

**La mise en oeuvre des politiques  
sociales et économiques  
en faveur des personnes âgées  
au Grand-Duché de Luxembourg**

**Document PSELL n° 68**

**Rapport national pour la  
Commission des Communautés Européennes  
et  
l'Observatoire Européen portant sur le Vieillissement  
Démographique et les Personnes Agées**

**Juin 1994**

**Gaston Schaber et Patrick Bousch**

**CEPS/INSTEAD**

**ISBN 2-87987-031-5**

## SOMMAIRE:

### INTRODUCTION

1) CONTEXTE POLITIQUE ET LÉGAL DE LA MISE EN OEUVRE DES POLITIQUES.

2) RAPPORTS ENTRE LE CENTRE DÉCISIONNEL ET LES COLLECTIVITÉS LOCALES.

3) RELATIONS ENTRE LE SECTEUR PUBLIC ET LE SECTEUR ASSOCIATIF PRIVÉ,

4) PARTICIPATION DES PERSONNES ÂGÉES À L'IMPLEMENTATION DES POLITIQUES DE LA VIEILLESSE.

### CONCLUSION

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## Introduction

Ce travail rend compte du processus d'implémentation des politiques de la vieillesse au Grand-Duché de Luxembourg.

Son élaboration se conforme aux consignes édictées par le groupe d'experts qui compose l'Observatoire Européen des Personnes Agées.

Depuis plusieurs années le Gouvernement a formalisé les principaux axes de sa politique de la vieillesse dans un document intitulé "**Programme National pour Personnes Agées**"(1992)<sup>1</sup>. C'est dans le cadre de ce programme que les pouvoirs publics ont défini des priorités qui répondent aux préoccupations majeures des personnes âgées, à savoir:

- garantir au maximum le maintien à domicile de la personne âgée dans son environnement familial et socio-culturel, et cela le plus longtemps possible,

- et combler le plus rapidement possible le déficit important de place au niveau des infrastructures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées.

Ces deux axes ont conduit les pouvoirs publics à consentir pour ces dernières années d'importants efforts financiers, dans le but d'assurer une mise en oeuvre rapide des décisions politiques et de répondre ainsi aux besoins urgents exprimés par la population âgée.

Aussi les priorités se sont rapidement traduites par des impératifs budgétaires qui ont demandé l'aval des membres du Gouvernement (et surtout du Ministère des Finances) mais également des différents acteurs publics (des Députés qui votent le Budget, des syndicats et représentants des Chambres professionnelles qui assurent véritablement l'implémentation).

La réussite de la mise en oeuvre des politiques de la vieillesse dépend de la qualité des relations établies entre :

- 1) le pouvoir central et le pouvoir local,
- 2) le secteur public et le secteur privé,
- 3) et elle dépend surtout de l'intégration des personnes âgées au processus de décision et d'implémentation.

Ces trois chapitres sont développés dans cette étude et illustrés à l'aide de quelques exemples d'implémentation de politiques.

Mais avant d'aborder le 1<sup>er</sup> point, il est nécessaire de définir le contexte général dans lequel procède toute implémentation.

---

<sup>1</sup> Programme National pour Personnes Agées, 1992, Ministère de la Famille et de la Solidarité, Luxembourg, 48p.

## 1) Contexte politique et légal de la mise en oeuvre des politiques.

Toute politique vise à maximiser l'efficacité de son intervention. Pour cela elle nécessite comme préalable la définition précise de son champ d'application, des organes qui vont se charger de la bonne mise en oeuvre et des moyens adéquats assurant la réussite de l'opération.

Au Grand-Duché de Luxembourg, la responsabilité de la conduite de la politique incombe au Gouvernement, composé de 12 membres (un Premier Ministre, 9 Ministres et 2 Secrétaires d'Etat). Les Ministres sont responsables de l'exécution des politiques et des lois. Dans l'exercice de cette tâche ils s'appuient sur leurs départements ministériels et leurs administrations respectives.

En ce qui concerne la politique de la vieillesse les responsabilités sont partagées entre plusieurs Ministères, mais l'activité prépondérante incombe au Ministère de la Famille. Les compétences se divisent en fonction des activités couvertes dans le champ social (en grande partie prestées par le Ministère de la Famille et de la Solidarité, de la Sécurité Sociale pour ce qui est de la protection sociale et le Ministère du Logement) et sanitaire (Ministère de la Santé).

L'action politique passe en règle générale par la voie légale des institutions publiques dans le respect de la constitution. La démarche normale consiste à formuler les politiques dans le cadre de la procédure législative.

Le Gouvernement définit la politique qu'il compte mener pour l'ensemble d'une législature (5 ans), les Ministres se chargent de déposer les projets et textes de loi, avant le débat parlementaire, les organes consultatifs expriment leurs avis (les organisations professionnelles, le Conseil Economique et Social, les Caisses de pension et de maladie, l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale, le Conseil Supérieur des Personnes Agées, ...).

Cette voie institutionnelle a surtout été empruntée dans le cadre des réformes du système de protection sociale, que ce soit pour le système des pensions du régime contributif en 1991 ou celui de l'assurance maladie en 1992.

L'inconvénient est que cette procédure demeure lente et lourde. Par exemple, une partie importante de la loi portant sur la réforme de l'assurance maladie, qui a été votée en juillet 1992, n'a pris effet qu'en janvier 1994.

De plus chaque projet où l'engagement financier de l'Etat dépasse 100 millions de francs (pour les infrastructures d'hébergement et d'accueil) nécessite l'application de la procédure législative et le vote d'une loi.

Par contre le Programme National pour Personnes Agées, qui est considéré comme le texte de référence en matière de politique de la vieillesse du Gouvernement, (aucune réponse parlementaire du Ministre de la Famille sur la question de la politique menée en faveur des personnes âgées ne débute sans se référer au Programme National) n'a jamais fait l'objet d'un débat parlementaire ni d'un texte de loi.

Il s'agit plus d'un plan d'action gérontologique élaboré par le Ministère de la Famille sur la base de concepts gérontologiques nouveaux, son implémentation s'est faite par la rédaction d'un règlement ministériel (31.1.1992) portant exécution du Programme.

Pendant ces dernières années, on a vu se multiplier au niveau des Ministères les programmes d'actions politiques (pour la construction de logements, pour la réorganisation du secteur hospitalier, pour les handicapés, l'enfance etc...)

Le Programme en faveur des personnes âgées fixe également un nouveau cadre d'intervention (fixé au niveau géographique par un zonage en 5 régions) aux organismes privés et associatifs compétents dans la prestation des services à domicile.

Enfin, le plan repose sur un concept nouveau (celui du centre intégré), fort répandu dans les pays nordiques, qui vise à restructurer et à développer les infrastructures d'hébergement collectif.

Le concept de maintenir une personne âgée dans la même structure d'hébergement jusqu'à un stade avancé de la maladie de sénescence pose d'une part le problème du partage des compétences entre le sanitaire (Ministère de la Santé) et le social (Ministère de la Famille) et d'autre part celui de la prise en charge des soins lourds par les pensionnaires dans ces centres intégrés.

Toutefois la mise en oeuvre du Programme, qui répond aux nécessités de l'évolution démographique, demeure une des priorités de l'Etat. Elle implique une programmation des travaux de construction, de rénovation et de modernisation des infrastructures et nécessite de donner une priorité aux investissements à caractère sociaux et médico-sociaux.

Dans la Déclaration du Gouvernement sur la Situation Economique, Sociale et Financière du Pays prononcée par le Premier Ministre à la Chambre des Députés le 29 avril 1992, il apparaît clairement que le Programme en faveur des personnes âgées est poursuivi prioritairement (pour le volet infrastructure) dans le cadre d'un programme pluriannuel d'investissement.

Les dépenses liées aux travaux publics sont des dépenses d'investissement financées par le biais des fonds d'investissements publics administratifs, scolaires, sanitaires

et sociaux; elles ont augmenté de 220%<sup>2</sup> pendant la période 1989-1994.

En ce qui concerne plus particulièrement la politique du troisième âge, les crédits de l'Etat ont augmenté de 336% entre 1988 et 1994 (passant de 484 millions à 2.110 millions de francs). Une partie considérable de ces crédits est destinée au financement de dépenses d'investissement (qui ont augmenté de 1177% entre 88 et 94), essentiellement en vue de la rénovation de maisons de retraite, de leur transformation en centres intégrés et de la construction de nouveaux centres intégrés.

Tous les ans, au moment des débats parlementaires sur l'état de la Nation, les propositions budgétaires de chaque ministre font l'objet d'âpres discussions.

Dans sa dernière Déclaration de politique générale sur l'état de la Nation, en mars 1994, le Premier Ministre mentionne que "toutes les mesures en faveur des personnes âgées comportent un coût élevé" et qu'en fonction d'un vieillissement toujours croissant de la population, "il faudra apporter une réponse au problème du financement de la politique pour personnes âgées".

Actuellement l'Etat intervient massivement (pour 80%) dans le financement des projets de construction ou de modernisation d'infrastructures lourdes. Les 20% restants sont à la charge du promoteur (communes ou organismes privés).

D'autre part les prix des pensions pratiqués ne couvrent pas les frais de fonctionnement, d'assistance et de soins dans les institutions. Le souci de maintenir l'équilibre financier impose au Gouvernement de trouver de nouveaux partenaires financiers (employeurs, salariés) et d'envisager l'introduction d'une assurance-dépendance pour suppléer à la couverture des frais engendrés par les maladies de sénescence.

Pour mettre en place un système de prise en charge de la dépendance, le Gouvernement consulte les partenaires sociaux.

La spécificité du Luxembourg dans le domaine de la politique sociale, c'est d'avoir su maintenir et préserver un modèle de concertation que l'on appelle la Tripartite (ou le Comité de coordination tripartite) qui cherche avant tout le consensus social.

La Tripartite réunit les membres du Gouvernement, les représentants des différentes centrales syndicales et les organisations patronales. Le souci majeur demeure la recherche d'un accord de consensus sur les grands axes de politique sociale et le choix des priorités. Cela revient à améliorer l'efficacité

---

<sup>2</sup> Discours budgétaire prononcé par Monsieur J.C. Juncker, Ministre des Finances, le 1er décembre 1993 à la Chambre des Députés.

des politiques mises en oeuvre par leur mise en conformité à la volonté des usagers.

L'avantage qu'apporte la faible taille d'un Etat comme le Luxembourg, c'est l'existence d'une forte **proximité** entre les usagers et leurs élus, entre le central et le local.

Nous retrouvons souvent les mêmes acteurs aux deux niveaux. En fait, il n'y a pas de niveaux intermédiaires, comme c'est le cas dans les autres pays, la relation est directe entre l'Etat et les Communes (au nombre de 118). Cela peut être considéré comme un atout; dans certains cas, l'implémentation des politiques y gagne en vitesse d'exécution.

La faible taille entraîne également une forte représentativité politique (60 députés pour 400.000 habitants, soit 1 Député pour 6700 habitants); à niveau égal de représentativité, la France compterait 8360 députés!. Ceci a pour conséquence que la commune est pratiquement "directement" représentée à la Chambre des Députés.

Comme il y a une forte imbrication entre le National et le Local, notamment pour les acteurs politiques, le rôle des communes dans la programmation et la planification est assez limité, la tendance va dans le sens d'une accentuation de la programmation centralisée. Cette dernière est incitative et dirigée, c'est-à-dire que les partenaires qui participent et collaborent à la mise en oeuvre du Programme se verront soutenus financièrement par l'Etat (par le biais du conventionnement).

Le Programme vise essentiellement à **coordonner** l'action gérontologique (psycho-sociale et médico-sociale) des différents services de maintien à domicile, de telle sorte qu'elle soit dispensée avec équité dans toutes les communes du pays.

Il cherche également à **gérer** les différents centres d'accueil et infrastructures d'hébergement publics (pour lesquelles le Ministère de la Famille est compétent) et à **fixer des règles** en matière de formation du personnel (formation d'aide-senior), de réorganisation des services administratifs des maisons de retraite, de répartition du personnel. Elle **réglemente** aussi l'intervention des organismes privés par le biais de la signature de conventions. Enfin, son but consiste aussi à **harmoniser** les tarifs de prise en charge et à fixer la part de l'Etat au niveau de la prestation des différents services.

Nous avons constaté ces dernières années un renforcement de l'emprise de l'Etat dans toutes les actions en faveur des personnes âgées et une participation plus accrue au contrôle des activités des prestataires de services.

En d'autres termes nous assistons par le biais du principe de subsidiarité à une **institutionnalisation** croissante des services qui s'accompagne souvent d'une bureaucratisation des activités (voire même dans certains cas d'une "fonctionnarisation" du personnel).

Alors que l'action sociale et médico-sociale repose essentiellement sur le travail des associations et organismes privés (qui comprennent de moins en moins de bénévoles) et s'organise selon le principe de subsidiarité qui leur laisse une certaine liberté et autonomie de gestion, l'Etat apporte malgré tout un soutien financier considérable par la voie du système de conventionnement.

Le secteur conventionné a connu une forte croissance ces dernières années. Depuis 1990, le nombre du personnel conventionné, dont le salaire (équivalent à celui d'un fonctionnaire) est principalement pris en charge par le budget de l'Etat, a augmenté de 56%<sup>3</sup>.

Toutefois, compte tenu des problèmes budgétaires liés à une conjoncture économique défavorable, l'Etat s'est vu dans l'obligation de mener une politique de rigueur budgétaire et de compression des dépenses. La réduction du développement du secteur conventionné en est un exemple.

Pour les demandes d'engagements supplémentaires (en personnel paramédical et socio-éducatif) des seuls organismes conventionnés par le Ministère de la Famille, le Gouvernement n'a accordé que 27% des demandes pour 1993 et 16% pour 1994.

D'autre part l'évolution des finances publiques imposa au gouvernement, pour l'exercice budgétaire de 1993, de réduire de l'ordre de 10% les dépenses d'investissement public en matière de maison de retraite, de centre d'accueil et de foyer de jour.

---

<sup>3</sup> Discours budgétaire prononcé par Monsieur J.C. Juncker, Ministre des Finances, le 1er décembre 1993 à la Chambre des Députés.

## 2) Rapports entre le centre décisionnel et les collectivités locales.

Le pouvoir central définit les politiques et le pouvoir local les met en pratique, même si l'on trouve parfois les mêmes acteurs politiques aux deux niveaux.

Au Grand-Duché, il y a absence d'une base législative et organique qui fixe les principes et objectifs de la structure actuelle de l'organisation des services de maintien à domicile de même que celle de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées au niveau national et communal (comme c'est le cas pour le revenu minimum garanti ou la réforme des pensions). Toutefois le recours au processus législatif accompagne chaque création ou modernisation d'infrastructure d'hébergement. La loi autorise alors l'Etat à participer au financement de la construction de l'infrastructure en question.

D'autre part les Ministres de la Famille, de la Santé et des Finances procèdent par Règlements Grand-Ducaux pour fixer les prix des pensions des maisons de retraite et de soins gérées par l'Etat.

Le contrôle des activités des organismes conventionnés par l'Etat s'effectue plutôt par la voie administrative.

En fait, le Ministère légifère surtout pour exécuter une mesure politique ou administrative, mais plus rarement dans le but de donner un cadre légal à la formulation d'une politique.

La loi du 24 février 1843, instituant au niveau communal des bureaux de bienfaisance, futurs offices sociaux (dénomination donnée par la loi du 26 juillet 1986 portant création d'un revenu minimum garanti), et la loi du 28 mai 1897 sur le domicile de secours, qui précise les compétences communales et étatiques, sont les seules bases juridiques, couvrant au niveau communal le domaine de l'aide sociale et de la situation d'indigence en particulier.

C'est sur ces bases juridiques que quelques communes, le plus souvent avec l'aide des congrégations religieuses, ont créé des structures d'hébergement : les hospices civils. Il demeure quelques établissements (maison de retraite et de gériatrie) qui fonctionnent encore sous ce statut.

Quant aux offices sociaux, ils sont présents de par la loi dans toutes les communes, mais en réalité, il n'y a que 4 communes qui sont dotées d'un véritable service social. En effet seules les grandes communes (villes) peuvent s'assurer du financement d'un tel service.

Une grande partie des activités de maintien à domicile (à l'exception des soins à domicile pour laquelle intervient l'assurance maladie) et d'hébergement se base sur une tarification sociale qui prend en considération les ressources des bénéficiaires.

Lorsque la personne ne peut acquitter le montant prévu au barème pour le service presté, elle peut faire appel à l'office social de la commune afin qu'il prenne en charge le supplément à payer. La commune prévoit dans son budget les sommes qu'il faut allouer à l'office social (budget social), l'Etat supporte une grande partie de la charge des communes par le biais de la dotation budgétaire qu'il leur accorde.

Toutefois l'aide sociale n'est mise en oeuvre qu'après le jeu de la solidarité familiale qui repose sur les bases juridiques de l'obligation alimentaire (article 205 du code civil). Les modalités d'intervention des communes dans le financement des prestations sont précisées au niveau d'une convention signée avec le prestataire.

Il n'y a pas de plan politique (consignes précises) destiné spécifiquement à guider les communes dans le rôle qu'elles ont à jouer en complément de la politique nationale. Ces consignes serviraient à définir la tâche et les compétences des communes au niveau de la politique de la vieillesse.

Par exemple, il existe actuellement, dans la majeure partie des communes du pays, des Commissions du 3<sup>ème</sup> Age. Il s'agit d'un comité consultatif qui traite des problèmes de vieillesse au niveau de la commune et des initiatives à développer. Il n'existe aucun texte qui définisse la composition, la mission et les compétences de ce conseil.

Depuis 1992, le Programme National pour Personnes Agées a ajouté un niveau intermédiaire qui ne correspond à aucun découpage administratif existant. En établissant 5 centres régionaux pour personnes âgées (appelés CERPA), le Gouvernement a fixé un cadre géographique mais surtout fonctionnel dans lequel s'organisent et se coordonnent les différentes interventions. La commune se retrouve intégrée en tant que partenaire et parfois prestataire dans une conférence de coordination au niveau régional. Chaque centre régional semble devoir fonctionner selon le principe du guichet unique qui recueille les demandes d'aide et d'hébergement des personnes âgées et qui coordonne la distribution des prestations. Chaque centre dispose d'une centrale d'appels que chaque bénéficiaire du système de téléalarme peut joindre en cas d'urgence.

Le fonctionnement de cette nouvelle structure qui correspond à une approche plus globale de la prise en charge des besoins de la personne âgée se met en place lentement et rencontre certaines difficultés. En fait le schéma n'est pas simple et il nécessite l'appui de tous les acteurs intervenant dans le domaine. Actuellement aucun CERPA ne fonctionne encore selon le schéma préétabli.

Pour assurer une meilleure coordination entre les administrations des 2 Ministères de tutelle (Ministère de la Famille et le Ministère de la Santé), une commission interministérielle pour personnes âgées a été établie. Elle regroupe les hauts fonctionnaires (Conseillers politiques) afin qu'ils accordent

leurs interventions sur des problèmes similaires (tarification, mesure de la dépendance etc...).

Toutefois cette commission ne se réunit que rarement. Il faut relever qu'il existe des divergences politiques entre les deux Ministères (la Santé est du ressort des socialistes et la Famille des socio-chrétiens), et cela aboutit souvent à des conflits d'intérêts partisans.

Par exemple, pour les personnes âgées dépendantes, deux systèmes différents de prise en charge ont été développés, l'un relevant du Ministère de la Santé (services de soins à domicile, allocation de soins et maisons de gériatrie), l'autre du Ministère de la Famille (services d'aide à domicile et centres intégrés). Ces deux systèmes sollicitent des institutions différentes et reposent sur des approches différentes du problème de la dépendance (Kerschen, 1993).

Dans le processus de réflexion et de concertation pour une éventuelle mise en place d'un système unique de prise en charge de la personne âgée dépendante, aucune proposition n'a été esquissée dans le cadre de la politique de la santé ni dans le document "Santé pour Tous" de 1994, ni dans le Plan hospitalier de 1994, ni même dans le texte de la loi de réforme de l'assurance maladie de 1992.

Toutefois, en 1993, le Gouvernement (Ministère de la Sécurité Sociale) a présenté une étude faisant le bilan du système de prise en charge de la dépendance et des propositions sur son développement.

Malgré tout les initiatives sur cette question se rencontrent davantage dans le cadre de la politique sociale de la vieillesse que dans la politique de la santé.

Mais c'est dans le choix d'implantation d'infrastructures lourdes que les dysfonctionnements entre le politique et l'administratif sont les plus flagrants. Les hauts fonctionnaires des Ministères émettent des avis et conseillent sur le choix équitable des zones d'implantation des infrastructures en fonction des besoins régionaux et des caractéristiques démographiques de la population. Tandis que les conseillers politiques se basent sur d'autres critères (intérêts électoraux, disponibilité de terrains proposés par certaines communes, possibilité d'une participation au financement, création d'emplois) pour décider du choix de l'emplacement.

Le résultat donne une répartition inégale voire arbitraire des nouvelles institutions sur l'ensemble du territoire. C'est la zone urbaine située dans l'agglomération de Luxembourg qui se trouve privilégiée par ces nouvelles implantations, or c'est là que la proportion de personnes âgées est la plus faible.

En fait, quand une collectivité locale prend l'initiative de construire un équipement lourd, elle se tourne automatiquement vers l'Etat pour trouver le partenaire financier, elle perd alors le contrôle de la destinée du projet.

En général, elle met à disposition le terrain et participe à hauteur de 20% au coût de réalisation de l'infrastructure (pour un centre intégré par exemple).

Le pensionnaire couvre une partie des frais de fonctionnement de l'établissement (prix de pension qui ne couvre pas le prix réel), le restant est pris en charge soit par l'Etat dans le cas d'un établissement public, soit par la commune (office social), soit par l'organisme privé (dans le cas d'un centre privé).

La marge d'initiative de la commune dans le cas d'un équipement lourd est assez réduite, et la taille minimum de l'établissement, répondant au souci de rentabilité économique, dépasse très souvent la capacité et les besoins d'une seule commune.

De nouvelles formes de coopération entre plusieurs commune d'un même secteur géographique ont vu le jour. Ainsi, dans le cas d'un nouveau projet de construction de centre intégré communal, nous avons vu se développer une certaine solidarité entre les communes du canton dans le but de se diviser les 20% restant à leur charge. Chaque commune participant à l'investissement a signé, avec le gestionnaire du centre, une convention qui lui donne droit, au prorata de l'apport financier, à une priorité sur un certain nombre de place correspondant aux besoins de chaque commune (dans cet exemple la commune d'implantation n'avait gardé la priorité que sur 38% des places créées).

Lorsqu'il s'agit d'un projet moins lourd, un foyer de jour par exemple, la participation de la commune se monte à 50% des frais d'infrastructure, les 50% restants sont couverts par l'Etat.

En 1993, les communes ont été sollicitées par les pouvoirs publics pour participer aux frais de fonctionnement des foyers de jour (prix de journée) et des services d'aide à domicile (prix horaire). Les pourparlers entrepris par le responsable du Service des Personnes Agées (Ministère de la Famille) avec les communes ont abouti grâce à l'intervention du Ministère de l'Intérieur (ministère de tutelle). Un accord avec le Syndicat des Villes et Communes Luxembourgeoises (SYVICOL) fixe le montant de cette participation, celle-ci se substituant dorénavant à la prise en charge de la commune au titre de la législation sur le domicile de secours.

Un certain nombre de communes ont accepté, en vertu du principe de subsidiarité, de contribuer directement au financement des services<sup>4</sup>. Néanmoins quelques communes préfèrent maintenir le système préexistant basé sur le domicile de secours et qui faisait l'objet de conventions avec les organisations associatives prestataires de services de maintien à domicile.

Outre une responsabilité accrue de l'Etat, la tendance récente montre la volonté d'impliquer davantage les collectivités locales

---

<sup>4</sup> Rapport d'activité 1993, Ministère de la Famille et de la Solidarité.

dans le financement des institutions, mais surtout, et c'est là l'élément nouveau, dans le recouvrement des frais de fonctionnement des institutions (foyer de jour) et des services (aide à domicile). Le souci majeur demeure la maîtrise des dépenses publiques par une meilleure répartition de la charge financière entre les différents partenaires intervenants.

Le rôle de la commune est aussi plus important dans la **prestation de certains services de maintien à domicile**, il s'agit du service de distribution de repas chauds (repas sur roue) et du service de téléalarme (système d'appel de détresse). Dans ces deux cas, la commune est impliquée dans l'organisation et le financement de la prestation destinée à la personne âgée.

L'absence de cadre légal donne lieu, d'une commune à l'autre, à des différences parfois considérables dans les mécanismes de fonctionnement de tels services. Ces disparités entre communes (au niveau des moyens propres mis en jeu) sont toutefois largement compensées par l'aide de l'Etat.

D'autre part pour assurer les activités d'aide à domicile, de soins à domicile et d'accueil en foyers de jours, un certain nombre de communes ont constitué ensemble des organismes (associations et syndicats intercommunaux) prestataires de services.

La commune de la Ville de Luxembourg fait exception dans le domaine de l'implémentation politique, dans le sens où elle jouit davantage de l'autonomie communale (elle gère un guichet réservé aux personnes âgées, c'est le service senior et un office social), ce qui lui permet d'organiser, en plus des services conventionnels, des actions propres. Elle dispose des moyens financiers, humains et matériels indispensables au succès d'une telle initiative. Il est dommage que les services offerts aux habitants de la commune ne dépassent pas le cadre des limites administratives, alors qu'il serait judicieux de les développer et de les coordonner à un niveau plus large, celui de l'agglomération urbaine.

La commune joue également un rôle important **dans l'offre de logements** destinés aux personnes âgées valides (plus de la moitié de la capacité d'accueil existante appartient au secteur communal). Il s'agit d'appartements, achetés ou loués, spécialement conçus et aménagés en fonction des besoins des personnes âgées. Ces infrastructures constituent des unités de petite taille et leurs créations s'adaptent plus aisément aux possibilités financières des communes (L'Etat participe également au financement des constructions). Les Ministères du Logement et de la Famille dispensent les conseils et fixent les critères à respecter.

La commune, malgré le manque d'homogénéité, apparaît comme le lieu privilégié de coordination des différents opérateurs. Or aucun texte légal, aucune circulaire ministérielle ne fixe une instance de coordination à ce niveau, alors que la Commission du 3<sup>ème</sup> Age pourrait remplir les fonctions d'une instance de coordination de l'action gérontologique locale.

Une fois précisées la mission et les compétences de cet organe par les pouvoirs publics, les acteurs locaux (associations, gestionnaires d'établissements d'accueil, travailleurs sociaux, responsables des services de maintien à domicile et élus locaux) pourraient définir ensemble les besoins et les moyens à mettre en oeuvre au niveau de la commune. Cette Commission pourrait ainsi assurer la liaison et faciliter la concertation avec l'Etat.

En conclusion, il y a lieu de développer au niveau communal une instance qui se charge de la mise en oeuvre de la politique de la vieillesse. Cette instance pourrait se formaliser autour de structures déjà existantes (par exemple l'office social qui est l'organe d'implémentation de la politique sociale ou encore la Commission du 3<sup>ème</sup> Age) étant entendu que de nouvelles attributions devraient être définies, ou pourrait résulter de la création d'une structure nouvelle, comme le prévoit le Programme National au niveau régional par exemple (conférence de coordination dans le Cerpa).

La relation entre le pouvoir central et local fonctionne plutôt en sens unique (de l'Etat vers les communes) et par voie administrative (entre fonctionnaires de deux administrations différentes).

Il y a lieu de faciliter l'interaction avec les collectivités locales de telle sorte que le "courant" (idées, initiatives, actions novatrices, mais aussi besoins et ressources) remonte de l'unité de base vers le niveau central.

Toutefois il n'existe pas un modèle unique de relation entre le local et le central même pour un pays aussi centralisé que le Luxembourg. Il y a des particularités, comme les villes par exemples, qui ont développé des systèmes propres et ont pu innover, tandis que d'autres collectivités locales sont réduites à un rôle d'application.

En fait, comme nous allons le voir par la suite, l'Etat privilégie l'implémentation directe, en établissant des relations (par la signature de conventions) spécifiques avec les différents opérateurs et ces derniers fonctionnent de la même façon avec les communes.

### 3) Relations entre le secteur public et le secteur associatif privé.

Par secteur associatif, il faut entendre les organisations non gouvernementales (Croix-Rouge, CARITAS), les associations sans but lucratif (loi de 1928) et les organisations caritatives qui ne peuvent être assimilées au secteur commercial ou marchand.

Ce secteur est d'une grande importance au Luxembourg, la majeure partie de l'activité prestée en faveur des personnes âgées repose sur lui. En effet, la plupart des initiatives et actions formulées par le Programme National pour personnes âgées sont organisées par les associations privées, qui bénéficient par la voie conventionnelle du soutien financier de l'Etat.

Lorsque l'on parle des relations entre l'Etat et les associations il y a lieu de distinguer le secteur conventionné du secteur subventionné et du secteur libre (NEYENS, 1993).

Il faut séparer également dans le secteur conventionné:

- les organisations prestataires de services institutionnels (maintien à domicile, gestionnaire de foyer de jour ou de maisons de retraite, formation de personnel) composées en majorité de professionnels des branches sanitaires et sociales,
- les organisations bénévoles (associations regroupant des personnes âgées ou d'autres bénévoles), très peu professionnalisées.

Lors de l'élaboration du Programme National par le Ministère de la Famille, les fonctionnaires et responsables politiques ont fixé les zones de desserte de chaque association et ceci en commun accord avec les organismes prestataires de services d'aide (8 associations regroupées en 4 organismes) et de soins à domicile (19 associations regroupées en 6 organismes), et en fonction de la nature du service. Le but était de couvrir le plus rapidement possible l'ensemble du territoire.

Le Programme a ainsi permis d'accélérer l'extension du réseau de maintien à domicile.

Le zonage institué est le fruit d'une négociation entre le Ministère et les organismes prestataires qui sont tous conventionnés. D'une part, la convention confère au Ministère une position de force, d'autre part elle donne à l'organisme le monopole sur un espace limité en même temps qu'une sécurité financière, les grandes associations couvrant des zones plus importantes que les petites.

Ce système élimine l'émergence d'un secteur privé lucratif (au statut d'entreprise ou de société) dans la délivrance de services institutionnels d'aide à domicile.

Mais cela n'empêche pas les personnes âgées ou leurs proches de recourir à du personnel d'aide ménagère privé (souvent employé illégalement donc moins coûteux).

Les relations entre l'Etat et les associations spécialisées dans les prestations de services aux personnes âgées sont de type contractuelles et ne reposent pas sur les bases juridiques d'un texte de loi (NEYENS, 1993). Mais le financement du secteur conventionné par l'Etat suit le processus législatif puisqu'il fait l'objet tous les ans de la loi budgétaire.

Depuis les années 1975, moment où les premières conventions ont été signées par le Ministère de la Famille<sup>5</sup>, les liens ont évolués et se sont adaptés à la sectorisation imposée par une spécialisation accrue des associations.

Actuellement dans le domaine de la vieillesse, il existe plusieurs types de conventions adaptés à chaque prestation (aide à domicile, soins à domicile, gestion d'un foyer de jour et d'une maison de retraite).

Les conventions sont conclues pour la durée d'une année et précisent un certain nombre de règles concernant l'organisation et la gestion du service:

- elles définissent l'objet de l'association.
- elles fixent la mission et la composition d'une commission de concertation encore appelée comité de gérance, qui assure la collaboration entre l'Etat et l'organisme (cette commission qui s'occupe de la gestion journalière du service se compose de membres représentant l'organisme gestionnaire, du responsable, de représentants du Ministère de la Famille et des personnes âgées).
- elles fixent la mission et la composition d'une commission d'harmonisation qui regroupe les représentants des différents organismes prestataires de services en faveur des personnes âgées (7 membres représentent les organisations et 7 autres l'Etat).
- elles imposent à l'organisme de collaborer avec d'autres partenaires dans le cadre des Centres Régionaux pour Personnes Agées, et ceci au sein d'une conférence de coordination.
- elles déterminent la qualification et le nombre du personnel à engager ainsi que les modalités de recrutement et les conditions de rémunération.
- elles prescrivent les règles de la gestion financière, le niveau de la participation des communes (lorsqu'elles interviennent) et les modalités du contrôle de la gestion par l'Etat (qui sous certaines conditions couvre le déficit

---

<sup>5</sup> Concernant l'évolution historique du mouvement associatif familial luxembourgeois voir les travaux de HARTMAN, WELTER, NEYENS, : Les services sociaux au Luxembourg, CERFaS, 1993.

éventuel).

L'ensemble de ces prescriptions montre la force de l'intervention de l'Etat et la volonté de mettre en oeuvre sa politique de la vieillesse au niveau des principaux opérateurs. Ainsi aucune initiative d'ampleur ne peut durer et se développer sans se conformer aux dispositions de la politique formulée par le Programme National.

L'Etat devient alors le partenaire incontournable pour la mise en oeuvre de toute action en faveur des personnes âgées. Les associations ont tout intérêt à garder de bonnes relations avec les pouvoirs publics d'autant plus que certaines d'entre elles ont établi plusieurs conventions avec le même Ministère pour des services différents.

Il est à signaler que les associations conventionnées dans le secteur du maintien à domicile ne se sont pas regroupées pour créer une fédération qui pourrait alors accroître leur poids face aux pouvoirs publics et renforcer leur capacité de pression (création d'un lobby).

Cette forme de partenariat contribue à augmenter le rôle de l'Etat par une participation financière qui s'accroît au fur et à mesure que les services se développent. L'avantage de pouvoir exercer une pression financière renforce la position de l'Etat dans le choix et la maîtrise des instruments qui vont servir à mettre en oeuvre sa politique.

Cette liberté d'action (finalement plus grande qu'en passant par l'intermédiaire des communes) a un inconvénient qui est le coût, d'autant plus élevé qu'il marque une forte progression ces dernières années.

La période de prospérité et de croissance économique de la fin des années 80 a permis la création d'un grand nombre de postes conventionnés. Mais depuis 1990, le rythme s'est ralenti en fonction de la crise économique et au fur et à mesure que le verrouillage des dépenses publiques s'est opéré. Cette liberté d'intervenir au niveau de la gestion budgétaire des ressources humaines est facilitée par le système du conventionnement. L'Etat garde une marge de manoeuvre et peut réguler les ressources humaines des organismes conventionnés. Par cette voie, il intervient de façon directe sur la capacité de l'offre de services.

Or, en période de conjoncture difficile, l'Etat réduit le développement du nombre des postes conventionnés et ce, malgré une forte augmentation de la demande en services. Cette politique financière de compression des dépenses publiques accroît le déséquilibre entre offre et demande de services.

Dès lors ce n'est plus l'Etat mais l'organisme prestataire qui doit solutionner ce type de problème. En effet, ce dernier se trouve face à une situation paradoxale qui lui impose de réorganiser son activité pour ne pas la réduire et cela malgré une demande qui s'accroît. L'organisme n'a guère de choix

possible, il s'adapte en réduisant la durée de la prestation pour chaque personne âgée.

Le système de conventionnement impose une grande rigueur administrative aux organismes qui prestent leurs services au niveau de plusieurs régions. Ils sont obligés de présenter un rapport de gestion et une comptabilité pour chaque région (CERPA).

En 1993, l'Etat a malgré tout augmenté de 18,8% (par rapport à 1992) sa contribution financière aux frais des services d'aide à domicile<sup>6</sup>. Les crédits budgétaires que le Ministère de la Famille a octroyé aux 3 types de convention (foyer de jour, aide à domicile et autres activités associatives diverses dont le Service des Personnes Agées effectue le contrôle) sont passés de 35 à 170 millions de francs entre 1989 et 1993, soit une augmentation de 386% sur 4 ans.

Compte tenu de cette évolution des crédits budgétaires, de l'ampleur des fonds publics engagés, de la forte croissance du secteur conventionné et de la diversification des mesures en faveur des personnes âgées, le Gouvernement (Ministre de la Famille) a décidé de réactualiser un projet de loi datant de 1979 dans le but de régler par la voie légale, les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

- Ce projet touche ainsi l'ensemble des activités prestées par des organismes de droit privé et de droit public en faveur des personnes âgées, que cela soit au niveau de leur hébergement ou de leur maintien à domicile.

- Dans le document parlementaire N°3571<sup>1</sup> du 27.5.93, le gouvernement reconnaît l'importance et le rôle primordial de l'initiative privée dans le domaine de l'action socio-familiale et socio-thérapeutique, il conforte ce rôle moteur et limite celui de l'Etat à une coordination générale de l'ensemble de l'action, ainsi qu'à une intervention financière (dans la mesure où elle s'avère nécessaire ou encore si l'organisme en fait la demande).

Le contenu de ce projet s'articule autour de trois propositions:

- Il vise à assurer aux usagers une protection maximale par l'introduction d'une agrégation. Cette agrégation de l'Etat est obligatoire pour tout fonctionnement d'une activité prestée par un organisme, il est assorti d'un droit de surveillance des pouvoirs publics. Il garantit la qualification du personnel et les infrastructures mises en service. Les relations entre l'utilisateur et l'organisme prestataire sont réglées par un contrat de prestations de services.

---

<sup>6</sup> Rapport d'activité 1993, Ministère de la Famille et de la Solidarité, p.74.

- Il maintient le système établi par le conventionnement comme règle de base de la participation financière de l'Etat.

- Il propose la mise en place au niveau des Ministères de la Famille et de la Santé de services de contrôle qui seront placés sous la tutelle de deux commissaires de gouvernement. Les deux Ministères devront coordonner leurs activités au sein d'un Comité Interministériel des services de l'action socio-familiale et socio-thérapeutique. Une plate-forme de collaboration entre l'Etat et les organismes sera constituée auprès de chaque Ministre de tutelle. Il s'agit de deux Commissions Consultatives qui viendront remplacer l'actuelle Commission d'Harmonisation.

Une critique importante du projet de loi initial (1991) avait été formulée par les opérateurs à savoir l'Entente des Gestionnaires des Centres d'Accueil, elle se rapportait au mode d'implémentation de la loi. En effet, le projet prévoyait six règlements grand-ducaux d'application. Considérant que ces règlements sont, par l'importance de leur contenu, les véritables instruments de la mise en oeuvre de la loi au niveau du travail accompli sur le terrain par les organisations, il était de toute première nécessité de définir le contenu de ces derniers dans le texte même de la loi.

En réponse à cette remarque le projet de loi a été modifié et un texte de projet du Règlement Grand-Ducal fixant les conditions d'obtention de l'agrément a été proposé.

Une autre réflexion s'impose: le projet de loi qui s'inspire de l'organisation administrative mise en place dans le domaine de l'action sociale envisage la création de deux administrations analogues, avec des schémas d'organisation identiques, seuls les champs d'application diffèrent, l'un vise la famille et l'autre la santé. Comme les mécanismes administratifs sont quasi-similaires pour ces deux corps, n'aurait-on pu songer à se saisir de l'occasion pour se poser la question de l'opportunité de ne créer qu'une seule administration en faisant ainsi l'économie d'une administration parallèle.

Avec une augmentation des revenus des personnes âgées<sup>7</sup> (Hausman, 1994), la solvabilité croissante de la demande aurait pu susciter une émergence du secteur marchand. Or, comme ce secteur est pratiquement inexistant dans la prestation de services, c'est le secteur conventionné qui a bénéficié de la hausse de la demande. D'autre part comme le secteur conventionné pratique des tarifs sociaux, il est impossible que le secteur marchand puisse entrer en concurrence.

---

<sup>7</sup> Entre 1985 et 1990, c'est la catégorie des ménages âgés de 65 à 69 ans qui arrivent en tête de l'augmentation du pouvoir d'achat. Le niveau de pouvoir d'achat exprimé en % du revenu disponible par unité de consommation dépasse, pour cette classe d'âge, de 25 points le revenu médian.

Malgré cela, nous avons vu apparaître, vers les années 1991-92, une offre émanant du secteur privé marchand dans le domaine des assurances sociales et plus particulièrement pour la prestation de services spécifiques aux problèmes de la vieillesse (assurances soins privées ou assurances pensions complémentaires privées).

L'absence du secteur conventionné dans ce domaine a permis l'émergence de tels services, mais c'est surtout l'augmentation du niveau de vie des personnes âgées qui a induit une demande suffisamment importante.

Dans le domaine de la santé, le secteur privé de la médecine libérale s'intègre assez bien dans les dispositifs planifiés de la politique de la vieillesse, mais plutôt en tant qu'intervenant extérieur. Le médecin de famille est un maillon indispensable au fonctionnement du système de service de soins à domicile ou en institution. Il arrive fréquemment qu'un médecin généraliste soit appelé pour visiter un patient dans une maison de retraite. En plus, sa présence est indispensable pour déclencher une procédure d'admission à caractère urgent, voire un placement temporaire en cas de perte d'autonomie. Pourtant son rôle n'apparaît que faiblement dans la coordination des soins institutionnels pour personnes âgées délivrés au niveau local.

Le secteur privé est bien développé dans le domaine de l'hébergement des personnes âgées. Il gère la moitié de la capacité des lits disponibles. Les maisons de retraite sont sous la responsabilité de fondations privées, de congrégations religieuses.

Les liens avec l'Etat se nouent au moment où les gestionnaires déterminent le mode de financement pour la rénovation, l'agrandissement voire même la construction d'institutions. Le Gouvernement en Conseil a décidé en 1990, pour répondre à la pénurie de places en centres d'hébergement, de subventionner 80% du projet de financement des maisons de retraites privées et communales.

Cette participation financière donne un droit de regard aux pouvoirs publics, et même s'il n'est pas mentionné de façon formelle et officielle, il permet d'inciter les gestionnaires de ces centres à participer aux réunions organisées pour les Centres Intégrés de l'Etat en matière de formation continue du personnel, de réorganisation des services administratifs, de services d'hébergement (assistance, cuisine, ménage) et des services techniques<sup>a</sup>.

Toutefois, la pénurie de places dans les centres publics (centres intégrés ou maisons de soins) n'a pas suscité le démarrage économique du secteur commercial privé dans le domaine de l'hébergement.

---

<sup>a</sup> Rapport d'Activité 1993 du Ministère de la Famille.

Le prix des pensions pratiqué ne correspondant pas au prix réel, il ne permet pas à une institution privée d'être rentable au Luxembourg. La seule condition de rentabilité est de pratiquer des tarifs nettement plus élevés qu'une certaine catégorie plus aisée de personnes âgées serait disposée à payer.

La conséquence de cette absence du secteur privé se mesure dans l'augmentation de l'offre de prise en charge privée dans les zones frontalières des pays limitrophes.

Enfin, il y a une inadéquation entre la structure de la demande d'hébergement et la politique de l'offre. La demande principale correspond à une prise en charge de plus en plus lourde suite à une forte perte d'autonomie de la personne âgée (maison de soins et de gériatrie), or l'offre principale vise l'accueil d'une personne âgée encore plus ou moins valide (centre intégré) même s'il est prévu de maintenir cette personne dans la structure jusqu'à un stade avancé de dépendance.

Actuellement vu le gain en espérance de vie et l'effet des possibilités de maintien à domicile, les personnes âgées intègrent les institutions de plus en plus tardivement (la moyenne d'âge est de 82 ans), à des degrés d'infirmité de plus en plus aigus.

**En conclusion**, nous venons de voir l'importance que l'Etat accorde au secteur des associations conventionnées dans la mise en oeuvre du Programme National pour Personnes Agées.

Ces associations qui se sont spécialisées dans la prestation de services professionnels à un "type de client", ne correspondent plus au profil des associations bénévoles venant en aide aux nécessiteux, mais plutôt à celui d'une entreprise, dont le secteur économique est la prestation du "social" au troisième âge.

Le rôle d'acteur principal est néanmoins soumis à des règles très strictes (conventions) que l'Etat tente d'ancrer par une loi.

Pratiquement l'ensemble de la politique en faveur des personnes âgées se base sur la fourniture matérielle de services, ce qui maintient les associations dans un statut d'opérateur de tâches. Il en résulte d'importantes relations de dépendance avec les financeurs publics.

Dans sa politique d'implémentation des mesures de maintien à domicile et d'hébergement sur l'ensemble du territoire l'Etat, par l'exercice d'une pression importante sur le secteur associatif, a défini des zones réservées et a contribué à mettre en place des positions de monopoles.

Ces situations risquent de poser un problème au niveau du respect du libre choix et du libre accès des usagers (marché libre de la Communauté Européenne) mais aussi au niveau de la position de l'Etat lors de la création d'une association concurrente dans le

secteur déjà couvert par une association conventionnée.

La loi sur la libre concurrence (qui s'applique principalement au secteur privé marchand) va à l'encontre des secteurs protégés et justifie la libre concurrence dans l'intérêt des usagers. Les usagers, qui ne sont guère consultés dans cette politique d'implémentation, n'apparaissent même pas dans les comités de coordination que doit mettre en place le projet de loi réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines socio-familial et socio-thérapeutique.

#### 4) Participation des personnes âgées à l'implémentation des politiques de la vieillesse.

Quel est le rôle des personnes âgées dans la mise en oeuvre des politiques de la vieillesse ?.

La participation formelle à la vie publique et politique se caractérise par la présence de militants, responsables d'organisations regroupant essentiellement des personnes âgées comme membres bénévoles, et dont l'objet est la défense des intérêts des personnes âgées.

Il s'agit d'organismes tels que des associations de personnes âgées et de retraités, des syndicats, des partis politiques. Ces organismes interviennent peu de façon directe et formelle dans le processus de l'implémentation des politiques de la vieillesse. Toutefois ils sont représentés au niveau national dans le cadre de l'élaboration des politiques (surtout pour les lois) dans le Conseil Supérieur des Personnes Agées .

Au niveau de l'implémentation des politiques dans les communes c'est plutôt la Commission du Troisième Age qui a tendance à rassembler les membres actifs des associations de personnes âgées.

Le Conseil Supérieur des Personnes Agées a été créé par le gouvernement (sous la tutelle du Ministère de la Famille) en 1976 dans le but "d'étudier les problèmes des personnes âgées<sup>9</sup>".

Ce conseil qui ne possède ni personnalité juridique, ni autonomie financière, est un organe consultatif composé de membres bénévoles qui délivrent des avis à propos des mesures réglementaires et législatives se rapportant à la politique de la vieillesse.

Cet organe regroupe 13 organismes différents et se compose de 17 membres effectifs (responsables d'associations, d'organismes prestataires de services, de syndicats, de services ministériels) nommés pour une durée de 3 ans.

Le Conseil n'associe pas directement les personnes âgées à l'élaboration des avis qu'il formule pour le compte du Ministre de la Famille ou le gouvernement.

Son rôle de concertation limite la portée de son action dans le domaine de l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques de la vieillesse.

---

<sup>9</sup> il s'agit des termes de l'intitulé du Règlement ministériel portant création d'un Conseil Supérieur des Personnes Agées.

Sa mission se limite à celle de conseiller le ministre de tutelle, par l'élaboration de propositions.

Le Conseil n'est pas un organe autonome politiquement, ses membres sont tous nommés par le ministre de tutelle. Il n'a pas de compétences ou de mission au niveau de la coordination de la politique à implanter (mise en oeuvre du programme national). Pourtant il pourrait rassembler les attributions d'un organe fédérateur des Commissions locales du 3ème âge, avec des responsabilités au niveau de l'établissement de ces commissions au niveau des communes.

Au Luxembourg, l'association **AMIPERAS** (Amicale des Personnes Retraitées, Agées ou Solitaires), forte de ses 22500 membres regroupant 111 sections locales, essaie d'avoir une influence active sur le processus politique.

Ses revendications vont dans les sens d'un accroissement de la représentation et des possibilités d'intervention des personnes âgées dans les structures destinées à l'accueil et à l'hébergement.

Cette revendication a été prise en considération par les autorités publiques lors de l'établissement de nouvelles conventions qui autorisent la participation de l'AMIPERAS au sein du comité de gérance des établissements publics d'hébergement.

L'AMIPERAS revendique également la création d'organes politiques spécifiques aux personnes âgées considérant que l'accès actuel aux instances politiques existantes est insuffisant (création d'un parlement senior et d'un Secrétariat d'Etat aux Personnes Agées).

L'association est représentée dans les différents organes de concertation mis en place dans le domaine social, elle a été consultée par les autorités publiques au sujet de deux projets de loi dans le cadre du Conseil Supérieur des Personnes Agées. Toutefois l'AMIPERAS considère le nombre de partenaires membres du Conseil trop important pour arriver à un consensus. Elle milite davantage pour la constitution d'une chambre professionnelle indépendante où siègeraient les représentants élus ou désignés par chaque association.

La dernière décennie a vu l'association pratiquer une politique plus volontariste par la réalisation d'actions nécessitant un engagement plus grand, visant à mettre en place des infrastructures propres (création d'un foyer de jour pour des personnes démentes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer, prise en charge d'un centre de convalescence, d'un centre d'accueil).

Comme tout organisme prestataire de services, le problème majeur demeure le manque de moyens financiers. Pour s'assurer plusieurs sources de financement, l'association a créé une Fondation AMIPERAS au statut d'utilité publique lui permettant de collecter des fonds.

Alors qu'à ses débuts l'association demeurait une organisation apolitique, elle a rapidement attisé les convoitises des deux grands partis politiques du pays (le parti Chrétien-Social et le parti Ouvrier-Socialiste). Aujourd'hui, elle est contrôlée par les socialistes, et sa présidence est exercée par un ancien ministre socialiste.

La présence d'une ancienne personnalité politique ou d'un parti au sein du conseil d'administration diminue la possibilité de créer un groupe de pression indépendant (lobby).

L'AMIPERAS a été en quelque sorte la victime (malheureuse ou heureuse, car il y a des avantages et des inconvénients) de son interventionnisme actif dans le processus politique.

Cette prise de contrôle a été mal perçue et acceptée par les personnes âgées, qui n'apprécient guère les conflits partisans au sein d'une association de bénévoles. D'autant plus que les partis politiques de même que les organisations syndicales ont mis en place des sections pour leurs membres aînés ou retraités. Mais il faut remarquer que dans la démarche de créer des cellules spécifiques pour personnes âgées, les initiateurs demeurent les responsables des partis politiques ou des syndicats et non les personnes âgées elles-mêmes.

L'absence de militantisme politique, qui a pris de l'importance durant la dernière décade dans une société qui se fonde de plus en plus sur des valeurs matérielles, se manifeste néanmoins plus modérément chez les personnes âgées. Certes, leur taux de participation aux élections politiques est nettement plus faible que le reste de la population électorale<sup>10</sup> (d'après un sondage préélectoral, la part des plus de 65 ans représentait 8% de l'électorat aux élections législatives de 1989, alors que leur proportion dans la population électorale se montait à 20% pour la même année). Mais cela ne les empêche pas d'assister et de participer plus fréquemment aux réunions politiques ainsi qu'aux débats de société car elles bénéficient d'un avantage certain qui est celui du temps plus important dont elles disposent pour s'informer (une grande partie des abonnées de la presse écrite quotidienne est constituée de personnes âgées).

**Au niveau de la politique de maintien à domicile et des prestations de services, il y a quasi absence de participation organisée des usagers âgés. Les personnes âgées n'interviennent pas dans l'organisation des services qui leurs sont délivrés. Elles demeurent des consommatrices passives, s'exprimant rarement publiquement pour dénoncer une mauvaise qualité de service.**

A ce niveau, les commissions du troisième âge dans les localités pourraient intervenir (ou avoir le droit d'intervenir) en faveur

---

<sup>10</sup> Les personnes âgées de plus de 70 ans bénéficient d'une dispense électorale alors que le reste des électeurs sont soumis à l'obligation, sous peine d'une amende, d'exprimer leur suffrage.

des personnes âgées afin de garantir et de contrôler la qualité des services, mais également pour éviter tout abus possible.

Les personnes âgées ne formant pas un groupe homogène, ont des difficultés pour formuler et exprimer une revendication d'ordre collectif. Elles font rarement appel aux différents moyens de communication, tels la presse quotidienne ou les médias en général, pour exposer un problème ou attirer l'attention des pouvoirs publics sur une question qui les concernent plus particulièrement. Par exemple, pour la prestation du service de repas sur roues (repas chauds), il y régulièrement des personnes âgées qui sont mécontentes de la qualité des repas. Or, aucun organisme (ni même l'association des consommateurs) ne s'est attaché à demander, au moyen d'une enquête, l'avis des personnes âgées sur la qualité des repas servis .

Pour une association d'usagers âgés le risque est de perdre son indépendance car la récupération politique réduit considérablement son champ d'action et la crédibilité de ses revendications.

Par ailleurs, ce type d'organisation manque souvent de savoir-faire pour formuler une revendication et mener une négociation avec les pouvoirs publics.

## Conclusion

Au Grand Duché de Luxembourg, les principaux acteurs de l'implémentation du Programme National pour Personnes Agées sont les pouvoirs publics. L'Etat est l'initiateur des politiques et les organisations du secteur conventionné sont les vecteurs de l'implémentation. Ce schéma vaut tout particulièrement pour la politique du maintien à domicile.

Au niveau local, il n'y a pas d'organisme public équivalent au Service des Personnes Agées du Ministère de la Famille. Il n'existe pas dans les communes d'unité administrative directe qui se trouve sous la tutelle de l'administration centrale, comme c'est le cas pour la couverture du champ de l'action sociale. Les seuls organes publics institutionnels existants sont les offices sociaux. Il est donc difficile de trouver un partenaire public, responsable au niveau local de l'implémentation de la politique de la vieillesse.

Dans ces conditions, l'Etat a noué des relations (par le conventionnement) avec des organismes associatifs privés, qui se chargent de prêter des services aux personnes âgées. La nature de ces relations demeure arbitraire et donne aux associations un statut d'opérateur de services dont l'action est limitée par des dispositions réglementaires. Le caractère contractuel de la relation ne permet pas au prestataire de service de sortir de son champ d'activité et réduit considérablement les initiatives personnelles en faveur des personnes âgées.

Le gouvernement exprime la volonté de réglementer davantage les relations entre l'Etat et les organisations associatives, avec le souci de garantir la qualité des services tout en respectant les usagers. Dans cette optique, il a fait déposer un projet de loi qui est actuellement en discussion à la Chambre des Députés. L'absence du secteur conventionné dans le processus d'élaboration de ce projet de loi a engendré une certaine contestation sur le mode d'application de la loi qu'avait prévu le gouvernement. Les problèmes d'implémentation dépendent également du mode d'application de la loi, de la nature de ce mode d'application, et de la participation des organisations prestataires à la définition du mode d'application de la nouvelle loi.

L'approche à ce niveau doit intégrer tous les partenaires, usagers comme acteurs dans le processus d'élaboration, mais aussi dans le processus d'implémentation d'une politique en faveur du Grand Age.

Dans ce processus, les personnes âgées n'interviennent qu'indirectement soit par les partis politiques qu'elles soutiennent en tant que membres actifs, soit par les syndicats de retraités ou les associations dont elles font partie.

Des structures locales se situant au niveau de la fourniture des services, telles les commissions du troisième âge dans les

communes, devraient être renforcées au niveau des compétences légales et financières (elles pourraient être dotées d'un budget de fonctionnement). D'autre part, elles pourraient faire fonction d'organisme public où les personnes âgées pourraient superviser et contrôler la mise en oeuvre des politiques locales de la vieillesse, mais également la prestation de services.

Dès lors, la participation des personnes âgées serait constructive, active, et entièrement bénéfique aux usagers âgés.

## REFERENCES :

Aide Familiale - Aide Senior asbl, Rapports d'activité 1975, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 1993.

AMIPERAS, Rapport d'activité 1992, 1993.

BOUSCH P., SCHABER G. (1993), L'intégration sociale des personnes âgées au Grand Duché de Luxembourg in: *Document PSELL n° 58, CEPS/INSTEAD.*

Cahiers socio-économiques du CEPS, ECO-CEPS n°1-1993, Vieillir en Europe et au Luxembourg, CEPS/INSTEAD.

Déclarations du Gouvernement sur la Situation Economique, Sociale et Financière du Pays, faites le 16 mars 1989 et le 29 avril 1993 à la Chambre des Députés par Monsieur Jacques SANTER, Premier Ministre, Ministre d'Etat.

Déclaration de politique générale sur l'état de la Nation de Monsieur Jacques SANTER, Premier Ministre, 16 mars 1994.

Débats sur l'état de la Nation 1993, 1994, documents parlementaires N°3616<sup>bis</sup>, 3788, 3520, Chambre des Députés.

Discours budgétaire prononcé par Monsieur Jean Claude Juncker, Ministre des Finances, à la séance de la Chambre des Députés du 1<sup>er</sup> décembre 1993.

Document parlementaire N°3571<sup>1</sup> du 4.11.1993 concernant le Projet de loi réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique, déposé à la Chambre des Députés.

HAUSMAN P. (1993), Les phénomènes associés au vieillissement de la population in: *Document PSELL n° 52, CEPS/INSTEAD.*

HAUSMAN P., SCHABER G. (1991), Les personnes âgées ou retraitées au Luxembourg: leur environnement familial, et leur réseaux de solidarité in: *Document PSELL n° 22, CEPS/INSTEAD.*

HAUSMAN P., AUBRUN A., KERGER A. (1991), Les ménages de retraités et les ménages d'actifs: comparaison des niveaux de vie et des niveaux de dépenses in: *Document PSELL n° 34, CEPS/INSTEAD.*

I.L.R.E.S. (Institut Luxembourgeois de Recherches Sociales et d'Etudes de Marché) (1989), Sondage préélectoral effectué pour les élections législatives de 1989 et donnant la composition de l'électorat par grands groupes d'âge pour chaque parti politique.

Inspection Générale de la Sécurité Sociale, Aperçu sur la législation de la Sécurité Sociale, Ministère de la Sécurité Sociale, Exercices 1993, 1992, 1991, 1990.

Inspection Générale de la Sécurité Sociale, Rapport Général sur la Sécurité Sociale, Ministère de la Sécurité Sociale, Exercices 1992, 1991, 1990, 1989, 1988, 1987, 1986, 1985.

MANGERS E., DI BARTOLOMEO M., LUX L. (1989), Altern, das neue Abenteuer!

Ministère de la Santé (1991), Programme Pluriannuel en matière de médecine sociale.

Ministère de la Santé, Rapport d'Activité Exercices 1993, 1992, 1991, 1990.

Ministère de la Santé (1994), Santé pour Tous.

Ministère de la Famille et de la Solidarité, Rapport d'Activité Exercices 1993, 1992, 1991, 1990.

Ministère du Logement et de l'Urbanisme, Rapport d'activité, Exercices 1993, 1992, 1991, 1990.

Ministère de la Sécurité Sociale, Rapport d'activité, Exercices 1993, 1992, 1991, 1990.

Ministère de l'Éducation Physique et des Sports, Rapport d'activité, Exercices 1993, 1992, 1991, 1990.

Ministère de l'Éducation Nationale, Rapport d'activité, Exercices 1993, 1992, 1991, 1990.

NEYENS M. (juin 1992), Rapport luxembourgeois sur la politique familiale en 1991 pour le compte de l'Observatoire Européen des Politiques Familiales, CERFAS.

NEYENS M. (mai 1993), Rapport luxembourgeois sur la politique familiale en 1992 pour le compte de l'Observatoire Européen des Politiques Familiales, CERFAS.

NEYENS M. (décembre 1993), Rapport luxembourgeois sur les associations familiales, pour le compte de l'Observatoire Européen des Politiques Familiales, CERFAS.

NEYENS M., HARTMANN, WELTER, (1993), Le service social au Grand-Duché de Luxembourg, CERFAS.

NEYENS M. (1993), Gestion et coordination des services familiaux privés: à l'exemple du Grand-Duché de Luxembourg dans Actes de l'atelier de travail sur "la décentralisation et l'articulation des différents niveaux de politique avec le clivage privé/public", organisé par l'Observatoire Européen des Politiques Familiales à Bordeaux les 8-10 octobre 1993.

Programme National pour Personnes Agées (1992), Ministère de la Famille et de la Solidarité, 48 p., Luxembourg.

Rapport pour le Gouvernement (mai 1990), Analyse du niveau des pensions du régime contributif d'assurance pension.

Revue FORUM N°126 (avril 91), dossier portant sur la situation des personnes âgées au Grand-Duché de Luxembourg.

RESOLUX 3 (juin 1992), Réseau Social Luxembourg, Fondation A.P.E.M.H.

RUPPERT C., KIEFFER R. (novembre 1987), Quelques réflexions sur le défi démographique et la Sécurité Sociale au Luxembourg,

Service de Formation Socio-Familiale (1992), R.B.S. Bulletin N°5.

STATEC (mai 1993), Recensement de la population au 1<sup>er</sup> Mars 1991: Ensemble du Pays, premiers résultats.

STATEC (février 1992), Annuaire statistique 1991.

STATEC (mars 1990), Statistiques Historiques 1839-1989.

STATEC(1989), Evolution démographique au Luxembourg in: *Bulletin du STATEC N°9*.

STATEC (1991), Projections de la population 1990-2020 in: *Bulletin du STATEC n° 4*.

THOMA J.P. (1984), Im Dienste der älteren Menschen Luxemburgs (2).

ZIMMER A. (1989), Les Repas sur Roues au Grand-Duché de Luxembourg, Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Graduat en Diététique, Université Catholique de Louvain.