*).

Afin de favoriser la libre circulation des citoyens au niveau de l'UE, des règlements communautaires coordonnent les systèmes nationaux de sécurité sociale (1971/1407/CE)²⁰. Ainsi, les droits de sécurité sociale acquis dans un pays sont pris en compte dans les autres pays de l'UE. Ces dispositions communautaires concernent les prestations à caractère *contributif* ainsi que les dispositifs d'*assistance sociale de droit*, mais pas les prestations d'*aide sociale*. Seules les prestations en espèces relevant de dispositifs contributifs (pension, paiement de salaire en cas de maladie) sont exportables dans un autre EM. Ainsi, un complément RMG (RMI, Minimex) n'est pas exportable.

L'APA belge - et l'allocation de soins luxembourgeoise - font partie des dispositifs d'aide sociale et ne relèvent ainsi pas du règlement 1971/1408/CE et ne sont – a fortiori – pas exportables (cf. ci-dessous).

L'APA française et l'AD luxembourgeoise sont des **dispositifs de droit**, qui font partie de la sécurité sociale et relèvent ainsi du champ d'application du règlement 1971/1408/CE.

Selon l'art. 10 du règlement 1971/1408/CE, les **prestations en espèces sont exportables**.

a) Selon l'argumentation française, l'APA (FR) est définie comme « une allocation d'aide sociale qui répond à une exigence de solidarité nationale » qui, comme le RMI, n'est pas exportable, puisque son bénéfice est lié à une résidence effective. Même lorsque le bénéficiaire réside à son domicile, elle peut être versée : il ne s'agit pas d'une *prestation en espèces mais d'un ticket modérateur*.

(b) L'AD (LU) préconise une prestation en espèces ainsi que des prestations en nature. La prestation en espèces est exportable.

Selon le même règlement (1971/1408/CE), tout citoyen pensionné (UE) disposant d'une carte de santé européenne a droit à l'ensemble des *prestations en nature*²¹ quand il séjourne dans un autre EM.

Ainsi, les prestations en nature généreuses de l'AD (LU) - sans participation financière de la part des bénéficiaires - sont accessibles aux citoyens UE, qui remplissent les conditions (carte de séjour et carte de santé européenne). Ceci ne vaut pas pour la prestation en espèces.

Quant aux fonds alloués, la situation est la suivante – nous présentons toujours les montants maxima pour le degré de dépendance maximum en vigueur fin 2004/ début 2005 - à l'exception de la France, où nous indiquons seulement le montant moyen pour les différents degrés de dépendance²² (cf. tableau 3)

¹⁶ Elle est modulée en fonction du coût des soins de dépendance et des ressources, et ceci aussi bien à domicile qu'en établissement (cf. MISSOC, 2004. Système mutuel d'information sur la protection sociale).

¹⁷ Catégorie I à V en Belgique ; GIR 1 à 6 en France.

¹⁸ Toute prestation allant au-delà du plan de prise en charge est facturée au taux/horaire « domicile » ou « établissement » (€ 49,98 ou € 37,80/heure en 2005).

¹⁹ Les établissements français facturent un tarif hébergement, un tarif soins et un tarif dépendance.

²⁰ « relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ».

²¹ Les aides et soins apportés par des services, qui sont à charge de l'assurance dépendance.

²² Dû au fait que le calcul est fonction du niveau de vie du bénéficiaire.

Par ailleurs, le Luxembourg offre aux personnes (affiliées ou non à la sécurité sociale luxembourgeoise), qui ne sont pas bénéficiaires de l'AD, la **tarification sociale** (aide sociale) dans le cas du maintien à domicile ou d'un court séjour en établissement. L'accès à la tarification sociale est conditionné par un contrôle des ressources personnelles. Le tarif horaire à payer par l'usager varie en fonction de son revenu et de la composition du ménage (selon barème ; cf. CHAPPELLE et al., 2005, p. 99). A titre d'exemple, un assuré résidant au Luxembourg qui a besoin d'aide pendant 3 mois n'est pas éligible à l'AD, mais peut bénéficier de la tarification sociale.

La tarification sociale est considérée comme **aide sociale**, elle ne fait pas partie des prestations visées par le règlement 1971/1408 et n'est donc pas exportable.

En guise de conclusion, l'offre luxembourgeoise est intéressante à plusieurs égards :

- une couverture complète en cas de dépendance sans participation financière de la part du bénéficiaire,
- des prestations d'aide à la dépendance et au revenu supplémentaires (dans le cas d'une institutionnalisation), qui n'existent pas dans d'autres EM

avec toutefois une obligation de restitution pour le complément d'accueil gérontologique²⁴. Ceci pourrait inciter

- des assurés luxembourgeois à s'établir dans des établissements étrangers aux prix de pension inférieurs aux prix luxembourgeois (hypothèse 2).
- des citoyens UE à venir s'installer au Luxembourg (hypothèse 3).

Les établissements

Au niveau des établissements, il y a plus de comparabilité entre les trois EM étudiés :

Des **structures dites légères** existent dans les trois EM : les Résidences-Services en Belgique,

T3 Comparaison transfrontalière des aides à la dépendance²³

	France	Belgique	Luxembourg	
	« en espèces » ou en nature	Espèces	espèces	Nature
À domicile	€ 1.125,59	€ 459,50	€ 1.136,97 € 1.136,97	- + € 6.496,88 € 8.770,82
en établissement	*€ 471,00	€ 459,50	-	€ 6.690,60

Source : Données nationales. Toujours : montant maximal à l'exception du * : à titre d'exemple, le montant moyen de l'APA en GIR 1 et 2 (degré de dépendance le plus élevé) était en 2004 de € 471,00.

les Unités de Vie, les Logements-Foyers, les Maisons d'Accueil Rural pour Personnes Agées et les Résidences-Services en France, ainsi que les Logements Encadrés au Luxembourg.

Des **structures avec un encadrement variable**, accueillant des personnes valides, peu et fortement dépendantes existent partout aussi : les maisons de retraite (MR) en Belgique, les Centres Intégrés pour Personnes Agées (CIPA) au Luxembourg et les maisons de retraite et les EHPA (établissement d'hébergement pour personnes âgées) en France.

Les maisons de soins (MS, LU), les maisons de retraite et de soins (MRS, BE) et les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, FR) constituent les centres où la **prise en charge est la plus intensive**.

L'**accueil de jour** n'existe qu'en Belgique et au Luxembourg ; il est le plus développé au Luxembourg, étant donné qu'il fait partie du maintien à domicile dans le cadre de l'AD et qu'il constitue une offre alternative semi-institutionnelle à l'hébergement total. Ceci est en cohérence avec la préférence à donner au maintien à domicile dans le cadre de l'AD.

L'offre luxembourgeoise est intéressante à deux égards : celle d'une couverture complète en cas de dépendance sans participation financière, et celle des prestations d'aide à la dépendance et au revenu, qui n'existent pas dans d'autres Etats membres

²³ Ce tableau n'inclut pas les prestations qui relèvent de la compétence des caisses de maladie.

²⁴ Notons que les deux autres EM connaissent également des stipulations de ce type.

La **densité de lits** est un élément important pour l'utilisateur : avec une faible densité, il risque, à plusieurs reprises, d'essuyer un refus. En même temps, une faible densité peut avoir des répercussions directes sur le degré de dépendance des usagers, si les établissements acceptent de façon prioritaire les personnes à forte dépendance – c'est le cas de la France (cf. *tableau 4*)

La densité des lits est la plus importante en **Belgique** à l'exception de l'accueil de jour.

Au **Luxembourg**, la densité de lits changera considérablement au cours des années à venir avec 1.200 lits supplémentaires prévus⁷.

En général, la densité de lits est la plus faible en **France**. Toutefois, elle est plus importante pour les maisons de soins : on cible surtout la forte dépendance et on l'approche avec une prise en charge de type hospitalier : la plupart des EHPAD sont des annexes aux hôpitaux. Manifestement, les établissements français allouent leurs places à des personnes ayant un niveau de dépendance élevé, plus élevé qu'en Belgique et au Luxembourg (cf. *tableau 5*).

Rappelons que depuis l'entrée en vigueur de l'AD, le maintien à domicile s'est fortement développé, ce qui correspond aux souhaits du législateur (cf. *tableau 6*).

Rappelons qu'en parallèle à l'augmentation du maintien à domicile (AD), le nombre de lits en établissement augmente également⁷, ce qui est en contradiction avec la philosophie du maintien à domicile de l'AD.

Quant au **personnel des établissements**, il faut noter que les établissements belges et luxembourgeois fonctionnent selon des normes stipulées par des textes légaux, ce qui n'est pas le cas en France, où aucune indication concernant les standards minimaux n'existe (cf. *tableau 7*).

En **Belgique**, la réalité ressemble grosso modo aux minima requis selon les normes stipulées.

T₄ Densité de lits avec "lits/1000 habitants de ≤ 60 ans ou de ≤ 75 ans"

	Zone Interreg Belgique		Zone Interreg France		Zone Interreg Luxembourg	
	≤ 60 ans	≤ 75 ans	≤ 60 ans	≤ 75 ans	≤ 60 ans	≤ 75 ans
Accueil de jour	0.7	1.9	-	-	3.5	11.2
Maison de retraite	53	147	4.5	13	39	121
Maison de soins	13	37	22	66	15	47

Source : CHAPELLE et al., 2005, ; données administratives : 2004

T₅ Dépendance des résidents des établissements selon ZI

	Zone Interreg Belgique	Zone Interreg France	Zone Interreg Luxembourg
Valides et peu dépendants	38.4%	25.1%	41.2%
Dépendants	61.5%	74.9%	58.8%

Source : CHAPELLE et al., 2005, p. 139 ; données : enquête

T₆ Usagers de l'AD de plus de 60 ans (toujours au 30 juin)

Année	Nombre de bénéficiaires à domicile en vie	Nombre d'usagers en établissement en vie	Total en vie	Total des dépenses en millions € (LuF)
1999		-	-	LuF 5.657 € 140.2 ²⁵
2000	1.054	1.624	2.678, dont 2.356 (87.9%) personnes âgées	223.1
2001	2.358	2.086	4.444, dont 3.702 (83.3%) personnes âgées	295.9
2002	3.688	2.529	6.217, dont 5.160 (82.9%) personnes âgées	306.3
2003	4.054	2.649	6.703, dont 5.518 (82.3%) personnes âgées	289,9
2004	4.423	2.711	7.134, dont 5.730 (80.3%) personnes âgées	334,0

Source : Rapport général de la Sécurité sociale, IGSS, 2004, p. 175 et 227.

²⁵ Ce chiffre est peu élevé, ce qui est dû à la procédure d'évaluation : les entrées de bénéficiaires se faisaient au fur et à mesure.

Au **Luxembourg**, la dotation en personnel est la plus élevée – est-ce un avantage pour les personnes âgées (cf. encadré 3)?

Le séjour en établissement de jour ou de nuit est plus coûteux pour le budget de l'Etat²⁶ et pour celui des usagers dans le cas du Luxembourg (cf. tableau 8).

Mobilité des personnes âgées : résultats de l'enquête

En tenant compte des différents éléments susmentionnés, le Luxembourg est certainement l'EM qui offre un encadrement en établissement *intéressant* (ratio personnel – usager) ainsi que les aides financières les plus avantageuses pour les personnes âgées, qu'elles soient dépendantes ou non, dont certaines doivent être restituées par les usagers ou la succession. Vu cette offre, on pourrait s'attendre à des flux importants vers le Luxembourg.

Notre questionnaire avait pour but de connaître les flux de personnes âgées entre ces 3 régions. Il était adressé aux institutions. Les trois questions suivantes ciblaient la question centrale de l'étude, celle de la mobilité :

- « Les résidents de votre établissement selon le degré de dépendance :
 - nombre total de résidents présents,
 - dont nombre d'assurés sécurité sociale luxembourgeoise,
 - dont nombre d'assurés organismes internationaux,
 - dont nombre d'assurés régions frontalières.
- Origine géographique de vos résidents provenant d'une région frontalière :
 - Lorraine, Wallonie, Rhénanie/Sarre, autre
- Nombre de résidents provenant d'une région frontalière ou de plus loin ayant choisi votre établissement suite à ou à cause de :
 - une recherche de leur famille ou de leurs proches,

T₇ Nombre de pensionnaires / équivalents temps plein

Types d'établissements	Belgique ¹	Luxembourg ² Effectif toutes personnes âgées confondues (2005)	
		ETP encadrants	ETP: tous
MRS / MS (BE, LU)	2.6	1.28	1.01
MR / CIPA (BE, LU)	2.85	2.26	1.39
CSJ / CPG (BE, LU)	5	5.90	2.16

Source : Données administratives / région : 1 : calculé sur le degré de dépendance le plus élevé ; 2 : dépendance de 15h/sem et plus

Encadré 3 : Encadrements par des professionnels

Des projets innovateurs allemands sont, à l'opposé des établissements luxembourgeois, de petites²⁷ unités de vie où les résidents ont des tâches précises et sont encadrés par un minimum de professionnels – ceci pour des raisons de fonds limités mais également pour maintenir en activité les résidents au maximum et garder leur autonomie le plus longtemps possible, alors qu'au Luxembourg les obligations et responsabilités de tâches sont très limitées, voire inexistantes.

T₈ Tarifs d'hébergement/jour (2004-2005) : moyennes

Types d'hébergement	Tarifs BE	Tarifs FR	Tarifs LU
Hébergement complet	29 €	37,5 €	Entre 56,7 et € 61,2 ¹
Hébergement temporaire	27,5 €	39,5 €	Entre 56,7 et € 61,2 ¹
Accueil de jour	19 €	25.5 €	119,96 € ²
Accueil de nuit	n.d.	n.d.	36,5 € ³

Source : Données : enquête. 1 : moyenne des réponses au questionnaire : les prix d'hébergement/jour varient d'un établissement à l'autre ; ce prix d'hébergement inclut l'accueil gérontologique mais non pas les aides et soins (AD) ; 2 : selon tarif officiel qui se compose de 2 heures aides et soins à domicile (AD) au tarif de 49.98 et de € 20.00 pour l'accueil gérontologique ; 3 : un seul établissement pratiquait l'accueil de nuit.

²⁶ L'Etat intervient soit au niveau des prestations de l'AD, soit au niveau de la tarification sociale.

²⁷ En moyenne, les MR en Belgique ont 54,5 lits, les MR (MAPAD) en France ont 8,8 lits et les CIPA au Luxembourg ont 90,25 lits.

	Allemands	Belges	Français	Luxembourgeois	Non définis	Total "étrangers"	Org. intern	Autres	Total "étrangers"	Total
BE	-	1654	125	30	0	155	-	-	155	1809
FR	6	2	4052	2	2	12	0	3	15	4067
LU	1	1	2	5269	1	6	41	8	55	5324
					Total	173			225	11200

Source : CHAPELLE 2005, p. 138. Mode de lecture : En région belge (BE) 1.809 personnes résidaient dans les établissements qui ont répondu à notre questionnaire ; 125 de ces résidents venaient de France et 30 du Luxembourg

- une recommandation d'un médecin généraliste, etc.»

Les réponses, résumées dans le tableau 9, ne sont pas très concluantes.

Le plus important flux est celui des Français se déplaçant vers la Belgique ; ceci confirme les résultats d'une autre étude INTERREG, réalisée sur l'espace France/Wallonie/Flandre, qui a constaté des flux mais à un degré plus élevé ; dans cette région, les établissements belges accueillent 1.300 personnes âgées françaises (CHAPELLE et al., 2005 p. 140). Dans le cas de notre étude, les quelques Luxembourgeois en Belgique (et en France) se trouvaient essentiellement dans un ou deux établissements proches de la frontière.

Les arrivées en France sont, pour ainsi dire, inexistantes.

Les arrivées au Luxembourg sont presque inexistantes aussi, surtout si on déduit la grande majorité d'anciens fonctionnaires internationaux.

La conclusion de l'étude transfrontalière était qu'il y a peu de mobilité puisque les personnes âgées préfèrent rester chez elles : « Evidemment, l'argument du comportement frileux des personnes âgées à l'égard de toute forme de mobilité doit être retenu » (CHAPELLE et al., 2005, p. 141).

L'hypothèse 1 – la recherche d'une solution de l'autre côté de la frontière, due à une offre insuffisante dans sa propre région, n'a pas été confirmée.

Au Luxembourg, l'**hypothèse 2** était la suivante : avec l'entrée en vigueur de l'AD et le nouveau fonctionnement des établissements, les prix d'hébergement ont considérablement augmenté malgré une prise en charge totale des dépenses par l'AD, autrement dit, malgré l'inexistence d'un « ticket modérateur ». Ces prix d'hébergement sont plus élevés que dans les régions limitrophes (cf. tableau 8). Le **complément d'accueil gériatologique** est destiné à aider les personnes aux pensions modiques, mais il est *restituable contre la succession*. Depuis l'introduction du RMG, on sait que les personnes âgées ne réclament souvent pas le RMG, restituable aussi contre la succession, pour préserver l'héritage de leurs enfants. Par conséquent, on supposait que certains assurés luxembourgeois se logeraient en région limitrophe pour éviter la restitution du complément d'accueil gériatologique malgré l'offre généreuse et « gratuite » de l'AD. D'autres assurés, qui n'auraient droit ni à l'AD, ni à la tarification sociale²⁸, chercheraient des solutions à l'étranger, étant donné que les tarifs pour les prestations d'aides et de soins ont considérablement augmenté depuis l'introduction de

Les trois hypothèses n'ont pas été confirmées. Ce sont les réponses concernant l'hypothèse 3 qui nous ont incité à analyser davantage les conditions d'immigration au Luxembourg pour des personnes retraitées afin de connaître les raisons sous-jacentes à la non-mobilité.

²⁸ La tarification sociale est destinée aux non bénéficiaires de l'AD en maintien à domicile.

l'AD pour ceux qui n'en sont pas bénéficiaires.

Le nombre d'assurés luxembourgeois, partis en région frontalière, n'est pas élevé et ne permet pas de confirmer cette hypothèse.

L'**hypothèse 3** qui portait sur les étrangers actifs faisant venir leurs parents au Luxembourg se limite à 8 cas signalés et n'est pas confirmée non plus.

Pour le Luxembourg, nous ne nous sommes pas contentés de ce constat. Suite à des recherches supplémentaires avec, entre autres²⁹, une enquête qualitative par téléphone, les raisons sous-jacentes à la non-mobilité sont apparues.

Ainsi, nous avons contacté tous les établissements qui nous avaient indiqué *une personne non-assurée « sécurité sociale luxembourgeoise »* pour connaître davantage les raisons sous-jacentes à sa présence. Ces investigations supplémentaires ont permis de constater que pratiquement tous les cas concernaient **les assurés européens (UE) avec une sécurité sociale autre que luxembourgeoise** - à l'exception des 2 cas dans l'encadré 4.

C'est le type de configuration VIII (cf. encadré 5, **hypothèse 3**), qui nous a incité à analyser davantage les **conditions d'immigration au Luxembourg pour une personne retraitée** afin de connaître les raisons sous-jacentes à la non-mobilité³⁰.

Voici un bref descriptif des procédures ordinaires pour entrer au Luxembourg.

Encadré 4 :

Assurés luxembourgeois en région limitrophe

- I. Un assuré luxembourgeois résidant en France qui exporte la prestation en espèces (AD), utilise, à ses propres frais, un foyer de jour luxembourgeois. Comme il n'existe pas de foyers de jour en France, ne pourrait-il pas réclamer une prise en charge par l'AD ou par l'institution française selon l'arrêt Watts (C – 372/2004). Selon cet arrêt, le patient « peut aller prendre à l'étranger, ce qui n'est pas disponible dans son EM de résidence » ? Rappelons que l'accueil de jour ne se fait pas (ou presque pas) en France.
- II. Certains cas habitant en région limitrophe et bénéficiant des régimes des deux côtés n'ont pas été cités de peur que cela ne puisse créer des incidents 'juridiques', défavorables à l'usager. Ceci a eu pour résultat une certaine sous-évaluation au niveau des chiffres (cf. tableau 9).

Encadré 5 :

Assurés « européens » (autres que luxembourgeois) au Luxembourg

- III. Certaines indications sous-évaluaient la situation : au cours de l'entretien, les responsables des établissements se sont souvenus de plus de cas comparé au nombre qu'ils avaient signalé. Autrement dit, le chiffre indiqué (tableau 9) devrait être corrigé vers le haut.
- IV. Par contre, un seul établissement avait compris la deuxième question (cf. annexe) dans le sens de personnes « originaires/nées » en Lorraine, en Wallonie, etc. ; il s'agissait, de facto, d'un assuré luxembourgeois né en Lorraine/Wallonie – ce cas devrait être déduit.
- V. Certaines personnes « étrangères » au Luxembourg (41 sur 55 : tableau 9) sont d'anciens fonctionnaires d'organismes internationaux qui n'ont pas accès aux dispositifs luxembourgeois mais qui disposent de leur propre sécurité sociale. Après l'entrée en vigueur de l'AD, les établissements en question avaient des problèmes de facturation jusqu'à ce que la Sécurité sociale 'européenne' ait conclu une convention avec la Sécurité sociale du Luxembourg.
- VI. Certains établissements nous ont présenté des cas 'hors loi' selon les législations européenne et nationale: ces personnes âgées (UE) se trouvent en établissement luxembourgeois en dépit des pratiques administratives habituelles : elles disposent de pensions modiques. Manifestement, elles ont reçu un certificat de résidence de la part de « leur » commune, sans que le contrôle des ressources n'ait été effectué³¹.
- VII. Manifestement, il y a peu de demandes émanant de régions limitrophes, cas supposés par les partenaires belge et français – hypothèse 1 ; pour le Luxembourg, les non-assurés « Sécurité sociale luxembourgeoise » viennent de plus loin ; parmi les rares cas venant de France, personne ne venait de la région limitrophe.
- VIII. Certains établissements nous ont fait part de cas de citoyens UE qui auraient voulu rejoindre leurs enfants, qui travaillent au Luxembourg – hypothèse 3 ; mais souvent ces personnes âgées n'ont pas eu l'autorisation de séjour. L'Ombudsman relève dans son rapport d'activité (2004/2005) le cas de personnes âgées UE aux pensions modiques auxquelles les autorités ont refusé l'autorisation de séjour.

²⁹ Plus des recherches concernant les pratiques administratives d'attribution des cartes de séjour et de l'accès à la sécurité sociale luxembourgeoise.

³⁰ Dans le cadre de l'étude BESCH et al (2005), le cas d'une « discrimination fondée sur le handicap » a été signalé : une personne handicapée portugaise devait rejoindre sa soeur, qui travaille au Luxembourg, étant donné que le seul parent survivant, la mère (devenue dépendante elle-même), ne pouvait plus la prendre en charge : vu ses revenus, inférieurs au RMG, l'autorisation de séjour lui a été refusé. Manifestement le même raisonnement était sous-jacent au cas VIII. Quel serait le résultat d'un recours en justice – instances nationales et européennes ?

³¹ L'admission de cette/ces personnes était due à des pratiques communales particulières. De facto, les pratiques administratives varient d'une commune à l'autre et l'un ou l'autre cas a eu l'autorisation de séjour malgré des ressources insuffisantes. Or, ce ne sont pas les différences au niveau des pratiques administratives qui nous préoccupent ici mais les principes de base européens et nationaux.

Immigration au Luxembourg de citoyens UE retraités

Concernant les assurés européens, autres que luxembourgeois, retraités (UE, venant notamment de la Belgique³², de la France et des autres EM), qui veulent s'installer au Luxembourg, durant les années de leur retraite, deux conditions doivent être satisfaites :

- celui de l'**accès à la sécurité sociale** relevant du règlement 1971/1408/CE et
- celui du **droit de séjour** - condition préalable à la précédente pour ce qui est des procédures administratives - mais serait-elle préalable dans le cadre d'une réflexion juridique ?

Selon nos recherches, obtenir une *carte de séjour* constitue le véritable obstacle, notamment en matière de preuve des ressources financières. Quelles sont les dispositions concernant l'accès à la sécurité sociale au Luxembourg ? Et quelles sont les dispositions européennes et nationales concernant l'autorisation de séjour ?

1. Accès à la sécurité sociale au Luxembourg

Selon le règlement 1971/1408, les personnes retraitées disposent d'un accès immédiat à toutes les prestations de l'assurance maladie-maternité.

L'arrêt Molenaar (C-160/1996) stipule que la Pflegeversicherung allemande et par conséquent l'AD relèvent du champ d'application du règlement 1408/71,

- «une prestation telle que l'allocation dépendance est au nombre des 'prestations en espèces' de l'assurance maladie » (point 36 de l'arrêt)
- «un travailleur salarié résidant dans un EM autre que celui où il est employé bénéficie du versement dans l'EM de sa résidence de prestations telles que les *prestations en nature* de l'AD dans la mesure

où la législation de ce dernier Etat prévoit le versement de prestations en nature destinées à couvrir les mêmes risques que ceux couverts par l'AD dans l'EM d'emploi. [...]. Il en va de même [...] des titulaires de pension ou de rentes » (point 37 de l'arrêt)

La procédure administrative au Luxembourg préconise que les titulaires de pension (UE) se présentent à l'administration responsable (Union des Caisses de maladie (LU)) avec la *carte de santé européenne* et un *certificat de résidence de leur commune de résidence au Luxembourg*. Ces assurés européens bénéficient immédiatement de l'assurance maladie et ipso facto (arrêt Molenaar) de l'AD, et ceci *sans stage préalable*. Elles ont droit aux seules prestations en nature.

Ainsi, ce volet de l'immigration au Luxembourg ne devrait pas causer de problèmes aux assurés venant d'autres EM.

2. Autorisation de séjour pour Communautaires (et EEE)

Nous visons ici l'**arrivée au Luxembourg d'assurés « européens » retraités**.

(i) La **directive européenne 90/364/CE** précise les conditions préalables au droit de séjour :

« Les États membres accordent le droit de séjour aux ressortissants des États membres qui ne bénéficient pas de ce droit en vertu d'autres dispositions du droit communautaire, ainsi qu'aux membres de leur famille (...), à condition qu'ils disposent, pour eux-mêmes et pour les membres de leur famille, d'une **assurance-maladie** couvrant l'ensemble des risques dans l'État membre d'accueil et de **ressources suffisantes** pour éviter qu'ils ne deviennent, pendant leur séjour, une charge pour l'**assistance sociale**³³ de l'État membre d'accueil.

*Les ressources visées au premier alinéa sont suffisantes lorsqu'elles sont supérieures au niveau de ressources en deçà duquel une **assistance sociale** peut être accordée par l'État membre d'accueil à ses ressortissants (...) ou lorsqu'elles sont supérieures au niveau de la **pension minimale de sécurité sociale** versée par l'État membre d'accueil.* » (article 1).

Cette directive peut être considérée comme mesure européenne pour éviter qu'un 'benefit shopping' puisse se propager.

Obtenir une carte de séjour constitue le véritable obstacle, notamment en matière de preuve des ressources financières. L'accès à la sécurité sociale ne devrait pas causer de problèmes aux assurés venant d'autres Etats membres

³² Il existe des différences avec de nombreux avantages pour les anciens frontaliers belges grâce à la Convention belgo-luxembourgeoise de 1995 – aspect qu'on néglige consciemment ici puisqu'il s'agit d'une disposition spéciale, unique au sein de l'UE.

³³ L'assistance sociale est définie par le niveau de vie de l'EM ; selon les consignes européennes, elle devrait se situer à 60% du salaire médian.

(ii) Au **Luxembourg**, l'arrivée d'étrangers communautaires (et non-communautaires) est régie par la loi du 28 mars 1972 et le règlement grand-ducal du 28 mars 1972.

Ainsi, selon l'article 1 (6), le règlement grand-ducal:

*« ...s'applique aux ressortissants des EM de l'UE et des Etats ayant adhéré à l'Accord sur l'EEE : qui ont exercé dans l'EEE une activité en tant que travailleur salarié ou non-salarié, à condition qu'ils bénéficient d'une **pension d'invalidité, de pré-retraite ou de vieillesse ou d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle qui leur assure un revenu au moins égal au revenu minimum garanti tel qu'il est défini à l'article 3 de la du 26 juillet 1986 (...) et qu'ils disposent d'une assurance-maladie.***

On observe des stipulations presque identiques dans l'ancienne et la nouvelle directive.

Quant à l'assurance maladie, la carte de santé européenne est la pièce justificative et nous renvoyons à la partie 1 ci-dessus.

Au cas où le retraité qui veut devenir résident au Luxembourg ne dispose pas des ressources nécessaires égales ou supérieures au RMG, une **déclaration de prise en charge faite par un membre de sa famille** selon l'art. 1^{er} (10) peut être présentée. « Les dispositions (...) s'appliquent également aux ascendants à charge des personnes visées sub 1., 2. (...) et de leur conjoint quelle que soit leur nationalité. »

Or, un aspect n'est pas explicite : les ressources de la famille d'accueil sont-elles soumises à un contrôle effectif ? Si oui, sont-elles évaluées selon les barèmes du RMG en tenant compte des membres du ménage avec ou sans la future personne âgée qui rejoint éventuellement cette famille ?

Selon l'Ombudsman (Rapport d'activité, 2005), de nombreuses déclarations de ce type n'ont pas été reçues positivement. La question qui

subsiste à notre avis est de savoir s'il s'agissait d'un simple refus ou d'un refus motivé par un calcul « RMG » ?

Selon l'art. 1^{er} de la loi du 28 mars 1972, « **l'entrée et le séjour au Grand-Duché pourront être refusés à l'étranger (...) qui ne dispose pas de moyens personnels suffisants pour supporter les frais de voyage et de séjour.** »

En revenant au tableau 1, qui nous montre les 3 dispositifs d'assistance sociale des 3 EM impliqués dans notre étude, il est évident que des citoyens retraités aux pensions modiques venant de France ou de Belgique³⁴ ne peuvent guère obtenir une autorisation de séjour. Cette situation relève, in fine, de la législation européenne, dont un des piliers est la libre circulation des travailleurs de l'Union et des membres de leur famille (règlement 1612 de 1968 et, entre autres, la directive 1990/364/CE, remplacée par la directive 2004/38/CE). La directive de 2004/38/CE (tout comme celle de 1990) précise que le citoyen doit disposer « pour lui et pour les membres de sa famille, de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'État membre d'accueil au cours de son séjour.

Si par ailleurs, nous comparons les dispositifs d'assistance sociale dans tous les Etats de l'Espace Economique Européen, on s'aperçoit que le Danemark et le Luxembourg sont les deux EM qui sont 'autorisés' à refuser le droit de séjour aux citoyens des autres 23 EM, soit parce qu'ils disposent de pensions modiques, soit même avec des pensions élevées – c'est le cas des nouveaux EM.

(iii) Un refus de l'autorisation de séjour est-il justifié ?

De facto, il s'agit d'une migration interne à l'UE du type « regroupement familial » : les adultes actifs souhaitent faire venir leurs ascendants (dépendants ou non). La directive 1990/364/CE est un outil

administratif face à une immigration européenne non contrôlée. Mais n'y a-t-il pas d'autres principes qui pourraient être évoqués afin de légitimer l'arrivée de ces personnes âgées aux pensions modiques ?

- Le Luxembourg comme les autres EM a signé la **Convention européenne des droits de l'homme** (1950), qui contient l'article 8 (1) : « *Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile...* ». La CEDH ne précise cependant pas *qui* sont les membres de la famille : les descendants **et les ascendants** ? Les jurisprudences, à titre d'exemple la décision préjudicielle (2006, C-1/05), insistent même, pour un regroupement de non-communautaires, sur l'importance de l'art. 8 de la Convention européenne des droits de l'homme.

- Par ailleurs, la **Charte des droits fondamentaux** stipule que : « La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée » (art. 1). L'Ombudsman a eu recours à ce principe pour voir réformé le refus de l'administration face à une personne âgée portugaise voulant rejoindre sa fille (cas VIII, p.10).

- La **directive 2004/38/CE** « relative au droit des citoyens de l'UE et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des EM » semble modifier les dispositions antérieures dans le sens qu'elle élargit les groupes de personnes éligibles : « ...on entend par 'membre de la famille' :
 - le conjoint,
 - les descendants directs [...]
 - **les ascendants directs à charge et ceux du conjoint [ou du partenaire]** » (art. 2). »

Selon l'article 3, la directive « s'applique au citoyen de l'UE [...] ainsi qu'aux membres de sa famille qui l'accompagnent ou le **rejoignent.** [...] »

³⁴ Théoriquement, ils ne peuvent pas s'installer au Luxembourg ; or, les établissements ont signalé des cas de ce type (cas VI, p.10).

T10 Garantie de ressources dans les EM de l'UE et de l'EEE (+ Suisse)

Nom du pays	Dispositif	Montant pour une personne isolée (seule)
Belgique	Droit à l'intégration sociale	€ 613,33
République Tchèque	Dávky sociální péče (Aide sociale)	€ 142
Danemark	Kontanthjælp (Aide sociale) Starthjælp (Prestation d'établissement)	€ 1.153
Allemagne	Sozialhilfe	€ 345
Estonie	Toimetulekutoetus (Allocation de subsistance)	€ 48
Grèce	Pas de système général	-
Espagne	Ingreso minimo de inserción ou Renta minima	Le montant est fonction des : · Communautés autonomes · l'existence ou non de personnes à charge dans la famille · possibilités budgétaires
France	Revenu Minimum d'insertion (RMI)	€ 425,40
Irlande	Supplementary Welfare Allowance	€ 645
Islande	Félagsleg aðstoð (Aide sociale)	€ 1.010
Italie	Minimo Vitale ou Reddito minimo (Revenu minimum)	min. € 232, max. € 269
Chypre	Δημόσιο Βοήθημα (Aide sociale)	€ 344
Lettonie	Pabalsts garantētā minimālā ienākuma līmeņa nodrošināšanai (Minimum Garanti)	€ 30
Liechtenstein	Sozialhilfe	€ 719
Lituanie	Socialinė pašalpa (Aide sociale)	€ 35
Luxembourg	Revenu Minimum Garanti	€ 1.044,80
Hongrie	Pas de système général	-
Malte	Ghajnuna Socjali (Aide sociale)	€ 326
Pays-Bas	Algemene Bijstand	€ 549,62
Norvège	Stønad til livsopphold (Allocation de substance)	€ 504
Autriche	Sozialhilfe	€ 401,61 à € 519,20
Pologne	Opieka społeczna (Aide sociale)	€ 103
Portugal	Rendimento social de inserção (Revenu social d'insertion)	€ 164,17
Suisse	Pas de système général non-contributif au plan fédéral	Non applicable
Slovénie	Denarna socialna pomoč (Aide sociale)	€ 196
Slovaquie	Dávka v hmotnej núdzi (Prestation d'indigence)	€ 114
Finlande	Toimeentulotuki	€ 378,50 ou € 362,25
Suède	Ekonomiskt bistånd	€ 289
Royaume-Uni	Income Support	€ 669

Source : MISSOC, Soziale Sicherheit, Situation au 1er janvier 2005

[...] l'EM d'accueil favorise [...] l'entrée et le séjour des personnes suivantes :

Tout autre membre de la famille si, dans le pays de provenance, il est à charge ou fait partie du ménage du citoyen de l'UE bénéficiaire du droit de séjour à titre principal, ou lorsque, pour des raisons de santé graves, **le citoyen de l'UE doit impérativement et personnellement s'occuper du membre de la famille concerné.** »

Ce dernier paragraphe permettrait une interprétation plus large. Or, l'article 7 reprend les dispositions de la directive 1990/364/CE :

« Tout citoyen de l'Union a le droit de séjourner (plus de 3 mois)

- s'il est un travailleur salarié....
- s'il dispose, pour lui et les membres de sa famille, de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'EM d'accueil au cours de son séjour, et d'une assurance maladie complète dans cet EM. »

Ainsi, les mêmes mécanismes de contrôle des ressources et les refus de personnes aux pensions modiques resteront en cohérence avec la législation européenne. La libre circulation de citoyens UE non-actifs ne sera pas facilitée davantage : les refus administrés sur base de l'ancienne directive (1990/364) continueront une fois que la présente directive

sera transposée en texte national³⁵. Dans le cas d'une éventuelle jurisprudence future, quel sera l'avis de la Cour quant à la proportionnalité de cet aspect des ressources ?

- Un récent arrêt de la Cour « CCE contre Royaume de Belgique soutenu par Royaume Uni de Grande-Bretagne et l'Irlande du Nord » (C-408/03) argumente sur base de la directive 1990/364/CE dans le cas de l'arrivée d'une citoyenne portugaise avec ses trois filles, qui rejoint son partenaire belge, partenaire de longue date. Il est question des *ressources* et notamment de celles du *partenaire*, considéré comme « tierce personne », car non marié. La Cour dit : « ...l'exigence relative à l'existence d'un lien juridique, tel que préconisé par le Royaume de Belgique, entre le dispensateur et le bénéficiaire des ressources étant disproportionnée en ce qu'elle va au-delà de ce qui est nécessaire à la réalisation de l'objectif poursuivi par la directive 90/364, à savoir la protection des finances publiques de l'État membre d'accueil. » (point 46). En d'autres mots, la prise en charge d'un *partenaire* est acceptable à condition que le point suivant soit garanti : « Les autorités de l'EM d'accueil [sont] en droit de procéder aux vérifications nécessaires quant à leur existence, **leur niveau** et leur disponibilité. » (point 44).

Avec la récente directive 2004/38/CE, les mêmes mécanismes de contrôle des ressources et les refus de personnes aux pensions modiques resteront en cohérence avec la législation européenne

³⁵ Elle sera transposée dans le cadre de la future modification de la loi de 1972 citée ci-dessus qui avait été adoptée afin d'accueillir les travailleurs portugais suite à la convention entre le Luxembourg et le Portugal relative à l'emploi de la main-d'œuvre de 1970 – à une époque où le Portugal n'était pas encore EM.

En revenant **en guise de conclusion** aux résultats de notre questionnaire, il semble clair que les quelques cas de mobilité 'transfrontalière' sont ceux de personnes âgées en provenance d'EM aux niveaux de vie plus élevés qui ne risquent pas de tomber sous la catégorie d'éventuels bénéficiaires de l'assistance sociale du Luxembourg. Ce n'est pas la proximité géographique qui incite à l'utilisation de l'offre luxembourgeoise, mais ce sont les résidents actifs étrangers UE (tout le territoire de l'UE), qui souhaiteraient faire venir leur(s) parent(s) âgé(s), qui, quant à eux, se heurtent à la condition « revenu » émise dans la législation européenne et reprise dans la législation nationale. Ces refus du droit de séjour empêchent, jusqu'à présent, toute admission à la sécurité sociale (et, aussi toute admission à un établissement pour personnes âgées), puisque ce n'est qu'avec une carte de séjour qu'on peut avoir accès à la sécurité sociale (assurance-maladie, AD, RMG) ainsi qu'aux aides sociales du type 'complément d'accueil gérontologique'. Ainsi, la non-mobilité s'explique par le refus d'une autorisation de séjour, alors que les textes européens en matière de sécurité sociale garantissent un accès facile aux généreuses assurances maladie-maternité et dépendance du Luxembourg. On est loin d'une libre circulation des citoyens non actifs (UE), notamment des personnes âgées. In fine, la législation européenne (directive 90/364/CE) était et sera destinée à protéger les EM d'un 'benefit shopping'; de facto, le Luxembourg (et le DK) se trouvent à un niveau de vie élevé, ce qui conduit à exclure des personnes venant des autres 23 EM.

Deux constats peuvent être retenus à la fin de cette analyse :

Primo, il existe deux catégories d'EM,

- ceux qui disposent d'une assistance sociale de droit et d'une pension minimum avec des montants relativement élevés et qui peuvent refuser sur base des directives susmentionnées les citoyens d'autres EM dont les pensions sont modiques, inférieures à l'assistance sociale de droit d'un éventuel EM d'accueil et
- ceux qui disposent d'une assistance sociale de droit et d'une pension minimum avec des montants modiques (toujours sur une échelle UE) qui sont amenés à accepter des citoyens d'un plus grand nombre d'EM – ce sont les EM en bas de l'échelle « niveau de vie » et souvent aussi en bas de l'échelle d'autres indicateurs économiques (Cf. Rapports conjoints sur l'Emploi).

Secondo, la citoyenneté des Européens non-actifs est considérablement limitée comparée à celle des citoyens salariés ou non salariés qui souhaitent s'établir dans un autre EM. La libre circulation des personnes non-actives reste limitée à l'intérieur de l'UE, alors que pour un citoyen UE actif, le Service de l'Immigration (Luxembourg) autorise le séjour, même si le salaire retenu dans le contrat de travail reste inférieur aux « ressources suffisantes », à savoir au montant équivalent du RMG (directive 1990/364/CE et 2004/38 CE). Les citoyens des EM aux niveaux de vie élevés ont un choix plus large quant à d'éventuels EM d'accueil. Les EM au niveau de vie élevé ont

« le droit » de refuser des citoyens en provenance d'EM au niveau de vie moins élevé. Ainsi, il subsiste des différences importantes entre les droits en matière de libre circulation d'un citoyen actif et ceux d'une personne non-active, retraitée, invalide, bénéficiaire d'une assistance sociale, qui ne peut pas s'installer dans un autre EM à sa guise.

Dans le cas d'un regroupement familial d'un ascendant en ligne directe, il s'agit de savoir si ces restrictions ne constituent pas une entrave à la libre circulation des citoyens UE *actifs*. La décision préjudicielle (2006 C-1/05) concluait dans le cas de ce regroupement non-communautaire : le refus d'une carte de séjour permanente pour le membre de la famille non-communautaire « n'affecte pas le droit de libre établissement (...) selon l'article 34 CE. ». Est-ce valable aussi dans le cas de regroupements familiaux inter-européens ?

La Cour de justice européenne devra encore trancher sur de nombreuses questions liées à la citoyenneté des non-actifs.

Liste des Population & Emploi en 2006

ZANARDELLI Mireille. Vieillissement de la main-d'œuvre et vieillissement actif : enjeux européens, contextes nationaux et spécificités luxembourgeoises. CEPS/INSTEAD, 2006, **Population & Emploi** n°10, 4 p.

ZANARDELLI Mireille. Les entreprises face au vieillissement de leur main-d'œuvre : ou en est-on au Luxembourg ? CEPS/INSTEAD, 2006, **Population & Emploi** n°11, 8 p.

ZANARDELLI Mireille. Le vieillissement de la main-d'œuvre : dans quelles mesures les entreprises en ont-elles conscience ? CEPS/INSTEAD, 2006, **Population & Emploi** n°12, 8 p.

LEDUC Kristell, ZANARDELLI Mireille. Favoriser le vieillissement actif : les pratiques des entreprises en matière d'embauche des travailleurs âgés. CEPS/INSTEAD, 2006, **Population & Emploi** n°13, 8 p.

LEDUC Kristell, ZANARDELLI Mireille. Favoriser le vieillissement actif : les pratiques des entreprises en matière d'aménagement des conditions de travail en fin de carrière. CEPS/INSTEAD, 2006, **Population & Emploi** n°14, 8 p.

LEDUC Kristell, ZANARDELLI Mireille. Favoriser le vieillissement actif : les pratiques des entreprises en matière de formation continue pour les travailleurs âgés. CEPS/INSTEAD, 2006, **Population & Emploi** n°15, 4 p.

GENEVOIS Anne-Sophie. Stigmatisation des travailleurs âgés : mythe ou réalité ? CEPS/INSTEAD, 2006, **Population & Emploi** n°16, 8 p.

BERGER Frédéric. Regard sur la pauvreté monétaire et la redistribution des revenus en 2004. CEPS/INSTEAD, 2006, **Population & Emploi** n°17, 8 p.

CLEMENT Franz, MARLIER Eric. Programmes Nationaux de Réforme, *Stratégie de Lisbonne* « recentrée » et coopération européenne en matière sociale : Rappel historique, enjeux et défis. CEPS/INSTEAD, 2006, **Population & Emploi** n°18, 8 p.

HARTMANN-HIRSCH Claudia. L'incapacité de travail. Une mesure de maintien à l'emploi aux effets pervers ? CEPS/INSTEAD, 2006, **Population & Emploi** n°19, 16 p.

CLEMENT Franz. Les mesures en faveur de l'emploi des jeunes de 1978 à nos jours. CEPS/INSTEAD, 2006, **Population & Emploi** n°20, 16 p.

BROSIUS Jacques. Les flux de main-d'œuvre au Luxembourg. CEPS/INSTEAD, 2006, **Population & Emploi** n°21, 8 p.

TCHICAYA Anastase. Etat de santé et facteurs de risque : quelques indicateurs pour le Luxembourg en 2005. CEPS/INSTEAD, 2006, **Population & Emploi** n°22, 8 p.

POPULATION & EMPLOI

CEPS/INSTEAD

B.P. 48

L-4501 Differdange

Tél. : 58 58 55-513

e-mail : isabelle.bouvy@ceps.lu

[http:// www.ceps.lu](http://www.ceps.lu)