Proposition de MDM pour l'introduction d'une base légale de la CUSS

Robert Kieffer

(22 octobre 2026)

1) Introduction

Le projet pilote Couverture universelle de soins de santé (CUSS), tel qu'il a été mis en place au Luxembourg au cours de l'année 2022, résulte d'une proposition du Gouvernement présentée par les ministres Romain Schneider (sécurité sociale) et Paulette Lenert (santé) lors d'une réunion du Ronnen Desch du 26 octobre 2021.

Cette proposition répondait à une demande du Ronnen Desch qui avait émis fin de l'année 2020 un papier de réflexion concernant l'introduction d'une Aide médicale d'Etat (AME – Gesondheetshellef) au Luxembourg.

La proposition du Gouvernement n'était pas présentée sous forme d'un projet de loi. Elle consistait dans un ensemble de principes ayant pour objet d'offrir aux personnes vulnérables, exclues de l'assurance maladie, un accès aux prestations d'assurance maladie dans le cadre légal existant de l'assurance maladie volontaire. La charge des cotisations, des prestations pendant la période de carence et la participation statutaire des assurés après la période de carence devrait incomber à l'Etat. Cette prise en charge devrait se faire sous forme de remboursement des frais avancés par des associations chargées de faire le suivie des demandeurs de la CUSS. Les associations en question auraient droit dans le cadre de leurs conventions avec l'Etat de moyens financiers et humains supplémentaires. Une campagne d'information et de sensibilisation de tous les acteurs concernés était prévue et une évaluation du projet était annoncée pour la fin 2022.

Le fonctionnement du projet pilote depuis maintenant plus de quatre ans, sans qu'une évaluation du projet n'ait été rendue publique, nécessite cependant de faire le constat de multiples difficultés de fonctionnement :

- La procédure d'inscription limitée à un nombre restreint d'associations et reposant sur un suivi social mensuel intensif a entraîné une saturation de certaines structures, restreignant de facto l'accès au dispositif pour de nouveaux bénéficiaires.
- L'exigence d'un projet social d'intégration s'avère parfois difficilement applicable à des personnes confrontées à des problèmes de santé graves et à l'absence de perspectives réalistes de régularisation ou d'insertion professionnelle à court terme.
- La gestion financière des soins durant la période de carence ainsi que de la participation statutaire après celle-ci représente une charge administrative et financière importante pour les associations concernées. Cette complexité est accentuée par les délais et l'incertitude entourant le remboursement par l'Etat

des montants avancés ce qui soumet les associations au risque de devoir financer ces prestations par des fonds propres.
- L'absence d'une base légale spécifique soulève la question de la pérennité du financement de la CUSS pour l'avenir puisqu'il dépend de l'inscription annuelle de crédits budgétaires dans le la loi sur le budget de l'Etat sans garantie à long terme.

Sur la base de leur expérience pratique récoltée dans la gestion quotidienne, les associations se sont concertées pour établir un texte martyre d'une proposition de loi afin de faire avancer le débat et de proposer des solutions aux problèmes évoqués. Ce texte martyre n'est certainement pas exhaustif pour résoudre tous les problèmes et les modalités proposées ne sont pas les seules envisageables. Le seul mérite de ce texte est celui d'exister, de sorte que le débat puisse commencer et que les différents acteurs puissent enfin prendre position et présenter leurs alternatives.

A remarquer que ce texte martyre date de 22 avril 2024 et a été communiqué au ministère de la santé et de la sécurité sociale et au ministère de la famille lors d'une entrevue du 17 octobre 2024.

En outre, c'est sur la base de ce texte martyre qu'une proposition de loi a été déposée le 29 avril 2026 à la Chambre des Députés par les députés Claude Haagen et Claire Delcourt.

2) Le contexte général de la proposition de loi

Le Luxembourg dispose d'un système d'assurance maladie très développé et très étendu couvrant la grande majorité de la population résidante, voire de nombreux non-résidents (travailleurs frontaliers et pensionnés résidant à l'étranger, anciens travailleurs au Luxembourg).

Cette large couverture est réalisée grâce à l'assurance obligatoire de toutes les personnes exerçant une activité professionnelle ou une activité assimilée au Luxembourg et de tous les bénéficiaires d'une pension ou rente luxembourgeoise ou d'un revenu de remplacement lorsqu'ils résident au Luxembourg. Cette couverture est complétée par la coassurance des membres de familles (conjoint, partenaire, enfant) pour autant qu'ils résident au Luxembourg. Finalement sont également assurés obligatoirement à charge de l'Etat les enfants mineurs et les infirmes résidant au Luxembourg pour autant qu'ils ne bénéficient pas d'une protection à un autre titre.

Les personnes résidant au Luxembourg qui ne peuvent bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie ont la faculté de s'assurer volontairement (avec une période de carence de trois mois) sous réserve du paiement d'une cotisation. Du moment que les personnes ont une résidence légale au Luxembourg mais qu'ils n'ont pas les moyens pour payer la cotisation, elles peuvent bénéficier de

la prise en charge des cotisations par l'Office social de leur commune de résidence (article 7, alinéa 7 de la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale).

Cependant il subsiste des personnes au Luxembourg qui n'ont pas accès à l'assurance obligatoire ou à l'assurance volontaire, notamment en raison de défaut d'adresse légale ou d'adresse de référence, et restent donc exclues de l'accès aux soins. En effet l'absence d'adresse légale ou d'adresse de référence ne leur permet pas de s'adresser aux offices sociaux qui autrement seraient compétent.

Afin d'éviter de créer un nouveau système de prise en charge des prestations de l'assurance maladie à côté de la Caisse nationale de santé avec de nouvelles structures administratives pour une population somme toute assez restreinte, l'idée fondamentale de cette proposition est de créer la base légale pour permettre aux personnes exclues de l'assurance maladie une nouvelle voie d'accès à cette même assurance maladie. Cette voie consiste à créer une nouvelle catégorie d'assurance volontaire pour personnes en état de précarité et séjournant au Luxembourg, mais sans période de carence. Cette solution permet de profiter des structures existantes d'affiliation, de perception des cotisations, de prise en charge des prestations et de procédures de remboursement pour cette nouvelle catégorie de bénéficiaires. Il est bien entendu que la charge résultant de cette nouvelle catégorie de bénéficiaires doit être intégralement imputée à l'Etat (charge des cotisations, prise en charge de la participation statutaire de l'assuré).

Comme la CUSS ne relève pas des principes de la sécurité sociale au sens propre du terme mais davantage des principes de l'aide ou de l'assistance sociale, il ne semble pas opportun d'inclure la base légale de la CUSS dans le code de la sécurité sociale (livre premier concernant l'assurance maladie). Toutefois, pour le traitement administratif de la CUSS (assurance volontaire, paiement des cotisations, remboursement des prestations, etc.) le livre premier du code de la sécurité sociale pourra se référer aux bénéficiaires de la CUSS.

3) Le problème de la période de carence

Le projet pilote prévoyait l'affiliation des bénéficiaires de la CUSS au titre de l'assurance volontaire prévue à l'alinéa 2 de l'article 2 du Code de la sécurité. Or cette assurance volontaire impose une période de carence de trois mois durant laquelle le droit aux prestations n'est pas ouvert. Cette période de carence est totalement justifiée pour des personnes dans une situation normale. En effet, en l'absence d'une période de carence, ces personnes seraient tentées de ne commencer l'assurance volontaire et le paiement des cotisations qu'au moment où elles auraient besoin des soins de santé. En d'autres termes, elles ne contracteraient l'assurance qu'au moment où le risque est déjà échu.

En revanche, **pour les bénéficiaires de la CUSS**, où les cotisations sont prises en charge par l'Etat dès le premier jour et où les prestations servies pendant cette période de carence sont également prises en charge par l'association et remboursées par l'Etat, **cette période de carence n'a plus de raison d'être**. En

effet, pour le bénéficiaire de la CUSS, du moment qu'il a droit aux prestations dès le premier jour de son affiliation, peu lui importe que les prestations soient avancées par l'association et remboursées par l'Etat ou soient prises en charge par la CNS. Cette période de carence ne joue plus le rôle d'inciter la personne de s'assurer au plus vite avant de tomber malade.

Cependant, comme les associations doivent avancer les prestations auxquelles a droit le bénéficiaire de la CUSS pendant cette période de carence, cela crée une complexité disproportionnée dans le travail administratif de ces associations. Elles doivent effectuer le même travail de tarification des prestations tel que le font les agents de l'assurance maladie sans avoir la formation et les outils logistiques appropriés. En plus ils doivent effectuer le payement des ces prestations aux prestataires de soins avec tous les risques que peuvent comporter les erreurs éventuelles et les redressements subséquents.

En supprimant la période de carence pour les bénéficiaires de la CUSS, le remboursement de la CNS peut démarrer au premier jour de l'affiliation. En imposant à la personne bénéficiaire de la CUSS un séjour ininterrompu de trois mois au Luxembourg sans droit aux prestations avant que ne démarre le bénéfice de la CUSS, on impose de fait également une période de carence, mais on évite de prévoir la prise en charge de prestations sans intervention simultanée de la CNS.

A cet effet il faut compléter l'article 2 de l'assurance volontaire du CSS par un nouvel alinéa 5 disposant que les bénéficiaires de la couverture universelle de soins de santé peuvent s'assurer volontairement. Ce nouvel alinéa ne fait plus référence à la période de carence.

Le fait de supprimer la période de carence pour les bénéficiaires de la CUSS permet d'affilier leurs enfants au titre de la coassurance avec effet immédiat, de sorte que ces enfants ne doivent pas invoquer l'assurance obligatoire prévue pour les enfants de moins de 18 ans. Il s'ensuit que l'on peut éviter l'imbroglio actuel où les parents bénéficient de la prise en charge intégrale dans la CUSS et où leurs enfants doivent invoquer l'assurance obligatoire ce qui conduit à une charge de cotisation pour l'Etat tant pour le bénéficiaire de la CUSS que pour chaque enfant individuel au titre de l'assurance obligatoire.

4) La prise en charge de la participation statutaire et le tiers payant social

Pour garantir un accès réel aux soins de santé sans maintenir des barrières financières à cet accès, le projet pilote avait prévu pour les bénéficiaires de la CUSS une prise en charge par l'Etat de la participation statutaire qui incombe normalement à un assuré.

Dans la pratique actuelle, l'association qui assure le payement du prestataire de soins doit demander à la CNS le remboursement de la part à charge de l'assurance maladie et ensuite au ministère de la santé et de la sécurité sociale le montant de la participation statutaire. Chaque prestation fait donc l'objet d'un double traitement administratif de la part de l'association.

Or, depuis l'introduction du **tiers payant social** par la loi du 17 décembre 2010, la prise en charge directe est accordée en cas d'indigence de la personne protégée dûment documentée par une attestation établie par l'office social en charge. Cette prise en charge directe est organisée de telle sorte que le service « tiers payant social » de la CNS procède au payement de la facture complète au prestataire de soins tout en imputant le montant à charge de l'assurance maladie à la CNS et en imputant le montant de la participation statutaire à l'office social en cause. Cette procédure est réalisée entièrement de manière informatique avec édition des documents comptables de sorte que le travail administratif est réduit au strict minimum.

Comme par définition la CUSS s'applique également à des personnes indigentes dont les dossiers doivent être acceptés par le ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale, il faut étendre le bénéfice du tiers payant social également aux bénéficiaires de la CUSS. Cette mesure permet une sensible réduction de la charge administrative des associations sans créer de charges administratives nouvelles auprès de la CNS puisque le remboursement des prestations passe de toute façon par la CNS. En outre cette extension est conforme au principe de l'égalité de traitement prévu par la Constitution.

5) Le champ d'application personnel de la CUSS

Le droit à la couverture universelle de soins de santé est accordé aux personnes séjournant au Luxembourg et vivant dans la précarité. Ce droit n'est accordé qu'à titre subsidiaire lorsque les conditions requises

- pour une assurance obligatoire au titre de l'article 1er du CSS,
- pour une assurance continuée ou une assurance volontaire au titre de l'article 2, aliénas 1 à 4 du même Code,
- pour la coassurance des membres de famille au titre de l'article 7 du même Code

ne sont pas remplies et lorsqu'il n'existe pas de protection maladie par un régime étranger de quelque nature que ce soit.

Le bénéficiaire de la CUSS doit

- être âgé de 18 ans au moins,
- séjourner de manière ininterrompue depuis au moins trois mois au Luxembourg,
- ne pas disposer de ressources suffisantes pour pouvoir prétendre par ses propres moyens à une assurance volontaire,
- ne pas bénéficier de l'aide sociale offerte par les offices sociaux.

Sont exclues du bénéfice de de la CUSS

- les personnes ayant obtenu une autorisation de séjour à la suite d'un engagement écrit pris par un tiers de subvenir à leurs besoins
- les personnes faisant l'objet d'une mesure de détention préventive ou d'une peine privative de liberté définitive, sauf pendant la période de congé pénal.

Dans ce contexte, il se pose une question d'opportunité s'il ne faudrait pas inclure dans la CUSS également les **demandeurs de la protection internationale** (DPI) qui se trouvent dans une situation analogue. L'ONA doit subvenir aux soins de santé des DPI dès le premier jour, ce qu'il réalise avec l'inscription à l'assurance volontaire et avec l'émission de bons de prise en charge pendant la période de carence. L'inclusion des DPI dans la CUSS, avec l'ONA comme organisme gestionnaire, permettrait de supprimer la période de carence et des difficultés administratives y liées. En outre, elle permettrait de réduire, face aux prestataires de soins, la complexité actuelle des systèmes de prise en charge différents pour les personnes indigentes.

Cependant en intégrant les DPI dans la CUSS, il faut prévoir une exception à la condition de séjour de 3 mois pour les DPI, puisque l'accès aux soins doit être garanti dès l'attribution du statut de DPI.

6) La demande de la CUSS

L'accès à la CUSS se fait par une demande adressée aux acteurs du terrain qui doivent être conventionnés à cet effet par l'Etat. Ces organismes doivent être agréés au titre de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique. Dans l'hypothèse d'inclusion des DPI dans la CUSS, l'organisme gestionnaire sera évidemment l'Office national d'accueil (ONA).

Ces organismes doivent vérifier les critères d'accès à la CUSS, notamment la condition de séjour depuis au moins trois mois au Luxembourg et l'état de précarité du demandeur en faisant un rapport sur sa situation sociale.

Cette demande est transmise pour validation au ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

En cas de décision favorable, l'organisme compétent procède à l'affiliation du bénéficiaire auprès du Centre commun de la sécurité sociale au titre de l'assurance volontaire nouvellement prévue pour les bénéficiaires de la CUSS. Afin d'éviter des lacunes dans la couverture de soins dues à des retards administratifs, le début de l'affiliation correspond à la date de réception de la demande par le ministère.

Lorsque le bénéficiaire ne dispose pas d'une adresse de résidence ou d'une adresse de référence, l'adresse de l'organisme compétent est utilisée comme adresse de correspondance pour les besoins de la CUSS.

Dès le début d'affiliation, l'organisme compétent procède au versement des cotisations au CCSS calculées sur le minimum cotisable.

Sous peine du retrait du bénéfice de la CUSS, le bénéficiaire est tenu de maintenir un contact régulier avec l'organisme compétent afin de permettre la vérification du respect des conditions de séjour effectif sur le territoire.

7) Les organismes gestionnaires de la CUSS

Dans le projet-pilote actuel, la gestion de la CUSS incombe à huit organisations du terrain à savoir

- CNDS Abrigado
- Croix Rouge
- Fondation Jugend an Drogenhellef
- HUT
- Inter-Actions
- Médecins du Monde
- Stemm vun der Strooss
- Planning familial

Ces organisations ont des structures très variées et n'assurent pas nécessairement une couverture de tout le territoire du Luxembourg, voire s'occupent de populations très spécifiques. Aussi la répartition des demandeurs de la CUSS auprès de ces associations n'est pas équilibrée et certaines associations sont arrivées à la limite de leur capacité d'accueil en fonction du nombre de personnel leur accordé pour traiter administrativement le payement des prestations et la demande de remboursement et surtout pour assurer le suivi social mensuel des demandeurs.

La suppression de la période de carence et l'extension du tiers payant social pourrait notablement réduire la charge de travail administratif.

Cependant il faut réfléchir à l'adjonction d'autres organisations pour assurer une meilleure couverture territoriale de la CUSS.

Mais plus important, il faut réfléchir à une solution au niveau national pour assurer le suivi social périodique des bénéficiaires de la CUSS au-delà de la phase d'initiation de la demande et de l'évaluation sociale préliminaire.