

ASSURANCE DEPENDANCE

RAPPORT D'ANALYSE PREVISIONNEL



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Inspection générale de la sécurité sociale

Version : 23 août 2021

Sommaire

INTRODUCTION	4
1 L'ASSURANCE DEPENDANCE EN BREF	5
1.1 Les objectifs	5
1.2 Les bénéficiaires	5
1.3 L'organisation	5
1.4 Les prestations.....	6
1.5 Les prestataires.....	7
1.6 Le financement	8
2 L'ASSURANCE DEPENDANCE EN CHIFFRES	9
3 LES PREMIERES SYNTHES DE PRISE EN CHARGE.....	16
4 LES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS ET LEUR PERSONNEL	20
4.1 Les prestataires d'aides et de soins.....	20
4.2 Les ressources humaines.....	21
5 L'ANALYSE DES FORFAITS RELATIFS AUX PRESTATIONS EN NATURE POUR LES AEV	28
CONCLUSION	33
Annexe 1 – Contexte et références légales	34
Annexe 2 – Situation macro-économique du Luxembourg	38
Annexe 3 – Situation financière générale de l'assurance dépendance.....	40
Annexe 4 – Evolution mensuelle des résidus hebdomadaires moyens	41
Annexe 5 – Analyse de la facturation des AEV	45
Annexe 6 – Glossaire	46
Annexe 7 – Extraction des données	47
Sommaire des tableaux	48
Sommaire des graphiques	50

RAPPORT D'ANALYSE PRÉVISIONNEL EN VUE D'UNE ADAPTATION ÉVENTUELLE DES FORFAITS D'AIDES ET DE SOINS POUR LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE

INTRODUCTION

La réforme de l'assurance dépendance, entrée en vigueur en date du 1^{er} janvier 2018, introduit une forfaitisation des actes essentiels de la vie (AEV). Ceci signifie que les prestataires ne sont plus rémunérés à l'acte presté, mais sur base d'un forfait correspondant au temps total pour les actes essentiels de la vie déterminés lors de l'évaluation de la personne dépendante par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC).

L'article 395bis du Code de la sécurité sociale (CSS) prévoit que « *Dans les années impaires, le Gouvernement examine au 1er octobre au plus tard, sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et la Commission consultative visée à l'article 387 demandées en leur avis, s'il y a lieu d'adapter les forfaits visés aux articles 353, alinéa 2 et 357, alinéa 1 et arrête, le cas échéant, le facteur d'ajustement respectif. Le Gouvernement soumet les facteurs d'ajustement arrêtés, accompagnés du projet de loi portant adaptation des forfaits de prise en charge à la Chambre des Députés.*

Chaque facteur d'ajustement est établi sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, de la croissance économique du pays et en tenant compte d'une évaluation des besoins en prestations de l'assurance dépendance conforme aux bonnes pratiques en la matière, de la variation effective des activités des prestataires, ainsi que des statistiques concernant les dotations et les qualifications du personnel.

L'analyse prévisionnelle de l'Inspection générale de la sécurité sociale tient compte de l'évolution de toutes les prestations prévues dans le présent livre.

En vue du rapport d'analyse prévisionnel, la Caisse nationale de santé communique à l'Inspection générale de la sécurité sociale au plus tard pour le 1er mai de chaque année les données détaillant la variation effective des activités des prestataires du maintien à domicile visés à l'article 389 et des prestataires en milieu stationnaire visés aux articles 390 et 391 au cours des trois années précédentes, ainsi que des statistiques concernant les dotations et les qualifications du personnel de ces prestataires. ».

Le rapport d'analyse prévisionnel sur lequel s'appuie, le cas échéant, une fixation des facteurs d'ajustement des forfaits pour la prise en charge par l'assurance dépendance des aides et soins dans le domaine des actes essentiels de la vie, s'inscrit dans le cadre des mesures du CSS.

Le rapport présente dans un premier chapitre les objectifs, l'organisation et le financement de l'assurance dépendance. Le deuxième chapitre se focalise sur les caractéristiques de la population dépendante tandis que le troisième chapitre analyse en détail la structure et le contenu des premières synthèses de prise en charge. L'évolution du personnel du secteur des soins de longue durée est présentée dans le chapitre 4. L'établissement du facteur d'ajustement, tel que définie dans l'article 395bis du CSS est réalisée dans le dernier chapitre de ce rapport.

1 L'ASSURANCE DÉPENDANCE EN BREF

1.1 LES OBJECTIFS

La loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance a reconnu la dépendance comme un risque dont la survenance est couverte par la sécurité sociale au même titre que la maladie, l'accident de travail, l'invalidité et la vieillesse. Les dispositions relatives à l'assurance dépendance sont inscrites dans le livre V du CSS.

L'assurance dépendance a pour objectif de compenser les frais générés par le besoin d'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie.

L'assistance d'une tierce personne consiste à effectuer en tout ou en partie à la place de la personne dépendante les actes essentiels de la vie ou à surveiller ou à soutenir la personne dépendante en vue de permettre l'exécution de ces actes (art. 348 du CSS).

Les actes essentiels de la vie comprennent :

- dans le domaine de l'hygiène corporelle: les aides et soins visant à la propreté du corps ;
- dans le domaine de l'élimination: les aides et soins visant à l'évacuation des déchets de l'organisme ;
- dans le domaine de la nutrition: les aides et soins visant à l'assistance pour l'absorption de l'alimentation, l'hydratation et la nutrition entérale ;
- dans le domaine de l'habillement: les aides et soins visant à s'habiller et à se déshabiller ;
- dans le domaine de la mobilité: les aides et soins visant aux changements de position, aux déplacements et aux accès et sorties du logement.

1.2 LES BÉNÉFICIAIRES

Suivant l'article 352 du CSS, le bénéfice des prestations est ouvert aux personnes protégées en application des articles 1 à 7 du CSS se rapportant à l'étendu de l'assurance maladie-maternité (AMM) et dans les conditions énoncées à l'article 349 du CSS.

Ainsi, pour être couvert par l'assurance dépendance, le besoin d'aides et de soins dans le domaine des actes essentiels de la vie doit être important et régulier et représenter au moins trois heures et demie par semaine. Néanmoins, en cas de besoin important et régulier, les adaptations du logement et les aides techniques peuvent être allouées sans l'atteinte du seuil de trois heures et demie. En outre, l'état de dépendance doit, suivant toute probabilité, dépasser six mois ou être irréversible. Les personnes qui ne remplissent pas ces conditions, mais disposent d'une décision de la Caisse nationale de santé (CNS) sur base d'un accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier de soins palliatifs font également partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance (art. 349 du CSS).

Pour les besoins du présent rapport, les personnes ayant uniquement droit à des aides techniques et/ou une adaptation de logement ne sont pas considérées parmi les bénéficiaires AD.

1.3 L'ORGANISATION

La Caisse nationale de santé (CNS)

La CNS assure la gestion de l'assurance dépendance. L'assurance dépendance est placée sous la responsabilité du conseil d'administration de la CNS qui a pour missions e. a. de prendre les décisions individuelles sur base des avis émis par l'AEC et de statuer sur le budget de l'assurance dépendance.

Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC)

L'AEC est placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale (art. 386 alinéa 1 du CSS). Des missions d'évaluation, de contrôle et de conseil lui sont attribuées.

L'AEC a ainsi pour mission de déterminer les aides et soins que requiert la personne dépendante par l'établissement de la synthèse de prise en charge, qu'elle transmet sous forme d'avis à la CNS.

Elle est en outre chargée d'une mission de contrôle de la qualité des prestations fournies et de l'adéquation entre les prestations dispensées et les besoins de la personne dépendante. Dans ce cadre, elle établit tous les deux ans un rapport¹ sur le contrôle des prestations (requis/es/effectivement prestées) et le contrôle de la qualité des prestations fournies.

Elle a également pour mission d'informer et de conseiller les personnes protégées, l'entourage de la personne dépendante et les instances concernées en matière d'aides et soins et de prise en charge des personnes dépendantes.

La Commission consultative

Composée de représentants du gouvernement, de représentants des bénéficiaires et des prestataires, des partenaires sociaux et de la CNS, la Commission consultative donne son avis sur les instruments d'évaluation et de mesure de la dépendance, ainsi que sur la liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance. Elle émet en outre un avis dans le cadre de la fixation par règlement grand-ducal des normes concernant la qualification et la dotation du personnel et les coefficients d'encadrement du groupe.

L'Action concertée

Réuni à l'initiative du Ministre de la sécurité sociale, ce comité a pour but d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux et des établissements d'aides et de soins et de proposer des améliorations de la situation et de la prise en charge des personnes dépendantes. Il rassemble les Ministres ayant dans leurs attributions la Famille, la Santé et le Budget ou leurs représentants, les organisations œuvrant dans les domaines de la Santé, de la Famille et de l'Action sociale, ainsi que les associations représentant les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

1.4 LES PRESTATIONS

Les prestations de l'assurance dépendance peuvent être classées dans les rubriques suivantes:

- les aides et soins pour les actes essentiels de la vie (AEV), dans les cinq domaines de l'hygiène corporelle, de l'élimination, de la nutrition, de l'habillement et de la mobilité ;
- les activités d'appui à l'indépendance – forfait hebdomadaire de 5 heures en individuel ou de 20 heures en groupe (AAI) ;
- les aides techniques (AT) ;

dans le cadre d'une prise en charge stationnaire :

- les activités d'accompagnement en établissement - forfait hebdomadaire de 4 heures (AAE) ou forfait hebdomadaire majoré de 10 heures (AAE-M)² ;

¹ Le premier rapport biennal de l'AEC sur la qualité des prestations fournies pendant la période de début 2018 – début 2020 a été publié en mai 2021 - <https://gouvernement.lu/dam-assets/documents/actualites/2021/05-mai/06-schneider-assurance/Rapport-biennal-2020-v0200.pdf>

² Les forfaits majorés AAE-M, AMD-GI-M et AMD-GG-M ont été introduits par la *Loi du 10 août 2018 modifiant 1. le Code du travail ; et 2. le Code de la sécurité sociale en matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée* et sont entrés en vigueur au 1^{er} septembre 2018. Cette loi a également précisé les modalités de conversion entre gardes individuelles et gardes en groupes, et a prévu la prise en charge d'une garde en cas de déplacement à l'extérieur du domicile.

dans le cadre d'un maintien à domicile :

- les activités de garde – forfait hebdomadaire de 7 heures pour garde individuelle (AMD-GI), forfait hebdomadaire majoré de 14 heures pour garde individuelle (AMD-GI-M), forfait hebdomadaire de 40 heures pour garde en groupe (AMD-GG), forfait hebdomadaire majoré de 56 heures pour garde en groupe (AMD-GG-M), forfait annuel de 10 nuits pour garde de nuit (AMD-GDN) ;
- les activités d'assistance à l'entretien du ménage – forfait hebdomadaire de 3 heures (AMD-M) ;
- le matériel d'incontinence – forfait mensuel de 14,32 EUR au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 (FMI) ;
- les adaptations de logement (AL) ;
- la formation pour les aides techniques – forfait annuel de 2 heures (AMD-FAT) ;
- la formation de l'aidant (en cas de présence d'un aidant) – forfait annuel de 6 heures (AMD-FA).

L'AEC recense lors de l'évaluation/de la réévaluation les besoins du demandeur en aides et soins, ainsi que les capacités et disponibilités de son aidant individuel. Elle détermine ensuite dans une synthèse de prise en charge, les aides et soins dont le demandeur a besoin. Sur base des durées forfaitaires et des fréquences des actes essentiels de la vie retenus par application du référentiel des aides et soins, le demandeur éligible³ se voit attribuer un des quinze niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins prévus à l'article 350 paragraphe 3 alinéa 1 du CSS.

1.5 LES PRESTATAIRES

Pour pouvoir opérer dans le cadre de l'assurance dépendance, les prestataires doivent exercer leur activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministère de tutelle, soit en vertu d'une autre disposition légale. Ils doivent également adhérer à la convention-cadre négociée entre la CNS et l'association représentative des prestataires ou s'engager avec la CNS par un contrat de prestations de service⁴.

1.5.1 La convention-cadre

Les prestataires adhèrent à la convention-cadre par un contrat d'aides et de soins conclu avec la CNS. Chaque prestataire y précise le cercle de personnes qu'il s'engage à prendre en charge ainsi que l'aire géographique où il exerce ses activités.

En adhérant à la convention-cadre, les prestataires s'engagent notamment à prêter les aides et soins conformément à la synthèse de prise en charge établie par l'AEC et à fournir ces prestations conformément aux dispositions relatives à la qualité ainsi qu'à respecter les procédures et les modalités de documentation des normes de dotation et de qualification du personnel.

L'assurance dépendance distingue entre quatre catégories de prestataires :

- les réseaux d'aides et de soins (RAS) ;
- les centres semi-stationnaires (CSS) ;
- les établissements d'aides et de soins à séjour continu (ESC) ;
- les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI).

Un contrat d'aides et de soins peut couvrir l'activité de plusieurs structures appartenant à un même gestionnaire. Certains gestionnaires ont signé plusieurs contrats d'aides et de soins avec la CNS. Un

³ Lorsqu'il atteint le seuil de 3,5 heures par semaine.

⁴ <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/conv/2010/01/08/n1/jo>

gestionnaire peut ainsi gérer par exemple un réseau d'aides et de soins et plusieurs centres semi-stationnaires.

Pour le paiement des prestations, une valeur monétaire spécifique à chaque catégorie de prestataire est appliquée. Ces valeurs monétaires sont négociées tous les deux ans entre l'association représentative des prestataires et la CNS. Les prestations prises en charge par l'assurance dépendance sont exprimées en durées de prise en charge dans le CSS. Ces durées sont multipliées par la valeur monétaire correspondante, pondérée en fonction des coefficients de qualification du personnel et des coefficients d'encadrement du groupe, fixés par règlement grand-ducal⁵.

1.5.2 Le contrat de prestations de services

Les fournisseurs spécialisés en aides techniques et adaptations du logement concluent un contrat de prestation de service avec la CNS par lequel ils s'engagent à respecter le cahier de charges, les prix de location ainsi que les modalités relatives à l'entretien, à la réparation, au remplacement et à la reprise des aides techniques.

1.6 LE FINANCEMENT

Le financement de l'assurance dépendance est assuré par trois ressources :

- une contribution dépendance prélevée sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement des personnes assurées. Le taux de la contribution dépendance est fixé à 1,4% ;
- une contribution annuelle de l'Etat fixé à 40% des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve ;
- une redevance assurance dépendance du secteur de l'énergie.

⁵ Règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 2017 déterminant : 1° les normes concernant la dotation et la qualification du personnel ; 2° les coefficients d'encadrement du groupe.

2 L'ASSURANCE DÉPENDANCE EN CHIFFRES

Ce chapitre retrace l'évolution du nombre des bénéficiaires⁶ de l'assurance dépendance et analyse les caractéristiques de la population dépendante (âge, sexe, lieu de séjour, type de synthèse de prise en charge) au 31 décembre de l'année sous revue.

Le tableau 1 présente le nombre de bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance ayant une synthèse de prise en charge⁷ valable au 31 décembre des années 2011 à 2020.

Les données pour 2020 sont provisoires dans la mesure où des décisions rétroactives peuvent encore intervenir pour des demandes reçues avant le 31 décembre.⁸

Tableau 1 – Évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance ^a

Année	Nombre total de bénéficiaires ^b	Variation en %	Nombre de bénéficiaires résidents affiliés à l'AMM luxembourgeoise ^c
2011	12 386	4,5%	11 772
2012	12 999	4,9%	12 358
2013	13 378	2,9%	12 727
2014	13 492	0,9%	12 848
2015	13 569	0,6%	12 897
2016	13 780	1,6%	13 098
2017	13 914	1,0%	13 190
2018 ^d	14 538	4,5%	13 678
2019	15 140	4,1%	14 203
2020 ^e	15 468	2,2%	14 439

a. Situation au 31 décembre

b. Y compris les bénéficiaires non-résidents affiliés à l'assurance maladie-maternité (AMM) luxembourgeoise ainsi que les personnes ayant droit aux prestations de l'assurance dépendance au Luxembourg dans le cadre d'une attestation S1.

c. Les personnes non-résidentes ainsi que les personnes résidant au Luxembourg et ayant droit aux prestations de l'assurance dépendance au Luxembourg dans le cadre d'une attestation S1 ne sont pas reprises dans ces chiffres.

d. Rupture de série

e. Données provisoires

Note : Suite à la réforme de l'assurance dépendance, la structure de l'enregistrement des données et par conséquent la méthodologie d'extraction et de sélection des données ont changé, aboutissant ainsi à une rupture de série à partir de 2018.

En 2020, 15 468 personnes bénéficient de prestations de l'assurance dépendance, soit 2,2% de plus qu'en 2019. Le nombre de nouveaux bénéficiaires est resté stable en 2020 (voir chapitre 3), mais un nombre plus élevé de personnes dépendantes décédées est constaté au cours de 2020, année marquée par la pandémie COVID-19.

L'analyse qui suit se rapporte aux bénéficiaires résidents affiliés à l'assurance maladie-maternité (AMM) luxembourgeoise, appelés « bénéficiaires résidents affiliés » dans la suite du rapport.

Les différents types de synthèses de prise en charge valables au 31 décembre sont repris dans le tableau 2.

⁶ Ces chiffres n'incluent pas les bénéficiaires qui reçoivent que des adaptations de logements et/ou des aides techniques (art.349 alinéa 2 du CSS)

⁷ Suite à la réforme de l'assurance dépendance, le terme « plan de prise en charge » est remplacé par « synthèse de prise en charge ».

⁸ Selon les informations fournies par l'AEC, le pourcentage des demandes dont le traitement par l'AEC n'est pas encore clôturé et pour lesquelles une décision n'a pas encore été transmise à la CNS est très faible ($\pm 0,5\%$) Il s'agit en effet de dossiers où l'AEC est en attente de quelqu'un d'autre (médecin, administration étrangère, ...)

Tableau 2 – Répartition des différents types de synthèses de prise en charge des bénéficiaires résidents affiliés au 31 décembre 2020 ^a

Origine	Nombre	En % du total
Synthèse - (ré)évaluation depuis 2018	9 861	68,3%
Conversion - plans existants avant 2018	3 820	26,5%
Dispositions particulières	413	2,9%
Soins palliatifs	318	2,2%
Décès	27	0,2%
TOTAL	14 439	100,0%

a. Données provisoires

Parmi les 14 439 synthèses de prises en charge valables au 31 décembre 2020, 68,3% sont établies sur base d'une évaluation faite après le 1er janvier 2018, et donc sur base du nouveau référentiel des aides et soins (i.e. modification des conditions d'attribution et du contenu des actes).

26,5% résultent d'une conversion d'un plan de prise en charge en synthèse de prise en charge qui a été établi sur base d'une évaluation faite avant l'entrée en vigueur de la réforme. Le pourcentage des plans de prise en charge convertis passe de 61,8% au 31 décembre 2018 à 39,4% au 31 décembre 2019 et à 26,5% au 31 décembre 2020.

2,9% des bénéficiaires ont droit à des prestations forfaitaires sur base de leur pathologie (dispositions particulières)⁹. Il s'agit de personnes dont l'évaluation a été faite soit avant, soit après l'entrée en vigueur de la réforme. Ils touchent une prestation en espèces forfaitaire correspondant au versement de 162,5 €/semaine (équivalent au forfait 7 des prestations en espèces).

2,2% des bénéficiaires se sont vu attribuer un forfait dans le cadre des soins palliatifs. Une évaluation de l'AEC n'est pas requise pour ce type de figure. Les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie fournis par les prestataires visés sont pris en charge suivant un forfait correspondant à sept cent quatre-vingt minutes de besoins en aides et soins (article 350 du CSS).

0,2% des bénéficiaires au 31 décembre 2020 ont introduit une demande pour obtenir des prestations de l'assurance dépendance, mais sont décédés avant que l'AEC n'ait pu faire une évaluation de leur état de santé. Pour ces personnes, les prestations fournies par les prestataires sont prises en charge selon un forfait correspondant à 780 minutes (article 362 du CSS).

Le tableau 3 illustre le nombre de bénéficiaires résidents affiliés par niveau de besoins hebdomadaire en aides et soins, appelé « niveau de dépendance » dans la suite du rapport, en fonction de leur lieu de séjour (maintien à domicile¹⁰, établissement d'aides et de soins à séjour intermittent, établissement d'aides et de soins à séjour continu).

⁹ Articles 3, 4, 5 et 6 du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

¹⁰ Prise en charge à domicile par un aidant, un réseau d'aides et de soins et/ou dans un centre de séjour semi-stationnaire.

Tableau 3 – Nombre de bénéficiaires résidents affiliés par niveau de dépendance et lieu de séjour au 31 décembre 2020^{a b c}

Niveau de dépendance	Maintien à domicile	ESI ^d	ESC	TOTAL	En % du total
1	3 791	72	500	4 363	30,2%
2	1 658	87	358	2 103	14,6%
3	1 049	66	432	1 547	10,7%
4	640	62	488	1 190	8,2%
5	444	47	516	1 007	7,0%
6	310	46	491	847	5,9%
7	195	40	386	621	4,3%
8	137	50	312	499	3,5%
9	107	37	261	405	2,8%
10	81	45	234	360	2,5%
11	52	36	167	255	1,8%
12	28	21	110	159	1,1%
13	38	13	139	190	1,3%
14	≤20	≤10	96	122	0,8%
15	≤5	≤5	≤10	≤15	0,1%
Décès	21		≤10	27	0,2%
Dispositions particulières	404		≤10	413	2,9%
Soins palliatifs	251		67	318	2,2%
TOTAL	9 227	630	4 582	14 439	100,0%

a. Données provisoires

b. Le lieu de séjour est déterminé sur base du prestataire déclaré au 31 décembre 2020. En cas d'absence d'une déclaration de prise en charge par un prestataire, il est supposé que la personne séjourne à domicile sauf si sa synthèse prévoit une activité d'accompagnement en établissement AAE(-M).

c. Pour des raisons de protection des données à caractère personnel, les chiffres inférieurs à 20 sont arrondis au cinquième supérieur. Ainsi par exemple 2 est remplacé par ≤5, 8 par ≤10, et ainsi de suite.

d. Les personnes en ESI peuvent alterner leur séjour entre établissement et domicile. Les personnes ayant séjourné au moins une fois dans un ESI au courant du mois précédant ou suivant le 31 décembre 2020 sont reprises ici.

Au 31 décembre 2020 le niveau de dépendance le plus répandu est le niveau 1 avec 30,2% des bénéficiaires de l'assurance dépendance. 55,5% des bénéficiaires sont classés dans un des 3 premiers niveaux de dépendance. 5,1% des bénéficiaires se retrouvent dans un des 5 derniers niveaux de dépendance.

Cette répartition n'affiche que très peu de variations depuis 2018.

Le tableau 4 montre la répartition des bénéficiaires de l'AD résidents affiliés par niveau de dépendance et par sexe au 31 décembre 2020.

Tableau 4 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés par niveau de dépendance et par sexe au 31 décembre 2020 ^{a b}

Niveau de dépendance	Hommes	Femmes	TOTAL
1	35,4%	64,6%	4 363
2	41,9%	58,1%	2 103
3	39,0%	61,0%	1 547
4	39,4%	60,6%	1 190
5	33,0%	67,0%	1 007
6	32,0%	68,0%	847
7	31,7%	68,3%	621
8	37,5%	62,5%	499
9	37,8%	62,2%	405
10	29,2%	70,8%	360
11	37,6%	62,4%	255
12	40,9%	59,1%	159
13	32,6%	67,4%	190
14	34,4%	65,6%	122
15	69,2%	30,8%	≤15
Décès	59,3%	40,7%	27
Dispositions particulières	48,4%	51,6%	413
Soins palliatifs	45,0%	55,0%	318
TOTAL	37,0%	63,0%	14 439

a. Données provisoires

b. Pour des raisons de protection des données à caractère personnel, les chiffres inférieurs à 20 sont arrondis au cinquième supérieur. Ainsi par exemple 2 est remplacé par ≤5, 8 par ≤10, et ainsi de suite.

63 bénéficiaires sur 100 sont des femmes. Les femmes représentent aussi la majorité des bénéficiaires dans la plupart des niveaux de dépendance. Pour les groupes « décès », « dispositions particulières » et « soins palliatifs », la répartition homme/femme est plus homogène.

L'âge moyen et médian des bénéficiaires résidents affiliés par lieu de séjour est repris dans le tableau 5.

Tableau 5 – Âge moyen et médian des bénéficiaires résidents affiliés par lieu de séjour au 31 décembre 2020 ^a

	Maintien à domicile	ESI	ESC	TOTAL
Âge moyen	68,6	48,3	85,2	73,0
Âge médian	77	52	87	81

a. Données provisoires

La différence d'âge moyen entre les personnes vivant à domicile et en établissements d'aides et de soins à séjour continu s'élève à 16,6 ans. La population la plus jeune présente un âge moyen de 48,3 ans et se retrouve dans des établissements à séjour intermittent, établissements qui répondent de façon prépondérante aux besoins des personnes handicapées.

Pour les trois tableaux suivants qui ont trait au contenu du plan de synthèse, l'analyse ne prend pas en compte les synthèses « décès », « soins palliatifs » et « dispositions particulières », car il s'agit de synthèses forfaitaires. De plus, l'AEC n'effectue pas d'évaluation des besoins du demandeur dans le cadre de la prise en charge des personnes ayant droit aux soins palliatifs et celles décédées avant l'évaluation faite par l'AEC.

Les personnes dépendantes vivant dans un établissement d'aides et de soins à séjour continu ou à séjour intermittent et qui se voient attribuer un des niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins bénéficient toutes de l'activité d'accompagnement en établissement (forfait standard ou majoré) et peuvent se voir accorder des activités d'appui à l'indépendance.

Dans le cadre du maintien à domicile un bénéficiaire peut avoir notamment droit à des activités d'appui à l'indépendance et à des activités de maintien à domicile. Les activités de maintien à domicile regroupent les gardes de nuit, les gardes en groupe (forfait standard ou majoré), les gardes individuelles (forfait standard ou majoré) et les activités d'assistance à l'entretien du ménage (AMD-M).

Tableau 6 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant en ESC en fonction du contenu de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2020 ^{a b}

Niveau de dépendance	AAE	AAE-M	AAI	TOTAL
1	96,8%	3,2%	71,6%	500
2	97,2%	2,8%	88,8%	358
3	92,4%	7,6%	90,5%	432
4	91,4%	8,6%	93,4%	488
5	86,4%	13,6%	89,7%	516
6	81,7%	18,3%	91,2%	491
7	72,5%	27,5%	87,8%	386
8	73,7%	26,3%	87,2%	312
9	70,9%	29,1%	79,7%	261
10	62,8%	37,2%	75,2%	234
11	65,3%	34,7%	65,9%	167
12	56,4%	43,6%	62,7%	110
13	54,7%	45,3%	44,6%	139
14	42,7%	57,3%	49,0%	96
15	20,0%	80,0%	60,0%	≤10
TOTAL des bénéficiaires	81,2%	18,8%	82,7%	4 500

a. Données provisoires

b. Pour des raisons de protection des données à caractère personnel, les chiffres inférieurs à 20 sont arrondis au cinquième supérieur. Ainsi par exemple 2 est remplacé par ≤5, 8 par ≤10, et ainsi de suite.

18,8% des résidents en établissement d'aides et de soins à séjour continu bénéficient du forfait majoré pour l'activité d'accompagnement. L'attribution de ce forfait augmente avec le niveau de dépendance. La majorité des résidents, à savoir les 81,2% restant, a droit au forfait standard de l'activité d'accompagnement. 82,7% des bénéficiaires en établissement d'aides et de soins à séjour continu bénéficient d'activités d'appui à l'indépendance. Les bénéficiaires d'un niveau de dépendance 2 à 8 y ont droit dans plus de 87,2% des cas.

Tableau 7 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant en ESI au 31 décembre 2020 ^a en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge en vigueur en ESI ^{b c}

Niveau de dépendance	AAE	AAE-M	AAI	TOTAL
1	91,7%	8,3%	58,3%	72
2	85,9%	14,1%	75,3%	87
3	87,7%	12,3%	80,0%	66
4	79,0%	21,0%	90,3%	62
5	76,6%	23,4%	91,5%	47
6	84,4%	15,6%	88,9%	46
7	68,4%	31,6%	92,1%	40
8	64,0%	36,0%	90,0%	50
9	59,5%	40,5%	83,8%	37
10	73,3%	26,7%	88,9%	45
11	71,4%	28,6%	82,9%	36
12	85,7%	14,3%	95,2%	21
13	38,5%	61,5%	92,3%	≤15
14	66,7%	33,3%	50,0%	≤10
15	0,0%	100,0%	100,0%	≤5
TOTAL des bénéficiaires	77,8%	22,2%	82,5%	630

a. Les personnes en ESI peuvent alterner leur séjour entre établissement et domicile. Les personnes ayant séjourné au moins une fois dans un ESI au courant du mois précédant ou suivant le 31 décembre 2020 sont reprises ici.

b. Données provisoires

c. Pour des raisons de protection des données à caractère personnel, les chiffres inférieurs à 20 sont arrondis au cinquième supérieur. Ainsi par exemple 2 est remplacé par ≤5, 8 par ≤10, et ainsi de suite.

22,2% des personnes dépendantes en établissement d'aides et de soins à séjour intermittent bénéficient du forfait majoré pour l'activité d'accompagnement, les autres 77,8% bénéficient du forfait standard des activités d'accompagnement. 82,5% des bénéficiaires résidant en ESI bénéficient d'activités d'appui à l'indépendance.

Tableau 8 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant à domicile en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2020 ^{a b c}

Niveau de dépendance	AAI	AMD-GDN	AMD-GG	AMD-GG-M	AMD-GI	AMD-GI-M	AMD-Garde	TOTAL
1	50,5%	0,8%	47,6%	0,6%	6,1%	0,3%	54,6%	3 791
2	60,6%	3,5%	49,3%	2,1%	14,5%	1,1%	67,1%	1 658
3	68,6%	5,1%	54,0%	2,7%	16,1%	1,9%	74,6%	1 049
4	73,0%	10,2%	55,9%	4,4%	18,1%	1,6%	80,0%	640
5	71,4%	11,0%	57,4%	4,7%	16,4%	1,8%	80,4%	444
6	70,0%	14,5%	56,5%	8,4%	20,0%	2,3%	87,1%	310
7	70,8%	15,9%	50,3%	10,8%	20,0%	8,7%	89,7%	195
8	59,1%	22,6%	48,2%	10,9%	23,4%	8,0%	90,5%	137
9	60,7%	29,9%	43,0%	9,3%	22,4%	11,2%	86,0%	107
10	55,6%	29,6%	40,7%	12,3%	21,0%	14,8%	88,9%	81
11	71,2%	46,2%	34,6%	13,5%	26,9%	17,3%	92,3%	52
12	53,6%	46,4%	25,0%	10,7%	28,6%	17,9%	82,1%	28
13	55,3%	55,3%	39,5%	7,9%	10,5%	36,8%	94,7%	38
14	42,1%	36,8%	26,3%	15,8%	15,8%	21,1%	78,9%	≤20
15	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	≤5
TOTAL des bénéficiaires	59,1%	5,7%	49,9%	2,7%	12,1%	1,9%	66,6%	8 551

a. Données provisoires

b. Les AMD-M sont attribués à 100% des personnes vivant à domicile

c. Pour des raisons de protection des données à caractère personnel, les chiffres inférieurs à 20 sont arrondis au cinquième supérieur. Ainsi par exemple 2 est remplacé par ≤5, 8 par ≤10, et ainsi de suite.

Dans le cadre du maintien à domicile, la part des personnes bénéficiant d'activités d'appui à l'indépendance est moins élevée qu'en ESC et ESI (59,1% comparé à 81,2% respectivement 77,8%).

5,7% des bénéficiaires à domicile ont droit à une garde de nuit. Cependant, pour pouvoir profiter de ces gardes, la personne dépendante doit nécessiter la présence d'une tierce personne 24 heures sur 24. Ces gardes sont donc attribuées surtout à des personnes avec des niveaux de dépendance plus élevés.

D'autre part, 66,6% des personnes dépendantes vivant à domicile ont droit à des activités de garde (pendant la journée), que ce soit sous forme individuelle ou en groupe (standard ou majoré).

Toutes les personnes dépendantes résidant à domicile ont droit aux activités d'assistance à l'entretien du ménage à hauteur de 3 heures par semaine.

Les personnes vivant à domicile peuvent opter pour que les actes essentiels de la vie soient entièrement ou en partie réalisés par un aidant de leur choix, à condition que l'AEC confirme que ce dernier remplit toutes les conditions nécessaires pour assurer une réalisation adéquate des AEV (aptitudes psychiques et physiques, disponibilité, etc.).

Tableau 9 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant à domicile en fonction du partage des AEV de la synthèse de prise en charge entre réseaux et aidant au 31 décembre 2020 ^{a b}

Niveau de dépendance	Réseau	Partage entre Réseau et Aidant	Aidant ^c	TOTAL
1	32,9%	33,2%	33,9%	3 791
2	24,5%	42,9%	32,6%	1 658
3	25,1%	48,7%	26,2%	1 049
4	23,0%	53,4%	23,6%	640
5	23,9%	59,9%	16,2%	444
6	19,7%	62,3%	18,1%	310
7	15,9%	70,3%	13,8%	195
8	22,6%	64,2%	13,1%	137
9	20,6%	66,4%	13,1%	107
10	16,0%	76,5%	7,4%	81
11	19,2%	80,8%	0,0%	52
12	25,0%	75,0%	0,0%	28
13	21,1%	78,9%	0,0%	38
14	31,6%	68,4%	0,0%	≤20
15	50,0%	50,0%	0,0%	≤5
TOTAL des bénéficiaires	27,6%	43,8%	28,6%	8 551

a. Données provisoires

b. Pour des raisons de protection des données à caractère personnel, les chiffres inférieurs à 20 sont arrondis au cinquième supérieur. Ainsi par exemple 2 est remplacé par ≤5, 8 par ≤10, et ainsi de suite.

c. Ceci n'exclut pas qu'un prestataire professionnel n'intervienne pour l'exécution d'actes (AAI, AMD-M, AMD-G, AMD-GN) autres que AEV.

Parmi les 8 551 personnes dépendantes vivant à domicile et ayant une synthèse de prise en charge en vigueur au 31 décembre 2020, 6 106 personnes, soit 71,4%, disposent d'une synthèse de prise en charge qui prévoit l'intervention d'un réseau pour l'exécution des actes essentiels de la vie¹¹.

¹¹ Néanmoins, dans 860 cas aucun prestataire n'a déclaré la prise en charge auprès de la CNS.

3 LES PREMIERES SYNTHES DE PRISE EN CHARGE

Le présent chapitre a comme objectif d'analyser les premières synthèses de prise en charge établies à partir du 1^{er} janvier 2018 en les comparant aux anciens plans de prise en charge (établis avant le 1^{er} janvier 2018) afin de mettre en évidence les éventuelles variations dans la moyenne du temps requis pour les actes essentiels de la vie.

Méthodologie

Pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance dépendance, l'assuré introduit sa demande auprès de la CNS. Afin de définir la nature et la quantité des prestations auxquelles la personne dépendante a droit, il est indispensable d'évaluer son état de santé. Si sur base de cette évaluation de l'AEC, la personne a droit aux prestations de l'assurance dépendance¹², une première synthèse de prise en charge est établie.

Dans ce chapitre, dans un souci de comparabilité, l'analyse se limite aux premières synthèses qui résultent d'une évaluation réalisée par l'AEC¹³ au cours d'une année pour des personnes ayant 8 ans accomplis¹⁴. Les réévaluations, les synthèses forfaitaires « soins palliatifs », « décès » et « dispositions particulières » sont exclues de l'étude.

La comparaison du temps moyen requis pour les AEV consiste en un exercice complexe même si l'analyse se limite aux premières synthèses. Ceci parce que les besoins retenus lors d'une première évaluation peuvent varier fortement d'une personne à une autre, notamment en fonction de sa pathologie, de son âge, de l'aménagement de son domicile, respectivement des possibilités d'aménagement de ce dernier. Le moment de l'introduction de la demande impacte également le contenu de la synthèse de prise en charge. A titre d'exemple, deux personnes ayant dans le temps le même besoin d'aide par une tierce personne, peuvent faire leur demande pour une prise en charge par l'AD à des moments très différents. La première personne fait sa demande à un stade précoce de sa dépendance, et est classée de ce fait dans le niveau de dépendance 1 lors de sa première évaluation. Par contre, la deuxième personne n'introduit sa demande que lorsque sa situation s'est déjà fortement dégradée de sorte que son entourage n'est plus capable de répondre sans aide professionnelle aux besoins de la personne dépendante. Elle est alors classée dans un niveau de dépendance plus élevé, par exemple 5, lors de sa première évaluation. Concernant le premier exemple, ce niveau de dépendance ne sera constaté que plus tard lors d'une réévaluation.

Dans le but de déterminer un éventuel changement au niveau des minutes accordées pour AEV suite à l'introduction au 1^{er} janvier 2018 du nouveau référentiel des aides et soins¹⁵, le total des minutes requises pour les AEV est calculé pour toutes les premières synthèses de personnes âgées de plus de 8 ans accomplis et est comparé aux moyennes accordées entre 2014 et 2020.

¹² Pour être couvert par l'assurance dépendance, le besoin d'aides et de soins doit être important et régulier et représenter au moins trois heures et demie par semaine dans le domaine des AEV. En outre, l'état de dépendance doit, suivant toute probabilité, dépasser six mois ou être irréversible.

¹³ Y compris les évaluations de personnes ne faisant pas partie de la population protégée affiliée à l'AMM luxembourgeoise, mais assurée dans le cadre d'une attestation S1.

¹⁴ Les enfants de moins de 8 ans sont exclus, car un coefficient enfant est appliqué aux minutes AEV accordées afin de tenir compte du besoin supplémentaire d'assistance d'une tierce personne par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. En 2020, 98 enfants de moins de 8 ans ont obtenu une première synthèse de prise en charge.

¹⁵ Le nouveau référentiel des aides et soins prévoit des modifications au niveau des actes (contenu, fréquence, durée) et des conditions d'attribution de ces actes.

L'analyse prend en compte les causes de dépendance principales des bénéficiaires, déterminées selon la classification de l'AEC (cf. tableau 10), afin de pouvoir différencier les premières synthèses selon les pathologies des personnes dépendantes.

Tableau 10 – Classification des causes de la dépendance selon l'AEC

Groupe	Libellé	Commentaire
1	Démence et troubles des fonctions cognitives	Diagnostics se rapportant à la maladie d'Alzheimer, démence vasculaire et toutes les autres formes de démence quelle qu'en soit la cause, y compris les démences sans précision.
2	Troubles psychiatriques	Diagnostics se rapportant aux syndromes dépressifs, névroses et psychoses, à l'exclusion des diagnostics de démence et de retard mental.
3	Maladies du système cardio-vasculaire	Diagnostics ayant trait à l'insuffisance cardiaque et pulmonaire ainsi que toutes les autres affections du système cardio-pulmonaire.
4	Maladies du système nerveux	Affections du système nerveux central (essentiellement les séquelles d'AVC (accidents vasculaires-cérébraux), maladies de Parkinson, sclérose en plaques, paraplégies et paralysies infantiles) ou périphérique (essentiellement les polynévrites)).
5	Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	Diagnostics ayant trait aux malformations congénitales, les retards du développement moteur ou mental ainsi que les anomalies chromosomiques.
6	Maladies du système ostéo-articulaire	Maladies rhumatologiques et orthopédiques.
7	Troubles sensoriels	
8	Tumeurs malignes	
9	Autres	On retrouve ici tous les diagnostics qui ne relèvent pas des autres catégories.
10	Cause non codée	

Les moyennes du temps total requis pour AEV accordées dans les premières synthèses sont renseignées dans le tableau 11 par année d'évaluation et par cause de dépendance.

Tableau 11 – Moyennes du temps total requis (en heures) pour les AEV des premières synthèses par année d'évaluation et cause de dépendance principale

Cause de dépendance		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 ^a
1	Démence et troubles des fonctions cognitives	10,0	9,4	9,3	9,0	9,2	9,2	9,5
2	Troubles psychiatriques	8,2	8,2	7,9	7,7	7,1	7,4	7,7
3	Maladies du système cardio-vasculaire	8,0	6,8	7,3	6,9	7,3	7,2	7,7
4	Maladies du système nerveux	11,5	10,4	11,0	9,9	9,8	10,2	9,9
5	Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	9,5	6,5	7,8	10,2	9,8	8,4	9,4
6	Maladies du système ostéo-articulaire	7,9	7,1	7,5	7,3	7,2	6,9	7,5
7	Troubles sensoriels	8,8	6,3	8,0	8,8	7,8	7,3	6,8
8	Tumeurs malignes	7,7	8,3	7,4	7,2	8,2	8,3	8,6
9	Autres	8,4	8,3	7,4	7,1	8,4	7,6	7,9
10	Cause non codée	7,2	7,2	7,8	8,4			
TOTAL		8,7	8,2	8,3	8,1	8,3	8,2	8,5
Variation			-5,8%	1,2%	-2,3%	3,2%	-1,4%	3,8%

a. Données provisoires.

Une baisse globale du temps moyen total requis de 5,8% est constatée de 2014 à 2015. Cette baisse peut s'expliquer notamment par l'application plus stricte des critères d'évaluation tels que ceux-ci furent décidés dans le cadre des mesures du budget nouvelle génération (BNG). L'effet de ces mesures a été atténué par la suite pour les prestataires par la mise à disposition par l'Etat de 38 millions EUR dans le cadre du mécanisme de compensation. Après une légère baisse du temps moyen total requis pour les AEV en 2017 celui-ci évolue de 3,2% en 2018 et se situe ainsi au même niveau que 2016. En 2019, le temps moyen total requis pour les AEV diminue de 1,4%, en 2020 par contre le temps moyen augmente

de 3,8%. Ces évolutions laissent supposer que l'introduction du nouveau référentiel en 2018 n'a pas eu d'impact notable sur les minutes accordées pour les AEV. Ce résultat n'est pas inattendu puisque la détermination du nouveau référentiel a été réalisée de sorte à garder un minutage total identique à l'ancien référentiel.

La comparaison par cause de dépendance met en évidence de fortes fluctuations d'une année à l'autre. Ces différences s'expliquent notamment par des états de santé et des besoins d'aide très variés des personnes dépendantes au moment de l'introduction de leur demande. Certaines personnes introduisent leur demande dès qu'elles présentent une faible dépendance, d'autres retardent leur demande jusqu'au dernier moment (p.ex. lorsque la personne de l'entourage n'est plus capable de fournir les AEV nécessaires), et d'autres encore, lorsque leur état de santé s'est détérioré subitement.

Les deux tableaux qui suivent présentent d'un côté l'évolution du nombre des premières synthèses analysées par cause de dépendance principale et de l'autre côté l'âge moyen des bénéficiaires. Ces deux caractéristiques (cause de dépendance et âge moyen) ne varient que peu sur la période observée.

Tableau 12 – Répartition des premières synthèses par année d'évaluation et cause de dépendance principale

Cause de dépendance		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 ^a
1	Démence et troubles des fonctions cognitives	15,6%	20,3%	18,8%	20,1%	28,2%	26,7%	24,8%
2	Troubles psychiatriques	4,5%	4,6%	4,5%	4,5%	7,2%	6,5%	7,1%
3	Maladies du système cardio-vasculaire	13,1%	10,3%	10,2%	8,9%	9,1%	10,4%	10,3%
4	Maladies du système nerveux	12,1%	12,8%	11,7%	12,6%	14,9%	15,1%	17,3%
5	Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	1,2%	0,9%	1,0%	1,0%	1,4%	1,2%	1,3%
6	Maladies du système ostéo-articulaire	21,6%	22,9%	23,3%	24,6%	25,5%	25,7%	26,1%
7	Troubles sensoriels	1,5%	1,4%	1,3%	1,5%	1,9%	2,3%	1,5%
8	Tumeurs malignes	7,4%	6,1%	8,7%	6,9%	4,2%	4,7%	5,4%
9	Autres	10,4%	7,0%	10,2%	9,1%	7,7%	7,4%	6,3%
10	Cause non codée	12,6%	13,7%	10,2%	10,8%			
TOTAL		2 471	2 473	2 610	1 938	2 366	2 569	2 502

a. Données provisoires

Depuis 2018, il n'existe plus de synthèses de prise en charge auxquelles aucune cause de dépendance principale n'a été attribuée. La qualité dans l'enregistrement des données d'évaluation depuis l'entrée en vigueur de la réforme a donc augmenté.

Tableau 13 – Âge moyen des bénéficiaires d'une première synthèse par année d'évaluation et cause de dépendance principale

Cause de dépendance		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 ^a
1	Démence et troubles des fonctions cognitives	81,7	82,6	82,0	82,6	82,7	83,3	82,7
2	Troubles psychiatriques	68,5	67,1	69,1	66,6	68,3	64,9	65,2
3	Maladies du système cardio-vasculaire	80,1	80,3	80,7	80,5	81,4	81,3	80,4
4	Maladies du système nerveux	70,2	72,4	70,5	71,2	70,2	72,0	73,6
5	Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	38,0	39,1	47,6	44,1	33,2	31,9	41,7
6	Maladies du système ostéo-articulaire	80,9	81,8	82,5	82,1	82,0	81,6	82,4
7	Troubles sensoriels	78,8	78,1	80,8	82,3	80,6	82,0	82,4
8	Tumeurs malignes	70,9	73,4	72,4	73,4	73,9	71,7	73,3
9	Autres	77,6	79,3	77,2	77,7	78,3	78,4	78,8
10	Cause non codée	73,8	74,0	75,2	75,1			
TOTAL		76,5	77,7	77,6	77,8	78,1	78,2	78,3
TOTAL sans groupe 5		77,0	78,1	78,0	78,2	78,7	78,8	78,9

a. Données provisoires

L'âge moyen des bénéficiaires d'une première synthèse qui font partie du groupe 5 « *Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental* », un groupe qui comprend majoritairement une jeune population connaît de forte variation (entre 31,9 et 47,6 ans) pour la période 2014-2020. En ce qui concerne les autres causes, de plus faibles variations sont observées d'une année à la suivante. Néanmoins, au niveau globale, une légère hausse de l'âge moyen est constaté depuis 2014.

4 LES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS ET LEUR PERSONNEL

Le présent chapitre analyse dans un premier temps l'évolution des différents types de prestataires qui sont autorisés à prêter des aides et soins dans le cadre de l'assurance dépendance. Ensuite le chapitre 4 étudie l'évolution du personnel embauché par ces prestataires.

4.1 LES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS

Les articles 389, 390 et 391 du CSS définissent quatre types de prestataires d'aides et de soins : les établissements d'aides et de soins à séjour continu (ESC), les centres semi-stationnaires (CSS), les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI) et les réseaux d'aides et de soins (RAS).

Tableau 14 - Évolution du nombre de prestataires ayant conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS ^a

Année	CSS	ESC	ESI	RAS
2011	50	50	37	16
2012	50	52	38	16
2013	51	51	39	19
2014	52	52	40	22
2015	52	52	40	22
2016	53	52	42	24
2017	52	52	44	24
2018	54	52	43	22
2019	54	52	43	22
2020	55	52	43	22

a. Situation au 31 décembre

Un contrat d'aides et de soins peut couvrir l'activité de plusieurs structures appartenant à un même gestionnaire. Certains gestionnaires ont signé plusieurs contrats d'aides et de soins avec la CNS. Un gestionnaire peut ainsi gérer par exemple un réseau d'aides et de soins et plusieurs centres semi-stationnaires.

Tableau 15 - Évolution du nombre de gestionnaires de prestataires par type de prestataire

Année	CSS	ESC	ESI	RAS
2011	16	23	9	18
2012	17	25	10	18
2013	20	25	10	22
2014	20	25	10	22
2015	22	25	10	24
2016	23	25	11	24
2017	22	25	11	22
2018	22	25	11	22
2019	22	25	11	22
2020	22	25	11	22

4.2 LES RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines travaillant dans le secteur des soins de longue durée correspondent au personnel embauché par les prestataires d'aides et de soins y compris le personnel non affecté à des activités relevant de l'assurance dépendance (ex. buanderie, cuisine).

Méthodologie

Conformément à l'article 395bis du CSS la CNS collecte les données sur les ressources humaines auprès de la COPAS. Pour le calcul des équivalents temps plein (ETP), certaines périodes opposables à la CNS, comme par exemple le congé de maladie de longue durée (à partir du 77^e jour de maladie), le congé de maternité, le congé parental et le congé sans traitement, ne sont pas considérées.

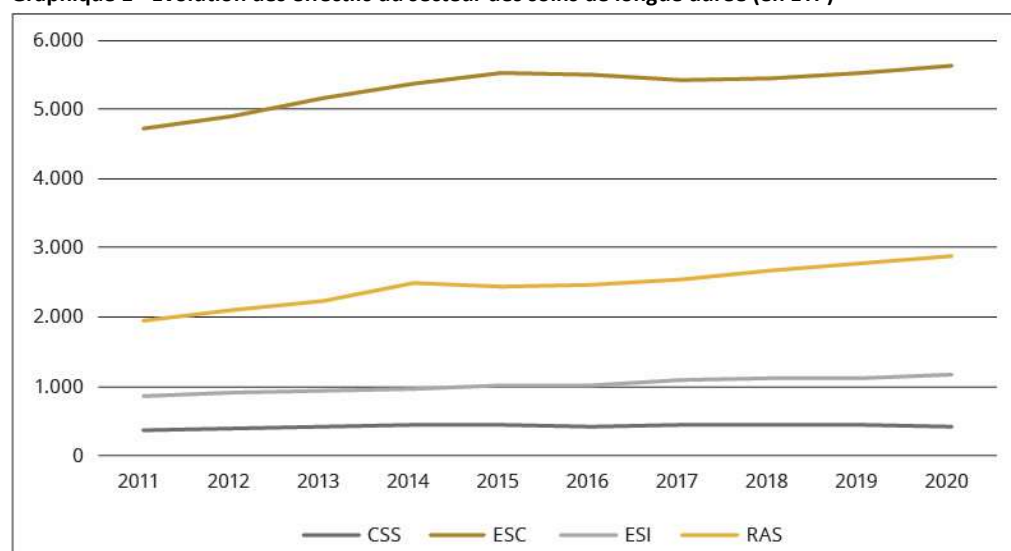
Tableau 16 - Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée (en ETP)

Année	CSS	ESC	ESI	RAS	TOTAL	Variation en %
2011	377,9	4 722,5	864,2	1 940,6	7 905,1	6,6%
2012	399,6	4 900,0	917,7	2 107,3	8 324,6	5,3%
2013	419,4	5 166,1	925,7	2 235,5	7 746,7	5,1%
2014	436,8	5 379,9	967,4	2 480,2	9 264,4	5,9%
2015	443,1	5 530,4	1 011,2	2 442,5	9 427,3	1,8%
2016	422,4	5 500,8	1 001,5	2 467,6	9 392,3	-0,4%
2017	436,1	5 418,5	1 093,6	2 537,0	9 485,2	1,0%
2018	434,1	5 442,6	1 105,3	2 669,9	9 652,0	1,8%
2019	445,8	5 520,7	1 118,9	2 779,7	9 865,1	2,2%
2020	426,0	5 630,1	1 157,3	2 889,4	10 102,9	2,4%

Les effectifs du secteur des soins de longue durée représentent en 2019 un total de 9 865,1 ETP et en 2020 un total de 10 102,9 ETP. Il augmente ainsi de 2,2% par rapport à 2018 respectivement de 2,4% par rapport à 2019. L'évolution des ETP de 2020 est probablement impactée par la crise sanitaire liée au COVID-19 et ceci suite au recours au congé pour raisons familiales (élargi), aux congés de maladie de courte durée prises en charge par la CNS dès le premier jour¹⁶, au recours au chômage partiel et à la fermeture des foyers et centres de jour.

Les effectifs de 2020 sont de 2 197,8 ETP plus élevés que ceux de 2011, soit 27,8%. La population dépendante a augmenté de 24,5% sur la même période. Depuis 2015, la croissance annuelle du personnel ralentit et se situe entre 1% et 2%. Alors que le taux de croissance annuel moyen pour la période de 2001 à 2010 s'établit à 6,8%, celui relatif à la période 2011-2020 s'élève à 2,8%.

¹⁶ Il s'agit ici de deux mesures décidées par le Gouvernement dans le cadre de la pandémie COVID-19. Entre le 1^{er} avril 2020 et le 30 juin 2020 la CNS a pris en charge les congés de maladie de courte durée dès le premier jour de maladie. Le congé pour raisons familiales élargi a été introduit le 16 mars 2020 pour les parents devant assurer la garde de leur enfant fréquentant le fondamental en cas de fermeture des écoles et des maisons relais ainsi qu'en cas de mise en quarantaine ou d'isolement de l'enfant.

Graphique 1 - Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée (en ETP)

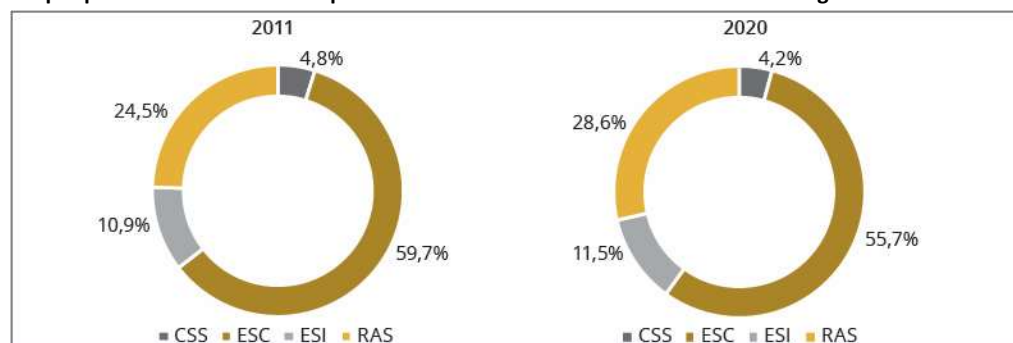
Entre 2011 et 2020, les effectifs des réseaux d'aides et de soins ont augmenté plus que les effectifs des autres types de prestataires, avec un plus de 948,8 ETP, soit +48,9%. Le nombre d'ETP employé auprès des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent a évolué de 33,9%, celui des établissements d'aides et de soins à séjour continu de 19,2% et des centres semi-stationnaires de 12,8% sur la même période. L'augmentation des effectifs ralentit à partir de 2015. Pour les années 2015 à 2020 par exemple le taux de croissance annuel moyen se situe en effet à 3,4% pour les réseaux d'aides et de soins contre 8,5% pour la période de 2011 à 2014. Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent affichent un taux de croissance annuel moyen de 3,8% pour la période allant de 2011 à 2014 contre 2,7% pour la période allant de 2015 à 2020. Sur les mêmes périodes, les établissements d'aides et de soins à séjour continu présentent un taux de 4,4% contre un taux de 0,4% et les centres semi-stationnaires un taux de 5,0% comparé à une baisse de 0,8% sur la période allant de 2015 à 2020.

Tableau 17 - Évolution de la proportion des effectifs par rapport aux effectifs totaux du secteur des soins de longue durée (en %)

Type de prestataire	CSS	ESC	ESI	RAS
2011	4,8%	59,7%	10,9%	24,5%
2012	4,8%	58,9%	11,0%	25,3%
2013	4,8%	59,1%	10,6%	25,6%
2014	4,7%	58,1%	10,4%	26,8%
2015	4,7%	58,7%	10,7%	25,9%
2016	4,5%	58,6%	10,7%	26,3%
2017	4,6%	57,1%	11,5%	26,7%
2018	4,5%	56,4%	11,5%	27,7%
2019	4,5%	56,0%	11,3%	28,2%
2020	4,2%	55,7%	11,5%	28,6%

La majorité des effectifs du secteur des soins de longue durée travaille auprès des établissements d'aides et de soins à séjour continu. Néanmoins la proportion de ces établissements dans l'ensemble des effectifs a diminué au cours des 10 dernières années et passe de 59,7% en 2011 à 55,7% en 2020. Pour les réseaux d'aides et de soins par contre leur proportion augmente de 24,5% en 2011 à 28,6% en 2020. Ces chiffres confirment le développement du maintien à domicile soutenu par le pouvoir politique dès l'introduction de l'assurance dépendance en 1998 : 63,9% des bénéficiaires de l'assurance dépendance vivent à domicile en 2020. Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent occupent 11,5% des effectifs totaux de 2020 et les centres semi-stationnaires 4,2%. Leur proportion par rapport à l'ensemble du personnel reste relativement stable pendant la période observée.

Graphique 2 – Évolution de la répartition des effectifs du secteur des soins de longue durée entre 2011 et 2020 (en %)



En 2020, les ETP travaillant auprès d'une maison de soins (MDS) ou d'un centre intégré pour personnes âgées (CIPA) représentent 55,7% des ETP employés en 2020 par le secteur des soins de longue durée. En 2011 ce pourcentage s'élevait à 59,7%. Les réseaux d'aides et de soins emploient 28,6% des effectifs du secteur contre 24,5% en 2011. Les ETP des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent représentent 11,5% du total (10,9% en 2011). Enfin, les centres semi-stationnaires n'emploient que 4,2% des effectifs occupés dans le secteur des soins de longue durée comparé à 4,8% en 2011.

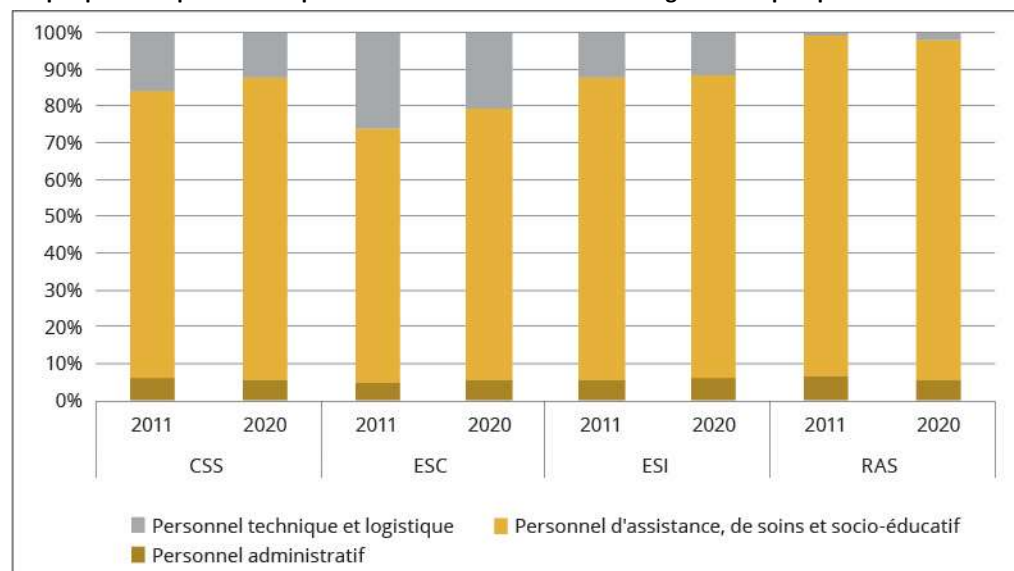
Tableau 18 - Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée par qualification (en ETP)

Type de prestataire/qualification	2018	2019	2020
Centre semi-stationnaire	434,1	445,8	426,0
<i>Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif</i>	352,2	375,8	349,3
Médical et paramédical	135,0	154,2	144,2
Socio-éducatif	111,6	106,0	105,8
Soins	105,6	115,7	99,3
<i>Personnel administratif</i>	25,9	23,0	24,6
<i>Personnel technique et logistique</i>	56,1	47,0	52,2
Établissement d'aides et de soins à séjour continu	5 442,6	5 520,7	5 630,1
<i>Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif</i>	3 907,7	4 034,0	4 165,3
Médical et paramédical	2 929,5	2 982,5	3 085,7
Socio-éducatif	196,7	222,9	249,9
Soins	781,5	828,7	829,7
<i>Personnel administratif</i>	295,2	306,5	315,4
<i>Personnel technique et logistique</i>	1 239,7	1 180,2	1 149,5
Établissement d'aides et de soins à séjour intermittent	1 105,3	1 118,9	1 157,33
<i>Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif</i>	903,2	923,0	953,7
Médical et paramédical	286,6	338,9	364,0
Socio-éducatif	475,1	453,2	444,5
Soins	141,4	130,9	145,3
<i>Personnel administratif</i>	73,4	71,6	70,6
<i>Personnel technique et logistique</i>	128,8	124,3	133,0
Réseau d'aides et de soins	2 669,9	2 779,7	2 889,4
<i>Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif</i>	2 470,1	2 577,3	2 679,9
Médical et paramédical	1 616,8	1 765,4	1 858,4
Socio-éducatif	24,7	22,2	21,9
Soins	828,6	789,7	799,7
<i>Personnel administratif</i>	151,3	159,0	156,5
<i>Personnel technique et logistique</i>	48,6	43,4	53,0
TOTAL	9 652,0	9 865,1	10 102,9
Nombre d'ETP prestant des soins	6 824,9	7 105,9	7 326,2
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	70,7%	72,0%	72,5%

Pour les quatre types de prestataire, le personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif représente la plus grande proportion des ETP par année. Néanmoins, ce pourcentage varie par type de prestataire. En 2020 ce type de personnel représente 92,8% des effectifs des réseaux d'aides et de soins, 82,4% des effectifs des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, 82,0% des effectifs des centres semi-stationnaires et finalement 74,0% des effectifs des établissements d'aides et de soins à séjour continu. Ces derniers occupent une plus grande part de personnel technique et logistique que les 3 autres types de prestataires.

Pour les années 2018 à 2020, la proportion du nombre d'ETP qui prestent des soins (soins, médical et paramédical) augmente pour se situer à 72,5% en 2020 par rapport à 70,7% en 2018.

Graphique 3 - Répartition du personnel du secteur de soins de longue durée par qualification en 2011 et 2020 (en %)



Une analyse de la répartition du personnel du secteur des soins de longue durée en fonction de la qualification du personnel met en évidence que l'évolution du personnel administratif est assez stable pour les centres semi-stationnaires et les établissements d'aides et de soins à séjour continu. Néanmoins, le poids de ce type de personnel parmi l'effectif des réseaux d'aides et de soins a diminué au cours des dix dernières années et celui des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent a augmenté.

La proportion du personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif des centres semi-stationnaires augmente fortement en passant de 77,9% en 2011 à 82,0% en 2020. La même tendance s'observe auprès des établissements d'aides et de soins à séjour continu (68,8% en 2011 contre 74,0% en 2020).

L'augmentation du personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif des centres semi-stationnaires est contrebalancée par une diminution du personnel technique et logistique. En effet, sa proportion évolue de 16,1% en 2011 à 12,2% en 2020. Les établissements d'aides et de soins à séjour continu présentent la même évolution. Leur poids passe de 26,2% en 2011 à 20,4% en 2020.

Tableau 19 - Évolution des effectifs du secteur d'aides et de soins en fonction de la carrière définie selon la CCT-SAS

Type de prestataire	2018	2019	2020
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif	7 633,1	7 910,1	8 148,2
<i>Médical et paramédical</i>	4 967,9	5 241,0	5 452,3
Aide-soignant	2 603,2	2 748,5	2 797,3
Assistant social	27,0	23,5	26,9
Diététicien	2,2	2,3	2,7
Ergothérapeute	110,9	117,4	128,8
Infirmier	2 046,6	2 163,4	2 308,5
Infirmier anesthésiste / masseur	11,2	6,4	4,3
Infirmier hospitalier gradué	44,4	42,1	38,5
Infirmier psychiatrique	17,7	16,4	16,1
Kinésithérapeute	89,2	102,3	110,5
Licencié en Sciences hospitalières	3,4	2,4	1,5
Médecin	1,3	1,4	1,8
Pédagogue curatif	4,0	5,4	3,6
Psychomotricien	6,9	9,3	11,9
<i>Socio-éducatif</i>	808,1	804,2	822,0
Educateur diplômé	613,7	635,3	661,2
Educateur gradué	79,0	76,6	74,1
Educateur instructeur	33,2	16,9	15,6
Educateur instructeur (bac)	5,5	6,4	3,5
Salarié non diplômé	37,8	30,6	27,9
Universitaire Psychologue	38,9	38,5	39,8
<i>Soins</i>	1 857,0	1 864,9	1 873,9
Aide socio-familiale diplômé	875,3	853,5	808,2
Aide socio-familiale en formation	272,2	181,0	180,9
Auxiliaire de vie/Auxiliaire économe	168,0	182,1	180,0
Salarié avec CATP ou CAP	105,1	50,3	51,0
Salarié non diplômé	436,5	598,1	653,7
Personnel administratif	545,7	560,1	567,0
Bac	120,9	119,1	128,5
Bachelor	29,1	32,4	40,4
BTS	14,8	24,1	18,2
Salarié 3 ^{ième} sec. ou ens. moyen	196,8	202,6	204,9
Salarié 5 ^{ième} sec. ou 9 ^{ième} moyen	64,4	52,9	48,1
Salarié inférieur à 5 ^{ième} sec. ou 9 ^{ième} moyen	8,2	10,9	9,6
Salarié non diplômé	31,2	33,2	32,3
Universitaire	80,3	85,0	85,1
Personnel technique et logistique	1 473,2	1 394,9	1 387,7
Salarié avec CATP ou CAP	261,0	270,2	271,5
Salarié sans CATP	87,9	110,1	103,9
Salarié non diplômé - Aide cuisinière	445,0	468,5	459,4
Salarié non diplômé - Nettoyage	598,0	473,6	474,4
Salarié non diplômé - Chauffeur	59,4	50,6	56,2
Salarié non diplômé - Lingère	22,0	21,8	22,3
TOTAL	9 652,0	9 865,1	10 102,9

L'analyse de l'évolution du personnel en fonction de la carrière telle que définie dans la convention collective du secteur d'aides et de soins (CCT-SAS)¹⁷ met en évidence que le nombre d'infirmiers (infirmiers spécialisés inclus) croît de manière importante depuis 2018 : +4,6% en 2018, +5,1% en 2019 et +6,2% en 2020. En 2019, l'évolution du nombre d'aides-soignants s'élève à 6,0% et est ainsi plus forte que celle des infirmiers. L'un des objectifs de la réforme de l'assurance dépendance, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, est d'augmenter la qualité de la prise en charge des personnes dépendantes. L'augmentation des normes de dotation du personnel pour la prestation des actes essentiels de la vie en constitue un exemple.

De plus, le nombre des aides socio-familiales diminue, en particulier le nombre d'aides socio-familiales en formation diminue fortement (-33,5% entre 2018 et 2020).

Le nombre des chauffeurs (personnel technique et logistique non diplômé) évolue considérablement en 2020 (+11,1%) contre une baisse de 14,8% observée en 2019.

Finalement les salariés non diplômés, qui effectuent des actes de l'assurance dépendance (personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif), augmentent de 37,0% en 2019 et de 9,3% en 2020. L'évolution de 2019 s'explique notamment par le fait que, sur demande de la CNS, les prestataires d'aides et de soins comptent, à partir de 2019, ces salariés parmi le personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif et plus parmi le personnel technique et logistique.

Tableau 20 – Les effectifs du secteur des soins de longue durée par type de prestataire et carrière définie selon la CCT-SAS en 2020 (en ETP)

Carrière selon la CCT-SAS	CSS	ESC	ESI	RAS	Total
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif	349,3	4 165,3	953,7	2 679,9	8 148,2
<i>Médical et paramédical</i>	144,2	3 085,7	364,0	1 858,4	5 452,3
Aide-soignant	67,3	1 762,7	144,5	822,8	2.797,3
Assistant social	2,6	11,0	10,7	2,5	26,9
Diététicien	0,0	1,7		1,0	2,7
Ergothérapeute	4,0	76,9	11,4	36,5	128,8
Infirmier	62,6	1 123,4	171,1	951,4	2 308,5
Infirmier anesthésiste / masseur		1,3		3,0	4,3
Infirmier hospitalier gradué	1,6	28,4	3,1	5,4	38,5
Infirmier psychiatrique	0,7	8,8	5,6	1,0	16,1
Kinésithérapeute	3,3	62,2	12,9	32,0	110,5
Licencié en Sciences hospitalières	0,1	1,4	0,1		1,5
Médecin	0,0	1,2	0,6		1,8
Pédagogue curatif	0,5	1,8	1,3		3,6
Psychomotricien	1,5	5,0	2,7	2,7	11,9
<i>Socio-éducatif</i>	105,8	249,9	444,5	21,9	822,0
Educateur diplômé	86,7	215,4	348,9	10,1	661,2
Educateur gradué	12,1	11,5	49,4	1,1	74,1
Educateur instructeur	1,5	0,2	10,6	3,3	15,6
Educateur instructeur (bac)		3,5			3,5
Salarié non diplômé	3,2	8,7	15,9	0,1	27,9
Universitaire Psychologue	2,2	10,6	19,7	7,3	39,8

¹⁷ <https://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-rgd-2021-04-28-a356-jo-fr-pdf.pdf>

Tableau 20– Les effectifs du secteur des soins de longue durée par type de prestataire et carrière définie selon la CCT-SAS en 2020 (en ETP) (Suite)

Carrière selon la CCT-SAS	CSS	ESC	ESI	RAS	Total
Soins	99,3	829,7	145,3	799,7	1 873,9
Aide socio-familiale diplômé	56,5	395,0	66,0	290,7	808,2
Aide socio-familiale en formation	8,3	62,6	10,8	99,1	180,9
Auxiliaire de vie/Auxiliaire économe	23,3	77,5	40,2	39,0	180,0
Salarié avec CATP ou CAP	0,8	14,8	1,3	34,2	51,0
Salarié non diplômé	10,4	279,8	27,0	336,6	653,7
Personnel administratif	24,6	315,4	70,6	156,5	567,0
Bac	7,9	74,3	13,0	33,3	128,5
Bachelor	1,9	16,7	10,9	10,8	40,4
BTS	1,3	9,2	1,8	5,9	18,2
Salarié 3 ^{ième} sec. Ens. Moyen	6,3	108,2	25,3	65,1	204,9
Salarié 5 ^{ième} sec. 9 ^{ième} Moyen	2,3	33,2	5,6	7,0	48,1
Salarié inférieur à 5 ^{ième} sec.	0,3	6,4	0,2	2,7	9,6
Salarié non diplômé	0,8	16,5	2,9	12,0	32,3
Universitaire	3,6	50,9	10,9	19,6	85,1
Personnel technique et logistique	52,2	1 149,5	133,0	53,0	1 387,7
Salarié avec CATP ou CAP	2,9	240,7	27,2	0,7	271,5
Salarié sans CATP	4,3	86,7	10,5	2,4	103,9
Salarié non diplômé - Aide cuisinière	1,8	441,2	16,3		459,4
Salarié non diplômé - Nettoyage	4,8	364,1	62,6	43,0	474,4
Salarié non diplômé - Chauffeur	37,8	7,0	5,3	6,2	56,2
Salarié non diplômé - Lingère	0,6	9,9	11,2	0,6	22,3
TOTAL	426,0	5 630,1	1 157,3	2 889,4	10 102,9

En 2020 les aides-soignants représentent avec 31,3% la proportion la plus importante dans l'ensemble des effectifs des établissements d'aides et de soins à séjour continu. Pour les réseaux d'aides et de soins en particulier, les infirmiers représentent la proportion la plus importante avec 33,3%, et concernant les centres semi-stationnaires et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent la proportion la plus importante est celle des éducateurs (23,6% respectivement 35,3%). Ces 3 carrières regroupent en total 62,2% des effectifs des réseaux d'aides et de soins, 56,0% des établissements d'aides et de soins à séjour continu, 63,3% des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et 54,6% des centres semi-stationnaires.

5 L'ANALYSE DES FORFAITS RELATIFS AUX PRESTATIONS EN NATURE POUR LES AEV

L'analyse du présent chapitre compare la moyenne du temps requis total, retenue dans la synthèse de prise en charge, pour les actes essentiels de la vie avec le temps du forfait de dépendance accordé. Les minutes des forfaits sont fixées dans la loi, et peuvent être adaptées, le cas échéant, par l'application de facteurs d'ajustement à arrêter par le Gouvernement.

Méthodologie

L'analyse présentée dans ce chapitre se limite aux bénéficiaires de l'AD affilié à l'AMM luxembourgeoise ayant une synthèse de prise en charge en vigueur pour les périodes analysées, à condition qu'il s'agisse d'une synthèse résultant d'une (ré)évaluation faite par l'AEC prévoyant des prestations en nature (PN) pour les actes essentiels de la vie et pour laquelle un prestataire au Luxembourg a déclaré la prise en charge auprès de la CNS¹⁸.

Ceci exclut par conséquent toutes les synthèses de prise en charge ne comportant que des prestations en espèces (PE) pour les AEV (y compris les synthèses « dispositions particulières »), les synthèses de prise en charge prévoyant des prestations en nature (PN) pour les AEV, mais pour lesquelles aucun prestataire n'a été sollicité¹⁹ ainsi que les synthèses « décès » et « soins palliatifs » qui donnent droit à des prestations en nature à hauteur de 780 minutes, sans évaluation faite par l'AEC.

De plus sont exclues les synthèses pour lesquelles une différence est constatée entre le forfait PN pour les AEV retenu dans la synthèse de prise en charge et le forfait calculé par l'IGSS sur base des minutes de référence correspondant aux AEV retenus dans la synthèse. Il s'agit essentiellement de synthèses pour des enfants jusqu'à l'âge de huit ans accomplis²⁰, les coefficients d'adaptation appliqués n'étant pas accessibles à l'IGSS et des synthèses établies avant l'entrée en vigueur de la réforme pour lesquelles la répartition entre aidant et réseau a dû être adaptée.

La transcription de la synthèse originale sur la situation de vie du bénéficiaire est considérée. A titre d'illustration, voici deux exemples concrets de transcription de la synthèse originale (i.e. retenue lors de l'évaluation) sur la situation de vie à un instant donné :

- 1) Une personne change son lieu de vie du domicile vers un établissement d'aides et de soins à séjour continu. La synthèse originale est prévue pour le domicile et inclut une répartition des aides et soins entre réseau et aidant à domicile. La synthèse originale est donc adaptée pour tenir compte des règles en vigueur en établissement. Les aides et soins seront désormais tous fournis en tant que prestations en nature.
- 2) L'aidant retenu dans la synthèse originale d'une personne à domicile n'est plus disponible. Les aides et soins sont par conséquent tous fournis par un réseau, pour lequel le forfait PN est adapté de façon à inclure les minutes fournies auparavant sous forme de PE.

Pour chaque synthèse de prise en charge retenue, les minutes correspondant aux AEV²¹ déterminés par semaine lors de l'évaluation par l'AEC, sont additionnées afin de déterminer le requis en minutes

¹⁸ Les données ne sont pas comparables à celles du chapitre 2, parce qu'il s'agit d'une moyenne sur la période considérée et non pas de la situation au 31 décembre, et seulement les synthèses de prise en charge pour lesquelles un prestataire a déclaré la prise en charge de la personne dépendante auprès de la CNS sont considérées.

¹⁹ Aucun prestataire n'a déclaré auprès de la CNS la prise en charge des personnes dépendantes concernées.

²⁰ Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 2006 – Extrait : ART. 6. La durée de la prestation équivalente pour l'adulte est pondérée en fonction des temps d'assistance supplémentaire par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit d'après un coefficient d'adaptation. [...]

²¹ A réaliser par le réseau en tant que prestations en nature.

pour les prestations en nature. Le supplément, accordé pendant 8 semaines suite à un séjour hospitalier en milieu aigu de sept jours consécutifs au moins, n'est pas considéré dans le cadre de cette analyse puisqu'il s'agit d'une situation temporaire.

Le **résidu pour une semaine** correspond à la différence entre les minutes arrêtées pour le forfait hebdomadaire attribué et le total des minutes requises sur base des actes individuels.

A titre d'illustration le tableau 21 présente le calcul du forfait PN et de son résidu pour un bénéficiaire donné.

Tableau 21 – Exemple de calcul d'un forfait PN pour les AEV et de son résidu

Acte	Libellé	Fréquence hebdomadaire (PN)	Minutes
AEVE02	Elimination aide partielle	35	175,0
AEVH03	Hygiène corporelle aide complète	7	117,5
AEVH06	Epilation	forfait hebdomadaire	5,0
AEVHB03	Habillage-déshabillage aide complète	14	210
AEVHB04	Installation de matériel de correction et compensation	7	17,5
AEVM11	Transferts forfait simple	7	52,5
AEVM15	Accès et sortie du logement	7	35,0
TOTAL			612,5
<i>Forfait 3</i>	<i>Entre 491 et 630 minutes</i>	<i>correspond à</i>	<i>560</i>
Résidu			-52,5

La prise en charge forfaitaire des aides et soins requis selon l'AEC pour cette personne s'élève à 612,5 minutes de PN pour les AEV par semaine, et est par conséquent classée dans le forfait 3 de 560 minutes correspondant à un besoin entre 491 et 630 minutes de AEV.

Le résidu hebdomadaire est de -52,5 minutes (= 560,0 – 612,5).

- Un **résidu < 0** signifie que le prestataire doit prester plus de minutes (selon les minutes de références pour les AEV retenus dans la synthèse) qu'il n'obtient de minutes rémunérées. Dans le cas du résidu négatif, les temps de travail financés via les forfaits sont en moyenne inférieurs aux temps requis pour les réaliser.
- Un **résidu > 0** signifie que le prestataire doit prester moins de minutes qu'il n'obtient de minutes rémunérées. Dans le cas du résidu positif, les temps de travail financés via les forfaits dépassent en moyenne les temps requis pour les réaliser.

Le tableau 22 affiche les résidus hebdomadaires moyens (en minutes) par forfait PN pour les AEV pour les années 2019 et 2020 ainsi que le nombre mensuel moyen de bénéficiaires en milieu stationnaire, c'est-à-dire pour les établissements d'aides et de soins à séjour continu et à séjour intermittent.

Tableau 22 – Résidus hebdomadaires moyens (en minutes) pour les AEV-PN par forfait PN en milieu stationnaire (ESC+ESI)

Forfait PN	Minutes du forfait PN	2019		2020 ^a	
		Résidu hebdomadaire moyen	Répartition selon le nombre mensuel moyen des bénéficiaires	Résidu hebdomadaire moyen	Répartition selon le nombre mensuel moyen des bénéficiaires
1	280	7,85	13,2%	6,50	11,2%
2	420	-4,06	9,4%	-1,66	8,5%
3	560	-1,83	9,4%	-3,17	9,7%
4	700	-0,39	10,0%	0,07	10,4%
5	840	-6,05	8,9%	-6,43	10,3%
6	980	-0,86	9,9%	0,66	10,5%
7	1120	-4,91	9,0%	-3,73	8,5%
8	1260	2,21	7,9%	2,51	7,6%
9	1400	3,57	6,8%	3,64	6,4%
10	1540	3,75	4,7%	0,75	5,3%
11	1680	2,96	4,2%	1,82	4,1%
12	1820	12,37	2,4%	11,86	2,5%
13	1960	0,45	2,6%	-3,48	2,9%
14	2100	17,72	1,5%	20,62	1,9%
15	2230	22,52	0,2%	28,18	0,2%
TOTAL des bénéficiaires		0,71	5 168	0,57	5 124

a. Données provisoires

En milieu stationnaire, le nombre de minutes rémunérées dépasse de 0,57 minute le nombre de minutes requis selon les synthèses de prises en charge, ceci en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine en 2020. Le forfait 1, qui contient le plus grand effectif, a un résidu moyen positif de 6,50 minutes par bénéficiaire AD et par semaine. Aux forfaits 2, 3, 5, 7 et 13 correspond par contre un résidu moyen négatif pour l'année 2020.

Pour les établissements d'aides et de à séjour continu, le résidu moyen en 2020 s'élève à 0,29 minute, et celui des établissements d'aides et de à séjour intermittent à 2,82 minutes.

Le résidu moyen hebdomadaire est légèrement positif pour le milieu stationnaire, ce qui signifie que les minutes prévues selon les synthèses de prise en charge sont entièrement rémunérées.

Néanmoins, certains prestataires présentent un résidu moyen négatif, ce qui est lié à la composition de l'ensemble des personnes dépendantes prises en charge.

Parmi les 52 établissements à séjour continu (ayant déclaré en moyenne par mois la prise en charge d'au moins cinq personnes dépendantes), 27 présentent un résidu négatif en 2020. Le résidu varie entre - 7,72 et 11,28 minutes en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine. Les résidus hebdomadaires totaux par prestataire varient entre -673 minutes et 982 minutes.

Parmi les 27 établissements à séjour intermittent (ayant déclaré en moyenne par mois la prise en charge d'au moins cinq personnes dépendantes), 10 présentent un résidu négatif. Le résidu varie entre - 11,41 et 33,65 minutes en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine. Les résidus hebdomadaires totaux par prestataire varient entre -564 minutes et 415 minutes.

A titre d'illustration, le résidu annuel de 2020 s'élève à 2 525 heures, et correspond à une dépense d'environ 0,15 million d'EUR²².

Le tableau 23 affiche les résidus hebdomadaires moyens (en minutes) par forfait PN pour les AEV pour les années 2019 et 2020 ainsi que le nombre moyen de bénéficiaires par mois dans le cadre du maintien à domicile (réseaux d'aides et de soins et centres semi-stationnaires).

Tableau 23 – Résidus hebdomadaires moyens (en minutes) pour les AEV-PN par forfait en cas de maintien à domicile (RAS + CSS)

Forfait PN	Minutes du forfait PN	2019		2020 ^a	
		Résidu hebdomadaire moyen	Répartition selon le nombre mensuel moyen des bénéficiaires	Résidu hebdomadaire moyen	Répartition selon le nombre mensuel moyen des bénéficiaires
0	125	14,49	23,3%	17,11	21,9%
1	280	18,61	36,8%	17,05	37,0%
2	420	3,16	14,5%	5,08	14,9%
3	560	0,32	8,2%	2,90	9,0%
4	700	6,07	5,4%	2,89	5,6%
5	840	2,25	3,7%	6,45	3,8%
6	980	1,04	2,6%	3,32	2,5%
7	1120	8,76	1,8%	8,94	1,7%
8	1260	5,44	1,4%	11,64	1,3%
9	1400	12,50	1,1%	5,27	0,9%
10	1540	-8,98	0,5%	12,81	0,6%
11	1680	0,24	0,3%	-1,49	0,2%
12	1820	-2,86	0,2%	17,90	0,2%
13	1960	29,05	0,2%	1,54	0,2%
14	2100	9,13	0,1%	6,93	0,1%
15	2230	-58,56	0,0%	-43,46	0,0%
TOTAL des bénéficiaires		11,51	4 677	12,03	5 017

a. Données provisoires

Le résidu moyen pour les prestataires du maintien à domicile s'élève à 12,03 minutes par bénéficiaire AD et par semaine en 2020, ce qui est beaucoup plus élevé qu'en milieu stationnaire. Ceci s'explique par le fait que les forfaits 0 et 1 ont des résidus positifs très élevés et un effectif important. Ainsi, 59,0% des personnes dépendantes vivant à domicile sont classées dans un forfait 0 ou 1, avec un résidu largement positif.

A titre de comparaison le résidu pour le forfait 1 en milieu stationnaire est également positif (6,50 minutes), alors que seulement 11,2% des personnes dépendantes séjournant dans un ESC ou ESI sont classées dans ce forfait.

Parmi les 23 prestataires du maintien à domicile (réseaux et centres semi-stationnaires - ayant déclaré en moyenne par mois la prise en charge d'au moins cinq personnes dépendantes), aucun prestataire présente un résidu moyen négatif en 2020. Pour tous les prestataires, leurs résidus moyens pour 2020 par bénéficiaire AD et par semaine sont positifs avec un minimum de 4,73 minutes et un maximum de 55,17 minutes par bénéficiaire. Les résidus hebdomadaires totaux par prestataire varient entre 80 minutes et 23 334 minutes.

²² Estimation par application des coûts horaires (ESC, ESI) en fonction du temps de prise en charge déclaré par les deux types de prestataires. L'estimation ne tient pas compte des différentiels FHL (visant à couvrir le surcoût lié au personnel qui est occupé dans les ESC sous CCT FHL et qui effectue des prestations dans le cadre de l'assurance dépendance) accordés à partir du 1^{er} février 2021 comme supplément à la valeur monétaire de base à certains prestataires.

A titre d'illustration, le résidu annuel de 2020 s'élève à 52 432 heures, et correspond à une dépense d'environ 4,07 millions d'EUR²³.

L'évolution mensuelle des résidus hebdomadaires pour le milieu stationnaire et le maintien à domicile se trouve dans l'annexe 4.

En général, les forfaits fixés pour le maintien à domicile et le milieu stationnaire permettent de couvrir les prestations AEV prescrites dans les synthèses de prise en charge pour les années 2019 et 2020.

Pour aboutir à un résidu nul en 2020, les forfaits en milieu stationnaire devraient être multipliés par un facteur d'ajustement de 0,9994 et ceux du maintien à domicile par un facteur d'ajustement de 0,9707.

²³ Estimation par application des coûts horaires (RAS, CSS) en fonction du temps de prise en charge déclaré par les deux types de prestataires.

CONCLUSION

De manière générale, les forfaits pris en charge par la CNS en 2019 et 2020 correspondent à un nombre de minutes supérieur au nombre des minutes requises calculé sur base des synthèses de prises en charge établies par la CNS à partir des évaluations de l'AEC.

En milieu stationnaire, l'écart entre le nombre de minutes prises en charge par forfaits et le nombre de minutes requises pour les AEV est en moyenne de 0,57 minute par semaine par bénéficiaire en 2020. La neutralisation de cet écart nécessiterait l'application d'un facteur d'ajustement égal à 0,9994. L'IGSS juge cet écart comme peu significatif. Aussi, les résidus ne sont pas répartis de manière homogène ni entre les forfaits ni entre les prestataires dont certains affichent des résidus négatifs en fonction de la composition de l'ensemble de leurs bénéficiaires. Ainsi, l'IGSS propose de ne pas fixer de facteur d'ajustement.

En ce qui concerne le **maintien à domicile**, l'écart entre le nombre de minutes prises en charge par forfaits et le nombre de minutes requises pour les AEV est en moyenne de 12,03 minutes par semaine par bénéficiaire en 2020. La neutralisation de cet écart nécessiterait l'application d'un facteur d'ajustement égal à 0,9707. Plus précisément, les forfaits 0 et 1 représentent des résidus nettement positifs pour environ 59% des bénéficiaires. L'IGSS note que les forfaits 0 et 1 sont surreprésentés comparés aux autres forfaits et que les résidus positifs calculés pour ces mêmes forfaits sont conséquents. Sur base de ces constats, l'IGSS recommande de rééquilibrer la répartition des bénéficiaires en remplaçant les forfaits 0 et 1 par 4 nouveaux forfaits. Les forfaits ainsi créés seraient calculés à partir des minutes requises calculées pour 2020. La fixation d'un facteur d'ajustement deviendrait ainsi sans objet. Néanmoins, un suivi et une analyse s'imposent dans le prochain rapport publié en 2023.

ANNEXE 1 – CONTEXTE ET REFERENCES LEGALES

CONTEXTE

Le besoin de réformer l'assurance dépendance était ancré dans le programme gouvernemental de 2013-2018, qui prévoyait qu'« *une réforme structurelle de l'assurance dépendance permettant la maîtrise globale de l'évolution des dépenses et des prestations s'impose. (...) Le défi de la réforme (...) consiste à assurer la viabilité à long terme de l'assurance dépendance* ».

Selon l'exposé des motifs du projet de loi de la réforme, l'article 395bis « *introduit le principe d'examiner tous les deux ans l'évolution des forfaits de prise en charge et de prévoir leur révision éventuelle. Ainsi, l'Inspection générale de la sécurité sociale établit tous les deux ans un rapport d'analyse prévisionnel, sur base duquel le Gouvernement décide de la nécessité de fixer l'ajustement respectif.* »

Les forfaits concernés par la présente évaluation sont ceux relatifs à la prise en charge des aides et soins dans le domaine des actes essentiels de la vie. Les autres prestations, notamment les activités d'appui à l'indépendance, les activités de maintien à domicile et les activités d'accompagnement en établissement ne sont pas concernées par une éventuelle fixation d'un facteur d'ajustement, leur coût est par contre impacté par une modification des valeurs monétaires.

EXTRAITS DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Art. 353.

1. Les prestations en nature en cas de maintien à domicile dans les domaines des actes essentiels de la vie sont prises en charge intégralement suivant les besoins en aides et soins arrêtés dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. Le prestataire ne peut pas procéder à une facturation à la personne dépendante des actes essentiels de la vie tels qu'arrêtés dans la synthèse de prise en charge.

En tenant compte des prestations requises fournies par l'aidant visé à l'article 350, paragraphe 7, la prise en charge des aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie apportés par les prestataires visés à l'article 389 correspond à un des forfaits suivants:

- Forfait 0 de 125 minutes lorsque le prestataire assure moins de 210 minutes par semaine.
- Forfait 1 de 280 minutes lorsque le prestataire assure entre 210 à 350 minutes par semaine.
- Forfait 2 de 420 minutes lorsque le prestataire assure entre 351 à 490 minutes par semaine.
- Forfait 3 de 560 minutes lorsque le prestataire assure entre 491 à 630 minutes par semaine.
- Forfait 4 de 700 minutes lorsque le prestataire assure entre 631 à 770 minutes par semaine.
- Forfait 5 de 840 minutes lorsque le prestataire assure entre 771 à 910 minutes par semaine.
- Forfait 6 de 980 minutes lorsque le prestataire assure entre 911 à 1.050 minutes par semaine.
- Forfait 7 de 1.120 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.051 à 1.190 minutes par semaine.
- Forfait 8 de 1.260 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.191 à 1.330 minutes par semaine.
- Forfait 9 de 1.400 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.331 à 1.470 minutes par semaine.
- Forfait 10 de 1.540 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.471 à 1.610 minutes par semaine.
- Forfait 11 de 1.680 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.611 à 1.750 minutes par semaine.
- Forfait 12 de 1.820 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.751 à 1.890 minutes par semaine.
- Forfait 13 de 1.960 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.891 à 2.030 minutes par semaine.
- Forfait 14 de 2.100 minutes lorsque le prestataire assure entre 2.031 à 2.170 minutes par semaine.
- Forfait 15 de 2.230 minutes lorsque le prestataire assure 2.171 minutes par semaine ou au-delà.

Les activités d'appui à l'indépendance prestées de façon individuelle sont prises en charge pour une durée ne pouvant pas dépasser cinq heures par semaine. Ces activités peuvent être prestées en groupe à hauteur de maximum vingt heures par semaine.

2. [...]

3. [...]

4. [...]

Art. 357.

1. Lorsque la personne dépendante reçoit les aides et soins pour les actes essentiels de la vie dans un établissement à séjour continu, la prise en charge des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 se fait intégralement en application des forfaits suivants :

- Forfait 1 de 280 minutes lorsque le prestataire assure entre 210 à 350 minutes par semaine.
- Forfait 2 de 420 minutes lorsque le prestataire assure entre 351 à 490 minutes par semaine.
- Forfait 3 de 560 minutes lorsque le prestataire assure entre 491 à 630 minutes par semaine.
- Forfait 4 de 700 minutes lorsque le prestataire assure entre 631 à 770 minutes par semaine.
- Forfait 5 de 840 minutes lorsque le prestataire assure entre 771 à 910 minutes par semaine.
- Forfait 6 de 980 minutes lorsque le prestataire assure entre 911 à 1.050 minutes par semaine.
- Forfait 7 de 1.120 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.051 à 1.190 minutes par semaine.
- Forfait 8 de 1.260 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.191 à 1.330 minutes par semaine.
- Forfait 9 de 1.400 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.331 à 1.470 minutes par semaine.
- Forfait 10 de 1.540 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.471 à 1.610 minutes par semaine.
- Forfait 11 de 1.680 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.611 à 1.750 minutes par semaine.
- Forfait 12 de 1.820 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.751 à 1.890 minutes par semaine.
- Forfait 13 de 1.960 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.891 à 2.030 minutes par semaine.
- Forfait 14 de 2.100 minutes lorsque le prestataire assure entre 2.031 à 2.170 minutes par semaine.
- Forfait 15 de 2.230 minutes lorsque le prestataire assure 2.171 minutes par semaine ou au-delà.

2. [...]

3. [...]

4. [...]

5. [...]

Art. 395bis.

Dans les années impaires, le Gouvernement examine au 1er octobre au plus tard, sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et la Commission consultative visée à l'article 387 demandées en leur avis, s'il y a lieu d'adapter les forfaits visés aux articles 353, alinéa 2 et 357, alinéa 1 et arrête, le cas échéant, le facteur d'ajustement respectif. Le Gouvernement soumet les facteurs d'ajustement arrêtés, accompagnés du projet de loi portant adaptation des forfaits de prise en charge à la Chambre des Députés.

Chaque facteur d'ajustement est établi sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, de la croissance économique du pays et en tenant compte d'une évaluation des besoins en prestations de l'assurance dépendance conforme aux bonnes pratiques en la matière, de la variation effective des activités des prestataires, ainsi que des statistiques concernant les dotations et les qualifications du personnel.

L'analyse prévisionnelle de l'Inspection générale de la sécurité sociale tient compte de l'évolution de toutes les prestations prévues dans le présent livre.

En vue du rapport d'analyse prévisionnel, la Caisse nationale de santé communique à l'Inspection générale de la sécurité sociale au plus tard pour le 1er mai de chaque année les données détaillant la variation effective des activités des prestataires du maintien à domicile visés à l'article 389 et des prestataires en milieu stationnaires visés aux articles 390 et 391 au cours des trois années précédentes, ainsi que des statistiques concernant les dotations et les qualifications du personnel de ces prestataires.

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant : 1° les normes concernant la dotation et la qualification du personnel ; 2° les coefficients d'encadrement du groupe

Art. 1^{er}

Les qualifications minimales requises pour la réalisation des actes essentiels de la vie correspondent aux qualifications de l'aide socio-familiale, de l'aide socio-familiale en formation, de l'aide-soignant ou de l'auxiliaire de vie, à l'exception des actes essentiels de la vie suivants, pour lesquels des qualifications minimales requises correspondent :

1° à celle de l'infirmier, pour la réalisation de l'aide à la nutrition entérale ;

2° à celles de l'aide-soignant et de l'infirmier, pour la dispensation d'actes essentiels de la vie aux bénéficiaires de soins palliatifs.

[...]

Art. 6

Les coefficients de qualification du personnel résultant des normes de dotation sont fixés dans l'annexe 2.

[...]

Annexe 1 – Normes de dotation du personnel

Qualifications	Actes essentiels de la vie			
	CSS	ESC	ESI	RAS
Aides socio-familiales	44%	20%		40%
Aides-soignants	36%	60%		40%
Aides socio-familiales / Aides-soignants			50%	
Infirmiers	20%	20%		20%
Infirmiers / éducateurs			50%	

[...]

Annexe 2 – Les coefficients de qualification du personnel

Les coefficients de qualification du personnel suivant s'appliquent à la facturation

	CSS	ESC	ESI	RAS
des forfaits de prise en charge des actes essentiels de la vie	1	1	1	1
des activités d'appui à l'indépendance individuelles	N/A	1,8	1,8	1,8
des activités d'appui à l'indépendance en groupe	1,3	1,3	1,4	N/A
des activités de garde individuelles de jour et de nuit	N/A	N/A	N/A	0,9
des activités de garde en groupe	0,9	N/A	N/A	N/A
des activités d'assistance à l'entretien du ménage	N/A	N/A	N/A	0,7
des activités de formation	N/A	N/A	N/A	1,8
des activités d'accompagnement en établissement d'aides et de soins	N/A	1	1	N/A

[...]

Remarque :

La CNS réalise des contrôles de plausibilité et vérifie ainsi si le nombre et la qualification du personnel des prestataires d'aides et de soins sont adéquats pour la réalisation des aides et soins déterminés dans la synthèse de prise en charge. Si les calculs montrent que les normes de dotation et de qualification du personnel ne sont pas remplies, alors la CNS se réserve le droit de demander une restitution aux prestataires des montants perçus en trop.

Règlement grand-ducal du 28 avril 2021 portant déclaration d’obligation générale de la convention collective de travail pour les salariés du Secteur d’Aide et de Soins et du Secteur social (CCT SAS) signée le 9 février 2021 conclue entre l’a.s.b.l. Fédération COPAS (en abrégé COPAS), l’a.s.b.l. Fédération des Acteurs du Secteur Social au Luxembourg (en abrégé FEDAS Luxembourg) et l’a.s.b.l. Daachverband vun de Lëtzebuerger Jugendstrukturen (en abrégé DLJ), d’une part et les syndicats OGBL et LCGB, d’autre part.²⁴

Tableau des carrières constituant le personnel des prestataires de l’assurance dépendance – codification selon la CCT-SAS

Carrière	Profession et qualification minimale requise
C1	Professions administratives, logistiques et technique sans qualification
	Professions artisanale et manuelle sans qualification
C2	Aide socio-familiale
	Professions administratives, logistiques et techniques avec 5 ^{ème} ES (ou équivalent) ou 9 ^{ème} EST et 2 années d’expérience
	Professions artisanales et manuelles
C3	Aide-soignant
	Auxiliaire économe / Auxiliaire de vie
	Éducateur-instructeur
	Professions artisanales et manuelles avec DAP (CATP)
	Professions administratives, logistiques et techniques avec DAP (CATP)
	Professions administratives, logistiques et techniques avec brevet de maîtrise *
C4	Professions administratives, logistiques et techniques avec 3 ^{ème} ES ou 11 ^{ème} EST ou certificat de fin d’études de l’enseignement moyen
	Éducateur diplômé
	Éducateur-instructeur avec certificat de fin d’études secondaires ou de fin d’études secondaires techniques
	Ingénieur technicien
C5	Professions administratives, logistiques et techniques avec certificat de fin d’études secondaires ou de fin d’études secondaires techniques
	Infirmier diplômé
C5*	Professions administratives, logistiques et techniques avec BTS
	ATM en chirurgie
	ATM de laboratoire
	ATM de radiologie
	Infirmier anesthésiste
	Infirmier en pédiatrie
	Infirmier psychiatrique
C6	Sage-femme
	Assistant d’hygiène sociale
	Assistant social
	Diététicien
	Éducateur gradué
	Ergothérapeute
	Infirmier hospitalier gradué
	Kinésithérapeute
	Laborantin
	Orthophoniste
	Pédagogue curatif
	Psychomotricien
	Professions administratives, logistiques et techniques avec Bachelor
	Professions socio-éducatives avec Bachelor
	Professions de santé avec Bachelor
C7	Professions administratives, logistiques et techniques avec Master
	Professions de santé avec Master
	Professions socio-éducatives avec Master

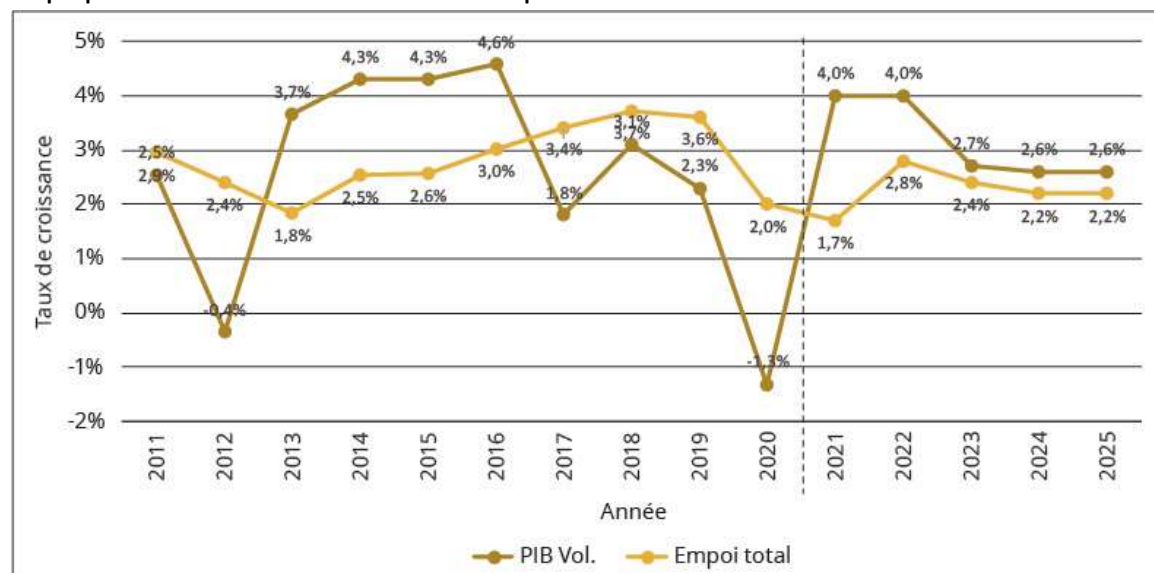
²⁴ <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2021/04/28/a356/jo>

ANNEXE 2 – SITUATION MACRO-ECONOMIQUE DU LUXEMBOURG

1. SITUATION ÉCONOMIQUE DU PAYS – PROJECTIONS À COURT TERME

Le graphique 4 indique la croissance annuelle du produit intérieur brut (PIB en volume) et de l'emploi total entre 2011 et 2020. Pour ces mêmes paramètres, il présente les prévisions pour les années 2021 à 2025.

Graphique 4 - Croissance annuelle du PIB et de l'emploi



Source : STATEC (PSC 2021-2025)

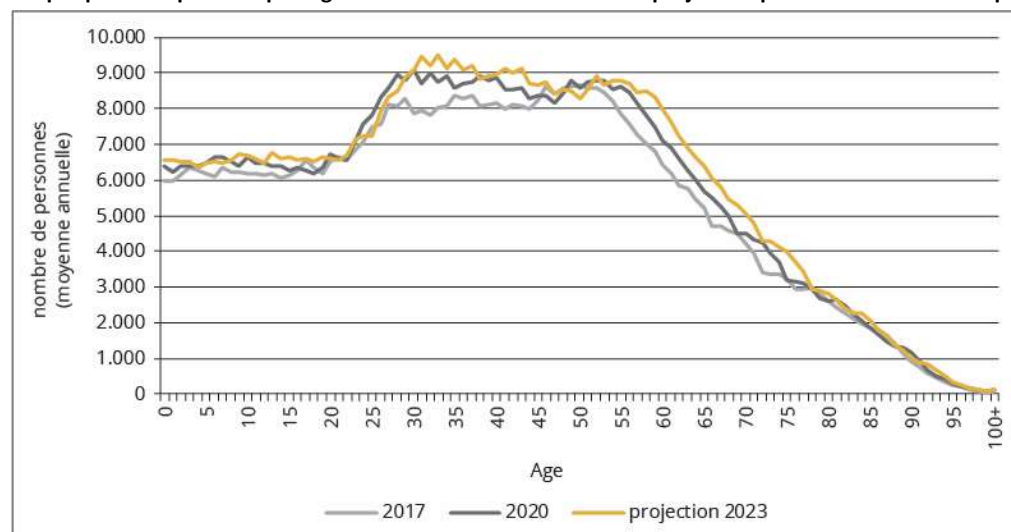
Après la crise financière déclenchée en 2008, le Luxembourg a renoué avec la croissance en 2010 mais cette embellie a été de courte durée. En effet, l'économie a de nouveau marqué le pas en 2011 avant d'afficher une nouvelle régression en 2012. L'activité a fortement rebondi l'année suivante puis a progressé, entre 2013 et 2019, de +3,4% en moyenne par an.

En 2020, les mesures exceptionnelles mises en œuvre par le Gouvernement pour limiter la propagation du COVID-19 ont conduit à un recul du PIB de 1,3%. Les projections du STATEC retenues pour l'élaboration du Programme de stabilité et de croissance (PSC) 2021-2025 anticipent cependant un retour à la croissance dès 2021 et une progression annuelle moyenne de +3,2% sur la période allant de 2021 à 2025. En parallèle et sur le même intervalle, le marché du travail devrait continuer à se développer à un rythme annuel moyen de +2,3%.

2. DÉMOGRAPHIE NATIONALE : PROJECTION À COURT TERME

Le graphique 5 montre l'évolution de la population protégée résidente par âge jusqu'en 2023.

Graphique 5 - Population protégée résidente en 2017 et 2020 et projection pour 2023 - nombre de personnes par âge²⁵



La population protégée résidente augmente, ce qui est lié à un phénomène d'immigration. Le déplacement des courbes vers la droite d'une année à l'autre illustre le vieillissement de la population. Globalement, la population protégée résidente totale (PPR) devrait augmenter annuellement en moyenne de 1,2% entre 2021 et 2023. Trois groupes d'âge sont plus particulièrement concernés par la croissance : ce sont les personnes âgées entre 60 et 74 ans avec une hausse annuelle moyenne de 3,4%, en particulier ces personnes représentent 13,7% de la population protégée en 2020. Le deuxième groupe est celui des personnes âgées entre 75 et 89 ans, qui présente une proportion de 6,0% de la population protégée et qui affiche une croissance annuelle moyenne de 2,5%. Le troisième groupe concerne les personnes âgées de 90 ans et plus et connaîtra une hausse moyenne de 2,4%, alors qu'il ne représente que 0,8% de la population protégée en 2020.

Par conséquent, comme le montrent les projections, la population dépendante résidente va augmenter dans les prochaines années. Son âge moyen est de 73,0 ans et son âge médian est de 81 ans en 2020.

²⁵ Méthodologie : Application à la population protégée résidente des hypothèses de mortalité et de migration établies par EUROSTAT (EUROPOP2019) pour les projections de la population résidente. Notamment les employés et fonctionnaires des institutions européennes ne sont pas couverts par le système national car ils ont leur propre assurance.

ANNEXE 3 – SITUATION FINANCIERE GENERALE DE L'ASSURANCE DEPENDANCE

Le tableau suivant illustre la situation financière de l'assurance dépendance pour les années 2018 à 2020 ainsi que les projections pour les années 2021 et 2022.

Le décompte rectifié tient compte des prestations effectives, en affectant les provisions à l'année de prestation et permet ainsi une meilleure comparabilité des données. Il ne s'agit donc pas d'une vue comptable.

Tableau 24 – Equilibre financier de l'assurance dépendance (en millions d'EUR)

Exercice	Décompte rectifié ^a			Estimation	
	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Nombre indiciaire du coût de la vie (moyenne annuelle)</i>	802,82	814,40	834,76	834,76	850,41
RECETTES COURANTES					
Contribution dépendance	428,73	457,94	477,62	494,41	519,92
Contribution forfaitaire Etat	263,81	272,46	301,05	326,48	342,73
Contribution Etat : mécanisme de compensation	8,20	7,74	0,00	0,00	0,00
Redevance AD du secteur de l'énergie	1,94	1,90	1,92	1,90	2,00
Autres recettes	1,07	0,75	0,88	0,85	0,86
TOTAL DES RECETTES COURANTES	703,76	740,80	781,46	823,64	865,51
<i>Variation annuelle en %</i>	5,6%	5,3%	5,5%	5,4%	5,1%
DEPENSES COURANTES					
Frais d'administration	15,81	17,11	18,53	19,81	22,09
Prestations en espèces	4,93	4,82	4,75	4,49	4,41
Prestations en nature	635,76	658,36	713,88	776,09	816,22
Transferts de cotisations	7,38	5,78	7,76	8,48	8,90
Autres dépenses	0,25	0,53	1,00	0,94	0,95
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	664,14	686,60	745,92	809,81	852,56
<i>Variation annuelle en %</i>	5,3%	3,4%	8,6%	8,6%	5,3%
SOLDE OPERATIONS COURANTES	39,62	54,20	35,54	13,83	12,95
Dotation / prélèvement fonds de roulement	3,60	2,29	6,71	6,39	4,28
Excédent / découvert de l'exercice	36,02	51,91	28,84	7,44	8,68
RÉSERVE GLOBALE	261,04	315,24	350,78	364,61	377,57
<i>Réserve globale/Dépenses courantes</i>	39,3%	45,9%	47,0%	45,0%	44,3%

a. Le décompte rectifié ne tient pas compte des dotations et prélèvements aux provisions.

Sources : Décomptes CNS pour les années 2018-2020 et budget de l'Etat pour les années 2021 à 2022 (juin 2021).

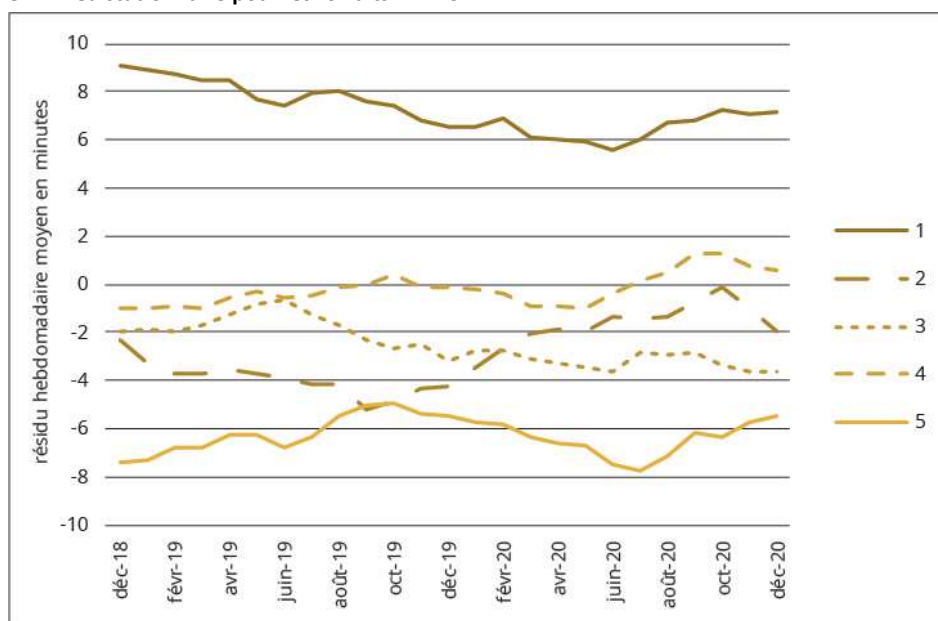
ANNEXE 4 – EVOLUTION MENSUELLE DES RESIDUS HEBDOMADAIRES MOYENS

Les deux sections qui suivent, affichent l'évolution des résidus hebdomadaires mensuels moyens pour le milieu stationnaire ainsi que pour le maintien à domicile (voir chapitre 5).

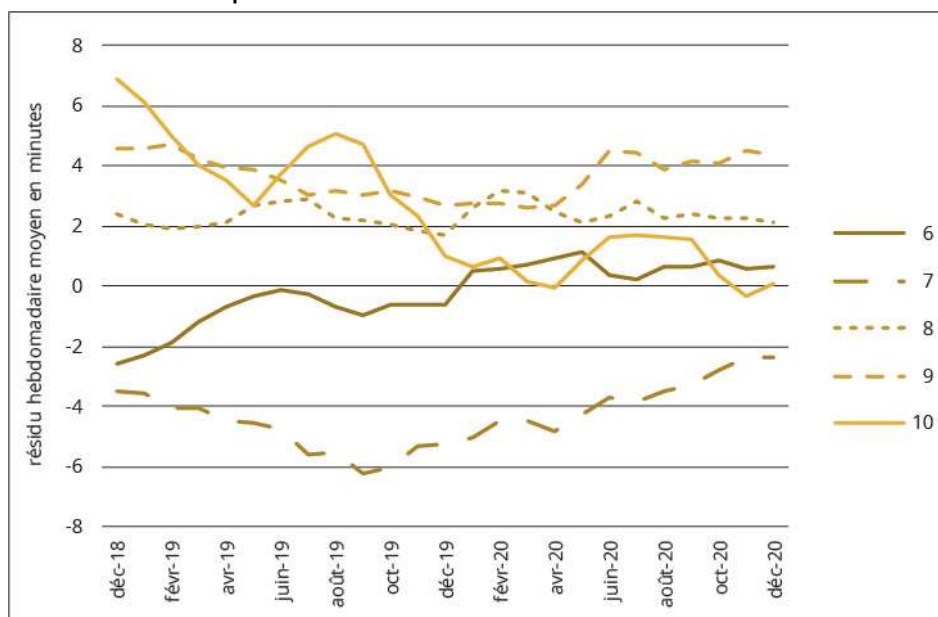
1. MILIEU STATIONNAIRE

Les trois graphiques qui suivent montrent l'évolution mensuelle des résidus entre décembre 2018 et décembre 2020.²⁶

Graphique 6 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre décembre 2018 et décembre 2020 en milieu stationnaire pour les forfaits PN 1-5

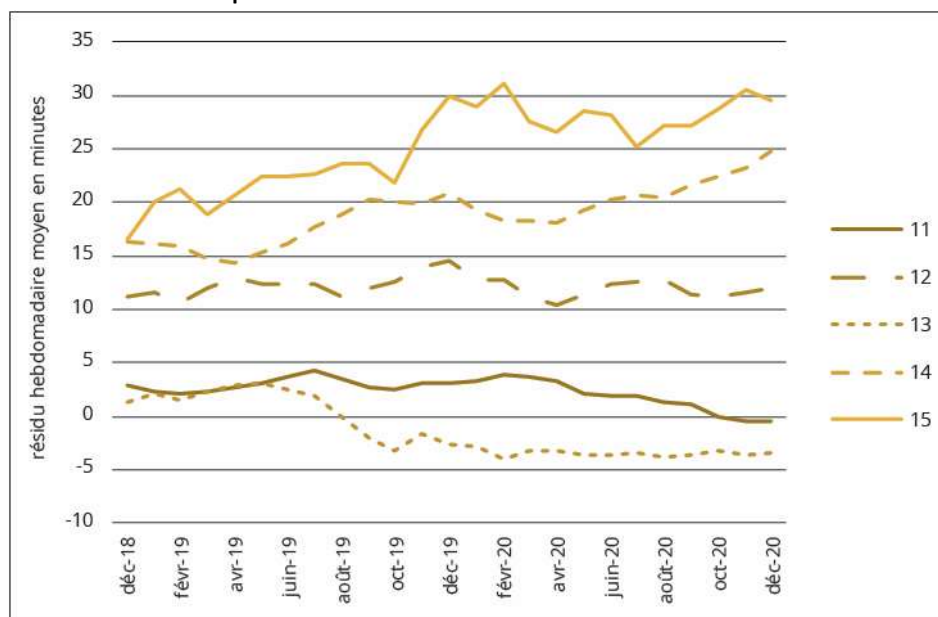


Graphique 7 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre décembre 2018 et décembre 2020 en milieu stationnaire pour les forfaits PN 6-10



²⁶ Le choix a été pris de présenter les résultats dans 3 graphiques pour une meilleure lisibilité.

Graphique 8 – Évolution des résidus mensuels hebdomadaires entre décembre 2018 et décembre 2020 en milieu stationnaire pour les forfaits PN 11-15



Les graphiques montrent des fluctuations parfois non négligeables d'un mois à l'autre. Ces fluctuations s'expliquent notamment par l'existence de nouvelles synthèses (première évaluation ou réévaluation), de synthèses qui ne sont plus en vigueur (décès, réévaluation), ainsi que de synthèses temporairement hors vigueur notamment pendant une hospitalisation.

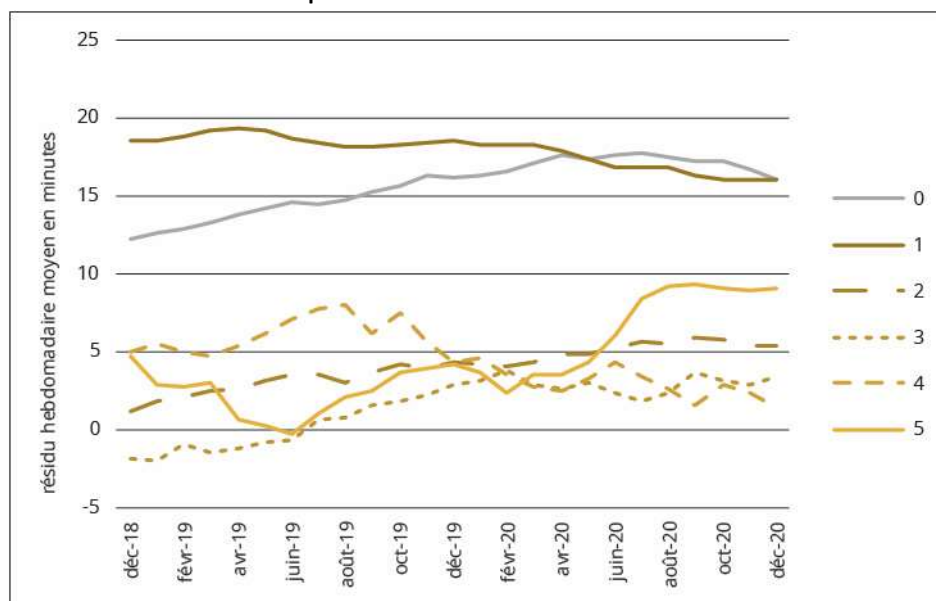
Sur la période analysée, les fluctuations sont plus importantes pour les forfaits dont bénéficient peu de personnes (ex. forfait 15 dont le résidu moyen hebdomadaire varie entre 16,5 et 31,0 minutes) que pour les forfaits dont bénéficient beaucoup de personnes (exemple : forfait 1 dont le résidu moyen hebdomadaire fluctue entre 5,6 et 9,1 minutes).

Malgré les fluctuations mensuelles observées, certaines tendances sont visibles pour les différents forfaits. Ainsi, le résidu moyen du forfait 1 est largement positif, alors que le contraire s'observe au forfait 5.

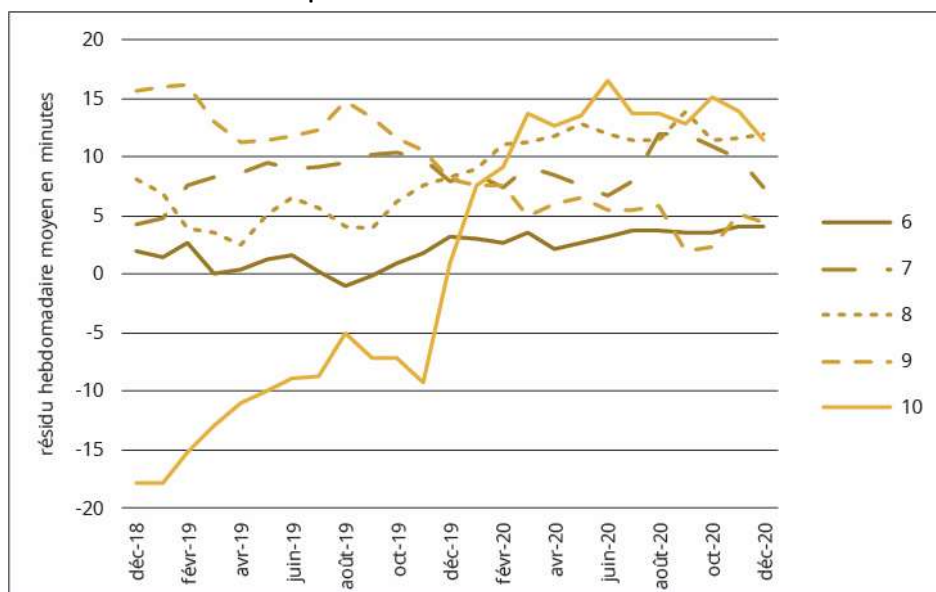
2. MAINTIEN A DOMICILE

Les 3 graphiques qui suivent montrent l'évolution mensuelle entre décembre 2018 et décembre 2020.²⁷

Graphique 9 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre décembre 2018 et décembre 2020 en cas de maintien à domicile pour les forfaits PN 0-5

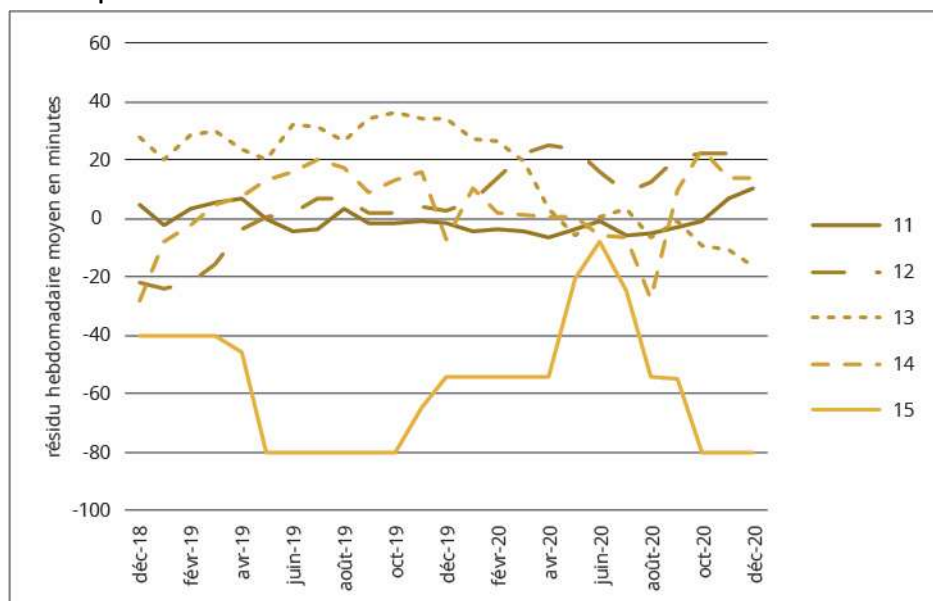


Graphique 10 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre décembre 2018 et décembre 2020 en cas de maintien à domicile pour les forfaits PN 6-10



²⁷ Le choix a été pris de présenter les résultats dans 3 graphiques pour une meilleure lisibilité.

Graphique 11 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre décembre 2018 et décembre en cas de maintien à domicile pour les forfaits PN 11-15



Les graphiques montrent des fluctuations parfois non négligeables d'un mois à l'autre. Ces fluctuations s'expliquent notamment par l'existence de nouvelles synthèses (première évaluation ou réévaluation), de synthèses qui ne sont plus en vigueur (décès, réévaluation), ainsi que de synthèses temporairement hors vigueur notamment pendant une hospitalisation.

Sur la période analysée, les fluctuations sont plus importantes pour les forfaits dont bénéficient peu de personnes (ex. forfait 12 dont le résidu moyen hebdomadaire varie entre -24,4 et 25,3 minutes) que pour les forfaits dont bénéficient beaucoup de personnes (exemple : forfait 1 dont le résidu moyen hebdomadaire fluctue entre 15,9 et 19,3 minutes).

Malgré les fluctuations mensuelles observées, certaines tendances sont visibles pour les différents forfaits dont bénéficient en moyenne au moins 50 bénéficiaires par mois (forfaits 0-8). Ainsi, les résidus hebdomadaires moyens des forfaits 0 et 1 se situent largement au-dessus des niveaux des résidus des autres forfaits.

ANNEXE 5 – ANALYSE DE LA FACTURATION DES AEV

L'analyse de la facturation des AEV se rapporte à 2019 seulement, étant donné que la facturation relative à 2020 n'est pas encore terminée. De plus, 2020 est marquée par la pandémie COVID-19 qui a fortement impacté la prestation des AEV.

Méthodologie

La présente analyse se réfère aux mêmes bénéficiaires que ceux retenus dans le cadre du calcul des résidus. Elle regroupe tous les bénéficiaires disposant d'un côté d'une synthèse de prise en charge avec un forfait PN 0-15 pour AEV en vigueur pendant une certaine période en 2019 et de l'autre côté d'une déclaration de prise en charge par un prestataire pendant cette période.

Le nombre de jours requis n_r pour le forfait AEV est comparé au nombre de jours facturés n_f pour un forfait AEV par le prestataire ayant déclaré la prise en charge.

Les périodes d'hospitalisation sont exclues de cette analyse, car le prestataire ne peut pas facturer des prestations pendant celle-ci. Les prestations facturées mais non prestées (caractérisées par le suffixe R dans la base de données de la CNS) sont néanmoins considérées, car elles illustrent les imprévus liés au bénéficiaire pour lesquels le prestataire ne peut pas être rendu responsable.

Il en ressort de cette étude que le taux de facturation n_f/n_r pour l'année 2019 des synthèses ainsi analysées se situe à un niveau élevé, et ceci aussi bien pour le milieu stationnaire que pour le maintien à domicile :

- pour les établissements d'aides et de soins à séjour continu, il s'élève à 98,9% ;
- pour les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, il s'élève à 98,5% ;
- et pour les réseaux d'aides et de soins à domicile, il s'élève à 88,8%.

L'étude détaillée de la situation à domicile met en évidence qu'un certain nombre de bénéficiaires dispose d'un prestataire qui a déclaré leur prise en charge, mais ces bénéficiaires ne font pas recours à ce prestataire pour la réalisation des AEV. En retirant les périodes pendant lesquelles un bénéficiaire n'a pas fait recours à un prestataire pendant un mois entier pour la réalisation d'actes AEV, le taux de facturation s'élève à 96,5% pour le maintien à domicile.

En 2019 en moyenne 364 personnes ont droit à plus de 25 jours par mois de requis pour AEV à domicile, mais ils n'ont aucune facturation AEV correspondante. Parmi ces personnes, 25,3% font recours à un prestataire pour des prestations en nature autres que AEV (p.ex. AMD-M, AMD-G, AAI) ainsi qu'à un aidant, 15,5% font uniquement recours à un prestataire pour des prestations en nature autre que AEV (p.ex. AMD-M, AMD-G, AAI), 33,7% disposent d'un aidant, mais ne font pas recours à un prestataire et dans 25,5% des cas, il n'y a pas de facturation ni pour les prestations en nature ni pour les prestations en espèces²⁸.

²⁸ L'AEC est au courant que ces situations existent, et fait régulièrement le suivi des dossiers des patients ayant une synthèse valable mais qui ne font ni recours à un professionnel ni à un aidant retenu dans la synthèse pour obtenir des aides et soins.

ANNEXE 6 – GLOSSAIRE

AAE	Activités d’accompagnement en établissement
AAI	Activités d’appui à l’indépendance
AD	Assurance dépendance
AEC	Administration d’évaluation et de contrôle de l’assurance dépendance
AEV	Actes essentiels de la vie
AEV-PN	Forfait relatif aux prestations en nature pour les actes essentiels de la vie
AMD	Activités de maintien à domicile
AMD-GG	Activités de maintien à domicile – garde en groupe
AMD-GDN	Activités de maintien à domicile – garde de nuit
AMD-GI	Activités de maintien à domicile – garde individuelle
AMD-M	Activités d’assistance à l’entretien du ménage
AMM	Assurance maladie-maternité
Bénéficiaire de l’AD	On entend par bénéficiaire de l’AD toute personne ayant droit à des prestations de l’AD selon l’art. 349 alinéas 1 et 3 du CSS. Les personnes ayant uniquement droit à des aides techniques et/ou une adaptation de logement ne sont pas considérées.
BNG	Budget nouvelle génération
BTS	Bac technique supérieur
CAP	Certificat d’aptitude professionnelle
CATP	Certificat d’aptitude technique et professionnelle
CCT – SAS	Convention collective du secteur d’aides et de soins
CEO	Cellule d’évaluation et d’orientation
CIPA	Centre intégré pour personnes âgées
CNS	Caisse nationale de santé
COPAS	La COPAS représente les prestataires qui offrent des services d’aide et de soins aux personnes âgées, malades, souffrant de troubles mentaux ou en situation d’handicap, que ce soit à domicile ou en institution, au Luxembourg.
CSS	Centre semi-stationnaire
CSS	Code de la sécurité sociale
ESC	Etablissement d’aides et de soins à séjour continu (CIPA + MDS)
ESI	Etablissement d’aides et de soins à séjour intermittent
ETP	Equivalent temps plein
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
MDS	Maison de soins
PE	Prestations en espèces
PIB	Produit intérieur brut
PN	Prestations en nature
PPR	Population protégée résidente
Prestations requises	Prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l’évaluation et qui sont repris dans la synthèse de prise en charge.
RAS	Réseau d’aides et de soins
S1	Le document S1 est une attestation certifiant que le titulaire a droit aux prestations de maladie. Il est utile aux personnes qui ne résident pas dans le pays dans lequel elles sont assurées et permet d’obtenir les prestations de maladie et/ou de dépendance en nature dans l’Etat de résidence selon la législation du pays de résidence. Ce document est valable dans les pays de l’Union européenne, en Suisse, en Norvège, au Lichtenstein et en Islande.
TD	Tâches domestiques

ANNEXE 7 – EXTRACTION DES DONNEES

L'extraction des données des synthèses date du 14 juillet 2021 et celle des données de facturation date du 7 juillet 2021.

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Évolution du nombre de bénéficiaires de l’assurance dépendance.....	9
Tableau 2 – Répartition des différents types de synthèses de prise en charge des bénéficiaires résidents affiliés au 31 décembre 2020	10
Tableau 3 – Nombre de bénéficiaires résidents affiliés par niveau de dépendance et lieu de séjour au 31 décembre 2020.....	11
Tableau 4 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés par niveau de dépendance et par sexe au 31 décembre 2020.....	12
Tableau 5 – Âge moyen et médian des bénéficiaires résidents affiliés par lieu de séjour au 31 décembre 2020	12
Tableau 6 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant en ESC en fonction du contenu de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2020.....	13
Tableau 7 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant en ESI au 31 décembre 2020 ^a en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge en vigueur en ESI	14
Tableau 8 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant à domicile en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2020	14
Tableau 9 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant à domicile en fonction du partage des AEV de la synthèse de prise en charge entre réseaux et aidant au 31 décembre 2020	15
Tableau 10 – Classification des causes de la dépendance selon l’AEC.....	17
Tableau 11 – Moyennes du temps total requis (en heures) pour les AEV des premières synthèses par année d’évaluation et cause de dépendance principale.....	17
Tableau 12 – Répartition des premières synthèses par année d’évaluation et cause de dépendance principale.....	18
Tableau 13 – Âge moyen des bénéficiaires d’une première synthèse par année d’évaluation et cause de dépendance principale	18
Tableau 14 - Évolution du nombre de prestataires ayant conclu un contrat d’aides et de soins avec la CNS	20
Tableau 15 - Évolution du nombre de gestionnaires de prestataires par type de prestataire	20
Tableau 16 - Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée (en ETP)	21
Tableau 17 - Évolution de la proportion des effectifs par rapport aux effectifs totaux du secteur des soins de longue durée (en %)	22
Tableau 18 - Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée par qualification (en ETP)....	23
Tableau 19 - Évolution des effectifs du secteur d’aides et de soins en fonction de la carrière définie selon la CCT-SAS.....	25
Tableau 20 – Les effectifs du secteur des soins de longue durée par type de prestataire et carrière définie selon la CCT-SAS en 2020 (en ETP)	26

Tableau 21 – Exemple de calcul d’un forfait PN pour les AEV et de son résidu.....	29
Tableau 22 – Résidus hebdomadaires moyens (en minutes) pour les AEV-PN par forfait PN en milieu stationnaire (ESC+ESI)	30
Tableau 23 – Résidus hebdomadaires moyens (en minutes) pour les AEV-PN par forfait en cas de maintien à domicile (RAS + CSS)	31
Tableau 24 – Equilibre financier de l’assurance dépendance (en millions d’EUR)	40

SOMMAIRE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 - Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée (en ETP).....	22
Graphique 2 – Évolution de la répartition des effectifs du secteur des soins de longue durée entre 2011 et 2020 (en %)	23
Graphique 3 - Répartition du personnel du secteur de soins de longue durée par qualification en 2011 et 2020 (en %).....	24
Graphique 4 - Croissance annuelle du PIB et de l'emploi	38
Graphique 5 - Population protégée résidente en 2017 et 2020 et projection pour 2023 - nombre de personnes par âge	39
Graphique 6 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre décembre 2018 et décembre 2020 en milieu stationnaire pour les forfaits PN 1-5	41
Graphique 7 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre décembre 2018 et décembre 2020 en milieu stationnaire pour les forfaits PN 6-10	41
Graphique 8 – Évolution des résidus mensuels hebdomadaires entre décembre 2018 et décembre 2020 en milieu stationnaire pour les forfaits PN 11-15	42
Graphique 9 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre décembre 2018 et décembre 2020 en cas de maintien à domicile pour les forfaits PN 0-5.....	43
Graphique 10 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre décembre 2018 et décembre 2020 en cas de maintien à domicile pour les forfaits PN 6-10.....	43
Graphique 11 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre décembre 2018 et décembre en cas de maintien à domicile pour les forfaits PN 11-15.....	44