



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

Administration d'évaluation et de contrôle
de l'assurance dépendance

Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance

2024



Rapport biennal

(Période 2021-2023)

Note aux lecteurs

Afin de faciliter la lecture de ce rapport, certaines abréviations ou dénominations seront utilisées selon la liste ci-dessous.

Abréviations, acronymes :

- Actes essentiels de la vie = AEV
- Activités d'appui à l'indépendance = AAI
- Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance = AEC
- Caisse nationale de santé = CNS
- Centre intégré pour personnes âgées = CIPA
- Centre semi-stationnaire = CSST
- Code de la sécurité sociale = CSS
- Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins = COPAS
- Data Warehouse = DWH (= base de données décisionnelle de l'AEC)
- Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent = ESI
- Etablissement d'aides et de soins à séjour continu = ESC, correspondant aux CIPA & MDS
- Indice de masse corporelle = IMC
- Inspection du Travail et des Mines = ITM
- Maison de soins = MDS
- Prestations en nature = PN
- Prestations en espèces = PE
- Réseau d'aides et de soins = RAS
- Service Moyens Accessoires = SMA
- Unité qualité et contrôle de l'AEC = UQC

Dénominations

Le « Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge. », sera renseigné comme **le RGD du 13.12.2017 sur la qualité.**

Le « Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant :

1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ;
2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ;
3. les modalités et limites de la prise en charge par l'assurance dépendance des aides techniques pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs » sera renseigné comme **le RGD du 22.12.2006 sur les aides techniques et adaptations du logement.**

La « Loi du 29 août 2017 portant modification

1. du Code de la sécurité sociale;
2. de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale;
3. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État. »

et ses amendements repris dans 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. »

sont relatifs à la réforme de 2018 sur l'Assurance dépendance. Cette réforme sur l'assurance dépendance, entrée en vigueur au 01.01.2018 et amendée au 01.09.2018, sera renseignée comme **la réforme de 2018** dans l'ensemble du rapport.

Table des matières

Note aux lecteurs	1
Table des matières	2
Table des graphiques	7
Table des tableaux	10
Introduction	12
A. LE SUIVI DANS LES AIDES ET SOINS	14
I. INTRODUCTION « SUIVI DANS LES AIDES ET SOINS »	14
II. INDICATEURS QUALITÉ	14
1. Recensement : ESCARRES et CHUTES	14
2. Escarres	15
2.1 Méthodologie	15
2.1.1 Fiche technique « Escarres »	15
2.1.2 Méthodes de calcul	15
2.1.3 Définition internationale NPUAP-EPUAP de l'escarre	17
2.1.4 Escarres liées ou non liées à la prise en charge	17
2.1.5 Données recensées	18
2.1.6 Période de recensement	18
2.1.7 Modalités	18
2.2 Résultats	19
2.2.1 Résultats généraux/nationaux – tout type de structures confondues	19
2.3 Résultats spécifiques aux maisons de soins (MDS)	21
2.3.1 Résultats 2022-2023	21
2.3.2 Détails et évolution 2022 - 2023	22
2.4 Résultats spécifiques aux centres intégrés pour personnes âgées (CIPA)	24
2.4.1 Résultats 2022-2023	24
2.5 Détails et évolution 2022- 2023	24
2.6 Résultats spécifiques aux Réseaux d'aides et de soins (RAS)	26
2.6.1 Résultats 2022 – 2023	26
2.6.2 Détails et évolution	26
2.7 Résultats spécifiques aux établissements à séjour intermittent (ESI)	27
2.7.1 Résultats 2022 - 2023	27
2.7.2 Détails et évolutions	28
2.8 Quelques références	28
2.9 Conclusion partie « Escarres » et propositions de développements futurs	29
3. Chutes	31
3.1 Méthodologie	31
3.1.1 Définition de la chute	31
3.1.2 Méthodes de calculs	32
3.1.3 Données recensées	33
3.1.4 Période de recensement	33
3.1.5 Modalités	34
3.2 Résultats	34
3.2.1 Résultats nationaux – tout type de structures	34
3.2.1.1 Prévalence des chutes (tout type de structures)	34
3.2.1.2 Nombre de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues	36
3.2.1.3 Taux de chuteurs	36
3.2.2 Résultats détaillés des recensements 2022 et 2023 par type de structure	38
3.2.2.1 Résultats spécifiques aux maisons de soins (MDS)	38

3.2.2.2	Résultats spécifiques aux centres intégrés pour personnes âgées (CIPA)	38
3.2.2.3	Résultats spécifiques aux réseaux d'aides et de soins (RAS)	39
3.2.2.4	Résultats spécifiques aux établissements à séjour intermittent (ESI)	39
3.3	Conclusion partie « Chutes » et propositions de développements futurs	40
4.	Indicateur poids – suivi nutritionnel	42
4.1	Introduction « Suivi nutritionnel »	42
4.2	Résultats « Suivi nutritionnel »	43
4.3	Soutenir les professionnels dans l'amélioration du suivi du poids	43
4.4	Conclusion « Suivi nutritionnel » et propositions de développements futurs	44
5.	Indicateur douleur	45
5.1	Introduction « Douleur »	45
5.2	Résultats « Douleur »	46
5.3	Conclusion « Douleur » et propositions de développements futurs	47
6.	Les contrôles de documentation	47
6.1	Organisation des visites de contrôle de la documentation de prise en charge et résultats	48
6.2	Contrôles réalisées période 2021 -2023	49
6.3	Informations contenues dans les contrôles	50
6.3.1	Données administratives	50
6.3.1.1	Documents administratifs	50
6.3.1.2	Autres informations générales	51
6.3.1.3	Informations sur le début de la prise en charge	51
6.3.1.4	Informations sur les aides techniques	52
6.3.2	Résultats concernant l'état de santé de la personne	52
6.3.2.1	Santé actuelle et antécédents	52
6.3.2.2	Thérapies médicamenteuses en cours (permanentes et ponctuelles)	53
6.3.2.3	Suivi médical et thérapeutique	53
6.3.2.4	Hospitalisations	54
6.3.2.5	Activités d'appui à l'indépendance	54
6.3.3	La fiche de transfert - résultats des fiches reçues pendant les contrôles de documentation	55
6.3.4	Présence de la semaine-type	55
6.3.5	Information sur l'aidant	56
6.3.6	Format de la documentation	57
6.4	Conclusion « Contrôle de documentation » et propositions de développements futurs	57
III.	LA POLITIQUE DE REEVALUATION	59
1.	Introduction partie « Politique de réévaluation »	59
2.	Données chiffrées	60
2.1	Proportion des premières demandes et réévaluations transférées	60
2.2	Évolution de l'ancienneté des synthèses de prise en charge	61
2.3	Type de réévaluations ouvertes	62
2.3.1	Provenance de la demande de réévaluation	63
2.3.2	Type de réévaluations ouvertes par l'AEC	63
2.3.3	Particularité des réévaluations après une demande en admission	64
2.3.4	Particularités des réévaluations chez les enfants	65
3.	Réévaluer en collaboration avec les prestataires via l'outil mySecu®	66
4.	Conclusion « Politique de réévaluation »	68
IV.	LE SUIVI ET LA CONNAISSANCE DE L'AIDANT	69
1.	Introduction partie « Aidant »	69
2.	Typologie des aidants	69
2.1	Nombre d'aidants identifiés	69

2.2	Sexe des aidants	70
2.3	Âge des aidants	72
2.4	Corrélation entre le sexe des aidants et la classe d'âge	73
2.5	Niveau de dépendance de la personne dont s'occupe l'aidant	73
2.6	Répartition entre aidant et réseau d'aides et de soins	74
2.7	Le lien entre l'aidant et la personne dépendante	75
2.8	L'intervention de l'aidant	75
2.8.1	Domaines d'intervention de l'aidant	75
2.8.2	Fréquence d'intervention des aidants	76
2.8.3	Lieu de vie de l'aidant	77
2.8.4	Lieu de vie et fréquence d'intervention de l'aidant	77
2.9	Disponibilités et occupations de l'aidant	77
2.9.1	Occupation professionnelle	78
2.9.2	Existence d'une autre personne aidante	79
2.9.3	Domaines d'intervention de l'autre personne aidante	80
2.9.4	Fréquence d'intervention de l'autre personne aidante	80
2.10	Part des aidants intervenant seuls	81
2.10.1	Formation à l'aidant qui intervient seul	81
2.11	Suivi de l'aidant lors des réévaluations	82
2.12	Mesures de répit	84
2.12.1	Les gardes	84
2.12.1.1	Une prestation largement accordée	85
2.12.1.2	Les types de gardes	85
2.12.1.3	Spécificité des gardes de nuit	86
2.13	Formation à l'aidant	86
2.13.1	Type de formation	87
2.13.2	Bilan de ce projet pilote	87
2.13.2.1	Evaluation quantitative : une attribution selon les critères définis	87
2.13.2.2	Evaluation qualitative : un bilan en cours	87
3.	Le suivi des indisponibilités	87
3.1	Le suivi des indisponibilités	87
3.1.1	Procédure de suivi des indisponibilités	87
3.1.2	Mise en place plus formalisée de la procédure	88
3.2	Constats	89
3.2.1	Quelques chiffres	89
3.2.2	Bénéfices de la nouvelle procédure	90
4.	Conclusion partie « Aidant »	90
V.	CONCLUSION PARTIE « SUIVI DANS LES AIDES ET SOINS »	92
B.	LE SUIVI EN MATIERES D'AIDES TECHNIQUES	95
I.	INTRODUCTION	95
II.	SUIVI DES AIDES TECHNIQUES FOURNIES	97
1.	Les aides techniques standards	97
1.1	Les aides techniques standards à livrer	97
1.2	Les aides techniques standards à enlever auprès du SMA	100
2.	Les aides techniques non-standards	102
3.	Conclusions	104
III.	SUIVIS SPÉCIFIQUES	105
1.	Les élévateurs d'escaliers	106
1.1	Suivi de la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé	106

1.2	Enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires d'un élévateur d'escalier	107
1.2.1	Satisfaction du bénéficiaire par rapport au fournisseur de l'élévateur d'escalier	107
1.2.2	Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité de l'élévateur d'escalier et à son utilisation	108
1.3	Conclusions	108
1.4	Contrôles aléatoires de la qualité des élévateurs d'escaliers au domicile des bénéficiaires	108
2.	Les coques et corsets-sièges	109
IV.	LES ENQUÊTES DE SATISFACTION	110
1.	Enquête de satisfaction concernant les matelas alternating	110
1.1	Satisfaction des bénéficiaires	111
1.1.1	Satisfaction des bénéficiaires par rapport au fournisseur	111
1.1.2	Satisfaction des bénéficiaires par rapport à la qualité du matelas alternating et à son utilisation	112
1.2	Satisfaction des professionnels des réseaux d'aides et de soins	113
1.2.1	Satisfaction des professionnels par rapport au fournisseur	113
1.2.2	Satisfaction des professionnels par rapport à la qualité du matelas alternating et à son utilisation	114
1.3	Conclusions	115
2.	Enquête de satisfaction concernant les aides visuelles complexes	116
2.1	Satisfaction du bénéficiaire par rapport au fournisseur	118
2.2	Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité de l'aide visuelle complexe et à son utilisation	118
2.3	Conclusions	120
V.	CONCLUSION: SUIVI EN MATIÈRE D'AIDES TECHNIQUES	121
C.	LE SUIVI EN MATIÈRE D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT	125
I.	INTRODUCTION	125
II.	SUIVI À COURT TERME : VÉRIFICATION DE L'ADÉQUATION DES ADAPTATIONS RÉALISÉES VS. CAHIER DES CHARGES ÉLABORÉ	127
1.	Types d'adaptations du logement réceptionnés	127
2.	Sociétés en charge des travaux	128
3.	Respect de la solution élaborée dans le cahier des charges fonctionnel	128
3.1	Malfaçons constatées lors de la réception du chantier	130
3.2	Délais pour la mise en œuvre de l'adaptation par la société	131
3.3	Problèmes de facturation	132
3.4	Problèmes relationnels	132
4.	Conclusions	132
III.	SUIVI À MOYEN TERME : ENQUÊTE DE SATISFACTION AUPRÈS DES BÉNÉFICIAIRES D'UNE ADAPTATION DU LOGEMENT	133
1.	Résultats et analyse	133
1.1	Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux services rendus par l'ADAPTH	133
1.2	Satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'entreprise qui a réalisé les travaux	134
1.3	La satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'utilisation de l'adaptation du logement	136
2.	Conclusions	138
IV.	SUIVI À LONG TERME : LONGÉVITÉ DES INSTALLATIONS	139
1.	Fonctionnalité de la solution et utilisation	139
2.	Maintenance et pannes	140
3.	Autorisation ITM et contrôle annuel	140

4. Analyse des différents types de changement de niveau	140
4.1 Les plans inclinés	140
4.2 Les plates-formes élévatrices convertibles en escalier	141
4.3 Les plates-formes élévatrices sur rails obliques	141
4.4 Les plates-formes élévatrices verticales et ascenseurs	141
5. Conclusions	141
V. CONCLUSION: SUIVI DE LA QUALITÉ DES ADAPTATIONS DU LOGEMENT	143
D. CONCLUSION FINALE	145
Remerciements	147

Table des graphiques

Graphique 1 : Taux moyen d'escarres en général, tout type de structures confondues (exclusion: CSST)	20
Graphique 2 : Répartition des escarres par stade, tout type de structures confondues (exclusion: CSST)	20
Graphique 3 : Répartition des escarres par provenance, tout type de structures confondues (exclusion : CSST)	21
Graphique 4 : Répartition des escarres par stade en MDS - Recensements 2022 et 2023	22
Graphique 5 : Évolution des niveaux de dépendance en MdS 2019 - 2023	23
Graphique 6 : Répartition des escarres par provenance en MDS - Recensements 2022 et 2023	23
Graphique 7 : Répartition des escarres par stade en CIPA - Recensements 2022 et 2023	24
Graphique 8 : Répartition des escarres par provenance en CIPA – Recensements 2022 et 2023	25
Graphique 9 : Évolution des niveaux de dépendance en CIPA 2019 - 2023	25
Graphique 10 : Répartition des escarres par stade en RAS - Recensements 2022 - 2023	26
Graphique 11 : Répartition des escarres par provenance en RAS - Recensements 2022 - 2023	27
Graphique 12 : Répartition des escarres par stade en ESI - Recensements 2022 – 2023	28
Graphique 13 : Répartition des escarres par provenance en ESI - Recensements 2022 - 2023	28
Graphique 14 : Prévalence des chutes par type de structure, tout type de structures confondues (2022-2023) (exclusion: CSST)	34
Graphique 15 : Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues 2022-2023 (exclusion : CSST)	36
Graphique 16 : Taux moyen de chuteurs, tout type de structures confondues 2022 – 2023 (exclusion : CSST)	37
Graphique 17 : Nombre de visites de contrôle réalisées par l'UQC 2021-2023	49
Graphique 18 : Proportion premières demandes et réévaluations transférées par l'AEC (2021-2023)	60
Graphique 19 : Ancienneté des plans à domicile (Novembre 2021, 2022 et 2023)	61
Graphique 20 : Ancienneté des plans en établissement MDS et CIPA (Novembre 2021, 2022 et 2023)	62
Graphique 21 : Provenance des réévaluations traitées par l'AEC (2021-2023)	63
Graphique 22 : Type de réévaluations ouvertes par l'AEC (août 2021 - décembre 2023)	64
Graphique 23 : Proportion des bénéficiaires admis en ESC depuis plus de 6 mois et réévalués depuis leur admission (à la date du 08.02.2024)	65
Graphique 24 : Ancienneté des plans des enfants (Novembre 2021, 2022 et 2023)	66
Graphique 25 : Type de traitement des réévaluations dans les ESC (2021-2023)	67
Graphique 26 : Type de traitement des réévaluations à domicile (2021-2023)	67
Graphique 27 : Evolution du nombre d'aidants en % des personnes dépendantes vivant à domicile (2021-2023)	70
Graphique 28 : Répartition moyenne des aidants identifiés par sexe (2021-2023)	70
Graphique 29 : Répartition des aidants identifiés par classe d'âge (2018-2019 et 2020-2021)	72

Graphique 30 : Répartition des aidants identifiés par classe d'âge et par sexe (2021-2023)	73
Graphique 31 : Répartition des aidants par niveau de dépendance - niveaux regroupés (2021-2023)	73
Graphique 32 : Part des aidants qui sont soutenus par un réseau d'aides et de soins (2021-2023)	74
Graphique 33 : Répartition des aidants selon le lien entre l'aidant et la personne dépendante (2021-2023)	75
Graphique 34 : Part des domaines pris en charge par les aidants (2018-2021)	75
Graphique 35 : Répartition des aidants par fréquence d'intervention (2021-2023)	76
Graphique 36 : Part des aidants vivant dans le même ménage que la personne dépendante (2021-2023)	77
Graphique 37 : Corrélation entre lieu de vie et fréquence d'intervention des aidants (2021-2023)	77
Graphique 38 : Occupation professionnelle des aidants (2021-2023)	78
Graphique 39 : Taux d'emploi de la population active (15-64 ans) parmi les aidants et au Luxembourg (2021-2023)	78
Graphique 40 : Part des aidants qui sont soutenus par une autre personne aidante (2018-2021)	79
Graphique 41 : Part des domaines pris en charge par l'autre personne aidante (2021-2023)	80
Graphique 42 : Répartition des autres personnes aidantes par fréquence d'intervention (2021-2023)	80
Graphique 43 : Part des aidants intervenant tout seuls – sans réseau d'aides et de soins et sans autre personne aidante (2021-2023)	81
Graphique 44 : Part des réévaluations où l'aidant est la même personne que lors de l'évaluation précédente (2021-2023)	82
Graphique 45 : Évolution de l'investissement dans les AEV de l'aidant lorsque celui-ci est la même personne que lors de l'évaluation précédente (2021-2023)	82
Graphique 46 : Motif explicatif du changement de l'intervention de l'aidant (2021-2023)	83
Graphique 47 : Motif explicatif du changement de l'aidant (2021-2023)	84
Graphique 48 : Part des personnes dépendantes vivant à domicile et bénéficiant d'une garde en groupe ou d'une garde individuelle parmi tous les bénéficiaires vivant à domicile (2021-2023)	85
Graphique 49 : Répartition des gardes proposées aux bénéficiaires à domicile en gardes en groupe et gardes individuelles (2021 à 2023)	86
Graphique 50 : Part des personnes dépendantes vivant à domicile et bénéficiant d'une garde de nuit parmi tous les bénéficiaires vivant à domicile (2021-2023)	86
Graphique 51 : Délais de livraison des aides techniques standards à livrer - Evolution 2021-2023	99
Graphique 52 : Délais de mise à disposition des aides techniques standards à enlever auprès du SMA - Evolution 2021-2023	101
Graphique 53 : Délais de livraison des aides techniques non-standards - Evolution 2021-2023	103
Graphique 54 : Fréquence d'utilisation de l'élévateur d'escalier	108
Graphique 55 : Perception du délai de mise à disposition par les bénéficiaires	112
Graphique 56 : Adéquation entre le besoin et l'utilisation du matelas alternating	113
Graphique 57 : Perception du délai de mise à disposition par les professionnels	113
Graphique 58 : Réglage correct du matelas alternating par le fournisseur lors de la livraison	114

Graphique 59 : Perception du délai de mise à disposition	118
Graphique 60 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'utilisation de l'aide visuelle complexe	119
Graphique 61 : Fréquence d'utilisation de l'aide visuelle complexe	119
Graphique 62 : Adéquation entre le besoin et l'utilisation de l'aide visuelle complexe	120
Graphique 63 : Comparaison des types d'adaptations réceptionnées - Evolution 2021 - 2023	127
Graphique 64 : Choix de la société responsable des travaux – Evolution 2021 - 2023	128
Graphique 65 : Respect de la solution élaborée dans le cahier des charges - Evolution 2021 - 2023	129
Graphique 66 : Nombre de problèmes rencontrés sur les chantiers - Evolution 2021-2023	129
Graphique 67 : Typologie des problèmes rencontrés sur les chantiers (en % du nombre de chantiers réceptionnés) - Évolution 2021 -2023	130
Graphique 68 : Malfaçons rectifiées par les sociétés en 2023	130
Graphique 69 : Délais moyens (en jours) pour la mise en œuvre des adaptations de salles de bains par les sociétés	131
Graphique 70 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux délais de réalisation par l'entreprise choisie	135
Graphique 71 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux travaux réalisés par l'entreprise choisie	135
Graphique 72 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité du matériel	136
Graphique 73 : Facilité d'utilisation de l'adaptation réalisée	136
Graphique 74 : Fréquence d'utilisation de l'adaptation réalisée	137
Graphique 75 : Incidence de l'adaptation réalisée sur l'autonomie du bénéficiaire	137
Graphique 76 : Incidence de l'adaptation réalisée sur la personne aidante	138

Table des tableaux

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des modalités des recensements des escarres 2022-2023	19
Tableau 2 : Taux moyen d'escarres en général par type de structure	19
Tableau 3 : Résultats détaillés en MDS - Escarres - Recensements 2022 et 2023	21
Tableau 4 : Résultats détaillés en CIPA - Escarres - Recensements 2022 et 2023	24
Tableau 5 : Résultats détaillés en RAS - Escarres - Recensements 2022 - 2023	26
Tableau 6 : Résultats détaillés en ESI - Escarres - Recensements 2022 - 2023	27
Tableau 7 : récapitulatif des modalités des recensements des chutes 2022-2023	34
Tableau 8 : Prévalence des chutes (Nombre) par type de structure 2022 - 2023	34
Tableau 9 : Prévalence des chutes, tout type de structures confondues (2019-2023) (exclusion: CSST)	35
Tableau 10 : Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues (2022-2023) (exclusion: CSST)	36
Tableau 11 : Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues (2022-2023) (exclusion: CSST)	36
Tableau 12 : Taux moyen de chuteurs tout type de structures confondues 2022-2023 (exclusion : CSST)	37
Tableau 13 : Résultats détaillés en MDS - Chutes - Recensements 2022 et 2023	38
Tableau 14 : Résultats détaillés en CIPA - Chutes - Recensements 2022 et 2023	39
Tableau 15 : Résultats détaillés en RAS – Chutes – Recensements 2022 et 2023	39
Tableau 16 : Résultats détaillés en ESI - Chutes - Recensements 2022 et 2023	40
Tableau 17 : Pourcentage de dossiers où la documentation informe sur le suivi du poids	43
Tableau 18 : Résultats suivi douleurs - Contrôle de documentation 2023	46
Tableau 19 : Nombre d'indisponibilités signalées	89
Tableau 20 : Part des types d'indisponibilités signalées	89
Tableau 21 : Proportion des réévaluations liées à une indisponibilité	89
Tableau 22 : Mises à disposition d'aides techniques standards - Tableau comparatif 2021 -2023	97
Tableau 23 : Mises à disposition d'aides techniques standards à livrer - Tableau comparatif 2021 - 2023	98
Tableau 24 : Top 10 des aides techniques standards à livrer – Tableau comparatif 2021-2023	98
Tableau 25 : Types de surélévateurs de WC livrés par le SMA – Tableau comparatif 2021-2023	98
Tableau 26 : Délai de livraison moyen des aides techniques standards à livrer – Tableau comparatif 2021-2023	99
Tableau 27 : Délais de livraison moyens pour le top 10 des aides techniques standards à livrer – Tableau comparatif 2021-2023	100
Tableau 28 : Mises à disposition d'aides techniques standards à enlever auprès du SMA - Tableau comparatif 2021 -2023	100
Tableau 29 : Top 10 des aides techniques standards à enlever auprès du SMA – Tableau comparatif 2021-2023	101
Tableau 30 : Délai de mise à disposition moyen des aides techniques standards à enlever auprès	

du SMA – Tableau comparatif 2021-2023	101
Tableau 31 : Délais de mise à disposition moyens pour le top 10 des aides techniques standards à enlever auprès du SMA – Tableau comparatif 2021-2023	102
Tableau 32 : Mises à disposition d'aides techniques non-standards - Tableau comparatif 2021 -2023	102
Tableau 33 : Aides techniques non-standards principales – Tableau comparatif 2021-2023	103
Tableau 34 : Délai de livraison moyen des aides techniques non-standards – Tableau comparatif 2021-2023	103
Tableau 35 : Délais de livraison moyens pour les aides techniques non-standards principales – Tableau comparatif 2021-2023	104
Tableau 36 : Mises à disposition d'aides techniques – Tableau comparatif 2021-2023	104
Tableau 37 : Evolution du délai moyen pour la réalisation de la réception technique de l'élèveur d'escalier après son installation	107
Tableau 38 : Nombre de coques/corsets-sièges confectionnés par fournisseur en 2023	110
Tableau 39: Répartition des besoins en aides au transfert et du complément pour risque d'escarres	111
Tableau 40 : Moyenne d'âge des bénéficiaires par type d'aide visuelle complexe en 2021	117
Tableau 41 : Nombre d'aides visuelles complexes par fournisseur en 2021	118
Tableau 42 : Chantiers réceptionnés par l'ADAPTH – Tableau comparatif 2021 – 2023	127
Tableau 43 : Travaux supplémentaires commandés et financés par le bénéficiaire – Tableau comparatif 2021 - 2023	128
Tableau 44 : Recours à des heures en régie – Tableau comparatif 2021 – 2023	132
Tableau 45 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la manière dont l'ADAPTH a traité le dossier	133
Tableau 46 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux explications reçues sur le projet d'aménagement	134
Tableau 47 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à son implication dans le projet d'aménagement	134
Tableau 48 : Fréquence d'utilisation du changement de niveau	139

Introduction

Le présent rapport a pour objectif de présenter les résultats des contrôles de la qualité des prestations à charge de l'assurance dépendance effectués par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC) pour la période 2021-2023.

Il s'agit du troisième rapport publié par l'AEC.

Les précédents rapports sont disponibles dans leur version intégrale sur le site de l'AEC <https://aec.gouvernement.lu/fr/docetchiffres/rapportbiennialqualite.html>

Le premier rapport avait permis d'expliquer les choix, démarches et concepts de suivi de la qualité décidés par l'AEC, alors que le deuxième rapport a présenté davantage les résultats et leurs évolutions.

Ce troisième rapport et ceux qui suivront visent à montrer les résultats des suivis qualité réalisés par l'AEC lors des périodes considérées.

Ils seront toujours construits sur le même modèle de ce présent rapport, à savoir en trois parties.

Après une première partie consacrée au suivi de la qualité dans les aides et soins, notamment via les indicateurs de la qualité et la politique de réévaluation, les mesures de suivi de l'aidant, acteur incontournable de la prise en charge, seront mises en avant. Les deux dernières parties du rapport seront consacrées au suivi des aides techniques et aux adaptations du logement.

LE SUIVI DANS LES AIDES ET SOINS

A. LE SUIVI DANS LES AIDES ET SOINS

I. Introduction « Suivi dans les aides et soins »

Le contrôle des prestations vise l'adéquation entre les besoins de la personne dépendante arrêtés dans la synthèse de prise en charge et les aides et soins fournis par le prestataire professionnel.

Contrôler si une personne reçoit effectivement toutes les aides, avec leurs standards minimums, ne serait possible qu'en restant aux côtés de la personne dépendante pendant au moins une semaine, du matin au soir. La personne est-elle le plus possible mobile ? Ses déplacements se font-ils en sécurité ? Son alimentation et son hydratation sont-elles adéquates ? Son état cutané reste-t-il intact ? On ne peut pas directement répondre à ces questions sans observation, évaluation, mise en situation, pesées, etc..., ce qui serait inenvisageable pour l'ensemble des bénéficiaires d'aides et de soins.

C'est pourquoi, les indicateurs de qualité tels que définis dans le RGD du 13.12.2017 visent à effectuer des mesures indirectes, afin de s'assurer que le prestataire met en œuvre les moyens adéquats pour une prise en charge de qualité, garantissant la sécurité et l'intégrité de la personne.

Cette partie consacrée au suivi de la qualité dans les aides et soins se focalisera tout d'abord sur les résultats et constats liés au suivi de quatre indicateurs spécifiques, avec trois indicateurs liés au risque dépendant de la perte d'autonomie, ainsi que celui lié au suivi de la douleur. Leurs modalités de suivi diffèrent dans le sens où deux d'entre eux (indicateurs escarres et chutes) sont le fruit d'une collecte de données auprès de tous les prestataires et deux autres (suivi du poids et de la douleur) résultent des observations faites par l'Unité qualité et contrôle (UQC) lors des contrôles de documentation.

L'ensemble des résultats des contrôles de documentation réalisés pendant la période couverte par ce rapport sera ensuite détaillé.

Cette partie du rapport consacrée au suivi de la qualité dans les aides et soins mettra également en évidence l'importance et l'utilisation de la politique de réévaluation avec ses résultats comme outil du suivi de la qualité.

Enfin, les informations à disposition sur l'aidant participeront à sa connaissance pour valoriser son implication et s'assurer de sa juste intervention.

II. Indicateurs qualité

1. Recensement : ESCARRES et CHUTES

Depuis 2021, l'Unité qualité et contrôle de l'AEC, en collaboration avec le Service de la gestion administrative de l'AEC, a mis à disposition de tous les prestataires de l'assurance dépendance (centres intégrés pour personnes âgées - CIPA, maisons de soins - MDS, réseaux d'aides et de soins - RAS, établissements d'aides et de soins à séjour intermittent - ESI, centres semi-stationnaires - CSST) un formulaire web sécurisé avec accès personnel pour chaque prestataire.

Ce formulaire permet une alimentation directe des réponses reçues dans une base de données. L'accès au formulaire se fait via un lien et un code d'accès envoyés par un système automatique d'emails (adresses issues de la base de données des contacts mise à jour par l'UQC). La mise en place de cet outil a nécessité des échanges accrus avec les prestataires pour s'assurer de la bonne utilisation et compréhension de l'outil.

Afin de soutenir les prestataires et d'assurer une réponse coordonnée et rapide à leurs éventuelles questions, l'AEC a mis à disposition une adresse email, utilisée dès lors pour tout échange en relation avec les données demandées : aecindicateurs@ad.etat.lu .

Les questions posées par les prestataires sont parfois purement techniques (génération du code d'accès, correction d'une erreur de saisie après envoi) ou liées aux modalités de suivi des indicateurs sur le terrain et dans la documentation de soins (personnes à exclure des recensements, modalités

d'observation, risque de double comptage, etc...).

Pendant la période pandémique, d'autres recensements de données liées aux infections et à la gestion des cas de COVID-19 chez les prestataires (demandés par d'autres entités publiques), l'organisation et les priorités de soins ont amené l'AEC à décaler les périodes de recensement en 2020 et 2021 afin de prendre en compte les impératifs des prestataires dans cette période si compliquée.

2022 et 2023 a permis de retrouver les fréquences et espacement normaux pour le recensement national des escarres, d'où la présentation des 4 données de 2022 et 2023, selon le schéma normal de recensement prévu.

Le suivi des chutes a pu quant à lui être effectuée normalement, en chaque début d'année N+1 pour l'année N considérée. Pour faciliter la lecture, le même schéma, présentant les résultats pour 2022 et 2023, a été considéré.

Il conviendra de noter que la présentation des résultats changera pour les futurs rapports biennaux étant donné que la différence MdS et CIPA ne pourra plus être faite. En effet, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées et portant modification de la loi modifiée du 16 mai 1975 portant statut de la copropriété des immeubles bâtis et de la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique en mars 2024, ces dénominations n'existent plus et sont regroupés sous « structure d'hébergement pour personnes âgées ».

2. Escarres

2.1 Méthodologie

2.1.1 Fiche technique « Escarres »

Pour permettre ce recensement, un groupe de travail a mis au point une fiche technique en français et en allemand. Cette fiche technique a été amendée en 2021, afin de clarifier et faciliter des questions de compréhension et d'interprétation qui ont été soulevées lors du premier recensement, mais également grâce au retour d'expérience des participants au groupe de travail.

Cette fiche technique reprend notamment : la définition d'une escarre, la population ciblée par le recensement, etc. Elle est disponible en français et en allemand, sur le site internet de l'AEC, Espace professionnels :

<https://aec.gouvernement.lu/fr/espace-professionnels/controle-qualite.html>

Cette fiche technique constitue la base pour s'assurer que tous les prestataires suivent et enregistrent les escarres constatées selon des critères communs.

2.1.2 Méthodes de calcul

Taux moyen d'escarres en général

Le taux moyen d'escarres est exprimé en pourcentage. Il est calculé de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre total de personnes ayant au moins une escarre le jour du recensement}}{\text{Nombre total de personnes prises en charge le jour du recensement}} \times 100$$

Le taux moyen d'escarres reflète le pourcentage de personnes dépendantes ayant au moins une escarre le jour du recensement parmi toutes les personnes prises en charge le jour du recensement.

Cette prévalence est calculée par type de structure. Pour calculer le taux moyen d'escarres en MDS, le nombre de personnes ayant au moins une escarre le jour du recensement est divisé par le nombre total de personnes prises en charge le jour du recensement. Ce résultat est multiplié par 100.

Ce calcul est fait pour toutes les MDS. La moyenne est ensuite calculée parmi toutes les MDS, c.-à-d. tous les taux sont additionnés et la somme est divisée par le nombre de MDS participant au recensement. Ce calcul est fait pour tous les types de structure.

Pour déterminer le taux moyen d'escarres parmi tous les types de structures, la moyenne de tous les taux moyens d'escarres en MDS, CIPA, RAS, ESI et CSST est calculée (= somme des taux d'escarres divisée par le nombre de types de structure, qui est égal à 5).

Taux moyen d'escarres par stade

Le taux moyen d'escarres par stade est exprimé en pourcentage. Il est calculé de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre total d'escarres de stade 1/2/3/4 recensées le jour du recensement}}{\text{Nombre total d'escarres recensées le jour du recensement}} \times 100$$

Le taux moyen d'escarres par stade reflète le pourcentage des escarres de stade 1/2/3/4 parmi toutes les escarres recensées le jour du recensement. Il permet donc d'indiquer la répartition des escarres par stade (selon les 4 stades définis cf. chapitre 2.1.3 « Définition internationale NPUAP-EPUAP de l'escarre », à la page 17).

Ce taux est calculé par stade et par type de structure.

Pour calculer le taux moyen d'escarres par stade et par structure, le nombre d'escarres de stade 1 en MDS recensées par MDS le jour du recensement est divisé par le nombre total d'escarres recensées par MDS le jour du recensement. Ce résultat est multiplié par 100.

Ce calcul est fait pour chaque MDS. Ensuite, la moyenne de tous les taux d'escarres de stade 1 des MDS est calculée, sans prendre en compte les MDS où aucune escarre a été recensée le jour du recensement. Ainsi, la somme de tous les taux d'escarres de stade 1 des MDS est divisée par le nombre de MDS ayant recensé des escarres.

Ce calcul est fait pour chaque stade d'escarres et pour tous les types de structure. La somme du taux d'escarres de stade 1, de stade 2, de stade 3 et de stade 4 est donc égale à 100%.

Pour déterminer le taux moyen d'escarres par stade parmi tous les types de structures, la moyenne de tous les taux moyens d'escarres de stade 1/2/3/4 en MDS, CIPA, RAS, ESI et CSST est calculée (= somme des taux d'escarres de stade 1/2/3/4 divisée par le nombre de types de structure, qui est égal à 5).

Taux moyen d'escarres par provenance

Le taux moyen d'escarres par provenance est exprimé en pourcentage. Il est calculé de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre total d'escarres liées/non liées à la prise en charge recensées le jour du recensement}}{\text{Nombre total d'escarres recensées le jour du recensement}} \times 100$$

Le taux moyen d'escarres par provenance reflète le pourcentage des escarres liées et non liées à la prise en charge parmi toutes les escarres recensées le jour du recensement et indique donc la répartition des escarres par provenance (cf. chapitre 2.1.4 « Escarres liées ou non liées à la prise en charge », à la page 17).

Ce taux est calculé par type de structure et par provenance.

Pour calculer le taux moyen d'escarres liées à la prise en charge en MDS, le nombre d'escarres liées à la prise en charge recensées par MDS est divisé par le nombre total d'escarres recensées par MDS. Ce résultat est multiplié par 100.

Ce calcul est fait pour chaque MDS. La moyenne de tous les taux d'escarres liées à la prise en charge

des MDS est calculée, sans prendre en compte les MDS où aucune escarre a été recensée le jour du recensement.

La somme de tous les taux d'escarres liées à la prise en charge des MDS est divisée par le nombre de MDS ayant recensé des escarres. Ce calcul est fait une fois pour les escarres liées à la prise en charge et une fois pour les escarres non liées à la prise en charge.

Ces calculs sont réalisés pour tous les types de structure.

La somme du taux d'escarres liées à la prise en charge et du taux d'escarres non liées à la prise en charge est donc égale à 100%.

Pour déterminer le taux moyen d'escarres par provenance parmi tous les types de structures, la moyenne de tous les taux moyens d'escarres liées/non liées à la prise en charge en MDS, CIPA, RAS, ESI et CSST est calculée (= somme des taux d'escarres liées/non liées à la prise en charge divisée par le nombre de types de structure, qui est égal à 5).

2.1.3 Définition internationale NPUAP-EPUAP de l'escarre

Afin de garantir une homogénéisation du recueil de l'indicateur, les prestataires se basent sur la **définition internationale NPUAP-EPUAP de l'escarre** c.-à-d. « *L'escarre est une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une saillie osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement. Un certain nombre de facteurs favorisants ou imbriqués dans la survenue d'escarre y sont associés: leur implication doit être encore élucidée.*¹ (Publication 2009 – 2e édition 2014) »

Cette définition s'accompagne de la définition des différents stades de l'escarre :

- Stade I: Erythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine
- Stade II: Atteinte partielle de la peau ou phlyctène
- Stade III: Perte complète de tissu cutané (tissu graisseux visible)
- Stade IV: Perte tissulaire complète (muscle/os visible)

Le détail de ces stades se retrouve dans la fiche technique.

2.1.4 Escarres liées ou non liées à la prise en charge

Le législateur a souhaité faire cette différenciation afin de corroborer des impressions et hypothèses au sein du secteur des soins de longue durée.

L'argument principal était la difficulté liée aux escarres qui se formaient chez leurs bénéficiaires en raison d'une prise en charge extérieure et antérieure, c'est-à-dire une prise en charge réalisée par un autre type de prestataire, au cours d'une hospitalisation ou en primo-intervention.

Malheureusement, il était impossible de chiffrer, d'argumenter ou de contre-argumenter cette hypothèse. D'où la volonté, depuis le premier recensement, d'être en mesure d'identifier cette provenance.

Le groupe de travail a donc précisé cette nuance et souhaité accompagner les prestataires dans la compréhension et le suivi de cette nuance, qui oblige à s'organiser et à évaluer l'état de la peau à différents moments clés de la prise en charge.

La fiche technique explique dès lors que l'escarre liée à la prise en charge est une escarre qui s'est formée et développée alors que le prestataire prenait déjà en charge la personne. C'est donc une escarre qui est apparue lorsque la prise charge était assurée par le prestataire en charge du recensement.

Cette définition ne sous-entend pas le fait que l'escarre est causée par le prestataire ou par sa prise en

¹ European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcer: quick reference guide Washinton DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009

charge. Il convient de lire que l'escarre s'est formée lorsque le prestataire intervient dans les aides et soins de la personne dépendante.

À domicile, si un prestataire détecte une escarre et même si une partie des aides et soins est réalisée par un aidant, il considérera que cette escarre est une escarre liée à la prise en charge.

L'escarre non liée à la prise charge est définie comme celle qui a été acquise avant l'intervention du prestataire soignant la personne au moment du recensement. Il peut s'agir par exemple d'une personne qui était prise en charge par un autre prestataire, dans un autre lieu de vie.

Cela peut aussi être une personne dépendante qui a été hospitalisée et qui est retournée auprès de son prestataire « assurance dépendance » et qui présente, maintenant, à sa sortie d'hospitalisation, une escarre. Cela peut être également une personne dépendante qui sort d'hospitalisation, qui présente une escarre, et pour laquelle le prestataire commence à intervenir.

L'escarre présente lors de la prise en charge, mais qui se serait dégradée après une autre prise en charge, sera toujours à considérer comme une escarre liée à la prise en charge.

Ces différenciations permettent également de faire le lien avec les informations à mettre sur la fiche de transfert telle que définie dans l'article 4, point 5 du « Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017, déterminant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge ».

2.1.5 Données recensées

Le prestataire (1 code fournisseur = 1 responsable de recensement) est invité à remplir le formulaire web sécurisé avec accès personnel. Il recense les données suivantes pour la date considérée :

- nombre total des personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins le jour du recensement ;
- nombre de personnes présentant au moins une escarre ;
- nombre total d'escarres ;
- les différents stades des escarres ;
- la provenance des escarres.

2.1.6 Période de recensement

Le recensement de la prévalence des escarres porte sur les escarres présentes pour une journée spécifique et est réalisé une fois par semestre. Le premier recensement des escarres a été effectué en 2019 et les résultats ont été publiés dans le rapport biennal sur la qualité de 2020. Les résultats des recensements de 2020 et 2021 ont été publiés dans le rapport biennal sur la qualité de 2022.

Les résultats présentés dans ce rapport biennal portent sur les années 2022 et 2023 :

- la journée du 8 juin 2022 ;
- la journée du 19 novembre 2022 ;
- la journée du 26 juin 2023 ;
- la journée du 24 octobre 2023.

Les résultats des recensements précédents ont été publiés et analysés dans les rapports biennaux précédents.

2.1.7 Modalités

Journée de recensement	08.06.2022	19.11.2022	26.06.2023	24.10.2023
Prestataires sollicités	137	139	141	141
Prestataires à considérer	112	110	115	115
Délai moyen de réponse (jours)	13,2	17,3	18,4	17,1

Pourcentage des prestataires qui ont respecté le délai de réponse	96,8%	91,9%	97,6%	94,7%
--	-------	-------	-------	-------

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des modalités des recensements des escarres 2022-2023

Même si l'UQC a dû solliciter certains prestataires en raison d'un envoi tardif ou d'un oubli d'envoi de leur données, l'ensemble des prestataires sollicités a répondu et la grande majorité a respecté le délai de réponse.

Il convient de noter que le nombre de prestataires à considérer n'est pas égal au nombre de prestataires sollicités. En effet, une des modalités de recensement contenues dans la fiche technique précise que c'est le prestataire principal qui compile et recense les données. Ainsi, pour certains prestataires, la fourniture de données n'était pas pertinente étant donné que les escarres ont été recensées par exemple au niveau du réseau d'aides et de soins ou de l'ESI qui prend en charge pour la majorité des aides et soins le bénéficiaire présentant l'escarre.

Cela concerne majoritairement les CSST, car une prise en charge exclusive par un CSST est très rare. Ainsi, les CSST sont exclus du total des structures dans les tableaux ci-dessous et parmi la moyenne nationale en raison de la signification statistique insuffisante.

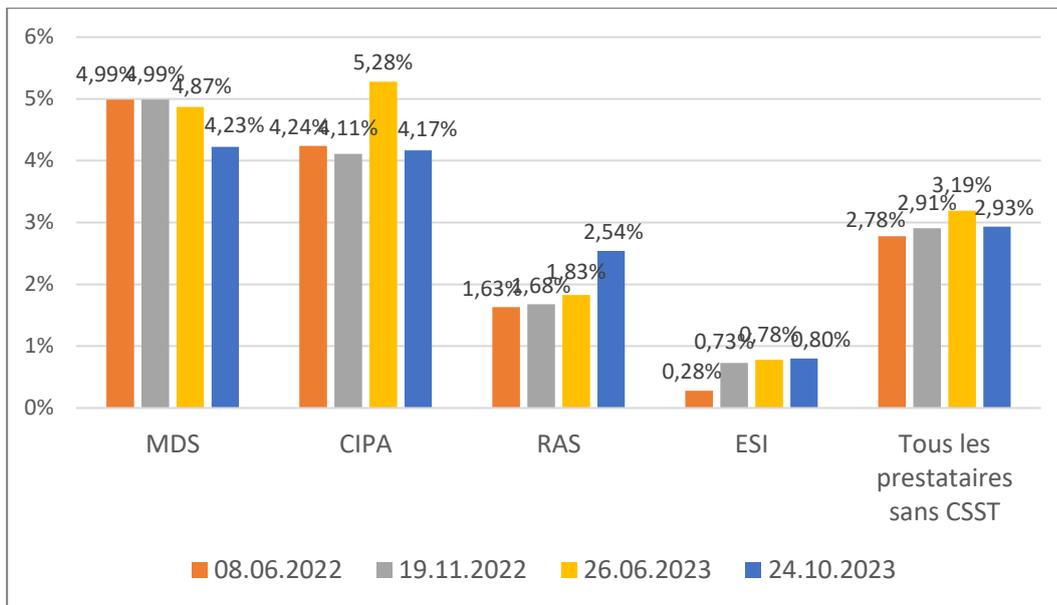
2.2 Résultats

2.2.1 Résultats généraux/nationaux – tout type de structures confondues

Les résultats ci-dessous présentent les données générales de tous les types de structures sous deux formes, permettant une visualisation plus aisée des fluctuations.

	08.06.2022	19.11.2022	26.06.2023	24.10.2023
Nombres de prestataires considérés	112	110	115	115
Taux moyen d'escarres MDS	4,99%	4,99%	4,87%	4,23%
Taux moyen d'escarres CIPA	4,24%	4,11%	5,28%	4,17%
Taux moyen d'escarres RAS	1,63%	1,68%	1,83%	2,54%
Taux moyen d'escarres ESI	0,28%	0,37%	0,78%	0,80%
Taux moyen d'escarres, tout type de structure (exclusion : CSST)	2,78%	2,91%	3,19%	2,93%

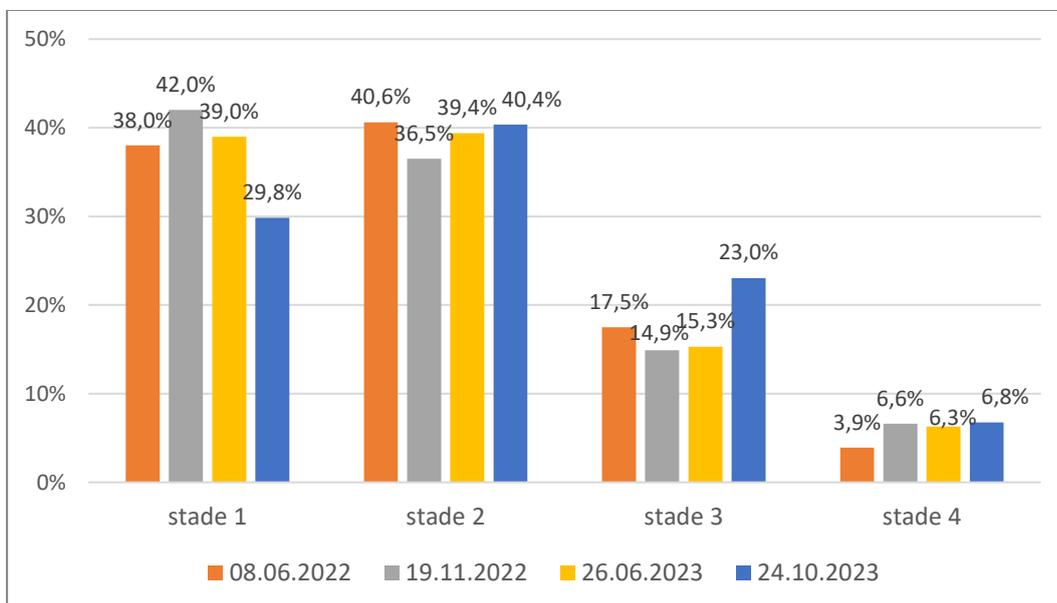
Tableau 2 : Taux moyen d'escarres en général par type de structure



Graphique 1 : Taux moyen d'escarres en général, tout type de structures confondues (exclusion: CSST)

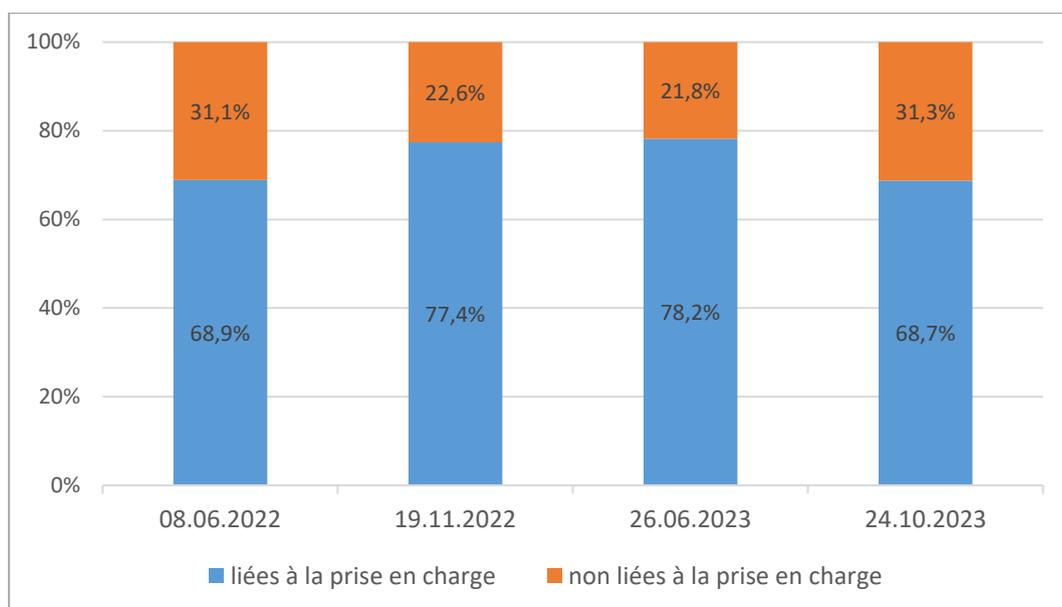
Le taux moyen d'escarres général de tous les types de structures confondues a légèrement augmenté lors des recensements du 19.11.2022 et du 26.06.2023 pour ensuite rebaisser lors du recensement dernier du 24.10.2023, s'élevant à 2,93%. Pour mémoire, lors du deuxième recensement en décembre 2021, il s'élevait à 3,06%.

Concernant le détail par type de structure, pour chaque recensement, ce taux était le moins élevé dans les ESI avec 0,8% lors du dernier recensement et le plus élevé en MDS et CIPA, avec 4,23% en MDS et 4,17% en CIPA. Dans les RAS, le taux a progressivement augmenté depuis le recensement du 08.06.2022, allant de 1,63% à 2,54%.



Graphique 2 : Répartition des escarres par stade, tout type de structures confondues (exclusion: CSST)

Les différents recensements ont montré qu'en moyenne, les escarres de stade 1 et 2 sont les plus fréquentes avec 70,2% lors du dernier recensement du 24.10.2023, suivi des escarres de stade 3. Les escarres de stade 4 avec 3,9% au 08.06.2022 et 6,8% au 24.10.2023 sont les moins représentées.



Graphique 3 : Répartition des escarres par provenance, tout type de structures confondues (exclusion : CSST)

La grande majorité des escarres est liée à la prise en charge du prestataire, c'est-à-dire qu'elles sont survenues après le début de la prise en charge et non pas au moment d'une rupture de la prise en charge, comme par exemple lors d'une hospitalisation. Le taux des escarres liées à la prise en charge s'élevait à 31,1% au 08.06.2022 et à 31,3% lors du dernier recensement.

2.3 Résultats spécifiques aux maisons de soins (MDS)

2.3.1 Résultats 2022-2023

RECENSEMENT 2022 et 2023 – MDS

	08.06.2022	19.11.2022	26.06.2023	24.10.2023
Nombre total des MDS à considérer	20	20	21	21
Nombre total de personnes prises en charge	1.944	2.138	2.148	2.292
Nombre total de personnes ayant au moins une escarre	93	100	95	91
Nombre total d'escarres recensées	115	116	113	107

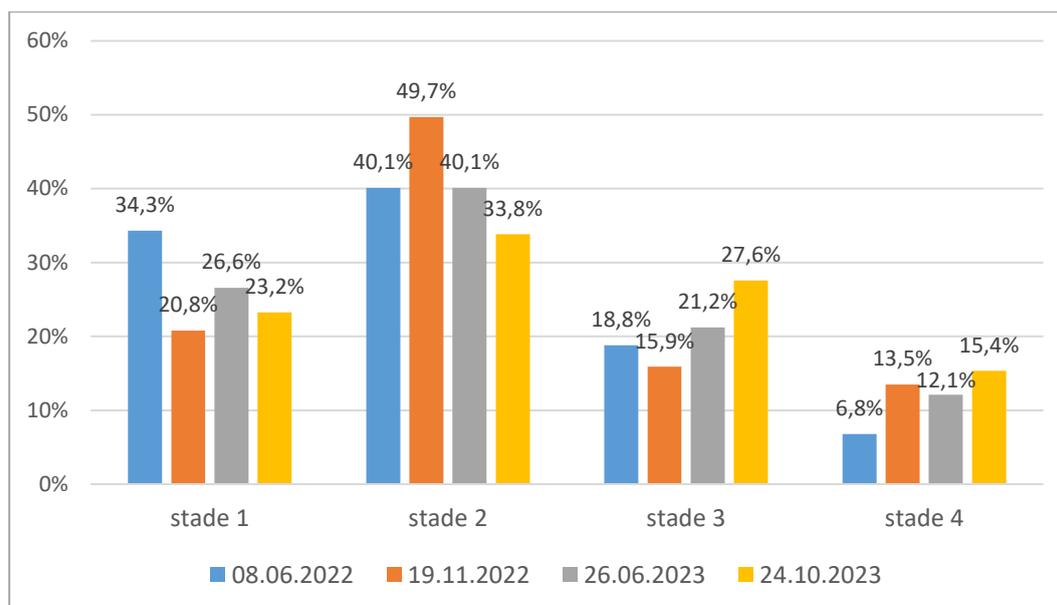
Taux moyen d'escarres MDS	4,99%	4,99%	4,87%	4,23%
---------------------------	-------	-------	-------	-------

Taux moyen d'escarres stade 1	34,3%	20,8%	26,6%	23,2%
Taux moyen d'escarres stade 2	40,1%	49,7%	40,1%	33,8%
Taux moyen d'escarres stade 3	18,8%	15,9%	21,2%	27,6%
Taux moyen d'escarres stade 4	6,8%	13,5%	12,1%	15,4%

Taux moyen d'escarres liées à la prise en charge	77,9%	76,1%	81,7%	71,4%
Taux moyen d'escarres non liées à la prise en charge	22,1%	23,9%	18,3%	28,6%

Tableau 3 : Résultats détaillés en MDS - Escarres - Recensements 2022 et 2023

2.3.2 Détails et évolution 2022 - 2023



Graphique 4 : Répartition des escarres par stade en MDS - Recensements 2022 et 2023

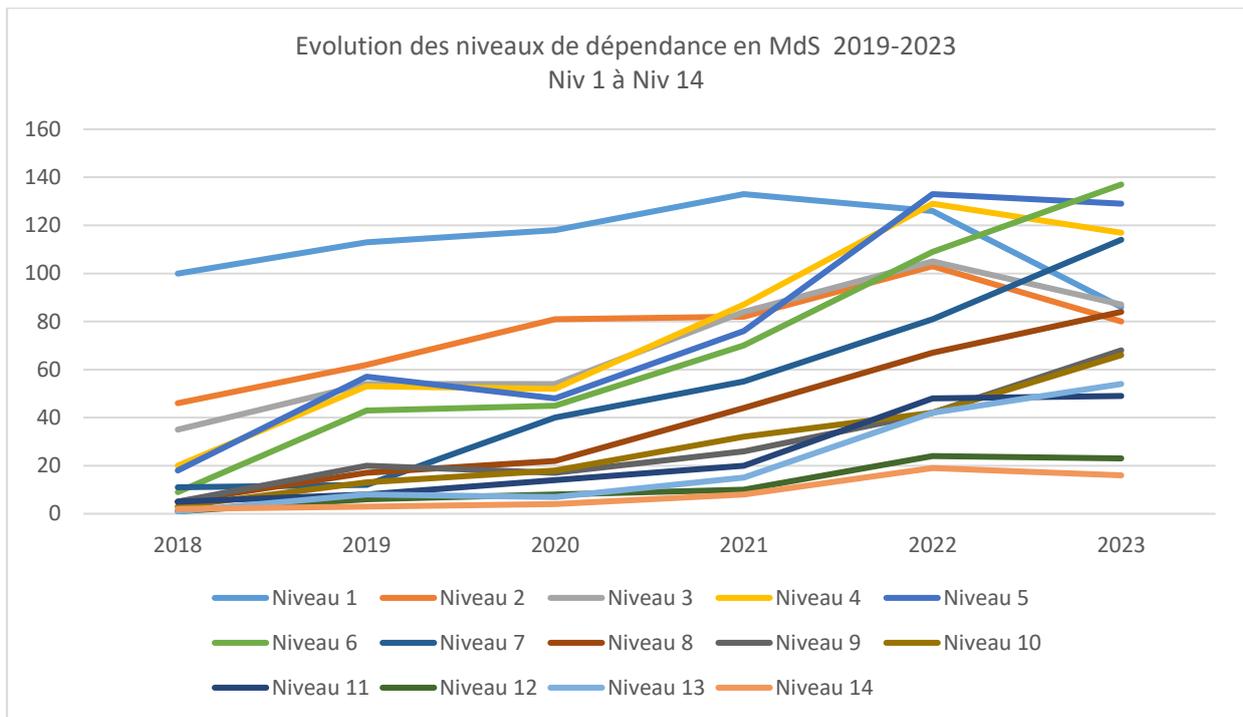
Les escarres de stade 2 sont les plus représentées en MDS avec plus d'un tiers lors de chaque recensement et presque la moitié lors du recensement du 19.11.2022.

La différence notable entre le recensement du 08.06.2022 et le dernier recensement est la diminution des escarres de stade 1 et 2 et l'augmentation des escarres de stade 3 et 4. Ainsi, le pourcentage des escarres de stade 3 est passé de 18,8% à 27,6% et celui des escarres de stade 4 est passé de 6,8% à 15,4%.

Néanmoins, il est difficile de tirer des conclusions formelles par rapport à cette évolution. Une augmentation de l'incidence, mais également une meilleure identification, classification et un suivi plus poussé peuvent aussi être considérés comme des hypothèses.

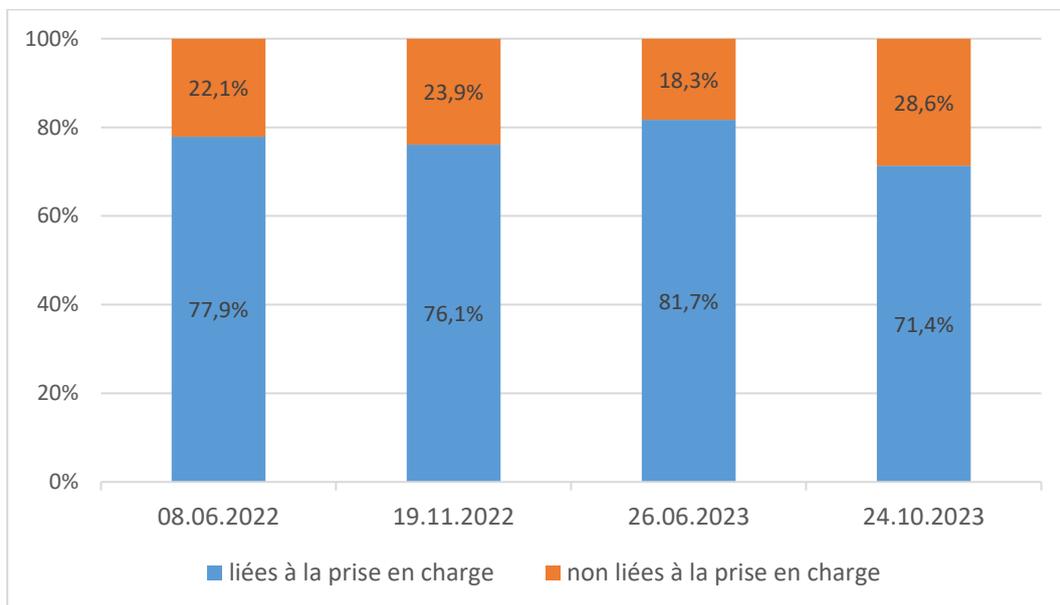
Il convient cependant de noter que les niveaux de dépendance ont tendance à augmenter, tant dans les MDS que dans les CIPA. Étant donné le caractère poly-factoriel de la formation des escarres, la dégradation de l'état de santé, au fur et à mesure du séjour, avec l'avancée dans la dépendance, ajoute un élément pouvant expliquer cette augmentation des escarres de stade plus élevé.

Ces résultats seront abordés avec les prestataires, notamment dans le groupe de travail.



Graphique 5 : Évolution des niveaux de dépendance en Mds 2019 - 2023

Chaque structure doit s'interroger et faire des analyses plus détaillées afin de voir notamment s'il s'agit d'une évolution du stade de l'escarre chez la même personne qui présentait un stade moins élevé lors du récément précédent par exemple. L'évolution du profil des personnes prises en charge (nouveaux admis), les liens à faire avec le suivi du poids et les éventuelles chutes sont autant d'informations qui peuvent aider à comprendre ce type d'évolution.



Graphique 6 : Répartition des escarres par provenance en MDS - Recensements 2022 et 2023

La part des escarres liées à la prise en charge n'est que légèrement plus élevée en MDS, comparé à la moyenne nationale de tous les types de structures confondues.

2.4 Résultats spécifiques aux centres intégrés pour personnes âgées (CIPA)

2.4.1 Résultats 2022-2023

RECENSEMENT 2022 et 2023 – CIPA

	08.06.2022	19.11.2022	26.06.2023	24.10.2023
Nombre total des CIPA à considérer	32	31	33	33
Nombre total de personnes prises en charge	2.872	2.797	2.813	2.951
Nombre total de personnes ayant au moins une escarre	122	120	143	121
Nombre total d'escarres recensées	147	148	168	143

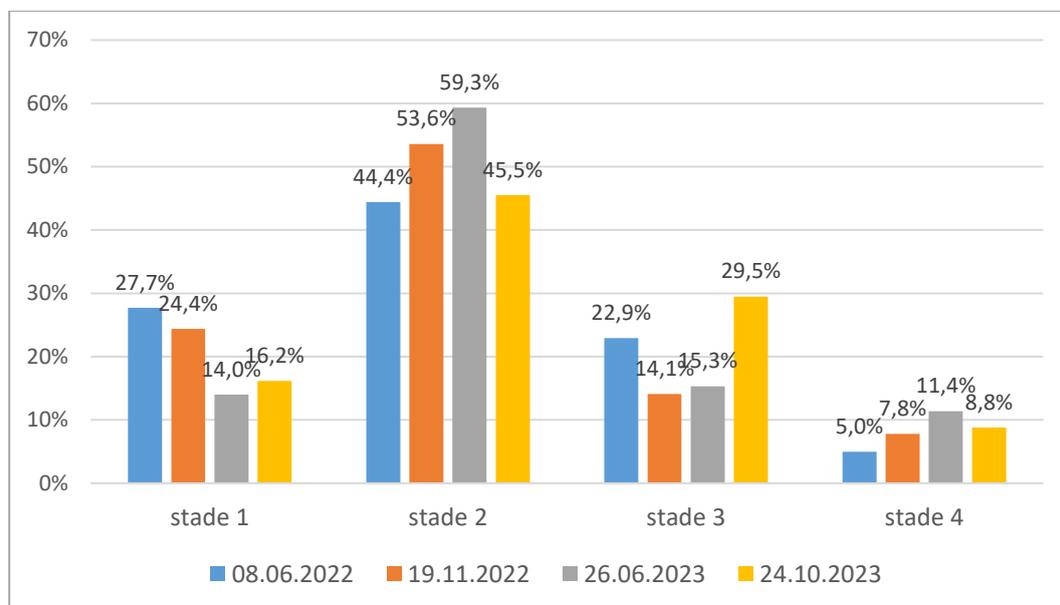
Taux moyen d'escarres CIPA	4,24%	4,11%	5,28%	4,17%
----------------------------	-------	-------	-------	-------

Taux moyen d'escarres stade 1	27,7%	24,4%	14,0%	16,2%
Taux moyen d'escarres stade 2	44,4%	53,6%	59,3%	45,5%
Taux moyen d'escarres stade 3	22,9%	14,1%	15,3%	29,5%
Taux moyen d'escarres stade 4	5,0%	7,8%	11,4%	8,8%

Taux moyen d'escarres liées à la prise en charge	69,2%	83,7%	73,5%	72,6%
Taux moyen d'escarres non liées à la prise en charge	30,8%	16,3%	26,5%	27,4%

Tableau 4 : Résultats détaillés en CIPA - Escarres - Recensements 2022 et 2023

2.5 Détails et évolution 2022- 2023

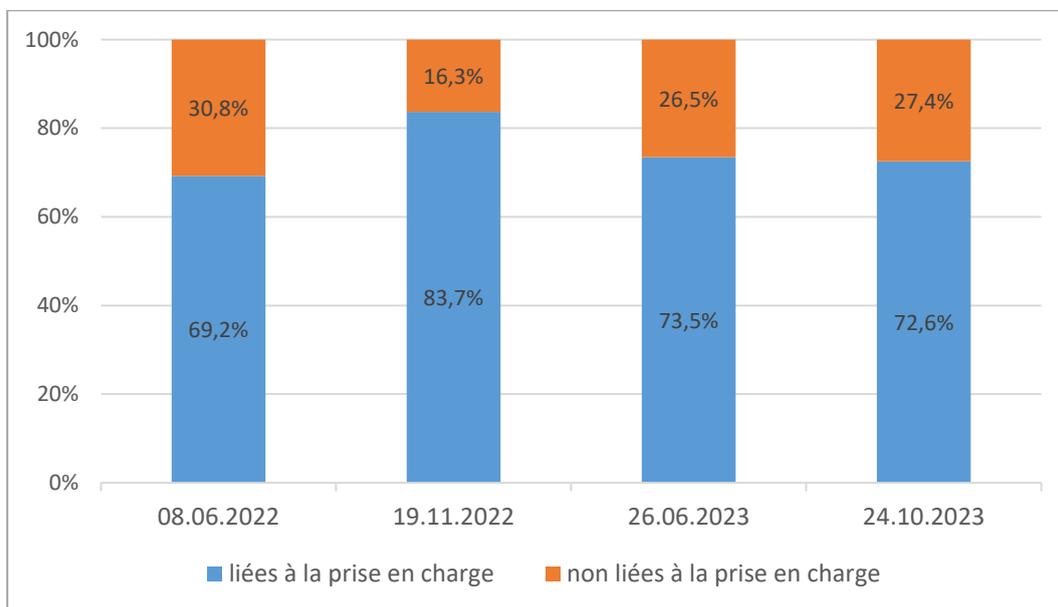


Graphique 7 : Répartition des escarres par stade en CIPA - Recensements 2022 et 2023

Le taux moyen d'escarre a été particulièrement important lors du recensement de juin 2023. Il n'avait jamais dépassé les 5% auparavant.

Comme en MDS, les escarres de stade 2 sont les plus représentées en CIPA, avec plus de la moitié d'entre elles recensées lors des recensements du 19.11.2022 et 26.06.2023.

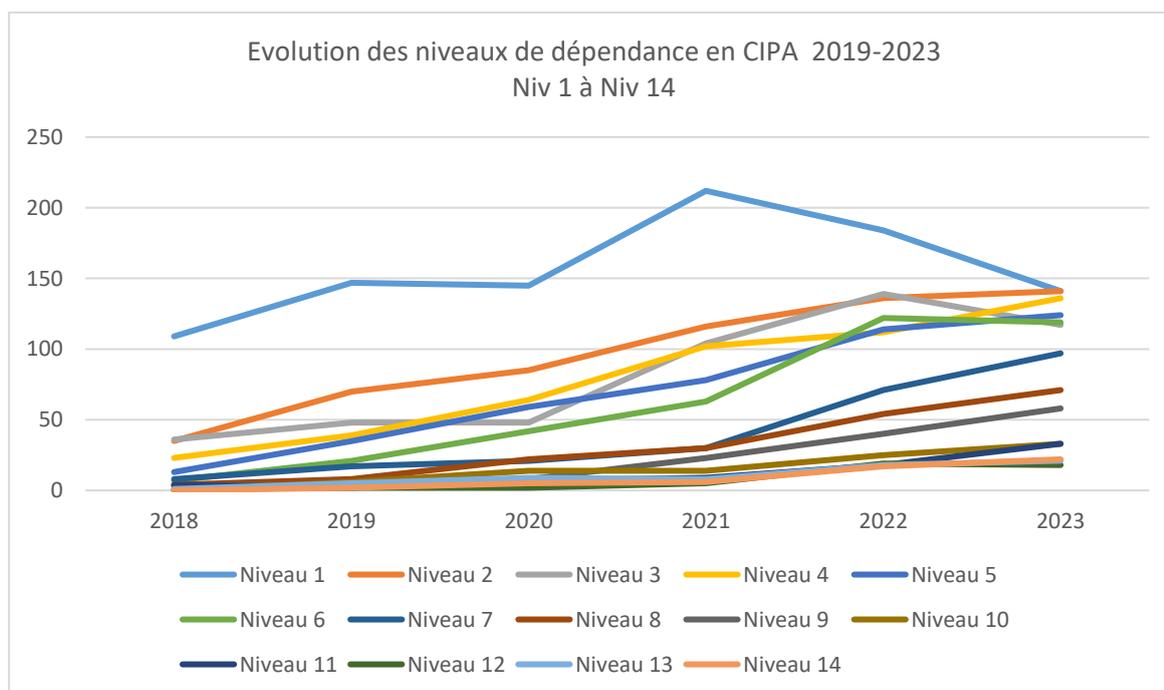
Les résultats montrent que les escarres de stade 1 sont moins représentées en CIPA avec seulement 14% lors du recensement du 26.06.2023 et 16,2% lors du dernier recensement. Les escarres de stade 3 ont connu une augmentation lors du dernier recensement, passant de 15,3% au 26.06.2023 à 29,5%.



Graphique 8 : Répartition des escarres par provenance en CIPA – Recensements 2022 et 2023

La répartition des escarres par provenance en CIPA est très proche de celle de la moyenne nationale de tous les types de structure confondus. Le pourcentage le plus élevé des escarres liées à la prise en charge a été recensé au 19.11.2022 avec 83,7% et le moins élevé au 08.06.2022 avec 69,2%.

De même qu'en MDS, on remarquera une évolution des niveaux de dépendance, sur la période considérée.



Graphique 9 : Évolution des niveaux de dépendance en CIPA 2019 - 2023

2.6 Résultats spécifiques aux Réseaux d'aides et de soins (RAS)

2.6.1 Résultats 2022 – 2023

RECENSEMENT 2022 et 2023 – RAS

	08.06.2022	19.11.2022	26.06.2023	24.10.2023
Nombre total des RAS à considérer	22	20	22	22
Nombre total de personnes prises en charge	6.398	6.292	6.172	7.306
Nombre total de personnes ayant au moins une escarre	157	153	167	175
Nombre total d'escarres recensées	209	192	206	217

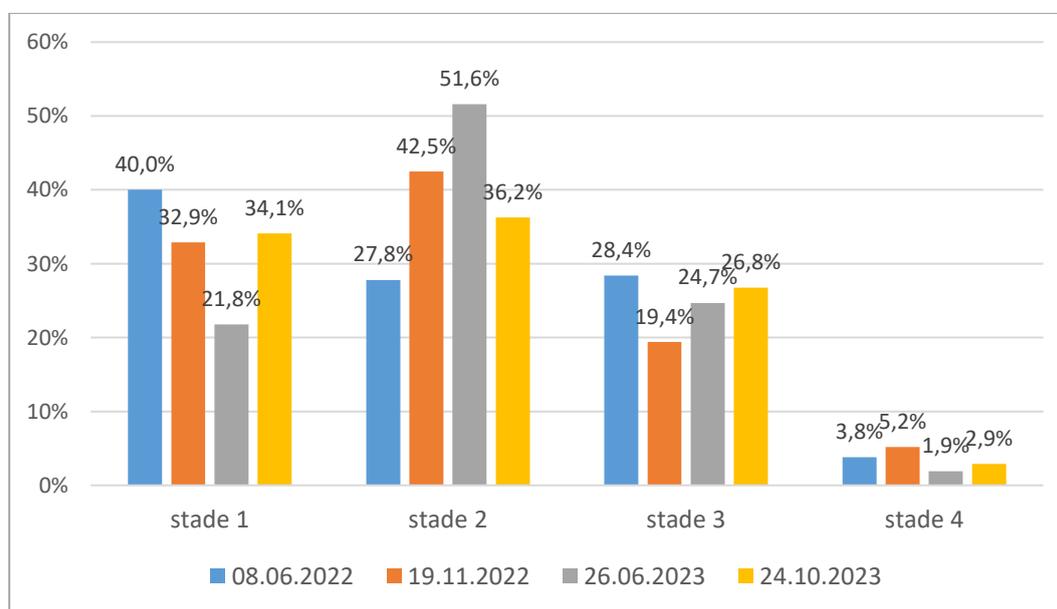
Taux moyen d'escarres RAS	1,63%	1,68%	1,83%	2,54%
---------------------------	-------	-------	-------	-------

Taux moyen d'escarres stade 1	40,0%	32,9%	21,8%	34,1%
Taux moyen d'escarres stade 2	27,8%	42,5%	51,6%	36,2%
Taux moyen d'escarres stade 3	28,4%	19,4%	24,7%	26,8%
Taux moyen d'escarres stade 4	3,8%	5,2%	1,9%	2,9%

Taux moyen d'escarres liées à la prise en charge	45,1%	50,0%	57,5%	47,7%
Taux moyen d'escarres non liées à la prise en charge	54,9%	50,0%	42,5%	52,3%

Tableau 5 : Résultats détaillés en RAS - Escarres - Recensements 2022 - 2023

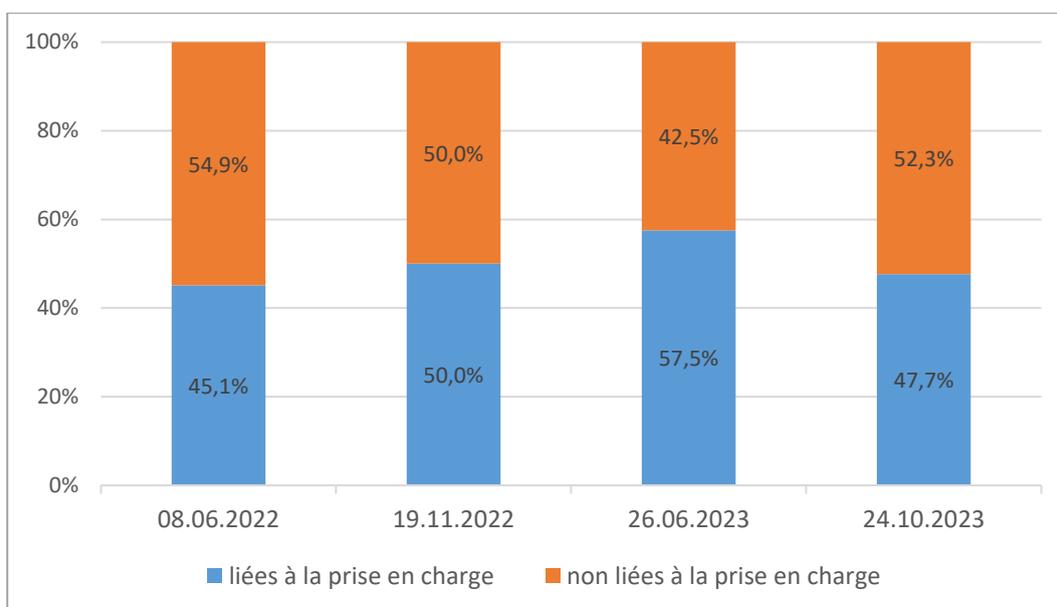
2.6.2 Détails et évolution



Graphique 10 : Répartition des escarres par stade en RAS - Recensements 2022 - 2023

Les escarres de stade 2 sont également les plus couramment observées en RAS avec plus d'un tiers du total, sauf lors du recensement du 08.06.2022. Les escarres de stade 4 sont un peu moins représentées qu'en MDS et en CIPA avec 5,2% comme taux le plus élevé lors du recensement du 19.11.2022.

En contrepartie, les escarres de stade 1 sont plus représentées avec 40% à la date du 08.06.2022 et 34,1% lors du dernier recensement.



Graphique 11 : Répartition des escarres par provenance en RAS - Recensements 2022 - 2023

Contrairement aux MDS et CIPA, les escarres sont moins souvent liées à la prise en charge en RAS pour lesquels le rapport est plus ou moins équilibré. Alors que le ratio en CIPA, MDS serait autour de 75% d'escarres liées à la prise en charge, et 25% non liées, ce ratio tend à s'équilibrer dans le cadre de la prise en charge à domicile.

Il convient de noter que les RAS sont souvent les primo intervenants notamment après une dégradation de l'état de santé de la personne qui a peut-être été l'objet d'une hospitalisation. De plus, la population qu'ils prennent en charge peut faire davantage d'allers-retours entre leur prise en charge spécifique et un autre type de prise en charge (lit de vacances, hospitalisation par exemple).

2.7 Résultats spécifiques aux établissements à séjour intermittent (ESI)

2.7.1 Résultats 2022 - 2023

RECENSEMENT 2022 et 2023 – ESI

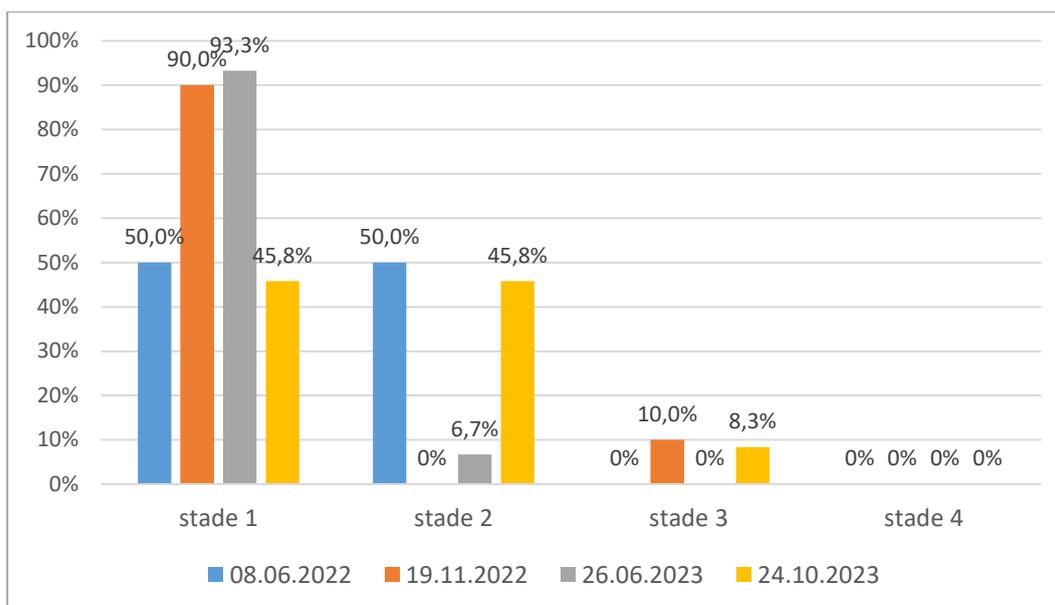
	08.06.2022	19.11.2022	26.06.2023	24.10.2023
Nombre total des ESI à considérer	38	39	39	39
Nombre total de personnes prises en charge	632	636	633	653
Nombre total de personnes ayant au moins une escarre	4	6	8	9
Nombre total d'escarres recensées	4	7	8	10

Taux moyen d'escarres ESI	0,28%	0,73%	0,78%	0,80%
---------------------------	-------	-------	-------	-------

Taux moyen d'escarres stade 1	50%	90%	93,3%	45,8%
Taux moyen d'escarres stade 2	50%	0%	6,7%	45,8%
Taux moyen d'escarres stade 3	0%	10%	0%	8,3%
Taux moyen d'escarres stade 4	0%	0%	0%	0%
Taux moyen d'escarres liées à la prise en charge	83,3%	100%	100%	83,3%
Taux moyen d'escarres non liées à la prise en charge	16,7%	0%	0%	16,7%

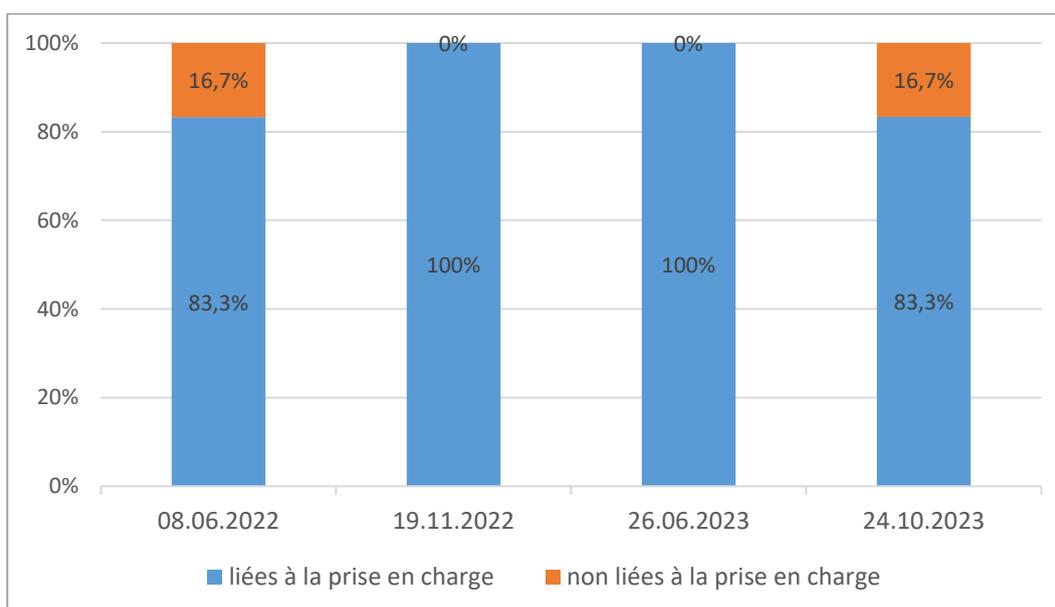
Tableau 6 : Résultats détaillés en ESI - Escarres - Recensements 2022 - 2023

2.7.2 Détails et évolutions



Graphique 12 : Répartition des escarres par stade en ESI - Recensements 2022 – 2023

En ESI, les escarres de stades plus élevés (3 et 4) sont presque inexistantes. Lors des recensements du 08.06.2022 et 24.10.2023, la proportion des escarres de stade 1 et 2 était équilibrée. Lors des recensements du 19.11.2022 et 26.06.2023, la grande majorité des escarres étaient des escarres de stade 1 avec 90% et 93,3%.



Graphique 13 : Répartition des escarres par provenance en ESI - Recensements 2022 - 2023

La très grande majorité des escarres en ESI sont liées à la prise en charge, avec 83,3% lors des recensements du 08.06.2022 et du 24.10.2023 et même 100% lors des recensements du 19.11.2022 et du 26.06.2023.

2.8 Quelques références

La comparaison des données luxembourgeoises avec d'autres pays européens reste difficile en raison des différences dans les définitions employées, les méthodes de collecte des données et la population considérée. Les références les plus facilement identifiables sont surtout disponibles dans le secteur de

la prise en charge des personnes âgées. Compte tenu de ces réserves, on pourra cependant dire que le Luxembourg présente un des taux moyens d'escarres les plus faibles comparé aux résultats d'enquêtes similaires organisées en France, en Belgique, en Allemagne, en Suisse et en Autriche.

Une étude sur la prévalence des escarres en établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées nécessitant des soins de longue durée en Suisse a été menée par l'« Association des Directrices et Directeurs d'Établissement pour Personnes Agées de Genève » (ADEPAG) et a montré que la prévalence des escarres était de 5,7% en 2015 et de 4,2% en 2016 et que la majorité des escarres se développent en établissement².

Dans le cadre de la campagne « Sauve ma peau » conduit par l'« Agence Régionale de Santé » (ARS) d'Île-de-France, différentes enquêtes ont été menées sur la prévalence des escarres³. Dans les structures médico-sociales similaires à celles existant au Luxembourg (c'est-à-dire les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD), 7% en 2017 et 6,6% en 2020 des personnes prises en charge avaient en moyenne au moins une escarre. En ce qui concerne la gravité des escarres, le stade 1 était le plus représenté avec 33,3% en 2020, suivi du stade 2 avec 28%. Une autre enquête menée en France en 2014, incluant 149 structures, a montré que le taux de prévalence s'élevait à 4,9%⁴. Les stades d'escarres les plus fréquents étaient les escarres de stade 1 avec 33%, suivis des escarres de stade 2 avec 31%, puis les escarres de stade 3 avec 22% et enfin les escarres de stade 4 avec 12%.

Des résultats disponibles en Flandres et recensés par le « Vlaams Indicatorenproject Woonzorgcentra » (Belgique) en 2017 montrent que 2,8% des résidents de structures pour personnes âgées ont au moins une escarre (stade 2, 3 et 4, les escarres de stade 1 étant exclues)⁵. Pour 1,9% des résidents, il s'agissait d'une escarre qui s'est développée au sein de l'institution.

En Allemagne, selon un rapport de l'organisme social « Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen », le taux de prévalence des escarres dans le secteur des soins était de 3,8% en 2019⁶. La majorité des escarres (73%) était liée à la prise en charge. Une autre enquête menée en Allemagne a montré des taux de prévalence dans le secteur des soins entre 2-5% pour les années 2010-2015⁷.

Selon l'institut « Institut für Pflegewissenschaft Medizinische Universität Graz », la prévalence des escarres en Autriche s'élevait à 5,9% en 2017⁸ (étude réalisée auprès de 37 hôpitaux, 2 hôpitaux gériatriques et 4 maison de soins).

2.9 Conclusion partie « Escarres » et propositions de développements futurs

Les résultats sur la période de recensement considérée ont montré quelques particularités comme l'augmentation d'escarres de stade 3 et 4 dans les MDS, CIPA et RAS. De plus, un pic au-dessus de 5% au taux moyen en CIPA a été observé en juin 2023 ainsi qu'une augmentation générale des escarres à

² Raë, A.-C. et al. (2017) : Prévalence des escarres dans les EMS du canton de Genève – l'impact de la mesure sur la prévalence et la variabilité entre EMS. Hôpitaux Universitaires Genève.

³ Tangre, I., Bigaignon, C., Stachowiak, M. J. (2021) : Résultats de l'enquête de prévalence escarre 2020. 23.03.2022. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/73634/download?inline>

⁴ Torressan, C. (2015) : Prévalence des escarres dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en Aquitaine. Dans: *Médecine humaine et pathologie*. dumas-01250626

⁵ Agentschap Zorg & Gezondheid (2017): Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra. Kwaliteitsindicatoren 2016 Deel 1. Vlaanderen, p. 9, 11.

⁶ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2020): 6. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114A ABS. 6 SGB XI. Koffler DruckManagement GmbH, Dortmund, S.8.

⁷ Tomova-S. et al. (2019): Die Epidemiologie des Dekubitus in Deutschland: eine systematische Übersicht. In: *Gesundheitswesen* 2019; 81(06): 505-512. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. Doi: 10.1055/s-0043-122069

⁸ Institut für Pflegewissenschaft Medizinische Universität Graz (2017): Pflegequalitätserhebung 2.0. 14. November 2017, S. 41.

domicile. Ces particularités seront présentées mais aussi discutées au sein du groupe de travail AEC-COPAS.

Il convient de noter que les recensements se basent aujourd'hui sur des données consolidées. Il n'existe quasiment plus d'erreurs dans les chiffres envoyés, démontrant l'appropriation du système par les prestataires.

Le fait que les données soient complètes et fournies endéans les délais demandés montrent aussi que les prestataires ont maintenant acquis une maturité dans l'enregistrement et l'identification des escarres dans la population prise en charge.

Il est important de noter que par rapport aux résultats présentés dans les autres rapports biennaux, les ordres de grandeur sont assez stables.

L'AEC, forte des constats liés à la bonne mise en place du système d'enregistrement des escarres, a d'ailleurs fait évoluer ses constats lors des contrôles de documentation pour s'éloigner des exigences liées au suivi strict de l'indicateur.

En effet, depuis début 2022, et étant donné que le comptage et l'identification de l'escarre est une réalité, l'AEC a souhaité aborder les actions de prévention en thématisant lors de ses contrôles, les évaluations du risques d'escarres.

En effet, lors des premiers contrôles, l'AEC recensait ces différents items :

- Présence d'une escarre
- Si présence d'une escarre - stade identifié?
- Si présence d'une escarre - provenance identifiée?
- Évaluation du risque d'escarres au moins 1x/an

Pendant, ces informations sont maintenant validées par le recensement national.

C'est pourquoi, en raison également de la limite d'un comptage et d'une identification pure des escarres, les points suivants sont maintenant abordés lors des contrôles, afin de rendre attentif le prestataire aux constats qu'ils font et à l'utilisation de leurs propres constats pour mieux prévenir et prendre en charge les escarres :

- Document ou système spécifique pour identifier et suivre l'évolution d'une escarre
- Evaluation de la douleur prévue au moment de la détection d'une escarre
- Si présence d'une escarre - stade identifié? Si présence d'une escarre - provenance identifiée?
- Évaluation du risque d'escarres au moins 1x/an ou identification des facteurs de risques"
- Type/ nom de l'outil utilisé pour l'évaluation du risque

Ces évolutions se sont faites de façon naturelle, dans le sens où elles résultent des discussions professionnelles réalisées lors des contrôles et du lien que l'AEC souhaite faire entre les différents indicateurs avec notamment l'évaluation de la douleur en présence d'une escarre. C'est pourquoi l'AEC souhaiterait discuter les évolutions liées au suivi de l'indicateur, qui, d'une part, reflètent une partie des pratiques déjà en place, et d'autre part, pour continuer, avec les prestataires, sur la voie de l'amélioration en terme de suivis professionnels et globaux des personnes dépendantes.

Du comptage aux actions préventives et correctives

L'AEC propose dès lors d'amener des éléments d'analyse et de mise en œuvre d'actions préventives/correctives, complétant le comptage et l'identification actuellement prévus dans l'article 5 du RDG du 13.12.2017, en prenant en compte également l'utilisation d'aides techniques et les

techniques de prévention de la formation des escarres telles que les changements de position (latéralisations/mobilisations).

Le but serait également de s'assurer de l'existence d'une vue d'ensemble de ces patients à risque avec la présence de mesures de suivi spécifiques et de valoriser les liens entre les différents indicateurs du RGD du 13.12.2017.

Certains points de contrôle et de mise en œuvre d'actions de prévention et d'actions correctives pourraient compléter les éléments contenus dans cet article 5, comme par exemple :

- Le jour de la visite de l'AEC, le prestataire est en mesure d'identifier toutes les personnes prises en charge présentant une escarre, selon leur stade et leur provenance.
- En présence d'une escarre, et chez toutes les personnes présentant une escarre le jour du contrôle, la documentation fait état d'une évaluation de la douleur qui est réalisée systématiquement, notamment au moment des soins de plaie
- L'utilisation des aides techniques visant la prévention des escarres, participant au traitement et/ou au confort de la personne dépendante est mise en place en cas d'escarre(s) ou en cas de risque élevé de formation d'une escarre
- Pour les personnes à faible mobilité ou alitées, un plan de latéralisation/mobilisation est mis en place

Ces bonnes pratiques, déjà en place, seraient alors formalisées, permettant d'homogénéiser le suivi lié aux escarres.

Ces différents points seront discutés au sein du groupe de travail AEC-COPAS.

3. Chutes

3.1 Méthodologie

3.1.1 Définition de la chute

Afin de garantir une homogénéisation du recueil de l'indicateur, les prestataires se basent sur la définition de l'OMS:

« Une chute désigne tout événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre involontairement appui sur le sol, un plancher ou toute autre surface située à un niveau inférieur » (WHO,1992/2007)⁹ ».

Un accompagnement ou un positionnement au sol d'une personne en train de perdre l'équilibre, par un soignant ou une tierce personne, ne sera pas à considérer comme une chute. Ainsi, une glissade ne sera pas à considérer dans le cadre de ce recensement.

⁹ Source: Organisation mondiale de la santé <https://www.who.int/fr/newsroom/fact-sheets/detail/falls>

3.1.2 Méthodes de calculs

Prévalence annuelle des chutes

La prévalence annuelle des chutes par type de structure est exprimée en nombre entier et calculée comme suit :

$$\frac{\text{Nombre total de chutes recensées pendant l'année considérée}}{\text{Nombre total de personnes prises en charge pendant l'année considérée}}$$

La prévalence des chutes reflète le nombre moyen de chutes par personne dépendante. Cet indicateur indique donc combien de fois les personnes prises en charge ont chuté en moyenne si on répartit toutes les chutes entre toutes les personnes dépendantes prises en charge.

Cette prévalence est calculée par type de structure. Pour calculer la prévalence annuelle des chutes en MDS, le nombre total des chutes de l'année considérée de toutes les MDS ayant participé au recensement est additionné, ainsi que le nombre total de personnes prises en charge en MDS. Ensuite la somme des chutes en MDS est divisée par la somme des personnes prises en charge en MDS. Ce résultat indique alors la prévalence annuelle des chutes en MDS. Ce calcul est fait pour tous les types de structure.

Pour déterminer la prévalence annuelle des chutes parmi tous les types de structures, la moyenne des prévalences de chutes en MDS, CIPA, RAS, ESI et CSST est calculée (= somme des prévalences des chutes divisée par le nombre de types de structure, qui est égal à 5).

Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté

Le nombre moyen de chutes par personne ayant chuté est exprimé en nombre entier et calculé comme suit :

$$\frac{\text{Nombre total de chutes recensées pendant l'année considérée}}{\text{Nombre total de personnes ayant chuté pendant l'année considérée}}$$

Ce nombre reflète la prévalence des chutes parmi les personnes ayant chuté au moins une fois pendant l'année considérée. Ce nombre indique ainsi combien de fois les chuteurs ont chuté en moyenne.

Ce nombre moyen est calculé par type de structure. Pour calculer le nombre moyen de chutes par personne dépendante en MDS, le nombre des chutes recensées par toutes les MDS est additionné, ainsi que le nombre total de personnes ayant chuté au moins une fois pendant l'année considérée dans les MDS. La somme des chutes en MDS est divisée par la somme des personnes ayant chuté en MDS. Ce résultat donne alors le nombre moyen de chutes par personne ayant chuté en MDS. Ce calcul est fait pour tous les types de structure.

Pour déterminer le nombre moyen de chutes par personne ayant chuté parmi tous les types de structure, la moyenne de tous les nombres moyens de chutes par personne ayant chuté en MDS, CIPA, RAS, ESI et CSST est calculée (= somme des nombres moyens de chutes par personne ayant chuté divisée par le nombre de types de structure, qui est égal à 5).

Taux moyen de chuteurs

Le taux moyen de chuteurs est exprimé en pourcentage et calculé comme suit :

$$\frac{\text{Nombre total de personnes ayant chuté pendant l'année considérée}}{\text{Nombre total de personnes prises en charge pendant l'année considérée}} \times 100$$

Le taux moyen de chuteurs indique le pourcentage de personnes ayant chuté au moins une fois parmi toutes les personnes prises en charge pendant l'année considérée. Il indique ainsi le pourcentage de personnes parmi toutes les personnes prises en charge qui ont fait au moins une chute.

Ce taux moyen est calculé par type de structure. Pour calculer le taux moyen de chuteurs en MDS, le nombre de personnes ayant chuté dans toutes les MDS est additionné, ainsi que le nombre de personnes prises en charge dans les MDS pendant l'année considérée. La somme des chuteurs en MDS est divisée par la somme des personnes prises en charge en MDS, le résultat est multiplié par 100 et donne le taux moyen de chuteurs en MDS. Ce calcul est fait pour tous les types de structure.

Pour déterminer le taux moyen de chuteurs parmi tous les types de structure, la moyenne de tous les taux moyens de chuteurs en MDS, CIPA, RAS, ESI et CSST est calculée (= somme des taux de chuteurs divisée par le nombre de types de structure, qui est égal à 5).

Minimum (min.) et maximum (max.) des différents indicateurs

Il a été décidé d'afficher le nombre ou taux minimal et maximal des différents indicateurs pour chaque type de structure. Cela permet de montrer dans quelle fourchette ces résultats se situent et ajoute un surplus de détail aux données recensées. Une faible différence entre le nombre minimal et le nombre maximal indique que tous les prestataires présentent des résultats plutôt similaires.

La prévalence des chutes minimale en MDS est donc la prévalence des chutes la plus basse parmi toutes les MDS et la prévalence des chutes maximale en MDS est donc celle qui est la plus élevée parmi tous les MDS. Le nombre minimal et maximal est indiqué par type de structure, pour les trois indicateurs analysés (prévalence des chutes, nombre moyen de chutes par personne ayant chuté et taux moyen de chuteurs).

3.1.3 Données recensées

Le prestataire (1 code fournisseur = 1 responsable de recensement) est invité à remplir le formulaire web sécurisé avec accès personnel.

Il recense les données suivantes pour la période considérée :

- nombre total des personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins l'année considérée par le recensement ;
- nombre de chutes recensées ;
- nombre de personnes ayant chuté.

Il transmet ces données via un formulaire web sécurisé, avec accès individuel, assurant une alimentation directe de la base de données qui servira au traitement et à l'analyse par l'AEC.

3.1.4 Période de recensement

Le recensement de la prévalence des chutes se fait sur une année. Il a eu lieu pour la première fois en janvier 2020 pour l'année 2019. Les résultats ont été présentés dans le rapport biennal sur la qualité de 2020. Les résultats des années 2020 et 2021 ont été publiés dans le rapport biennal sur la qualité de 2022.

Les résultats présentés dans ce rapport sont ceux des recensements correspondant à la prévalence des chutes pour l'année 2022 et 2023.

Les résultats des recensements précédents ont été publiés et analysés dans les rapports biennaux précédents.

3.1.5 Modalités

Année de recensement	2022	2023
Prestataires sollicités	142	141
Prestataires à considérer	126	132
Délai moyen de réponse (jours)	20,9	17,1
Pourcentage des prestataires qui ont respecté le délai de réponse	87,3%	95%

Tableau 7 : récapitulatif des modalités des recensements des chutes 2022-2023

Comme pour les escarres, l'ensemble des prestataires sollicités ont répondu et la grande majorité a respecté le délai de réponse.

C'est également le prestataire principal qui doit recenser les chutes. Ainsi, les CSST sont exclus du total des structures dans les tableaux ci-dessous et parmi la moyenne nationale en raison de la signification statistique insuffisante.

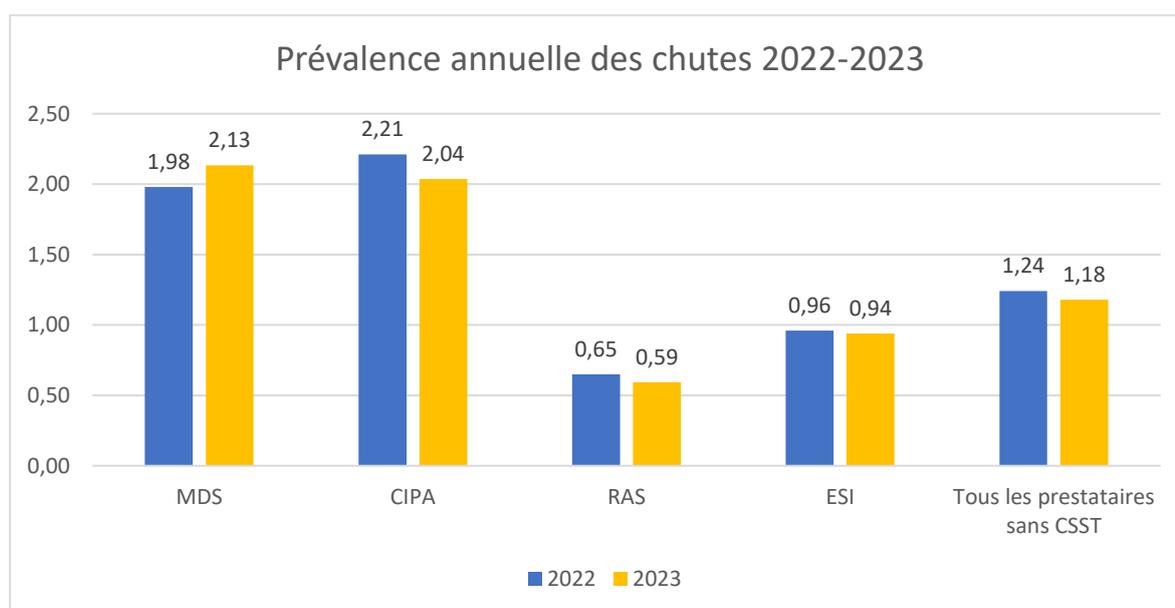
3.2 Résultats

3.2.1 Résultats nationaux – tout type de structures

3.2.1.1 Prévalence des chutes (tout type de structures)

	2022	2023
Prévalence des chutes MDS	1,98	2,13
Prévalence des chutes CIPA	2,21	2
Prévalence des chutes RAS	0,65	0,59
Prévalence des chutes ESI	0,96	0,94
Prévalence des chutes, tout type de structure (exclusion : CSST)	1,24	1,18

Tableau 8 : Prévalence des chutes (Nombre) par type de structure 2022 - 2023



Graphique 14 : Prévalence des chutes par type de structure, tout type de structures confondues (2022-2023) (exclusion: CSST)

Si l'on reste toujours dans le même ordre de grandeur pour la prévalence dans toutes les structures (hors CCST), on remarquera une diminution en 2023 par rapport à 2022. En RAS, la prévalence des chutes a augmenté légèrement entre chaque recensement et est ainsi passée de 0,35 chutes en moyenne en 2019 à 0,55 en 2021. Le nombre moyen de chutes par personnes dépendantes prise en charge le plus élevé a été recensé en 2022 à 0,65 et est repassé à 0,59 en 2023.

Pour mémoire :

Prévalence des chutes	MDS	CIPA	RAS	ESI	Tous les prestataires sans CSST
2019	1,94	1,96	0,35	0,79	1,09
2020	2,16	2,15	0,49	1,00	1,23
2021	2,00	2,08	0,55	0,94	1,17
2022	1,98	2,21	0,65	0,96	1,24
2023	2,13	2,04	0,59	0,94	1,18

Tableau 9 : Prévalence des chutes, tout type de structures confondues (2019-2023) (exclusion: CSST)

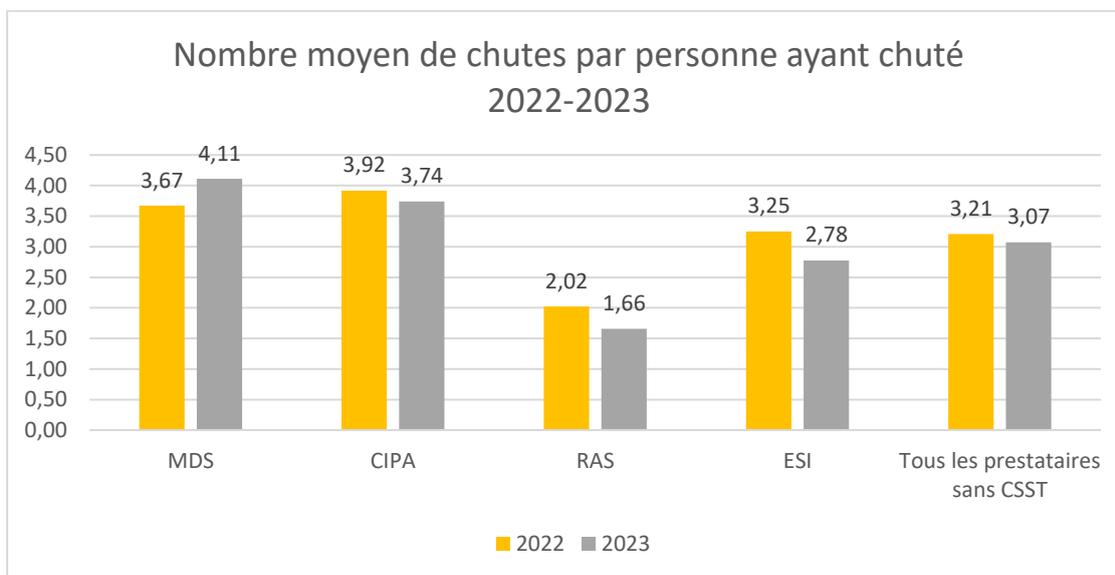
La prévalence moyenne des chutes parmi tous les prestataires était de 1,07 chutes en moyenne en 2019, première année du recensement. Son taux était passé à 1,24 en 2022 pour revenir à 1,18 en 2023.

La prévalence des chutes est la plus élevée en MDS et CIPA avec une prévalence légèrement plus haute en MDS. Le nombre moyen de chutes le plus faible est recensé par les RAS et les ESI.

3.2.1.2 Nombre de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues

	2022	2023
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté MDS	3,67	4,11
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté CIPA	3,92	3,74
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté RAS	2,02	1,66
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté ESI	3,25	2,78
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté, tout type de structure (exclusion : CSST)	3,21	3,07

Tableau 10 : Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues (2022-2023) (exclusion: CSST)



Graphique 15 : Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues 2022-2023 (exclusion : CSST)

Si on considère le nombre moyen de chutes par personne ayant chuté pour tous les types de structures (sauf CSST), il a baissé en CIPA, RAS et ESI mais a augmenté en MDS pour passer de 3,67 à 4,11.

Le nombre moyen de chutes par personne ayant chuté est le plus élevé en établissement à séjour continu et presque identique pour les MDS et les CIPA. Le nombre le plus faible est recensé par les RAS.

Pour mémoire :

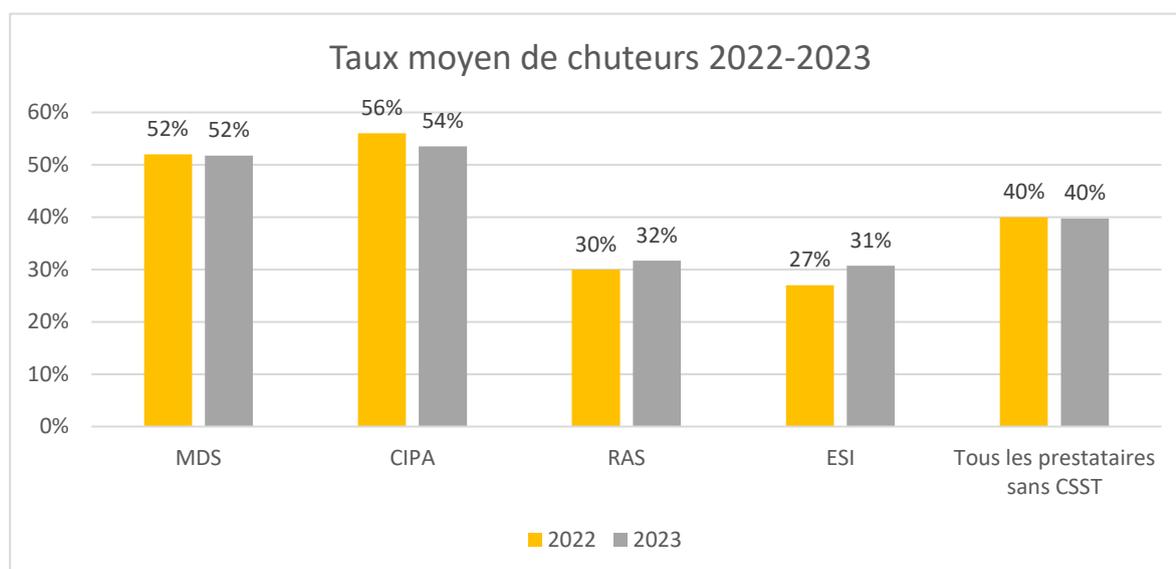
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté	MDS	CIPA	RAS	ESI	Tous les prestataires sans CSST
2020	4,13	4,23	1,95	3,16	3,37
2021	4,01	3,88	2,19	2,69	3,19
2022	3,67	3,92	2,02	3,25	3,21
2023	4,11	3,74	1,66	2,78	3,07

Tableau 11 : Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues (2022-2023) (exclusion: CSST)

3.2.1.3 Taux de chuteurs

	2022	2023
Taux moyen de chuteurs MDS	52%	52%
Taux moyen de chuteurs CIPA	56%	54%
Taux moyen de chuteurs RAS	30%	32%
Taux moyen de chuteurs ESI	27%	31%
Taux moyen de chuteurs, tout type de structure (exclusion : CSST)	40%	40%

Tableau 12 : Taux moyen de chuteurs tout type de structures confondues 2022-2023 (exclusion : CSST)



Graphique 16 : Taux moyen de chuteurs, tout type de structures confondues 2022 – 2023 (exclusion : CSST)

Pour ce qui est du pourcentage des personnes ayant fait au moins une chute parmi toutes les personnes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins pendant l'année considérée, les résultats des recensements depuis 2021 montrent que ce taux est stable (40%).

Dans les ESC, la moitié des personnes prises en charge ont fait au moins une chute et cela représente un tiers dans les ESI et RAS.

Le pourcentage des personnes qui font au moins une chute par an se rapproche des taux observés en Belgique, en Allemagne et en France. Selon la Société Scientifique de Médecine Générale, en Belgique, 30% des personnes de plus de 65 ans vivant à leur domicile chutent au moins une fois au cours d'une année et 15% au moins 2 fois¹⁰. En établissement, ces taux se situent entre 30-70% des résidents pour ceux qui chutent au moins une fois et entre 15-40% pour ceux qui chutes plusieurs fois. En Allemagne, le pourcentage des personnes prises en charge en institution qui ont chuté au moins une fois sur

¹⁰ Chevalier, P. (2008) : Recommandations de Bonne Pratique. Prévention des chutes chez les personnes âgées. Synthèse de la mise à jour. Supplément au n° 254 de la *Revue de la Médecine Générale*. Société Scientifique de Médecine Générale, Bruxelles.

l'année varie entre 30-50%¹¹. En France, selon une étude menée en 2016, ce taux varie de 30 à 50%, dont 40% de chutes récurrentes¹².

3.2.2 Résultats détaillés des recensements 2022 et 2023 par type de structure

3.2.2.1 Résultats spécifiques aux maisons de soins (MDS)

RECENSEMENTS 2022 et 2023 - MDS

	2022	2023
Nombre total des MDS à considérer	19	21
Nombre total des personnes prises en charge	2.534	2851
Nombre total des chutes recensées	5.027	6085
Nombre total de personnes ayant chuté	1.322	1476
Prévalence des chutes	1,98	2,13
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté	3,67	4,11
Taux moyen de chuteurs	52%	52%
Nombre minimal de chutes par personne dépendante	0,87	0,84
Nombre maximal de chutes par personne dépendante	3,55	3,44
Nombre minimal de chutes par personne ayant chuté	1,00	1,00
Nombre maximal de chutes par personne ayant chuté	5,28	5,86
Taux minimal de chuteurs	0,35	0,34
Taux maximal de chuteurs	0,87	0,96

Tableau 13 : Résultats détaillés en MDS - Chutes - Recensements 2022 et 2023

3.2.2.2 Résultats spécifiques aux centres intégrés pour personnes âgées (CIPA)

RECENSEMENTS 2022 et 2023 - CIPA

	2022	2023
Nombre total des CIPA à considérer	31	31
Nombre total des personnes prises en charge	3.575	3644
Nombre total des chutes recensées	7.908	7424
Nombre total de personnes ayant chuté	1.992	1951
Prévalence des chutes	2,21	2,04
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté	3,92	3,74
Taux moyen de chuteurs	56%	54%
Nombre minimal de chutes par personne dépendante	0,46	0,99
Nombre maximal de chutes par personne dépendante	4,65	3,49

¹¹ Wingenfeld, K. (2014): Ergebnisse der Sturzprävention in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, S. 4.

¹² Freund, R-J. (2016) : L'environnement et les chutes des personnes âgées : le regard de l'épidémiologie, p. 15. Dans : Trouvé, E. (2016) : Agir sur l'environnement pour permettre les activités. De Boeck Supérieur SA, Louvain-la-Neuve, pp. 15-28.

Nombre minimal de chutes par personne ayant chuté	1,00	2,44
Nombre maximal de chutes par personne ayant chuté	7,02	5,57
Taux minimal de chuteurs	0,34	0,28
Taux maximal de chuteurs	0,85	0,97

Tableau 14 : Résultats détaillés en CIPA - Chutes - Recensements 2022 et 2023

3.2.2.3 Résultats spécifiques aux réseaux d'aides et de soins (RAS)

RECENSEMENTS 2022 et 2023 - RAS

	2022	2023
Nombre total des RAS à considérer	20	21
Nombre total des personnes prises en charge	8.796	9663
Nombre total des chutes recensées	5.725	5725
Nombre total de personnes ayant chuté	2.662	3061
Prévalence des chutes	0,65	0,59
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté	2,02	1,66
Taux moyen de chuteurs	30%	32%
Nombre minimal de chutes par personne dépendante	0,00	0,06
Nombre maximal de chutes par personne dépendante	1,42	1,45
Nombre minimal de chutes par personne ayant chuté	0,00	1
Nombre maximal de chutes par personne ayant chuté	3,78	2,48
Taux minimal de chuteurs	0,00	0,03
Taux maximal de chuteurs	0,79	1,00

Tableau 15 : Résultats détaillés en RAS – Chutes – Recensements 2022 et 2023

3.2.2.4 Résultats spécifiques aux établissements à séjour intermittent (ESI)

RECENSEMENTS 2022 et 2023 - ESI

	2022	2023
Nombre total des ESI à considérer	39	40
Nombre total des personnes prises en charge	628	733
Nombre total des chutes recensées	605	688
Nombre total de personnes ayant chuté	172	225
Prévalence des chutes	0,96	0,94
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté	3,25	2,78
Taux moyen de chuteurs	27%	31%
Nombre minimal de chutes par personne dépendante	0,00	0,00
Nombre maximal de chutes par personne dépendante	7,70	3,60
Nombre minimal de chutes par personne ayant chuté	0,00	1,00
Nombre maximal de chutes par personne ayant chuté	23,11	7,33
Taux minimal de chuteurs	0,00	0,00

Taux maximal de chuteurs	1,00	1,00
--------------------------	------	------

Tableau 16 : Résultats détaillés en ESI - Chutes - Recensements 2022 et 2023

C'est dans les ESI que la différence entre le minimum de nombres de chutes, le minimum de chutes par chuteurs et les maximums est la plus importante. Il convient de noter que la population prise en charge dans les ESI est complètement différente par rapport à celle prise en charge dans les autres structures. On y rencontre en effet des personnes très mobiles, avec parfois des comportements de « mise en danger » en raison de leur handicap, mais aussi des patients en fauteuil roulant avec un risque minime, étant donné qu'aucun déplacement ou transfert ne se fait seul.

3.3 Conclusion partie « chutes » et propositions de développements futurs

Grâce aux recensements effectués, la consolidation des données réaffirme certaines observations présentées dans les précédents rapports biennaux.

La prévalence moyenne des chutes (en moyenne 2 chutes par personne dépendante) est plus élevée pour les personnes prises en charge dans les établissements à séjour continu (MDS et CIPA) par rapport à celle des personnes vivant à domicile ou prises en charge en établissement à séjour intermittent.

Dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu (ESC), on constate que le nombre moyen de chutes est quasi identique dans les CIPA et les MDS.

Le recensement à domicile présente quant à lui le taux le plus bas (0,59 chutes en moyenne par personne dépendante en 2023), alors que l'on pourrait penser que les personnes dépendantes à domicile, plus mobiles, dans un environnement parfois moins sécurisé ou adapté qu'en établissement, seraient plus susceptibles de chuter. Le recensement des chutes peut être difficile pour le prestataire. L'identification de la chute et la sous-estimation de sa gravité font que les proches et les personnes dépendantes elles-mêmes peuvent minimiser l'importance d'informer le prestataire, qui est tributaire de ce qui lui sera rapporté pour enregistrer une partie des chutes. C'est pourquoi un effort de sensibilisation pour rapporter une chute de la part des personnes prises en charge et leurs proches est nécessaire.

Ces constats chiffrés sont par contre à l'opposé des déclarations des personnes qui ont participé à l'étude de satisfaction en établissement dont les résultats ont été présentés en juin 2024. En effet, elles déclarent chuter moins depuis leur admission. Le sentiment de sécurité, l'architecture adaptée, les mesures mises en place (cf. aides techniques) depuis qu'elles vivent en établissement, qu'elles abordent dans cette étude de satisfaction, contribuent certainement à cette perception.

Le recensement annuel des chutes va continuer, mais il conviendra de voir dans quelle mesure, grâce aux discussions et grâce à la collaboration avec les prestataires, cet indicateur ne pourrait pas être complété afin d'amener une homogénéité dans le suivi de la chute. De nombreux prestataires possèdent une fiche de suivi ou de déclaration d'événement. Il pourrait être pertinent de s'assurer que cette fiche de suivi devienne une réalité pour tous les prestataires et que chacun renseigne un set minimum d'informations, encourageant ceux dont l'enregistrement est moins développé à davantage formaliser la chute, et de fait, mieux la connaître.

La politique de prévention des chutes doit proposer à la personne dépendante un accompagnement soutenant son autonomie (AAI, aides techniques, alimentation adaptée le cas échéant, etc...) en respectant sa volonté et en incluant ses proches. Parler du risque de chutes, thématiser et permettre des éventuelles chutes dans le cadre de co-décisions (soignants, personnes dépendantes, entourage) doivent entrer dans cette politique de prévention.

Cela nécessite une stratégie commune de l'ensemble des acteurs évoluant autour de la personne dépendante: des soignants aux responsables des cuisines, en passant par les thérapeutes, sans oublier un environnement architectural favorable.

La prise de conscience de l'aspect multifactoriel de la chute et de tous les éléments influant sur le processus n'est, peut-être, à ce jour pas assez répandu. Les troubles visuels et auditifs, les moyens de chaussage, la masse musculaire, la force, les effets secondaires des médicaments, etc... sont autant d'éléments qui sont à prendre en compte et qui font également sens avec les autres indicateurs qualité présentés dans la suite de ce rapport.

Comme il est détaillé dans la partie dédiée aux contrôles de documentation, un effort est à faire dans l'identification des facteurs de risque et les risques eux-mêmes. C'est pour cela que l'UQC a déjà inclus ces notions dans ses contrôles, mais propose aussi une évolution de l'indicateur, comme cela est expliqué ci-après.

Seule une prise en charge basée sur la connaissance et la diminution, lorsque c'est possible, des facteurs pré-disposants, mais aussi des facteurs précipitants, aura une influence sur la prévalence et la gravité des chutes, tout en prévenant le risque de récurrence.

Les stratégies de diminution du risque doivent se baser sur l'ensemble des prestations de l'assurance dépendance dans le cadre des actes liés à tous les domaines des actes essentiels de la vie, mais aussi sur les activités d'appui à l'indépendance et les aides techniques. Favoriser la mobilité, favoriser une alimentation adaptée aux besoins pour éviter les risques de dénutrition (causant la perte de masse musculaire) ou les prises trop importantes de poids pouvant diminuer la mobilité, sont autant d'actions qui, dans le cadre de l'assurance dépendance et en général dans une optique de santé publique, sont à favoriser.

Dans ce contexte, des actions de sensibilisation, voire de formation, notamment pour apprendre à se relever après la chute et éviter un positionnement au sol prolongé, peuvent également être envisagées dans l'éventail des mesures à mettre en œuvre auprès d'une population mobile mais potentiellement à risque, notamment à domicile.

Comme pour l'enregistrement et l'identification des escarres, lors des contrôles de documentation réalisés, le comptage seul permettant l'identification de la prévalence de chutes s'est étoffé de discussions professionnelles et l'AEC a alors formalisé ceci en faisant évoluer les données recensées lors des contrôles.

Le comptage étant une réalité, consolidée par le recensement national, l'accent a été mis sur les conditions d'existence d'analyse de la chute ainsi que d'actions préventives et correctives.

De plus, depuis le début des contrôles de documentation, l'équipe aborde toujours la corrélation entre l'analyse et le suivi de la chute et fait toujours le lien avec le suivi de la douleur.

Les prestataires auront à cet effet remarqué un commentaire récurrent dans les rapports de contrôle : **« En cas de chute, l'évaluation de la douleur doit être effectuée et suivie pendant une période adaptée à l'événement et aux conséquences de la chute. »** Il s'agit là de recommandations liées aux bonnes pratiques professionnelles.

Les données qui étaient évaluées lors des premiers contrôles étaient celles-ci :

- Nombre de chutes recensé
- Évaluation initiale par cotation
- Évaluation du risque de chute sur l'année
- Plus qu'une chute recensée (rechute)

Elles ont évolué, de façon naturelle vers celles-ci :

- Document ou système spécifique pour recenser les chutes
- Évaluation du risque de chute et/ou des facteurs de risque sur l'année
- Document ou système spécifique pour recenser l'ensemble des chutes d'un bénéficiaire = identification des rechutes
- Type/ nom de l'outil utilisé
- Analyse de la chute réalisée (circonstances, gravité, conséquences, etc.)

C'est pourquoi l'UQC propose d'amener des éléments d'analyse et de mise en œuvre d'actions préventives/correctives, complétant le comptage et l'identification actuellement prévus dans l'article 7, en prenant en compte également l'utilisation d'aides techniques, le cas échéant.

Du comptage aux actions préventives et correctives

Dans un esprit d'amélioration continue, et afin de formaliser ce qui est discuté et souvent déjà réalisé, l'AEC propose d'homogénéiser les éléments d'analyse et de mise en œuvre d'actions préventives et correctives. Les éléments suivants pourraient compléter l'indicateur actuel :

- L'évaluation/dépistage du risque de chute chez les bénéficiaires de prestations AD s'effectue au moyen d'un outil d'évaluation du risque de chute validé.
- Le jour de la visite par l'UQC de l'AEC, le prestataire est en mesure d'identifier toutes les personnes à risque de chute élevé ou très élevé. Le prestataire est en mesure d'avoir une vue d'ensemble de ces/ses patients à risque.
- Le jour de la visite de contrôle de l'AEC, le prestataire est en mesure de fournir, par résident, un comptage de toutes les chutes de ce résident lors de l'année écoulée. Cela permettrait de répondre à l'exigence actuelle de l'article 7, qui ne peut être, à ce jour, formalisée dans le cadre du recensement national.
- Les aides techniques visant la prévention des chutes sont mises en place en cas de risque élevé de chute.
- Lors d'une chute, une évaluation de la douleur est réalisée systématiquement au moyen d'une échelle d'évaluation de la douleur adaptée aux spécificités de la personne dépendante. Ce point permettrait de relier les deux indicateurs nationaux.

Ces propositions d'évolution seront discutées dans le groupe de travail AEC – COPAS.

4. Indicateur poids – suivi nutritionnel

4.1 Introduction « Suivi nutritionnel »

Le suivi nutritionnel est un des indicateurs de la qualité définis dans l'art. 8 du RGD du 13 décembre 2017 sur la qualité qui demande de recenser le « *nombre de personnes dépendantes dont la documentation informe d'un suivi du poids et de son évolution dans le temps par une prise du poids régulière et au moins une fois par mois* ».

L'AEC recueille, dans le cadre du contrôle de qualité de la documentation, les informations liées à cet indicateur.

La mesure du poids et son suivi régulier sont des informations pertinentes, représentant l'étape initiale essentielle dans le cadre du dépistage des troubles nutritionnels pour garantir une prise en charge de qualité.

En effet, une diminution de l'indice de masse corporelle (IMC) en-dessous d'un certain seuil signe une dénutrition. La définition de la dénutrition est un état pathologique résultant d'apports nutritionnels insuffisants au regard des dépenses énergétiques de l'organisme. Lorsque les apports sont inadaptés en plus d'être insuffisants, on parle de malnutrition. Le diagnostic repose sur l'observation des variations du poids d'un individu. Les valeurs admises pour l'estimation de la dénutrition sont pour une personne adulte (18-69 ans) un IMC inférieur à 18,5kg/m² et pour une personne âgée (70 ans et plus) un IMC inférieur à 21kg/m².

De plus, une perte de poids supérieure à 5% en un mois ou supérieure à 10% en six mois est un signe de dénutrition, alors qu'une perte de poids supérieure à 10% en un mois ou supérieure à 15% en six mois détermine une dénutrition sévère.

L'augmentation importante du poids peut également être problématique. En effet, une augmentation de l'IMC signale un surpoids ou une obésité (surpoids = IMC supérieur ou égal à 25kg/m² et inférieur à

30 / obésité = IMC supérieur ou égal à 30kg/m²).¹³

Une augmentation rapide de l'IMC peut être un signe de l'aggravation d'une insuffisance cardiaque ou d'une insuffisance hépatique grave qui se traduit par une accumulation de liquides dans le corps sous forme d'œdèmes ou de liquide pleural ou péritonéal. Une prise de poids rapide supérieure à 1,5kg par jour doit être un signe d'alerte.

Une perte ou une prise de poids ne signifie pas forcément que le prestataire ou l'aidant n'a pas été présent pour soutenir et accompagner la personne, mais aide, si un suivi est réalisé, à détecter un problème, à s'interroger sur les effets et causes, le cas échéant, d'une alimentation et hydratation non adaptées et à mettre, si possible, en place des actions.

4.2 Résultats « Suivi nutritionnel »

Pour cet indicateur, il est proposé de montrer la moyenne obtenue par type de structure pour l'année 2023, afin de mettre en lumière les différences existantes entre les CIPA, MDS, RAS et ESI.

SUIVI POIDS - 2023	CIPA	MDS	RAS	ESI
Poids actualisé	100%	100%	48%	88%
Suivi régulier au moins 1x/mois	77%	75%	31%	63%

Tableau 17 : Pourcentage de dossiers où la documentation informe sur le suivi du poids

La documentation contient toujours un poids actualisé dans les établissements à séjour continu MDS et CIPA et dans la très grande majorité des cas en ESI, alors que dans la documentation des RAS, seul 1 dossier sur 2 contrôlé présentait un poids actualisé.

Quant au suivi régulier du poids, on observe la même tendance, à savoir que c'est à domicile que la régularité du suivi est la moins importante.

Les RAS ont exprimé leurs difficultés à peser les personnes au domicile. L'absence de matériel, la non intervention dans les actes de nutrition, l'aspect « trop médical » du suivi évoqué par certains bénéficiaires ou aidants, le refus de la pesée et l'absence d'habitude ou de procédure interne spécifique sont autant de raisons qui ont été données pour justifier cette absence de suivi et de régularité.

Devant les difficultés évoquées et les soucis liés au suivi mais aussi à l'interprétation des résultats des variations pondérales, il a été décidé de mettre en avant un ensemble de notions lié au suivi du poids.

4.3 Soutenir les professionnels dans l'amélioration du suivi du poids

C'est ainsi que le document « Réflexions du groupe de travail AEC - COPAS liées au suivi de l'indicateur national Poids Version 2023 » a vu le jour.

Il a été publié dans l'espace professionnels du site internet de l'AEC, rubrique « Contrôle qualité » <https://aec.gouvernement.lu/fr/espace-professionnels.html>, fin 2023, et fait partie des outils visant à améliorer les résultats de cet indicateur.

L'AEC et le groupe de travail réunissant des représentants des prestataires des différents secteurs ont en effet souhaité mettre à disposition des rappels et points d'attention liés au suivi du poids.

Ce document, non exhaustif, a pour but de soutenir les professionnels dans la gestion quotidienne des problématiques liées au poids et permet d'actualiser les connaissances sur le sujet « poids » en relation avec des situations vécues dans la pratique quotidienne.

Il s'agit d'éléments pratiques visant à approfondir les connaissances professionnelles sur le sujet.

¹³ Source : OMS, Obésité et surpoids, 2020 - <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

De plus, il liste différents outils de mesure et d'évaluation validés scientifiquement et pouvant accompagner les démarches professionnelles dans le suivi du poids.



Extraits du document : « Réflexions du groupe de travail AEC - COPAS liées au suivi de l'indicateur national Poids Version 2023 ».

4.4 Conclusion « Suivi nutritionnel » et propositions de développements futurs

Les troubles nutritionnels, la déshydratation et la perte protéique sont autant de facteurs qui peuvent altérer l'état général d'une personne à plusieurs niveaux et qui entrent en jeu dans le suivi des autres facteurs de risques.

En effet, la dénutrition peut entraîner de la fatigue et une fonte musculaire réduisant ainsi les capacités motrices. Un risque plus élevé de chutes et la survenue de fractures peuvent en être la conséquence.

La dénutrition et surtout la perte protéique sont des facteurs de risque d'escarre, sur lesquels il est possible d'agir en amont.

Ces interdépendances montrent – si besoin était - que l'alimentation contribue à maintenir un équilibre parfois fragile. L'aspect « plaisir et social » de l'alimentation ne devra pas être négligé puisqu'il contribue bien entendu également au bien-être de la personne.

Les prestations de l'assurance dépendance liées à la nutrition - visent à aider la personne dépendante à s'alimenter et s'hydrater en fonction de ses besoins et se retrouvent dans 70% des synthèses.

Les résultats des contrôles de documentation montrent que s'il existe un poids actualisé au moment du contrôle et que ce suivi est très régulier dans les établissements (CIPA, MDS et ESI), cela est loin d'être le cas à domicile où un poids actualisé était présent dans la moitié les dossiers contrôlés avec un suivi régulier dans moins d'un tiers des dossiers.

Même si ce suivi est plus facile en établissement (ESC et ESI) qu'au domicile, le secteur des soins à domicile doit trouver des solutions pour améliorer ce type de suivi vu qu'il s'agit d'une obligation légale. Ceci est d'autant plus important que, même en présence concomitante d'un aidant intervenant de façon régulière auprès de la personne dépendante, ce dernier ne se rend pas forcément compte de l'impact causé par ces troubles nutritionnels.

C'est pourquoi le groupe de travail a souhaité soutenir les professionnels dans leurs pratiques avec le document « Réflexions du groupe de travail AEC - COPAS liées au suivi de l'indicateur national Poids Version 2023 ».

Enfin, l'AEC souhaiterait faire évoluer, ensemble avec les prestataires, cet indicateur pour l'étoffer. La pesée n'est en effet pas une fin en soi, mais des réflexions doivent être menées en aval sur les actions à effectuer devant le constat d'une perte de poids.

Du suivi à l'analyse

L'AEC souhaiterait que le prestataire soit en mesure de compiler et présenter un fichier regroupant le suivi du poids de l'ensemble des personnes dépendantes prises en charge.

De plus, il serait important de pouvoir identifier clairement les personnes présentant une perte de 5% de leur poids en un mois – ou de 10% en six mois, qui sont des critères admis de dénutrition. Idéalement, les soignants, via les outils de suivi dans les dossiers informatisés pourraient être rendus attentifs aux variations pondérales montrant une prise de poids importante d'un mois à l'autre ou de façon continue.

L'AEC chercherait également à identifier l'existence d'un protocole ou suivi alimentaire et/ou hydrique selon les bonnes pratiques soignantes avec des objectifs définis (quantité et qualité des apports) pour toute personne identifiée à risque. Cela induirait que des outils, test ou suivis spécifiques seraient implémentés afin de détecter les personnes à risque.

Ces évolutions, voire nouveaux critères de contrôles, qui traduisent de plus des bonnes pratiques déjà en place chez de nombreux professionnels, seront discutés et validés avec les prestataires, suite aux travaux et réflexions au sein du groupe de travail AEC - COPAS.

Enfin, il conviendra de ne pas oublier, dans le cadre de la nouvelle loi qualité d'août 2024 du Ministère de la Famille, des Solidarités, du Vivre ensemble et de l'Accueil, les liens et ponts qui seront à faire avec les critères y présents, davantage liés à la qualité des repas (saveurs, présentation, apports caloriques, satisfaction des résidents etc ...) impactant au combien la prise calorique.

5. Indicateur douleur

5.1 Introduction « Douleur »

Dans le cadre du contrôle de la documentation de la prise en charge, l'UQC a recensé les personnes dépendantes pour lesquelles une évaluation de la douleur a été retrouvée dans la documentation à différents moments clés, permettant de répondre aux exigences de l'art. 6 du RGD du 13.12.2017¹⁴.

De plus, l'article 2, alinéa 7 du RGD du 13.12.2017 insiste sur « les tests et échelles utilisés pour le suivi de la personne dépendante permettant de recenser les informations en relation avec les indicateurs nationaux visés au chapitre 2 du présent règlement grand-ducal ».

Pour savoir si un suivi régulier est effectué, des résultats d'évaluation de la douleur seront donc systématiquement recherchés dans le dossier de la personne algique, notamment avant la prise d'antalgiques et régulièrement tout au long de ce traitement, et en particulier à différents moments de la réalisation de certains AEV.

En présence d'une escarre, l'évaluation de la douleur et son suivi sont systématiquement recherchés en raison des deux types de douleurs qui peuvent être présents : la douleur chronique souvent intense et liée à la plaie elle-même et/ou la douleur provoquée par les soins de la plaie, le renouvellement du pansement ou les manipulations. L'évaluation de la douleur à ces moments du soin prend alors tout son sens pour adapter les stratégies de soins et les traitements médicamenteux, le cas échéant en étroite collaboration avec le médecin traitant.

Sur base du même principe et suite à une chute, l'évaluation de la douleur et son suivi sont également systématiquement recherchés. Il convient en effet d'évaluer la douleur au moment de la chute et à

¹⁴ Art. 6. En ce qui concerne l'évaluation et la prise en charge de la douleur, le contrôle de la qualité des prestations vise à recenser les personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins pour lesquelles l'évaluation de la douleur selon une échelle validée et adaptée aux spécificités de la population prise en charge est réalisée. La documentation permet une identification du suivi et de l'évolution de la douleur.

fréquence pertinente autour de cette chute pour adopter les stratégies ou thérapeutiques déjà en place, le cas échéant.

L'utilisation ou non d'une échelle d'évaluation de la douleur au moment d'un évènement spécifique est reprise dans les rapports de contrôle de l'AEC afin que le prestataire puisse entamer des réflexions sur les pratiques au sein de sa structure (quels sont les moments clé de la prise en charge pour un suivi pertinent de la douleur ?) tout en sachant que le RGD du 13.12.2017 dans sa version actuelle ne donne pas de précisions à ce sujet.

5.2 Résultats « Douleur »

Pour cet indicateur, il est proposé de montrer la moyenne obtenue par type de structure pour l'année 2023, afin de mettre en lumière les différences existantes entre les CIPA, MDS, RAS et ESI.

Les contrôles portent sur la présence ou l'absence d'une échelle d'évaluation de la douleur. Cette dernière est retrouvée plus fréquemment en CIPA et MDS qu'au domicile. En RAS, ce chiffre global, qui désigne un suivi de la douleur par cotation dans un dossier sur 2 n'est pas représentatif de pratiques. En effet, certains prestataires ont décidé d'évaluer et coter la douleur quotidiennement. Cependant, cela montre à nouveau les difficultés pour les RAS d'assurer un suivi toujours aussi rigoureux à domicile qu'au sein d'un établissement.

En ESI le suivi régulier via cotation n'est retrouvé que dans 25 % des dossiers contrôles. Ceci ne veut cependant pas forcément dire que le thème de la douleur n'est pas abordé.

Il convient en effet de se rappeler que la population au sein de ces structures est constituée essentiellement de jeunes adultes, très mobiles, avec peu de pathologies intercurrentes.

De plus, en raison du suivi régulier et parfois au très long cours, le personnel soignant, les thérapeutes et éducateurs ont une bonne connaissance des attitudes, mimiques, positions, expressions verbales (logorrhée, type de cris, etc...) qui pourraient traduire une douleur et ils savent interpréter un changement de comportement qui pourrait traduire une douleur, alors que l'utilisation d'échelle n'est pas forcément pertinente pour ce type de population.

SUIVI DOULEUR 2023	CIPA	MDS	RAS	ESI
Suivi régulier via cotation	69%	63%	52%	25%
Suivi de la douleur au moment d'événements spécifiques	75%	48%	46%	54%
Thérapies / accompagnement alternatif antidouleur	52%	60%	21%	67%

Tableau 18 : Résultats suivi douleurs - Contrôle de documentation 2023

Lors des contrôles des dossiers, l'UQC a constaté que les prestataires utilisent principalement 4 outils validés au niveau international. Deux sont des outils d'auto-évaluation, c'est-à-dire que la personne dépendante est en mesure de coter ou d'effectuer une gradation de sa douleur. Les deux échelles utilisées sont l'EVS (échelle verbale simple) et l'EVA (échelle visuelle analogique). Deux autres échelles d'hétéro-évaluation, (la cotation et gradation de la douleur se fait par un observateur (le soignant) sur base des informations/observations constatées), sont principalement utilisées auprès des personnes qui ne sont pas en mesure d'évaluer elles-mêmes leur douleur. Les deux échelles les plus utilisées sont Doloplus (échelle pour évaluer la personne ayant des troubles de communication verbale) et ECPA (échelle comportementale de la douleur chez la personne non communicante).

Enfin, chez les personnes non communicantes, la douleur peut aussi être repérée par des signes sur le visage (froncement des sourcils, mâchoires serrées, visage figé, grimaces, etc...), par des signes au niveau du regard (regard inattentif, fixe, pleurs, yeux fermés, etc.), par des manifestations non verbales (plaintes, gémissements, cris, etc...), ou par des signes corporels ou comportementaux (agitation, agressivité, difficulté à rester immobile, protection d'une zone du corps, repli sur soi, prostration, crispation).

Dans le secteur du handicap, d'autres outils peuvent être utilisés, comme les échelles de visages ou reconnaissance d'emoji.

Pour un suivi pertinent, l'évaluation systématique de la douleur est recommandée au début de la prise en charge. Cela donne une valeur de référence et cette évaluation doit faire partie de l'évaluation des risques généraux, à côté des autres risques pouvant avoir une influence tant sur l'autonomie de la personne que sur sa qualité de vie.

C'est également à ce moment que doit être décidée une fréquence du suivi de l'évaluation de la douleur qui doit être adaptée au type et à l'intensité initiale de la douleur, à la personne, aux événements qu'elle vit. Cette évaluation de la douleur est un élément qui pourra soutenir le médecin traitant dans le traitement de cette douleur.

La prise en charge de la douleur par une stratégie ou des moyens non médicamenteux est davantage développée en établissement et très utilisée au sein des ESI.

5.3 Conclusion « Douleur » et propositions de développements futurs

L'évaluation et le suivi régulier de la douleur restent des aspects encore trop peu utilisés, parfois même négligés, alors qu'un traitement antalgique est très souvent en place.

Les interactions médicamenteuses peuvent être néfastes et certaines molécules très efficaces sur la douleur peuvent avoir des effets secondaires importants. Il est dès lors impératif, dès qu'une thérapie médicamenteuse existe (parfois même avec plusieurs molécules), qu'il y ait un suivi formalisé pour que les constats fassent partie des discussions avec le médecin traitant de la personne prise en charge.

À domicile, l'aidant doit être impliqué dans le suivi et la prise en charge de la douleur, en lui expliquant comment il peut transmettre des informations aux soignants et au médecin qui peuvent les interpréter. Les formations aux aidants pourraient aborder cet aspect, car des douleurs non gérées peuvent par exemple créer des troubles du comportement chez des personnes non communicantes et douloureuses.

L'effort de formation des professionnels autour de la douleur doit être promu. Les professionnels de santé doivent se référer aux bonnes pratiques et recommandations professionnelles.

À l'instar du groupe de travail qui a cherché une façon de soutenir les prestataires dans le cadre de l'indicateur poids, le suivi de la douleur avec notamment ses différentes composantes sera thématiqué en groupe de travail AEC - COPAS.

D'un suivi régulier à un suivi avec des moments spécifiques formalisés

Étant donné que l'AEC aborde déjà cet aspect avec les prestataires lors des contrôles, il serait pertinent de formaliser, au niveau de l'indicateur de suivi de la douleur, les moments clés de cette évaluation notamment en début de prise en charge et au moins lors de tous les événements spécifiques comme par exemple en présence d'une escarre, au moment d'une chute, pendant une période définie après le retour d'hospitalisation, lors d'un changement de thérapie antalgique, etc...

À nouveau, le but de cette évolution serait d'homogénéiser des pratiques déjà en cours chez certains prestataires, mais aussi de soutenir des prestataires qui ont encore des améliorations à faire.

Ces évolutions, à l'instar des autres évolutions proposées, seront à thématiquer dans le groupe de travail AEC – COPAS.

6. Les contrôles de documentation

Contrairement aux deux premiers rapports biennaux, les résultats détaillés des contrôles, en présentant des moyennes, ne feront plus partie de ce chapitre consacré aux contrôles de documentation pour la période 2021 - 2023. En effet l'AEC estime que ces moyennes détaillées ne

représentent pas de plus-value dans la compréhension et connaissances de l'activité de l'AEC dans le cadre des contrôles de documentation.

La réelle plus-value repose en revanche sur le rapport individuel que chaque prestataire contrôlé reçoit après le contrôle.

De plus, les résultats détaillés, chiffrés, ne reposent pas sur une réalité statistique. Ils se basent sur les résultats et interprétation réalisés pour 4 dossiers analysés par contrôle, visant à mettre en évidence les bonnes pratiques et les points à améliorer qui se répètent, même sur un nombre aussi peu élevé de dossiers.

L'objectif du contrôle de la documentation est l'appropriation des résultats par le prestataire afin qu'il se rende compte de sa conformité avec les exigences du RDG, mais aussi et surtout qu'il soit en mesure de comprendre et mettre en œuvre ses actions d'amélioration, si nécessaire.

Dans les rapports, l'AEC souhaite mettre en avant des constats qui se basent sur des bonnes pratiques soignantes pour accompagner les équipes dans leurs réflexions.

C'est davantage une démarche qualitative, de constat certes, mais surtout d'accompagnement vers l'utilisation correcte et utile d'une documentation qui se doit d'être un outil soutenant les soignants dans leur travail.

6.1 Organisation des visites de contrôle de la documentation de prise en charge et résultats

Les visites sont réalisées la plupart du temps en binôme.

Le contrôle est annoncé plus ou moins 2 semaines à l'avance au prestataire moyennant l'envoi d'un courrier postal, mentionnant la date et l'heure à partir de laquelle l'équipe de l'UQC se présentera chez le prestataire. Le courrier fournit de plus des explications sur le déroulement du contrôle.

Le nom des personnes prises en charge dont les dossiers sont visés par le contrôle n'est en revanche pas communiqué à l'avance, mais est communiqué au prestataire le jour de la visite.

L'objectif de ces visites de contrôle est d'apprécier la qualité de la documentation des aides et soins fournis du prestataire, tout en vérifiant la présence des différents contenus tels que définis dans le chapitre 1^{er} du RGD du 13.12.2017 sur la qualité pour un échantillon de bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance.

Afin d'organiser au mieux ce contrôle de documentation, l'UQC demande au prestataire de bien vouloir :

- mettre à disposition une salle ou un endroit calme pour s'installer et consulter la documentation des personnes concernées, indépendamment du support utilisé ;
- garantir l'accès au dossier informatique ou aux différents supports disponibles ;
- prévoir la disponibilité d'une personne qui sera en mesure de gérer la consultation des différents documents et supports et de répondre aux questions éventuelles sur la documentation des différentes données.

Le jour du contrôle proprement dit, l'UQC étudie la documentation relative aux bénéficiaires de l'assurance dépendance concernés. Elle demande également la génération des fiches de transfert, permettant une analyse de conformité, complétant le contrôle a posteriori.

Après avoir regardé les différentes documentations, l'AEC procède à un débriefing. À la fin de celui-ci, un feedback écrit, c'est-à-dire un rapport reprenant les constats faits par l'UQC de l'AEC, est envoyé à chaque prestataire dans les semaines après le contrôle.

L'ensemble des données est analysé selon les pratiques en vigueur et respecte les règles liées tant à la protection des données que celles liées au secret professionnel.

La présentation des résultats et analyses se décompose en différentes parties :

- les données administratives ;
- les données liées à l'état de santé ;
- le format de la documentation ;
- les activités d'appui à l'indépendance (AAI).

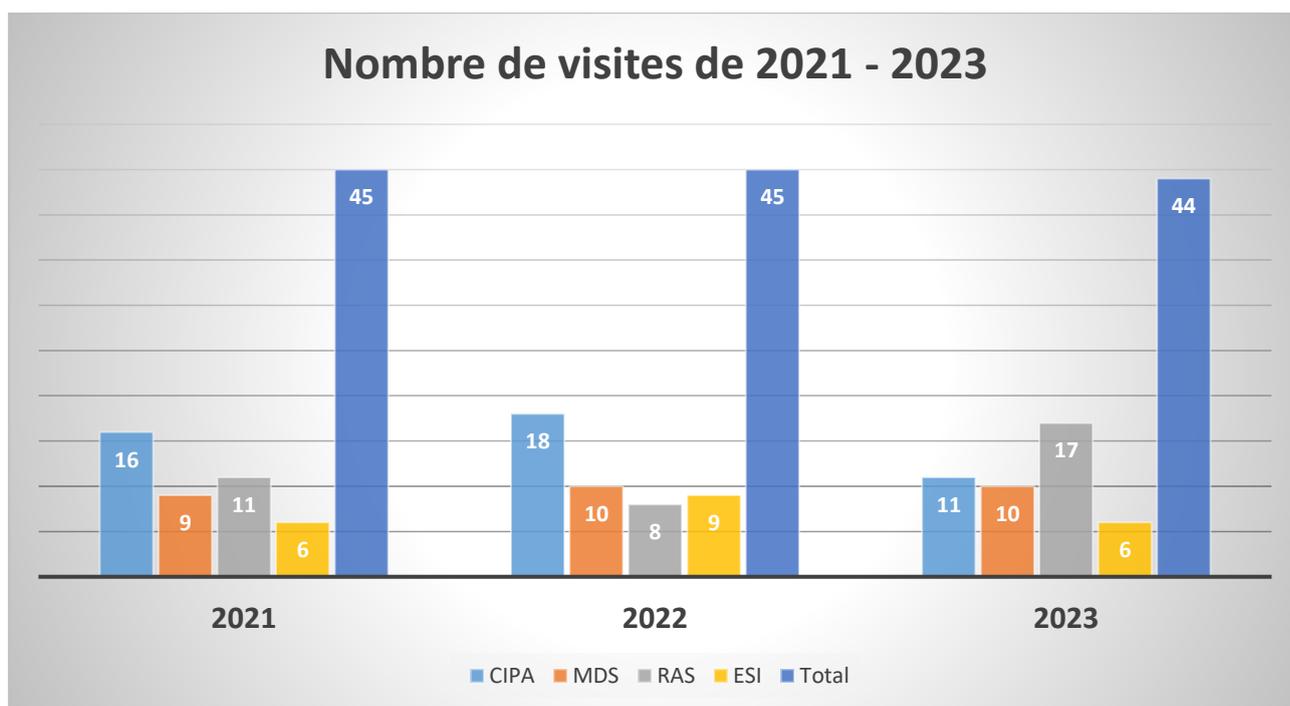
Ce découpage reprend l'organisation des rapports que l'UQC transmet aux prestataires après les contrôles effectués.

Chaque rapport, qui est remis après le contrôle, sert :

- à recenser les résultats des constats du prestataire
- mettre en avant les points à améliorer/dysfonctionnement ou manque
- valoriser les bonnes pratiques
- donner des conseils sur des façons de faire ou d'évoluer ;

reprenant les discussions qui ont eu lieu le jour du contrôle.

6.2 Contrôles réalisées période 2021 -2023



Graphique 17 : Nombre de visites de contrôle réalisées par l'UQC 2021-2023

C'est la première fois que l'AEC peut présenter des chiffres qui couvrent la période concernée, pour chaque année, dans le cadre de ce rapport biennal à savoir 2021- 2023.

L'UQC a réalisé 45 contrôles de documentation en 2022 chez les différents types de prestataires, contre 42 en 2021 (pour mémoire 21 contrôles avaient été réalisés en 2020).

En 2022, 28 de ces contrôles ont eu lieu dans des établissements à séjours continu (maisons de soins ou CIPA), 8 dans des bureaux/antennes ou centres régionaux de réseaux d'aides et de soins et 9 en établissement à séjour intermittent.

En 2023, l'UQC a réalisé 44 contrôles de documentation chez les différents types de prestataires, contre 45 en 2022, et 45 en 2021. 21 de ces contrôles ont eu lieu dans des établissements à séjour continu (maisons de soins ou Centres intégrés pour personnes âgées), 17 dans des bureaux/antennes ou centres régionaux de réseaux d'aides et de soins et 6 en établissement à séjour intermittent.

Certaines visites planifiées n'ont pas pu être réalisées selon le calendrier prévu. Pour l'année 2023, plus de 9 contrôles ont ainsi été annulés.

6.3 Informations contenues dans les contrôles

6.3.1 Données administratives

Ces données administratives sont détaillées dans l'article 1 du RGD du 13 décembre 2017.

Ces données constituent les informations de base et sont en général très bien renseignées. En plus du nom et des coordonnées du médecin traitant, les noms et coordonnées des médecins spécialistes, et les données liées aux personnes de contact (parfois avec système de priorisation) sont souvent aussi présentes dans les dossiers. Il est également important de pouvoir identifier toute personne externe, autre que le personnel propre au prestataire qui intervient auprès de la personne dépendante. Il peut s'agir de kinésithérapeutes, pédicures/podologues, logopèdes, etc. Si un intervenant externe est impliqué, alors la présence d'un rapport sur son suivi et les résultats de ses interventions sera d'ailleurs recherché dans le dossier de la personne dépendante.

L'AEC insiste sur cette interactivité entre l'ensemble des acteurs qui interviennent dans la prise en charge. Ils interviennent la plupart du temps, à fréquence régulière, auprès de la personne dépendante. Outre leurs compétences propres, ils peuvent être aussi le témoin d'autres constats comme des troubles de la mémoire, de la parole, des troubles de l'humeur. De même, il pourrait être pertinent que l'équipe soignante interne puisse les informer de certains changements/évolution de l'état de santé de la personne, qui pourrait avoir une influence sur leur propre prise en charge.

Plus il existe des possibilités d'échange et de points entre les différents intervenants, plus la continuité de la prise en charge est assurée.

6.3.1.1 Documents administratifs

Concernant le contrat de prise en charge :

L'UQC demande à consulter le contrat ou sa copie et s'assure, non pas du contenu, mais que ce contrat existe et qu'il est signé.

Tous les contrats ont été présentés lors des contrôles. Des remarques sont faites notamment par rapport aux signataires. À ce titre, l'AEC a, à plusieurs reprises, invité le prestataire à s'informer sur les mesures ou précautions à prendre dans le cadre de personnes qui présenteraient une incapacité à signer notamment en cas de mesure de protection juridique.

Si le contrat n'est pas de la responsabilité de l'AEC, plusieurs documents administratifs comme les demandes d'assurance dépendance ou les indisponibilités de l'aidant sont à signer par le bénéficiaire, aussi, ses limitations voire incapacités à gérer ces documents, sont à considérer.

Concernant la présence de la synthèse détaillée :

La décision, qui a valeur juridique, contient des informations spécifiques et il s'agit d'une décision présidentielle susceptible de recours. La synthèse de prise en charge de l'AEC a vocation d'informer, en détail, le bénéficiaire et son prestataire des prestations auxquelles l'assuré a droit. C'est pourquoi la synthèse de prise en charge reprend, au niveau des prestations accordées, l'acte en lui-même avec son intitulé, mais aussi le type et la forme d'aide.

Elle a été davantage présente que lors des précédents contrôles, soit en version scannée, soit grâce à la récupération complète des données transmises par la CNS.

Un réel effort a été réalisé à ce sujet par de très nombreux prestataires.

6.3.1.2 Autres informations générales

Informations sur les langues parlées : Dans le contexte plurilinguistique luxembourgeois, l'information sur les langues parlées est évidemment primordiale pour une prise charge de qualité de la personne dépendante. Suite aux premiers contrôles et remarques de l'AEC, il est à noter que les informations sur la langue utilisée habituellement, mais aussi les langues parlées et les langues comprises ont été intégrées dans une majorité des cas. Une mention sur la langue maternelle, qui n'est pas forcément la langue utilisée pour communiquer avec le personnel, peut également compléter le niveau de détails.

Habitudes de vie : Avoir quelques éléments sur les habitudes de vie peut être essentiel pour des personnes présentant des troubles du comportement ou troubles cognitifs. Respecter une routine ou un enchaînement d'étapes, ou connaître les préférences alimentaires ou les hobbies de la personne dépendante, sont parfois autant de détails, qui peuvent aider la personne à se sentir mieux et/ou à éviter parfois des situations compliquées, ceci d'autant plus quand la personne se retrouve dans un environnement inconnu. Ces éléments amènent des informations sur des sujets qui lui tiennent à cœur ou qui peuvent aider à créer le contact ou à valoriser la personne (heure du lever, passion pour un loisir spécifique, etc...).

Ces habitudes de vie complètent une biographie qui rassemble certaines informations clés. Cela est particulièrement utile si différents soignants se succèdent au chevet de la personne ou si l'un d'entre eux doit se faire remplacer.

Dans les ESI, ces informations sont le plus souvent très bien détaillées dans le « projet d'accompagnement spécialisé de la personne » (PASP), projet mis à jour tous les ans. Par contre, à domicile, si informations sur les habitudes de vie de la personne dépendante sont moins développées alors que les RAS peuvent être amenés à prendre le relais de l'aidant, qui lui connaît bien ce type d'habitudes.

Informations liées à l'existence d'une directive anticipée : il est important que les dossiers disposent d'un endroit dédié où ces informations peuvent être enregistrées, même si la rédaction d'une directive anticipée n'est bien entendu pas obligatoire. Cette information est donnée à titre indicatif.

Au cours des différents contrôles, l'AEC a eu des discussions intéressantes au sujet de la fin de vie avec des professionnels qui se mobilisent de plus en plus pour aborder cette thématique, comme l'utilisation d'un langage simplifié ou la possibilité d'aborder cette thématique avec la famille du bénéficiaire. Le soutien de l'asbl Omega 90 est souvent demandé, et leur documentation largement utilisée.

6.3.1.3 Informations sur le début de la prise en charge

Si la date du début de prise en charge est toujours présente, le motif de ce début d'intervention reste peu détaillé malgré les rappels de l'AEC. Il est clair que ce genre d'information fait sens à proximité du début de prise en charge. Les motifs très généraux tels que « altération de l'état général » ou « maintien à domicile n'est plus possible » n'apportent pas d'informations pertinentes.

L'UQC insiste sur cette information, car en début de prise en charge, cela peut aider à comprendre des attitudes ou comportements envers le personnel ou les proches. Cette donnée fait partie intégrante de la « biographie » de la personne et il est important qu'elle soit renseignée pour les nouvelles ou futures personnes prises en charge.

6.3.1.4 Informations sur les aides techniques

Ces informations sont présentes dans la quasi majorité des dossiers contrôles. La plupart du temps, la liste des aides techniques se trouve dans le dossier individuel de chaque personne dépendante et il existe aussi une liste générale gérée soit au niveau de la direction de soins, soit au niveau de l'équipe des thérapeutes. À domicile, cette liste est parfois complétée par les aides techniques qui ont été acquises de façon privée par la personne dépendante.

À noter que, par rapport aux premiers contrôles, et suite aux suggestions de l'AEC, le numéro d'inventaire du matériel fourni par le SMA est quasiment toujours présent dans ces listes.

6.3.2 Résultats concernant l'état de santé de la personne

6.3.2.1 Santé actuelle et antécédents

Maladies chroniques, maladies transmissibles et facteurs de risques

Les maladies et/ou facteurs de risques peuvent être renseignés sous forme de diagnostics, mais pas obligatoirement.

Même si les médecins gèrent leur propre documentation, il est bien entendu souhaitable que le médecin et le personnel soignant communiquent dans l'intérêt du patient et dans le respect des règles du secret partagé.

Cette coordination semble plus aisée s'il y a des partenariats spécifiques entre un/des médecin(s) et un prestataire dans un établissement (p. ex. : collaboration selon le contrat d'agrément formalisant la collaboration entre les médecins et les établissements ou toute autre collaboration formalisée).

Ce type de collaboration peut être plus compliqué à domicile.

La mise à jour constitue parfois un défi. L'UQC a pu mettre en évidence par exemple que les rapports d'hospitalisation, s'ils ont été portés à la connaissance du personnel soignant par le bénéficiaire, constituent un bon moyen de mettre à jour les connaissances les plus actuelles sur l'histoire de la maladie et pathologies de la personne dépendante.

État des fonctions cognitives/éventuels troubles du comportement & limitations physiques

La description des limitations physiques se focalise encore trop souvent surtout sur les limitations présentées au niveau des membres inférieurs.

Cependant, une description complète est nécessaire afin de s'adapter aux besoins spécifiques en n'oubliant pas les limitations articulaires ou de force musculaires des membres supérieurs. Les soucis liés à la préhension fine, ayant un impact parfois important sur l'autonomie pour réaliser certains AEV, ne sont pas à négliger et doivent être décrits tout autant que les limitations ayant des impacts plus « spectaculaires », car causant notamment des difficultés à la marche.

Depuis le précédent rapport biennal, l'UQC a intégré dans le rapport de contrôle au prestataire un résumé de ses attentes, mais aussi et surtout ce qu'elle estime comme essentiel dans cette rubrique sur les rapports de contrôles diffusés aux prestataires.

C'est en effet sur base de ces informations, des limitations connues et des problématiques détectées et régulièrement évaluées, c'est-à-dire de cette anamnèse, que le prestataire pourra décider de sa planification de soins et des différentes interventions, passages et types d'activités à mettre en place. La semaine-type doit découler du recueil et de la compilation de ces informations.

De plus, toutes les formations que l'AEC dispense à l'attention des prestataires comprennent une partie qui décrit de façon exhaustive tous les éléments qui participeraient à une description de la

personne au niveau de ces capacités restantes (car il est important de valoriser ce que la personne peut encore réaliser elle-même) et à ses limitations.

Un investissement en début de prise en charge afin de bien cerner la personne, avec une réévaluation des premiers constats réalisés, n'est pas un investissement vain. Si la documentation des informations est importante dans les premières semaines de prise en charge, il s'agira ensuite de procéder à des ajouts ou mises à jour à une fréquence pertinente et adaptée.

À domicile, avec des constats parfois moins aisés car les interventions ne se font pas dans tous les domaines, le recueil de données, à faire avec le bénéficiaire et son aidant, se doit d'être plus complet, et notamment au début de prise en charge.

La description des troubles cognitifs et psychiques ainsi que leurs conséquences sont souvent le point qui reste le plus à améliorer pour avoir une image complète de la personne. Si un test MMSE a été réalisé, il manque souvent des informations basiques sur l'état des fonctions supérieures de la personne. L'AEC insiste pour retrouver notamment des informations sur l'orientation spatiale et temporelle de la personne dépendante, ses capacités à reconnaître les objets du quotidien, les personnes connues et sa capacité à répondre aux consignes simples. Ces différentes notions ont en effet un impact sur la capacité de la personne à participer activement aux différents AEV.

Un score de test seul ne permet pas une compréhension des limitations et capacités restantes de la personne. Il indique une évolution et reste à mesurer des progrès, dégradation ou stagnation. Il soutient les descriptions de bases nécessaires pour l'accompagnement de la personne dépendante.

Allergies et intolérances médicamenteuses ou alimentaires

Une rubrique est clairement identifiée dans les dossiers de soins.

Les allergies médicamenteuses ont toujours été retrouvées et sont en général reprises sur la fiche de médication. Des pictogrammes, des « alertes » ou des systèmes de couleurs sont aussi utilisés dans les différents onglets de la documentation.

6.3.2.2 Thérapies médicamenteuses en cours (permanentes et ponctuelles)

Les médicaments sont généralement gérés via un système de fiche ou une grille de suivi des traitements médicamenteux, qui reprennent dans la grande majorité les informations demandées.

À domicile, si la médication est gérée par le demandeur ou son entourage, le prestataire n'a pas toujours l'information sur les médicaments et le médecin qui les a prescrits. Des explications claires à la personne dépendante ou son aidant, sur la nécessité de connaître ces informations, constitue un facteur de réussite de ce recensement et sa mise à jour régulière dans la documentation de la personne dépendante.

6.3.2.3 Suivi médical et thérapeutique

Les paramètres vitaux tels que la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la saturation en oxygène, la fréquence respiratoire, la température et autres comme la glycémie sont suivis à l'aide de grilles ou de fiches en fonction des besoins de la personne dépendante.

L'AEC a eu de nombreuses discussions à ce sujet, même si cela dépasse son périmètre. En effet, la nécessité d'avoir une prescription médicale pour le suivi de certains paramètres a été abordée par plusieurs prestataires.

Ce point doit faire l'objet de discussions transversales, car il illustre la limite ou les frontières entre la prise en charge ponctuelle ou au long cours de ce type d'actes infirmiers, alors qu'il existe un forfait infirmier, attribué quotidiennement à chaque personne dépendante, quel que soit le type d'acte ou de suivi infirmier réalisé.

Concernant les résultats d'analyses

Il est intéressant de noter que plusieurs prestataires ont des partenariats avec des laboratoires d'analyses médicales, leur permettant d'avoir un accès sécurisé aux résultats d'analyses de leurs patients avec un historique des résultats d'analyses précédentes. Les informations sont parfois retranscrites ou mises sous forme de PDF dans le dossier de soins de la personne dépendante prise en charge, ou alors tout est conservé sur la plateforme mise à disposition par le laboratoire. Des formes mixtes existent aussi. Ces échanges sont à pratiquer dans le respect des règles et procédures en vigueur dans le cadre de la protection des données.

À domicile, c'est le patient qui reçoit directement ses résultats d'analyses et le RAS n'a pas forcément accès à ces informations. Le contact médecin - RAS pourra se faire en général, plus particulièrement notamment en cas de valeurs et de résultats problématiques.

La présence de résultats récents d'analyse est constatée, mais les fréquences de réalisation de ces analyses sont à discrétion des prescripteurs.

Présence d'informations fournies par des intervenants externes

Le problème de la coordination autour de la personne dépendante se matérialise ici dans l'absence de données, résumés ou explications sur l'intervention d'intervenants externes dans un nombre non négligeable de cas, notamment à domicile. Dans les CIPA et MDS, ce problème est atténué par le fait que des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues peuvent plus souvent faire partie du personnel salarié, alors qu'à domicile, le bénéficiaire peut organiser une prise en charge libérale autre et peut être plus « mobile » pour se déplacer en cabinet des professionnels que les personnes hébergées en établissement.

6.3.2.4 Hospitalisations

Les dates d'hospitalisations peuvent être facilement retrouvées dans la documentation de tous les prestataires.

Il existe chez toutes les entités contrôlées un listing des « absences » ou des « entrées/sorties » qui renseigne les types d'absence et donc les hospitalisations. Ce type de listing est souvent lié à la facturation, étant donné que les « absences » ou « entrées/sorties » ont un impact direct sur les prestations qui seront mises en compte à l'organisme gestionnaire. Ce listing pourrait comporter le motif d'hospitalisation : cela serait en effet une façon très simple et condensée d'avoir accès à cette information.

On pourra retrouver le motif ailleurs et plus détaillé dans la documentation, comme par exemple dans les transmissions (difficulté de retraçage) ou alors dans l'historique médical. Cependant, les recherches devant s'effectuer par cible, mot clé ou par date peuvent être laborieuses, même si l'UQC a toujours pu retrouver l'information sous une forme ou une autre.

6.3.2.5 Activités d'appui à l'indépendance

Les activités d'appui à l'indépendance sont accordées entre autres pour maintenir l'autonomie restante pour la réalisation des actes essentiels de la vie. Un accent particulier a été mis sur les obligations des prestataires en matière de documentation dans l'article 40 de la « Convention-cadre » :

« Le prestataire a l'obligation de tenir à jour une documentation des soins, par laquelle le prestataire établit l'ensemble des données significatives relatives à la personne dépendante dont il assure la prise en charge, telle que prévue à l'article 387bis du Code de la sécurité sociale (CSS) et par règlement grand-ducal. La documentation de la prise en charge concernant les AAI contient une description des objectifs de cette prise en charge, objectifs qui sont en rapport avec les AEV, ainsi que des moyens

choisis pour les atteindre. Cette documentation informe également si la prise en charge devrait s'effectuer en groupe ou en individuel pour atteindre les objectifs précités ».

On remarquera que les objectifs de prise en charge des AAI sont souvent présents dans les dossiers. Cependant, il reste difficile pour l'AEC d'identifier des objectifs complètement en lien avec les AEV.

Étant donné que les AAI complètent et soutiennent les prestations d'aides et de soins pour les AEV et ne peuvent en être dissociées, un effort d'amélioration doit encore être effectué afin de s'assurer que ce lien soit clairement formalisé dans la documentation.

Dans ses rapports de contrôle, l'UQC donne un ensemble d'informations liées à ses attentes et donne des conseils afin de se rapprocher davantage, lorsque cela est nécessaire, de la description qui doit être réalisée pour ces AAI.

Si de nombreux prestataires ont pu améliorer et mieux décrire les objectifs d'AAI en lien avec les AEV, un des points d'amélioration reste le suivi des résultats. Pour l'atteinte des objectifs, il peut être utile d'utiliser des résultats de tests ou d'échelles, mais il convient surtout de réaliser une évaluation pertinente par rapport à l'objectif, à savoir la participation au domaine d'AEV ciblé. Il est pertinent d'impliquer les soignants qui observent, le cas échéant, au quotidien, les effets des AAI proposées par les thérapeutes dans la réalisation des AEV. Cela suppose un échange et une explication sur les AAI proposées et une compréhension des objectifs recherchés par les thérapeutes.

À nouveau, la coordination autour et pour la personne dépendante est un facteur de réussite et il a été remarqué que si les thérapeutes, les intervenants externes et les soignants du quotidien ont une bonne connaissance tant des limitations, capacités et besoins en aide, alors les objectifs et le suivi des résultats sont de meilleure qualité.

Le fonctionnement, avec les thérapeutes d'un côté, et soignants de l'autre, ne favorise pas le lien qui est obligatoirement à faire entre les AAI et les AEV. Il a été remarqué que les thérapeutes, s'ils continuent à avoir une documentation propre, sont de plus en plus invités à remplir des rubriques au sein de la documentation de soins globale de la personne pour une meilleure diffusion des informations, mais aussi afin qu'ils aient accès à certaines autres informations du quotidien de la personne prise en charge.

6.3.3 La fiche de transfert - résultats des fiches reçues pendant les contrôles de documentation

L'ensemble des prestataires est en mesure de fournir une fiche de transfert

Cependant, si une fiche existe, le but en est de fournir un document succinct, condensé qui permettra à un autre professionnel de santé de comprendre rapidement et facilement les problématiques de la personne et les aides qui lui sont apportées au moment du transfert.

Malheureusement, l'aspect synthétique de ce document n'est pas toujours une réalité.

De nombreux prestataires ont rendu attentif l'AEC sur le fait qu'ils reçoivent parfois peu, voire pas d'informations en fin d'hospitalisation.

6.3.4 Présence de la semaine-type

L'article 3 du RGD du 13.12.2017 dispose que : « *Le prestataire d'aides et de soins doit documenter la semaine-type de prise en charge. La semaine-type est un document distinct de la synthèse de prise en charge établie par l'AEC : elle permet de détailler les aides et soins, l'accompagnement et l'encadrement quotidiens réguliers de la personne dépendante par le prestataire d'aides et de soins. Ce document est régulièrement mis à jour et révisé au moins tous les trois mois. Un historique des mises à*

jour est disponible. Les éléments de la semaine-type qui ne peuvent pas être réalisés sont recensés et l'adaptation de la prise en charge est documentée. »

La forme de la semaine-type est au libre choix du prestataire.

Cette semaine-type est souvent liée au logiciel ou aux rubriques de facturation, car même si la réforme de l'assurance dépendance a introduit un système forfaitaire au niveau de la facturation, l'ensemble des prestataires contrôlés continue de coter les actes en détail, ce qui permet de savoir ce qui a été réalisé ou non. Les refus sont bien visibles. Par contre des problèmes dans l'identification des changements lors des mises à jour peuvent exister en fonction des logiciels utilisés.

La planification hebdomadaire et journalière des passages peut donc se faire à l'aide des actes (intitulés) de l'assurance dépendance, mais il peut être difficile d'identifier la forme d'aide (stimulation ou faire à la place) dont la description pourra se retrouver ailleurs.

Elle est aujourd'hui présente dans 100% des cas et dans tous les types de structures.

Elle peut servir de « prétexte » à la revue et mise à jour des besoins en aides et soins, avec des liens qui peuvent être retrouvés entre la mise à jour de la semaine-type et la mise à jour des informations liées aux limitations et capacités (p.ex. : Pflegekonferenz).

6.3.5 Information sur l'aidant

Depuis mi-2022, l'UQC s'est permise de rajouter une série d'informations qu'elle estime importantes dans le contrôle de la documentation. Cependant, le but principal est à visée informative surtout pour rendre le RAS attentif à sa connaissance de l'aidant et son implication dans la prise en charge de la personne dépendante.

Cela permet en effet d'aborder ce point avec le prestataire, même si, à ce jour, il n'existe pas de critères à lister obligatoirement tels que les autres items prévus dans le chapitre 1 du règlement grand-ducal du 13.12.2017.

L'UQC a d'ailleurs commencé à thématiser l'importance de ce point au sein du groupe de travail AEC-COPAS, au début de l'année 2024.

Si l'AEC doit rester dans son périmètre et qu'elle reste responsable du suivi de l'aidant, elle estime que le prestataire doit avoir une connaissance minimale sur l'aidant, tout en respectant les règles de la protection des données. En effet, cela permet une connaissance de son implication dans les AEV, nécessaire en cas de remplacement, le cas échéant, dans les meilleures conditions, mais aussi d'être attentif à son degré d'implication ou d'épuisement.

Le prestataire est en effet, pour l'AEC, une sentinelle sur le terrain. Il est important par exemple qu'il puisse faire remonter des informations sur la potentielle défaillance de l'aidant. Les difficultés de prise en charge par l'aidant ne pourront être identifiées, le cas échéant, que lors d'une réévaluation que l'AEC est tenue de réaliser au plus tôt 2 ans après la précédente notification, en cas de prise en charge combinée.

L'AEC pourra dans ce cas réagir et voir dans quelle mesure la prise en charge et les interventions par l'aidant seront à adapter.

Les discussions sur les informations utiles et pertinentes pour une connaissance de l'aidant dans le cadre de l'assurance dépendance seront réalisées dans le groupe de travail AEC-COPAS. En fonction des résultats, il pourrait être pertinent d'intégrer ces items dans le chapitre 1 du RGD du 13.12.2017 sur la qualité.

6.3.6 Format de la documentation

L'UQC regarde avec quel outil les données sont documentées et quel support est utilisé pour enregistrer les données et informations relatives à la prise en charge.

Les documentations complètement informatisées se présentent sous forme d'outils et de logiciels qui varient dans leurs structures, fonctionnalités, visualisation et ergonomie selon les prestataires.

Il n'existe pas de solution informatique unique et plusieurs outils/systèmes peuvent être mis en place.

L'informatisation de la documentation de la prise en charge - qui est une obligation légale selon l'article 387bis point 2 § 1 - du CSS est une réalité pour tous les prestataires.

Les solutions en place sont plus au moins ergonomiques et interactives; certaines permettent la génération de rapports de suivi ou une compilation de données sur des périodes données. Certaines solutions sont aussi plus visuelles que d'autres, avec des générations de graphiques, l'utilisation de pictogrammes ou d'autres tableaux de monitoring.

Certains documents en format papier subsistent, mais constituent pour la plupart soit des archives, soit des documents où la personne/son représentant légal a dû signer (cf. contrat de prise en charge, Patientenverfugung, autorisation de prise de photographie, etc...).

6.4 Conclusion « Contrôle de documentation » et propositions de développements futurs

Chaque prestataire a été vu par un binôme de l'Unité qualité et contrôle au moins une fois dans la période considérée. Il a reçu son rapport de contrôle et a été en mesure de le comparer avec le rapport précédent.

Comme précisé en introduction de cette partie du rapport consacrée aux contrôles de la documentation, ce sont davantage les avancées qualitatives, avec une certaine maturité atteinte dans le suivi des indicateurs et les efforts des professionnels du terrain, qui sont à valoriser dans ce rapport biennal.

Il reste des points d'amélioration afin de rendre notamment les outils informatiques plus simples d'accès et les plus ergonomiques possibles, afin que le personnel les utilisant puisse encore mieux les appréhender et que la direction de soins puisse encore davantage les exploiter.

La spécificité de la prise en charge à domicile, qui comporte certes des difficultés supplémentaires, ne dispense pas des obligations légales, et la qualité des informations contenues dans la documentation de prise en charge se doit d'être la même qu'en établissement, tout en tenant compte des spécificités liées à cette prise en charge.

Il convient aux RAS de s'assurer de la mise en place de mesures dans l'accompagnement de la personne à domicile, en incluant notamment davantage les aidants pour certains suivis et certaines observations, et en assurant aussi un meilleur lien avec les prises en charge réalisées en foyer de jour.

Du contrôle uniquement externe à une auto-évaluation de la qualité de la documentation

Les constats ont montré que de nombreuses actions d'amélioration ont été mises en œuvre et que la qualité des informations reflète les efforts entrepris par la majorité des prestataires.

L'exercice du contrôle de la documentation est jugé bénéfique par les prestataires qui prennent du recul et font les mêmes constats que l'UQC lors de cette visite de contrôle.

La présence de l'UQC chez les prestataires a donc montré des effets positifs.

S'il est important de garder un regard externe sur la qualité du remplissage de la documentation selon les critères des articles 1 à 4 du 1^{er} chapitre du RGD du 13.12.2017 sur la qualité, l'UQC souhaite

encourager la réalisation de contrôles ou d'analyses de la documentation de soins par le prestataire lui-même.

Ainsi, l'article 10 pourrait être complété par ces « auto-contrôles » documentaires à réaliser par les prestataires.

L'UQC s'assurerait alors que le prestataire a effectivement organisé ses auto-contrôles en interne.

Le but de cet exercice pour le prestataire serait que des chefs d'unité, de service ou de bureaux/antennes réalisent un échange de dossiers pour favoriser les constats et l'apprentissage par les pairs.

Lors de ses visites de contrôles, l'UQC procéderait alors au contrôle d'un nombre très limité de dossiers et demanderait la preuve de la réalisation des auto-contrôles en interne.

Il est à noter que plusieurs prestataires ou gestionnaires ont déjà adopté cette pratique d'audit, d'analyse de dossiers ou d'auto-contrôle, tant au sein des structures stationnaires qu'au domicile.

Cette évolution proposée semble alors aller dans le sens des pratiques qui sont aussi en train de se développer au sein du secteur.

Ces propositions feront l'objet de discussions dans le cadre du groupe de travail AEC-COPAS et les modalités telles que les fréquences et nombres de dossiers à auditer par le prestataire seront à valider en collaboration avec la COPAS.

Les visites de contrôles de l'AEC seraient alors l'occasion d'aborder davantage les analyses des nouveaux points suggérés pour les indicateurs chutes, poids et escarres, qui ont été présentés dans les parties 1 à 5 de ce présent rapport.

III. LA POLITIQUE DE REEVALUATION

1. Introduction partie « Politique de réévaluation »

Les réévaluations sont considérées comme un des outils de suivi de la qualité dans le sens où il s'agit d'une façon de s'assurer que les moyens mis à disposition (ensemble des prestations) correspondent toujours aux besoins de la personne dépendante.

Alors que les réévaluations ont toujours eu une place de choix dans le suivi de la personne dépendante pour adapter les aides et soins mis à disposition tout au long de sa vie dans l'assurance dépendance, la réforme de 2018 a formalisé, dans l'article 366 du Code de la sécurité sociale, les fréquences voulues pour une revue régulière des dossiers. Les fréquences fixées ont notamment pour but de s'assurer d'une politique ambitieuse de mise à jour des dossiers des personnes suivies. Cet article définit notamment une fréquence plus élevée pour les personnes qui ont un aidant, prises en charge à domicile, et fixe une fréquence minimale pour tous les autres types de prise en charge ainsi qu'une mise à jour de la synthèse de prise en charge après une admission en établissement.

« Art. 366: À l'initiative de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, une réévaluation des besoins de la personne dépendante visés à l'article 350 peut avoir lieu dans les conditions et d'après les modalités suivantes:

lorsque l'exécution des prestations requises dans les domaines des actes essentiels de la vie arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 est intégralement assurée par un prestataire visé aux articles 389 à 391, la réévaluation est effectuée au plus tôt deux ans après la notification de la décision définitive de prise en charge ;

lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge est intégralement ou partiellement assurée au domicile de la personne dépendante par un aidant selon l'article 350, paragraphe 7, la réévaluation est effectuée au plus tôt un an après la notification de la décision définitive de prise en charge;

lorsque la personne dépendante quitte son domicile pour être prise en charge dans un établissement d'aides et de soins, la réévaluation est effectuée dans les six mois de son admission;

lorsque la personne dépendante introduit une demande pour des aides techniques ou des adaptations du logement, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut réévaluer l'ensemble des besoins de la personne dépendante;

lorsque l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance constate un changement fondamental des circonstances, elle peut procéder à une réévaluation des besoins visés à l'article 350.

À la demande motivée de la personne dépendante, des membres de sa famille visée à l'article 382, de l'aidant selon l'article 350, paragraphe 7 ou d'un prestataire visé aux articles 389 à 391, ainsi qu'à l'initiative de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance apprécie de l'opportunité d'une réévaluation des besoins de la personne dépendante visés à l'article 350. Une demande de réévaluation des prestations n'est recevable qu'après un délai d'un an depuis la notification de la décision définitive de prise en charge, à moins qu'il ne résulte du rapport médical du médecin visé à l'article 350, paragraphe 1er joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances. »

Cet article 366 du CSS renforce également la collaboration entre les prestataires et l'AEC dans le cadre de la réévaluation des besoins des bénéficiaires.

« La réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises se fait suivant les critères prévus aux articles 348 à 350.

Lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 est intégralement ou partiellement assurée par un prestataire visé aux articles 389 à 391, la réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises peut être confiée au prestataire à la demande de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance révisé et complète les données recueillies au moyen de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le cas échéant. Sur base de la réévaluation des besoins et de la détermination des prestations requises, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance établit une nouvelle synthèse de prise en charge. »

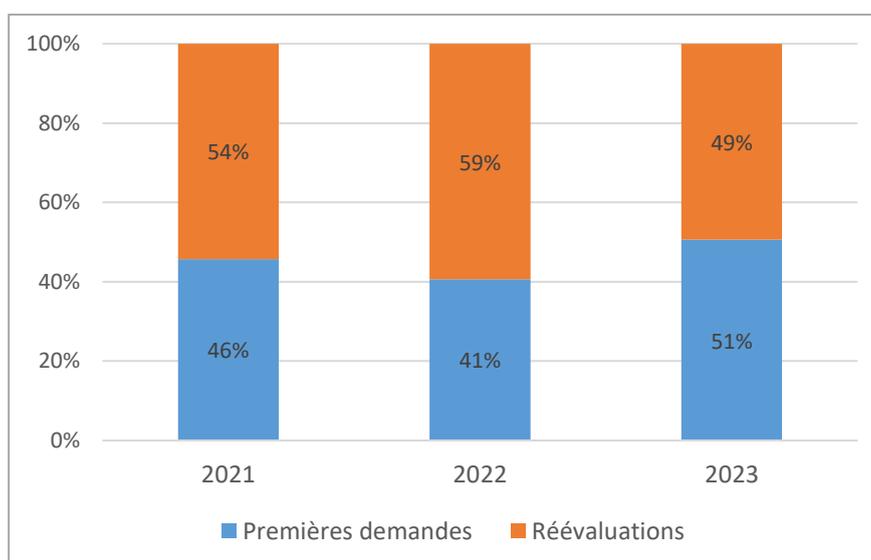
L'article 366 officialise donc la possibilité pour l'AEC de « déléguer » au prestataire le recueil de données relatives à l'état des besoins de la personne prise en charge à un moment donné.

Cette partie du rapport biennal, dédiée aux réévaluations, aura pour objectif de montrer les effets de cette ambitieuse politique de réévaluation via l'analyse de l'ancienneté des synthèses de prise en charge. Le traitement de certains types de dossiers sera mis en évidence afin de démontrer les efforts de l'ensemble de l'AEC afin de réévaluer, en priorité, des situations spécifiques liées soit à la population considérée, soit au lieu de vie. Enfin, un accent sera mis sur l'utilisation de l'outil mySecu qui est une plateforme qui permet des échanges électroniques directs, bidirectionnels et sécurisés d'informations avec les prestataires du secteur de soins de longue durée, dans le cadre de ces réévaluations.

2. Données chiffrées

2.1 Proportion des premières demandes et réévaluations transférées

Historiquement, l'AEC a toujours traité davantage de premières demandes que de réévaluations. Pourtant, 2021 a été l'année du basculement dans le sens où, pour la première fois, l'AEC a traité plus de réévaluations (54%) que de premières demandes (46%).



Graphique 18 : Proportion premières demandes et réévaluations transférées par l'AEC (2021-2023)

Cette évolution a continué en 2022 avec la part des premières demandes parmi le total des évaluations s'élevant à 59%. En 2023, l'AEC a de nouveau traité plus de premières demandes (51%) que de réévaluations (49%).

2.2 Évolution de l'ancienneté des synthèses de prise en charge

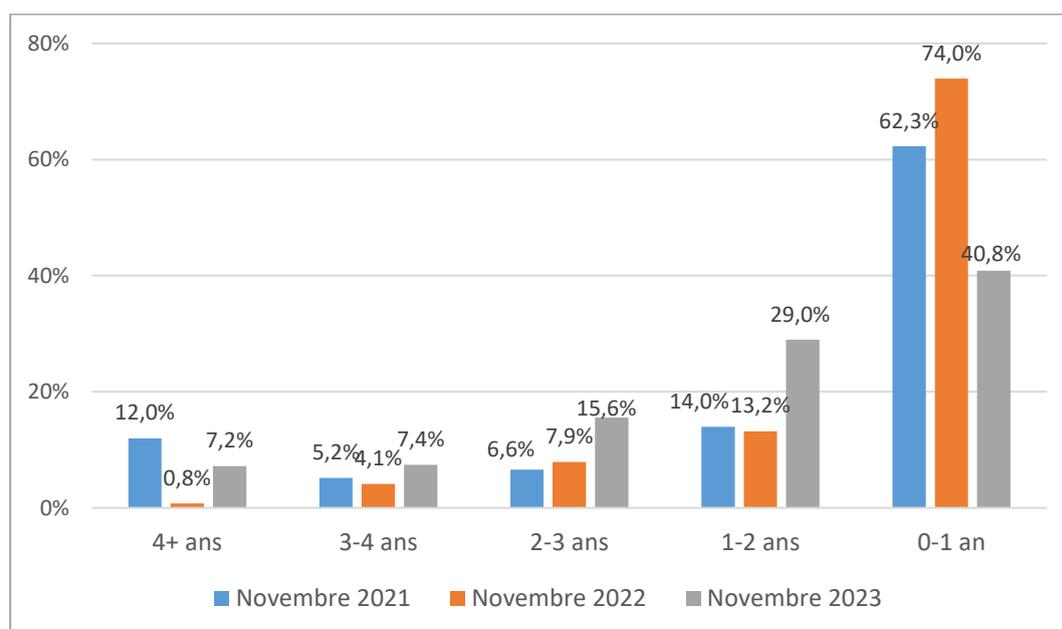
Réévaluer périodiquement les besoins des bénéficiaires permet un ajustement des prestations attribuées et vise à augmenter la qualité du suivi et des connaissances des bénéficiaires de prestations. De plus, avec l'identification de l'aidant, renforcée par cette réforme, il est essentiel de suivre plus scrupuleusement non seulement l'évolution des besoins du bénéficiaire, mais aussi de son environnement.

Afin de voir cependant l'évolution de l'ancienneté des plans et synthèses de prise en charge, une distinction sera faite entre les synthèses des personnes dépendantes prises en charge à domicile et celles prises en charge en établissement.

L'objectif de l'AEC est de se rapprocher le plus possible des délais concernant les fréquences telles que précisées dans l'article 366 du CSS.

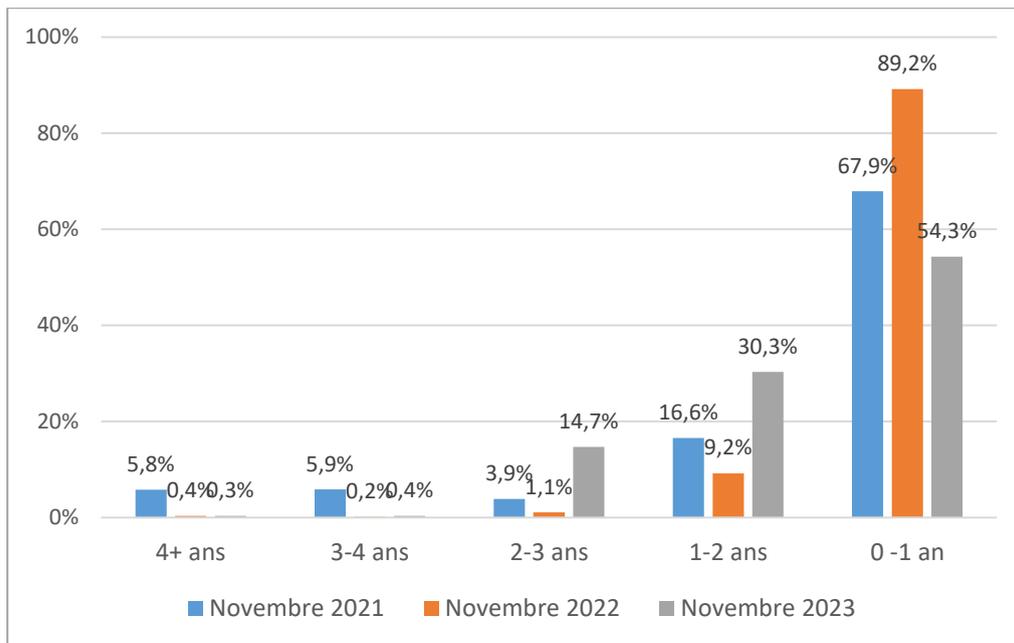
À domicile, la présence d'un aidant nécessite des réévaluations plus régulières et la priorité est d'évaluer les bénéficiaires qui n'ont pas de réseau d'aides et de soins et/ou d'aidant.

Les données présentées dans les deux graphiques suivants renseignent une ancienneté par année. L'année 0 correspond aux synthèses transférées en 2023, +1 correspondant à une synthèse transférée en 2022, etc...



Graphique 19 : Ancienneté des plans à domicile (Novembre 2021, 2022 et 2023)

À domicile, fin 2021, 76,3% des synthèses ont été assez récentes (ancienneté jusqu'à 2 ans). Ce taux a augmenté en 2022 et s'élevait à 87,2%. Or, en 2023, ce taux est passé à 69,8%. Les plans très anciens, c'est-à-dire avec une ancienneté de plus de 4 ans, ont fortement diminué en 2022 par rapport à 2021, mais ont de nouveau augmenté en 2023, s'élevant à 7,2%.



Graphique 20 : Ancienneté des plans en établissement MDS et CIPA (Novembre 2021, 2022 et 2023)

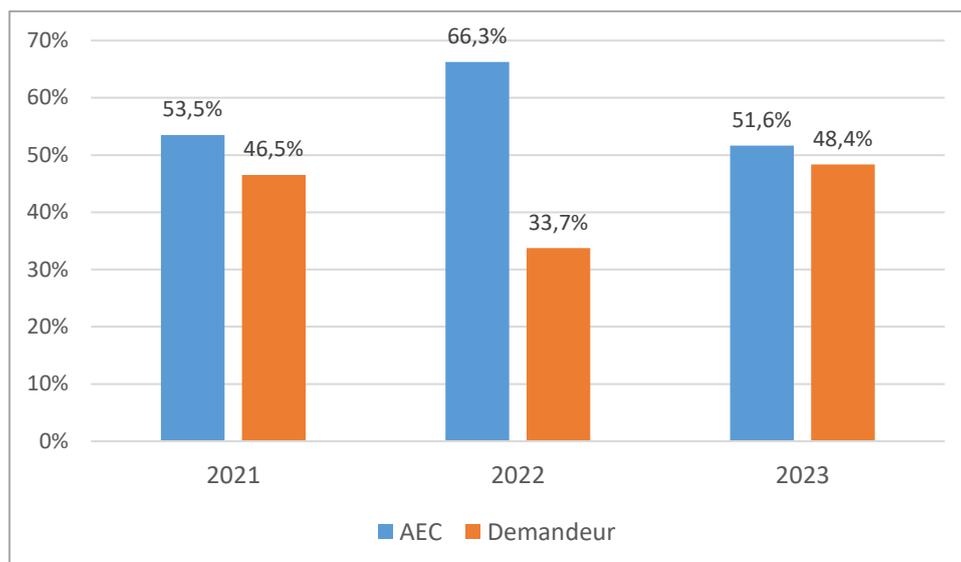
En établissement, fin 2021, 84,5% des synthèses sont assez récentes (ancienneté jusqu'à 2 ans). Les plans très anciens, c'est-à-dire avec une ancienneté de plus de 4 ans, ont diminué progressivement depuis 2021. De plus, chaque personne admise en établissement est réévaluée dans les 6 mois de son admission, assurant une mise à jour de sa synthèse. L'AEC est attentive à l'ancienneté de ces plans des « anciens résidents », mais il ne faut pas oublier que le prestataire peut demander une réévaluation à tout moment, cela relevant même de ses attributions/missions de coordination administrative selon l'article 12 de la Convention-cadre, s'il estime que le niveau de dépendance a évolué de telle manière que la synthèse de prise en charge doit être mise à jour.

2.3 Type de réévaluations ouvertes

Afin d'affiner le suivi, mais aussi de voir dans quelle mesure la politique de réévaluation porte ses fruits, il était important de savoir quel est l'auteur des demandes de réévaluations. En effet, les réévaluations demandées par les bénéficiaires sont à considérer comme les réévaluations « normales ».

Les réévaluations ouvertes par l'AEC sont davantage liées à la volonté de mettre à jour les synthèses et de s'approcher des fréquences à minima fixées dans l'article 366 du CSS. Elles sont donc le résultat direct de la politique de réévaluation appliquée au sein de l'AEC.

2.3.1 Provenance de la demande de réévaluation



Graphique 21 : Provenance des réévaluations traitées par l'AEC (2021-2023)

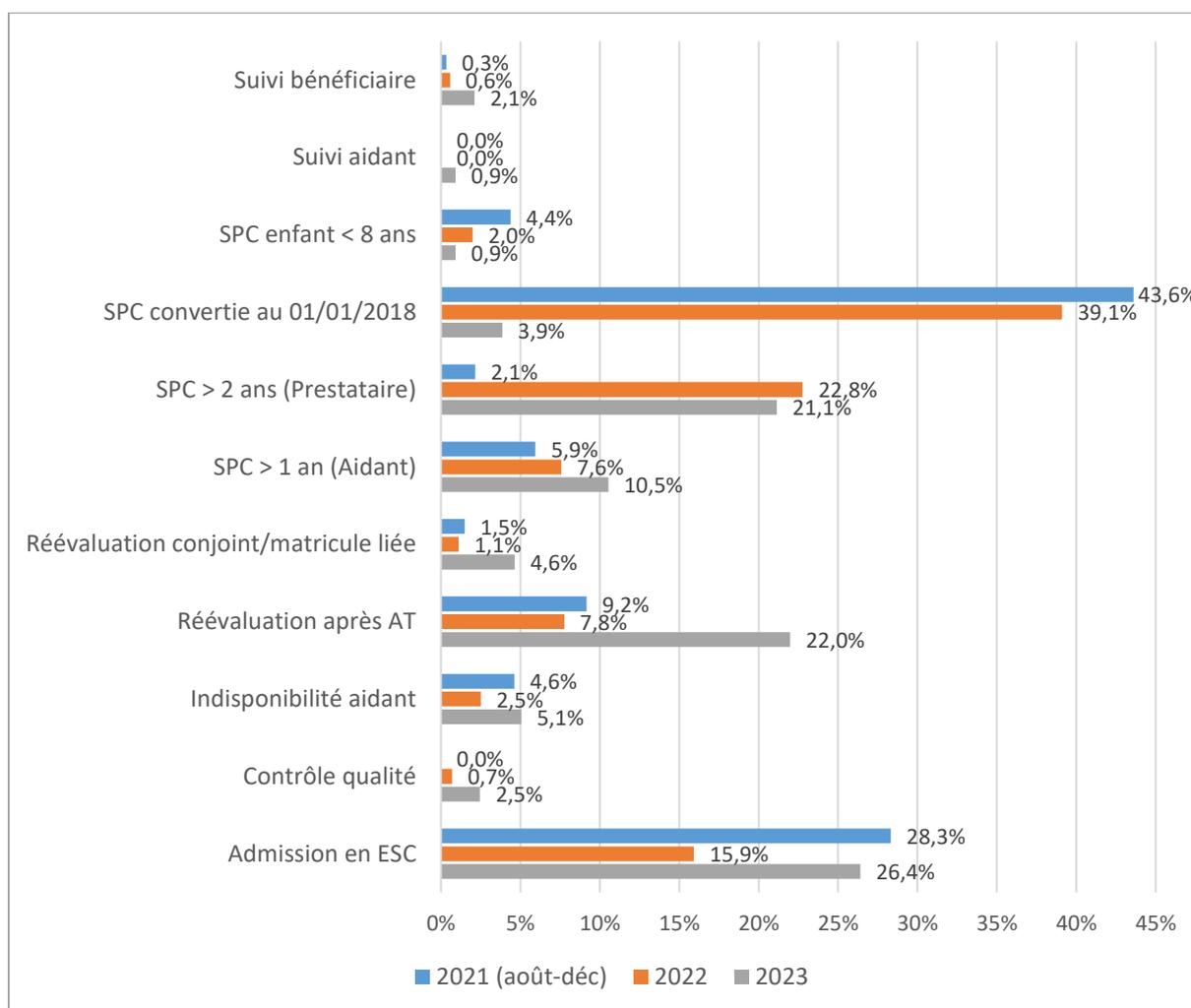
Ce graphique montre l'évolution de la part des réévaluations ouvertes suite à la demande du bénéficiaire par rapport aux réévaluations ouvertes sur initiative de l'AEC.

La proportion des réévaluations demandées par l'AEC a connu une forte augmentation en 2022 en passant de 53,5% en 2021 à 66,3% en 2022. Pour rappel, l'année 2021 était la première année où on a pu observer davantage de réévaluations générées par l'AEC elle-même que de réévaluations demandées par le bénéficiaire. Cependant, ce taux a de nouveau baissé en 2023, représentant une situation très similaire à 2022, avec 51,6% des réévaluations provenant de l'AEC et 48,4% provenant de l'externe.

2.3.2 Type de réévaluations ouvertes par l'AEC

L'AEC a mis en place, depuis le mois d'août 2021, un système qui enregistre directement la typologie des réévaluations qu'elle demande.

Les données du graphique suivant montrent la priorisation de l'AEC depuis août 2021 dans l'ouverture des réévaluations, avec une volonté particulière de traiter les plans de prise en charge les plus anciens, mais aussi la collaboration avec les ESC dans la mise à jour des synthèses de prises en charge après une admission. Ces dossiers sont particulièrement éligibles à un traitement via l'outil mySecu.



Graphique 22 : Type de réévaluations ouvertes par l'AEC (août 2021 - décembre 2023)

En 2021 et 2022, le type de réévaluation ouverte par l'AEC le plus représenté était la réévaluation des plans qui avaient été convertis de façon automatique au 01.01.2018, avec 43,6% en 2021 et 39,1% en 2022. Ce taux a fortement baissé en 2023, étant donné la diminution progressive du nombre de plans encore non réévalués depuis la réforme.

Au premier trimestre 2024, il ne reste plus aucun plan converti qui n'ait pas été réévalué.

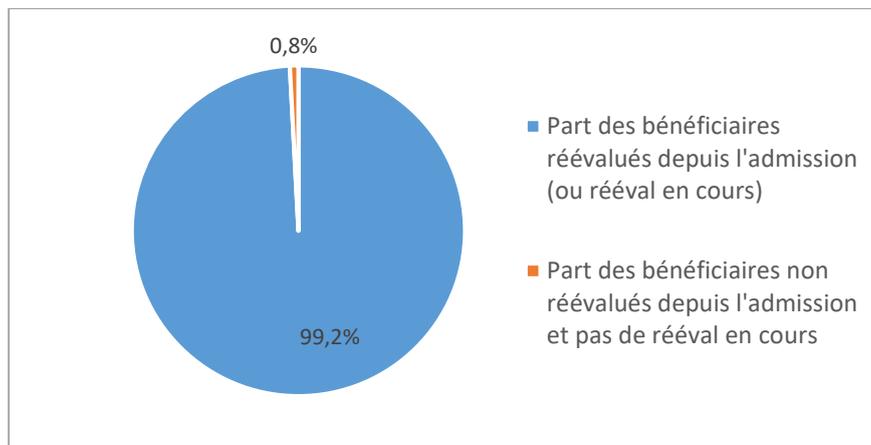
2.3.3 Particularité des réévaluations après une admission en établissement d'aides et de soins

L'AEC demande aux prestataires des MDS et CIPA d'effectuer une réévaluation par le biais de l'outil Mysecu après l'admission de la personne dépendante (dans les 6 mois après son admission). Cela laisse le temps à la personne dépendante de prendre ses marques, de s'adapter à son nouvel environnement et encadrement. Pour le prestataire, il s'agit de s'assurer de la cohérence de ce qui a été déterminé comme besoins à domicile et de mettre à jour la synthèse de prise en charge.

Un niveau de dépendance peut ne pas avoir évolué, mais c'est peut-être la nature de l'aide qui aura changé : certaines prestations peuvent ne plus être nécessaires ou d'autres s'ajouter.

Les réévaluations consécutives à une admission en établissement représentent une part importante des réévaluations demandées par l'AEC, contribuant à diminuer l'ancienneté globale des synthèses de prise en charge en ESC.

Si cette réévaluation après admission permet non seulement une mise à jour de la synthèse, elle constitue aussi le moment idéal pour faire le point sur l'organisation et la planification des aides et soins et adapter ceux-ci, le cas échéant, maintenant que la personne dépendante a pris ses marques dans son nouveau lieu de vie.



Graphique 23 : Proportion des bénéficiaires admis en ESC depuis plus de 6 mois et réévalués depuis leur admission (à la date du 08.02.2024)

À la date du 08.02.2024, presque tous (99,2%) les bénéficiaires admis en ESC depuis plus de 6 mois ont été réévalués depuis leur admission. Seulement une part très minime (0,8%) n'a pas encore été réévaluée.

2.3.4 Particularités des réévaluations chez les enfants

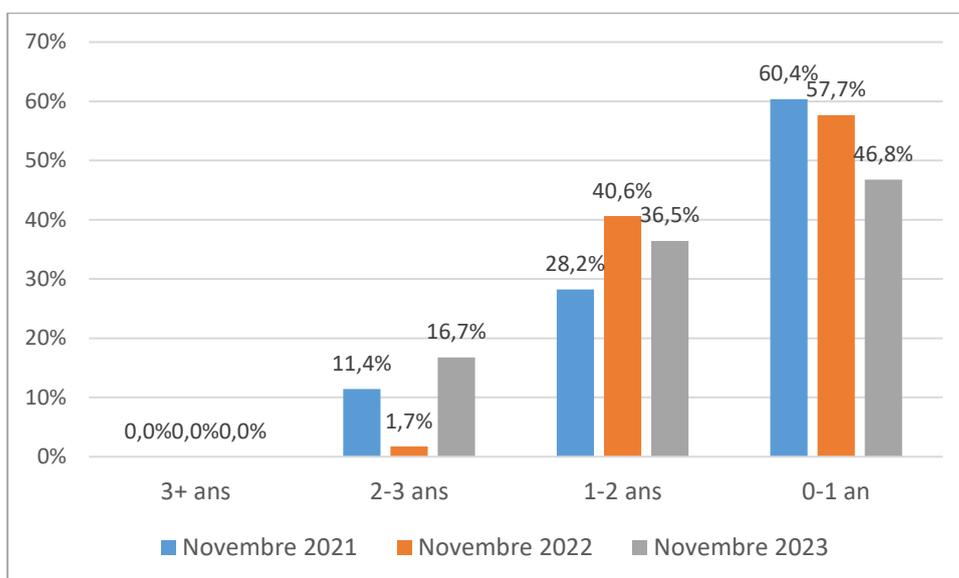
Lorsque la dépendance est évoquée, on pense davantage à la situation des gens âgés ou à des adultes ; cependant, le législateur couvre le risque de dépendance à tout âge.

La définition de la dépendance, ainsi que les conditions pour bénéficier des prestations prévues dans le cadre de l'AD sont les mêmes, indépendamment de l'âge. Par contre, comme chaque enfant dépend de son entourage pour les activités journalières et que le degré de dépendance varie en fonction de son développement et de son âge, la loi stipule ce qui suit: « Pour les enfants, jusqu'à l'âge de huit ans accomplis, la détermination de l'état de dépendance se fait en fonction du besoin supplémentaire d'assistance d'une tierce personne par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. » (art. 350 point 2 CSS).

La situation devient dès lors plus complexe pour l'évaluation des enfants en bas âge: l'enfant est dépendant de son entourage et acquiert progressivement les compétences lui permettant de vivre de manière indépendante. Il est considéré qu'à partir de 8 ans, l'enfant aura acquis les compétences nécessaires pour accomplir les actes essentiels de la vie et la norme de comparaison reste fixe.

La capacité de l'enfant à réaliser les actes essentiels de la vie est alors évaluée par le questionnaire habituel qui est complété par une échelle de développement spécifique aux enfants. L'intensité de l'aide est ainsi adaptée selon une grille développementale spécifique en fonction du besoin supplémentaire d'assistance d'une tierce personne que l'enfant requiert dans les AEV, en comparaison à un enfant du même âge, sain de corps et d'esprit. Les temps relatifs aux degrés de dépendance sont alors pondérés, déterminant l'atteinte du seuil et le niveau de dépendance.

Des réévaluations régulières sont nécessaires, étant donné que l'enfant est en développement constant. De plus, ces réévaluations sont aussi motivées par la présence d'un aidant (le plus souvent le parent). Les synthèses de prise en charge de ces enfants font donc partie des synthèses qui sont le plus fréquemment mises à jour.



Graphique 24 : Ancienneté des plans des enfants (Novembre 2021, 2022 et 2023)

Ce graphique montre la volonté de procéder à une mise à jour de ces synthèses grâce aux réévaluations, avec aucun plan plus ancien que 3 ans depuis novembre 2021 et la grande majorité des plans d'enfants n'est pas plus ancienne qu'un an, avec 60,4% fin 2021, 57,7% fin 2022 et 46,8% fin 2023.

3. Réévaluer en collaboration avec les prestataires via l'outil mySecu®

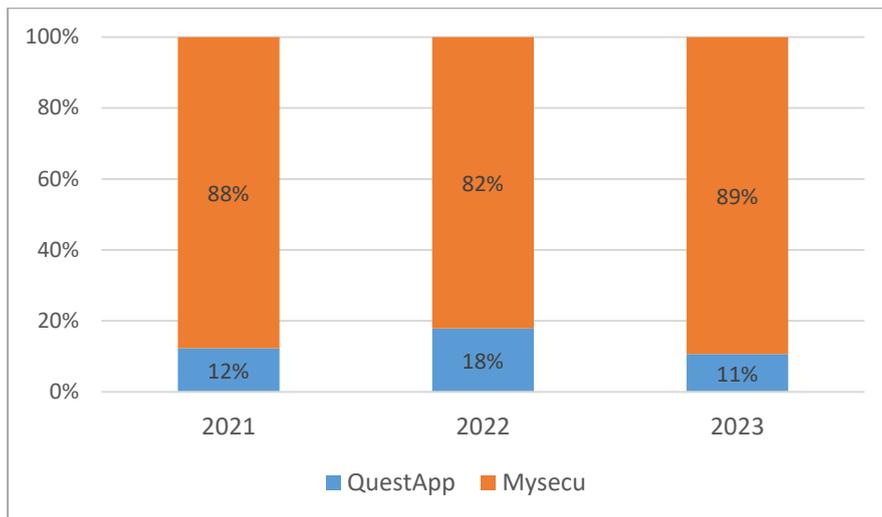
Pour garantir la mise à jour régulière des synthèses de prise en charge, un projet novateur dans le cadre de la dématérialisation du flux des données (cf. plateforme mySecu®), en collaboration avec les prestataires et le Centre informatique de la sécurité sociale, permet aujourd'hui à l'AEC de traiter des données actualisées par le prestataire sur l'état de dépendance de l'assuré.

Basée sur la confiance et le professionnalisme des professionnels des prestataires, cette manière de fournir des informations actualisées sur les besoins en aides et soins de la personne dépendante a permis le traitement de nombreux dossiers de réévaluation.

Mis en place en juillet 2019 et déployé tout d'abord auprès des prestataires du secteur stationnaire (MDS et CIPA) pendant le deuxième semestre 2019, l'outil de réévaluation via la plateforme mySecu® a été ensuite déployé auprès des réseaux d'aides et de soins pendant le deuxième trimestre 2020.

Si, au moment du déploiement, une équipe réduite de référents de l'Unité qualité et contrôle était chargée de réceptionner et d'analyser les démarches envoyées par les prestataires afin de les soutenir et s'assurer de la qualité des informations transmises, à ce jour, tous les référents de l'AEC sont en mesure de déterminer les synthèses de prise en charge sur base des informations transmises. La participation de l'ensemble des référents a, à ce titre, permis une montée en puissance de l'utilisation de cet outil spécifique de réévaluation.

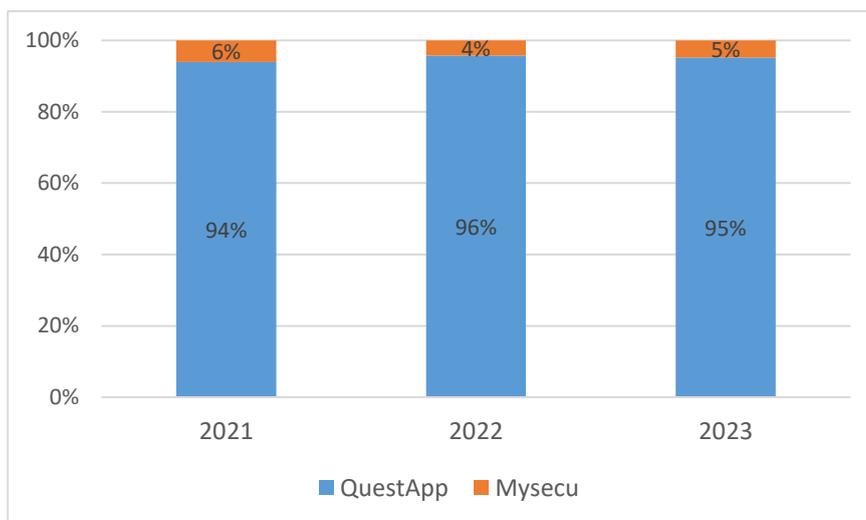
Étant donné que l'ensemble des référents de l'AEC déterminent les prestations requises pour le bénéficiaire d'aides et de soins, les référents de l'Unité qualité et contrôle continuent à s'assurer que les informations renseignées correspondent aux standards attendus par l'AEC.



Graphique 25 : Type de traitement des réévaluations dans les ESC (2021-2023)

Dans les ESC, la grande majorité des réévaluations a été traitée via l’outil mySecu pendant les années 2021-2023, avec en moyenne 86%.

Dans le précédent rapport biennal, la proportion des réévaluations mySecu, notamment en 2020, étaient plus importantes. Il convient en effet de se rappeler que, pour éviter une cassure ou des retards dans les ouvertures de droits des personnes dépendantes, un certain nombre de premières demandes avaient été exceptionnellement traitées via l’outil mySecu pendant le début de la crise sanitaire.



Graphique 26 : Type de traitement des réévaluations à domicile (2021-2023)

L’outil mySecu n’est pas un outil très adapté pour le suivi et la réalisation à domicile, dans le sens où l’AEC ne peut confier au prestataire la réévaluation de la personne dépendante si une personne de son entourage intervient dans les aides et soins. En effet, le référent de l’AEC doit, lors de cette réévaluation, aussi évaluer les capacités et disponibilités de la personne aidante (cf. art 350 du CSS).

De plus, l’outil n’est utilisable que si un prestataire intervient dans les aides et soins de la personne dépendante, excluant déjà de facto ce mode de réévaluation chez les personnes prises en charge exclusivement par leur aidant.

Le pool de personnes éligibles pour être réévaluées à domicile, à l’aide de l’outil mySecu, se trouve alors particulièrement restreint.

4. Conclusion « Politique de réévaluation »

Le législateur a décidé d'une ambitieuse politique de réévaluation que l'AEC met en œuvre depuis la réforme de 2018.

En générant elle-même de nombreuses réévaluations (la moitié des réévaluations traitées sont des réévaluations ouvertes par l'AEC), l'AEC participe à diminuer l'ancienneté des synthèses existantes, permettant, à ce jour, d'avoir près de 85% des synthèses de personnes prises en charge à domicile ne présentant pas une ancienneté de plus de 3 ans, et 99% des systèmes de personnes prises en charge en ESC ne présentant pas une ancienneté de plus de 3 ans, grâce aux réévaluations systématiques des personnes nouvellement admises.

Chez les enfants, les fréquences montrent une réévaluation très régulière de leurs besoins suivant leur évolution, certes, mais permettant aussi un suivi de leurs aidants en adaptant, le cas échéant, les mesures de répit, complétant, lorsque c'est possible, les autres mesures en place (école, maison relais, prise en charge spécifique).

Le traitement des dossiers en fonction de leur spécificité montre que les priorités que s'est fixées l'AEC ont une influence sur l'ancienneté des synthèses de prise en charge. Les réévaluations des synthèses les plus anciennes contribuent à l'actualisation et l'adéquation des moyens. Les réévaluations systématiques après une admission en établissement, quant à elles, avec une atteinte de l'objectif fixé par l'article 366 du CSS dans le cadre des admissions, participent au même résultat et contribuent également à la qualité générale de la documentation et du suivi de la prise en charge, avec une anamnèse d'entrée et une documentation plus fournie des nouveaux résidents, remarquées lors des contrôles de documentation.

Cette volonté de réévaluer et de s'approcher au mieux des fréquences de réévaluation telles que définies par l'article 366 ne peut s'exprimer pleinement sans un investissement important des référents de l'AEC, mais aussi des prestataires qui utilisent l'outil mySecu pour fournir des données à l'AEC, participant à cette mise à jour des synthèses.

L'AEC continue également de se doter d'outils pour être en mesure d'affiner ses suivis et ses constats, en allouant des ressources à l'analyse des types de dossiers, leur ancienneté et évolution dans le temps.

Le cercle vertueux lié à la politique de réévaluation amène finalement à offrir aux personnes dépendantes un suivi plus soutenu de leur dossier.

IV. LE SUIVI ET LA CONNAISSANCE DE L'AIDANT

1. Introduction partie « Aidant »

L'aidant est une personne qui participe aux aides et soins de manière régulière, au moins une fois par semaine. Cette personne peut être retenue, sous certaines conditions, comme aidant. L'aidant peut être un membre de la famille, de l'entourage proche, ou un professionnel engagé par la personne dépendante en dehors d'un réseau d'aides et de soins (cf. article 350 du CSS).

La présence de l'aidant est obligatoire lors de l'évaluation des besoins de la personne dépendante par le référent de l'AEC. Les capacités et disponibilités de l'aidant à assumer tout ou partie des aides et soins sont également évaluées et l'aidant retenu s'engage à assurer les aides et soins prévus dans la synthèse de prise en charge et se voit proposer des mesures de répit et de soutien.

Si cette personne est retenue comme aidant, elle assure les aides et soins seule ou en collaboration avec un réseau d'aides et de soins, et un forfait de prise en charge (prestations en espèces) est payé à la personne dépendante pour la réalisation des actes essentiels de la vie et/ou des activités d'assistance à l'entretien du ménage. Le forfait alloué est exprimé en euros par semaine (prestations en espèces) et est payé à la personne dépendante afin de reconnaître l'aide fournie par l'aidant (cf. article 354 du CSS).

Enfin, lors de chaque réévaluation, l'AEC réévalue la totalité de la synthèse de l'assuré: l'ensemble des aides et soins dans les actes essentiels de la vie, les activités, la répartition de l'exécution des prestations entre l'aidant et le prestataire mais également les capacités et disponibilités de l'aidant.

Cette partie a pour but de décrire le profil des personnes qui ont été retenues comme aidant. Une évolution sur les 3 dernières années disponibles enrichit ce suivi. De plus, elle vise à décrire l'évolution des aidants constatée lors des réévaluations.

Les données présentées sont issues des informations collectées par les référents lors de leurs évaluations et sont enrichies à différents endroits, lorsque cela est pertinent, de croisements de données issues des synthèses de prise en charge ou de données d'études réalisées à l'étranger.

Un paragraphe est également consacré à la procédure de suivi des indisponibilités des aidants.

Enfin, un dernier chapitre aborde, sans entrer dans le détail, des résultats de la grande enquête à domicile qui a été conduite par TNS ILRES, en 2021, sous mandat de l'AEC, auprès de 295 bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance résidant à domicile mais aussi de 194 aidants.

L'ensemble des résultats a été présenté par Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale en mai 2022. Toutes les informations relatives à l'étude sont à disposition sur le site de l'AEC www.assurance-dependance.lu

2. Typologie des aidants

2.1 Nombre d'aidants identifiés

À la date du 31.12.2023, 15.570 personnes résidentes affiliées bénéficient d'une prise en charge des aides et soins par l'assurance dépendance. Parmi ces bénéficiaires, 14.955 présentent une synthèse non-forfaitaire (c.-à-d. sans les « dispositions particulières » et sans les soins palliatifs), dont 9.567 dans le cadre d'une prise en charge à domicile, soit 61% de l'ensemble des bénéficiaires.

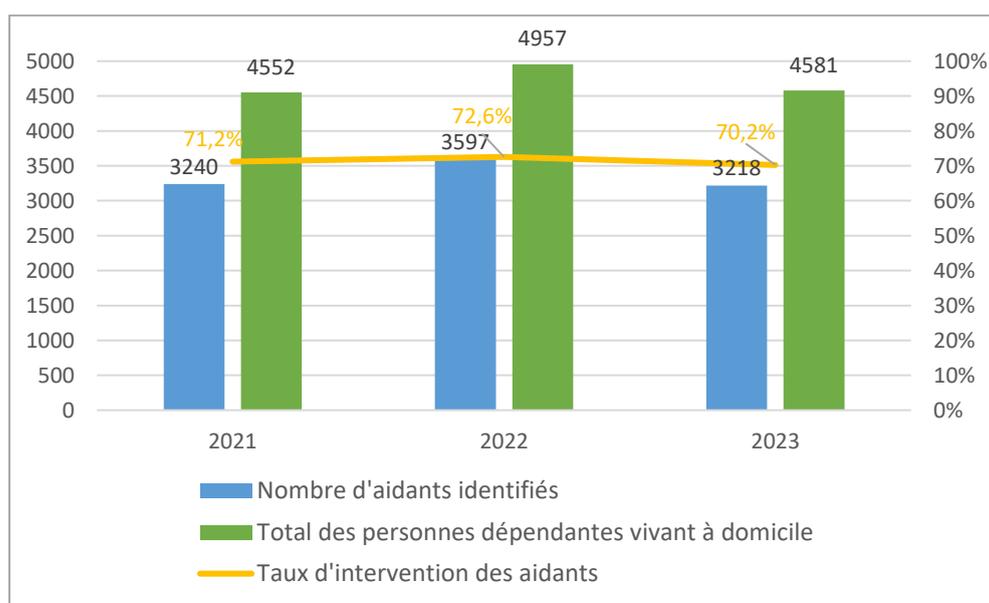
Les chiffres qui suivent ne reflètent pas une situation instantanée, mais rendent compte d'une situation dynamique. C'est l'évolution dans le temps des données disponibles qui est analysée par la suite. C'est-à-dire que ces chiffres ne représentent pas le nombre d'aidants à une date précise, mais le nombre de synthèses de prise en charge transférées par l'AEC à la CNS avec identification d'un aidant pour une période précise, notamment les années 2021-2023.

Ce nombre n'est donc pas égal au nombre réel qui était d'actualité l'année en question, puisque les

aidants identifiés une fois, peuvent être identifiés une deuxième fois lors de la réévaluation de la personne dépendante, à condition que l'aidant n'ait pas changé depuis la demande précédente.

Ainsi, il se peut que des aidants identifiés en 2021 pour la première fois lors d'une évaluation suite à une première demande soient identifiés une deuxième fois en 2022 lors d'une réévaluation de la personne dépendante, voire même une troisième fois en 2023 et sont ainsi « comptés » plusieurs fois, même s'il s'agit de la même personne.

Néanmoins, les données analysées reflètent le nombre, la typologie, l'intervention, voire la situation globale des aidants pour la période donnée et leur évolution dans le temps.

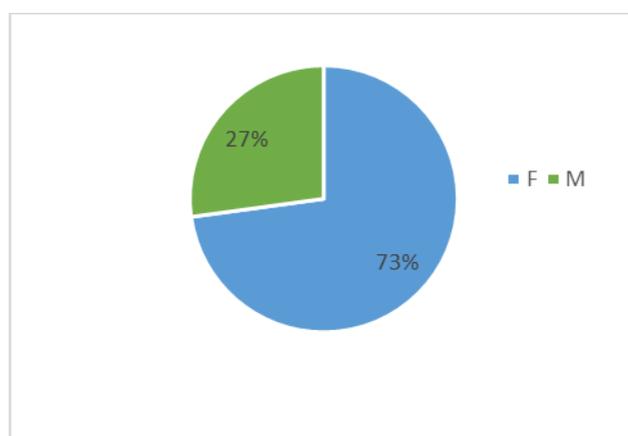


Graphique 27 : Evolution du nombre d'aidants en % des personnes dépendantes vivant à domicile (2021-2023)

2023 voit une légère diminution par rapport à 2022 du nombre de synthèses avec détermination d'un aidant en tant que tel par l'AEC. Cependant, le pourcentage des aidants parmi tous les bénéficiaires vivant à domicile est resté quasiment stable pour la période de 2021 à 2023 avec en moyenne 71,3% des personnes dépendantes vivant à domicile qui ont un aidant intervenant dans les aides et soins.

L'ordre de grandeur reste donc autour de 70% ; pourcentage que le lecteur avisé pourra garder en mémoire comme chiffre clé afin de quantifier l'intervention des aidants.

2.2 Sexe des aidants



Graphique 28 : Répartition moyenne des aidants identifiés par sexe (2021-2023)

Comme en 2019 et 2020, les deux dernières années ont été marquées par une surreprésentation des femmes dans la population des aidants avec une répartition restée quasiment stable de 73% de femmes et 27% d'hommes en moyenne pendant la période de 2021-2023.

Cette surreprésentation féminine dans la population des aidants se retrouve également dans d'autres pays voisins. En Allemagne, selon un avis de l'organisme social « Sozialverband Deutschland e.V. » le nombre d'aidants est estimé entre 3 et 5 millions de personnes, les femmes représentant 70% d'entre eux¹⁵.

Une étude de Nagel-Cupal et al. en 2018 mentionne qu'en Autriche, 73% des 950.000 aidants sont des femmes¹⁶.

Avec 78,5% de femmes parmi 800.000 aidants, la Belgique montre un nombre encore plus élevé selon une enquête de Lambotte et al. de 2021¹⁷, tandis qu'une enquête de Ipsos-Macif visant à recenser la situation globale des aidants en 2020 a montré qu'en France, la répartition des aidants par sexe est plutôt équilibrée avec 49% de femmes parmi 11 millions d'aidants¹⁸.

Un mandat de recherche de l'office fédéral de la santé publique Suisse publié en 2019 a montré une situation similaire pour la Suisse avec 54% de femmes parmi 592.000 aidants¹⁹.

¹⁵ Sozialverband Deutschland e.V. (2019): Altersarmut von Frauen durch häusliche Pflege. Gutachten im Auftrag des Sozialverband Deutschland e.V., S. 40

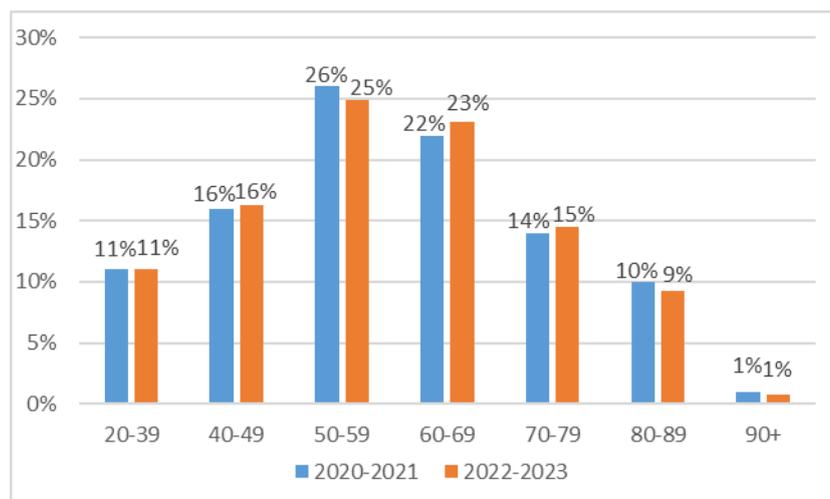
¹⁶ Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M., Koller, M., Parisot, V., Stöhr, D., Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Universität Wien, S. 44-47

¹⁷ Lambotte, D., De Koker, B., Brisack, S., De Witte, N. (2021) : Analyse statistique de l'enquête sur le vécu des aidants proches pendant le confinement lié à la COVID-19, pp. 1-4

¹⁸ <https://www.ipsos.com/fr-fr/la-situation-des-aidants-en-2020-enquete-nationale-ipsos-macif>

¹⁹ Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C., Golder, L. (2019): Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung. Schlussbericht des Forschungsmandats G01a des Förderprogramms „Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020“. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Bern, S. 18-21, 31.

2.3 Âge des aidants



Graphique 29 : Répartition des aidants identifiés par classe d'âge (2018-2019 et 2020-2021)

La répartition des aidants par classe d'âge a connu une certaine stabilité au cours des 3 dernières années.

En 2020 et 2021, la classe d'âge majoritairement représentée était celle des aidants âgés entre 50 et 59 ans avec 26%, ainsi que pour les années 2022 et 2023 avec 25%. La part des jeunes aidants âgés entre 20 et 49 est restée identique pour les années 2020 et 2021 et pour les années 2022 et 2023. La part des aidants âgés de plus de 80 ans reste assez stable (10% en 2020 et 2021 à 9% en 2022 et 2023). La part des aidants âgés entre 70 et 79 ans n'a pas connu de changements significatifs, étant de 14% pendant les années 2020 et 2011 et de 15% pendant les années 2022 et 2023.

Même si non représenté le graphique pour des raisons de présentation/esthétique, il faut cependant noter que 0,2% d'aidants en 2023 ont moins de 20 ans (il s'agit de 6 personnes de sexe féminin).

Une répartition similaire des aidants par âge se retrouve également dans d'autres pays, pourtant une comparaison directe peut s'avérer difficile, puisque les classifications d'âge utilisées dans les études et enquêtes menés dans les autres pays sont différentes.

Néanmoins, il ressort que la majorité des aidants en Allemagne²⁰, Autriche²¹, Suisse²² et en France²³ a plus de 50 ans. La classe d'âge majoritairement représentée varie de 40-55 ans en Belgique²⁴, 51-60 ans en Autriche et en Suisse, 54-59 ans en France à 55-64 ans en Allemagne, avec environ 31% en moyenne pour chaque pays.

²⁰ TNS Infratest Sozialforschung (2017): Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I), München, S. 56-57

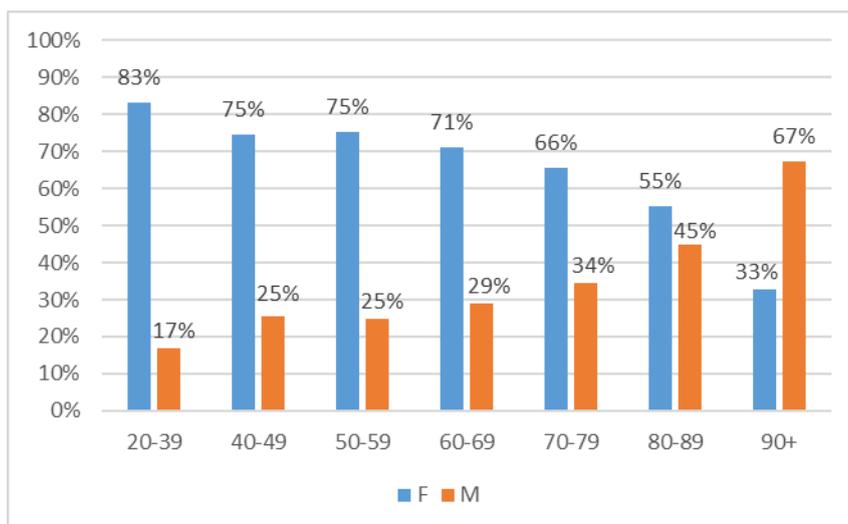
²¹ Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M., Koller, M., Parisot, V., Stöhr, D., Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Universität Wien, S. 44-47

²² Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C., Golder, L. (2019): Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung. Schlussbericht des Forschungsmandats G01a des Förderprogramms „Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020“. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Bern, S. 18-21, 31.

²³ <https://www.ipsos.com/fr-fr/la-situation-des-aidants-en-2020-enquete-nationale-ipsos-macif>

²⁴ Lambotte, D., De Koker, B., Brisack, S., De Witte, N. (2021) : Analyse statistique de l'enquête sur le vécu des aidants proches pendant le confinement lié à la COVID-19, pp. 1-4

2.4 Corrélation entre le sexe des aidants et la classe d'âge



Graphique 30 : Répartition des aidants identifiés par classe d'âge et par sexe (2021-2023)

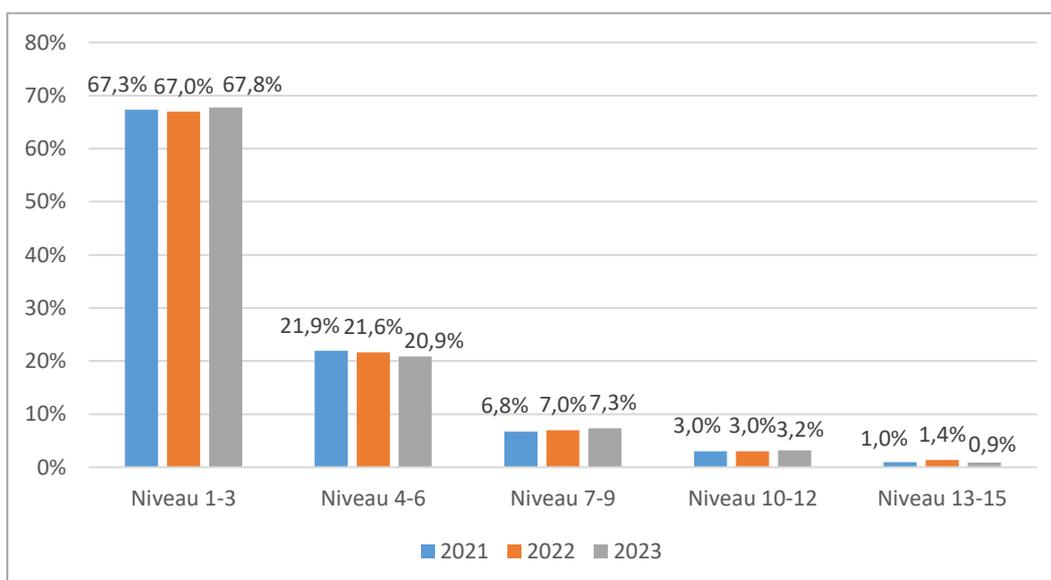
Les résultats montrent que la plupart des aidants de sexe féminin sont plus jeunes que les aidants de sexe masculin.

La part des femmes considérées comme aidants diminue avec l'âge.

Ainsi, la classe d'âge de 20-39 ans représente 83% des femmes et 17% d'hommes.

En revanche, 67% des aidants de plus de 90 ans sont des hommes et uniquement 33% sont des femmes.

2.5 Niveau de dépendance de la personne dont s'occupe l'aidant



Graphique 31 : Répartition des aidants par niveau de dépendance - niveaux regroupés (2021-2023)

Tous les niveaux de dépendance sont représentés parmi les personnes dépendantes prises en charge par les aidants.

La répartition est restée relativement stable au cours de 3 dernières années avec en moyenne un peu plus des deux tiers des aidants (67,4%) intervenant auprès des personnes présentant un niveau de dépendance entre 1 et 3. Seul 3,1% des aidants s'occupe d'une personne avec un niveau de

dépendance entre 10 et 12 et uniquement 1,1% d'une personne présentant un niveau de dépendance supérieur à 13.

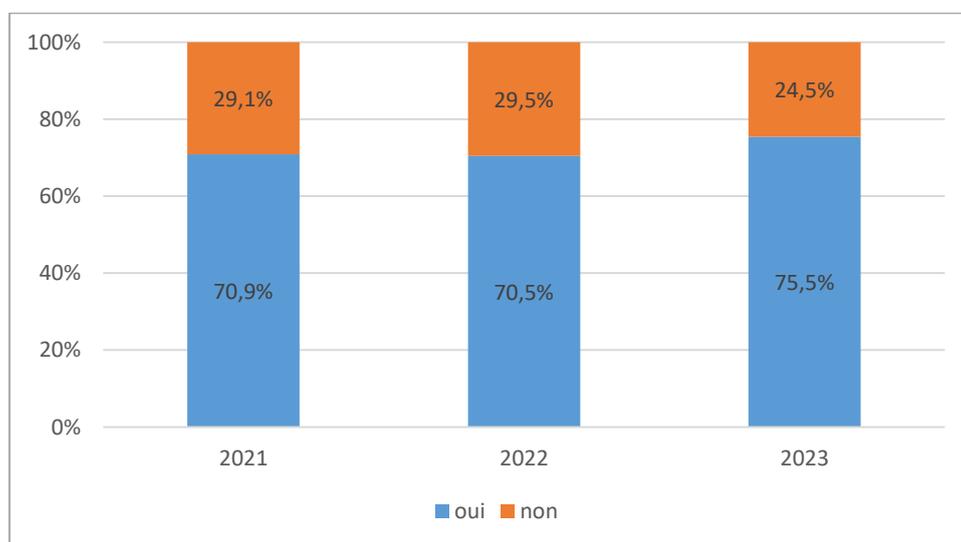
Il est à noter que cette analyse prend en compte tant les aidants qui interviennent tout seuls auprès des personnes dépendantes que ceux qui sont soutenus par un réseau d'aides et de soins.

2.6 Répartition entre aidant et réseau d'aides et de soins

Outre le niveau de dépendance déterminé lors des évaluations par les référents et retenu dans la synthèse de prise en charge, le référent détermine si une répartition entre l'aidant et un réseau d'aides et de soins est nécessaire pour garantir la prise en charge de la personne dépendante et si oui, comment se répartira la prise en charge entre l'aidant et le réseau d'aides et de soins.

L'intervention par un réseau d'aides et de soins, correspondant aux prestations en nature (PN), est caractérisée par les – forfaits compris entre 0 et 15. Chaque forfait correspond à une durée hebdomadaire d'aides et de soins, exprimée en minutes, à prester par le réseau d'aides et de soins.

Il est à noter que plus le forfait PN est élevé, plus le réseau d'aides et de soins intervient. Ce constat confirme la réalité des prises en charge. En effet, plus la charge en soins est élevée, plus les interventions peuvent devenir difficiles, nécessitant souvent davantage de compétences, d'où une intervention plus importante des professionnels de santé, tendant vers une quasi exclusivité.



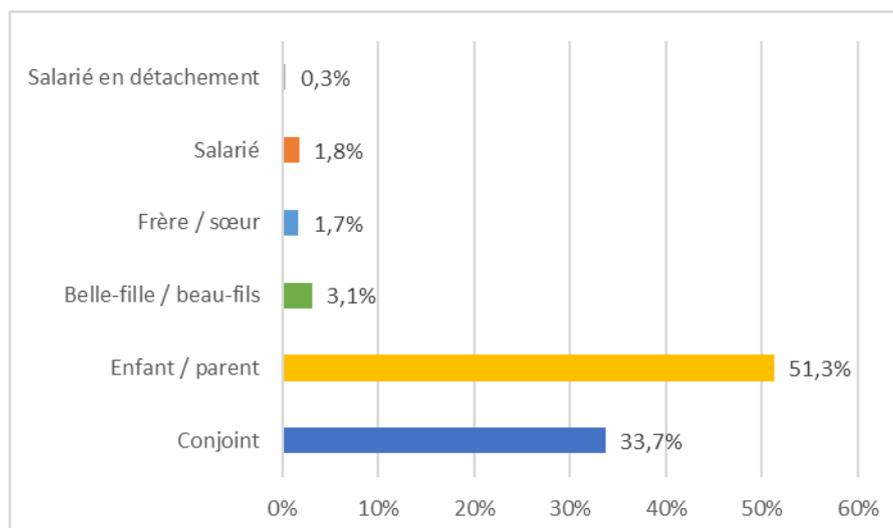
Graphique 32 : Part des aidants qui sont soutenus par un réseau d'aides et de soins (2021-2023)

Si l'aidant est capable et disponible, il n'en reste pas moins que les référents de l'AEC valoriseront l'importance d'une présence professionnelle dans le cadre de la prise en charge à domicile, pour les aides et soins à la personne dépendante, mais aussi pour soutenir l'aidant dans ses interventions.

La part des aidants identifiés, soutenus par un réseau d'aides et de soins s'élevait à 70,9% en 2021 et est resté quasiment stable en 2022 avec 70,5%.

En 2023, cette part a légèrement augmenté et est passée à 75,5%.

2.7 Le lien entre l'aidant et la personne dépendante



Graphique 33 : Répartition des aidants selon le lien entre l'aidant et la personne dépendante (2021-2023)

Un peu plus de la moitié des aidants (51,3%) est soit l'enfant, soit le parent de la personne dépendante. Les conjoints représentent 33,7% des aidants retenus.

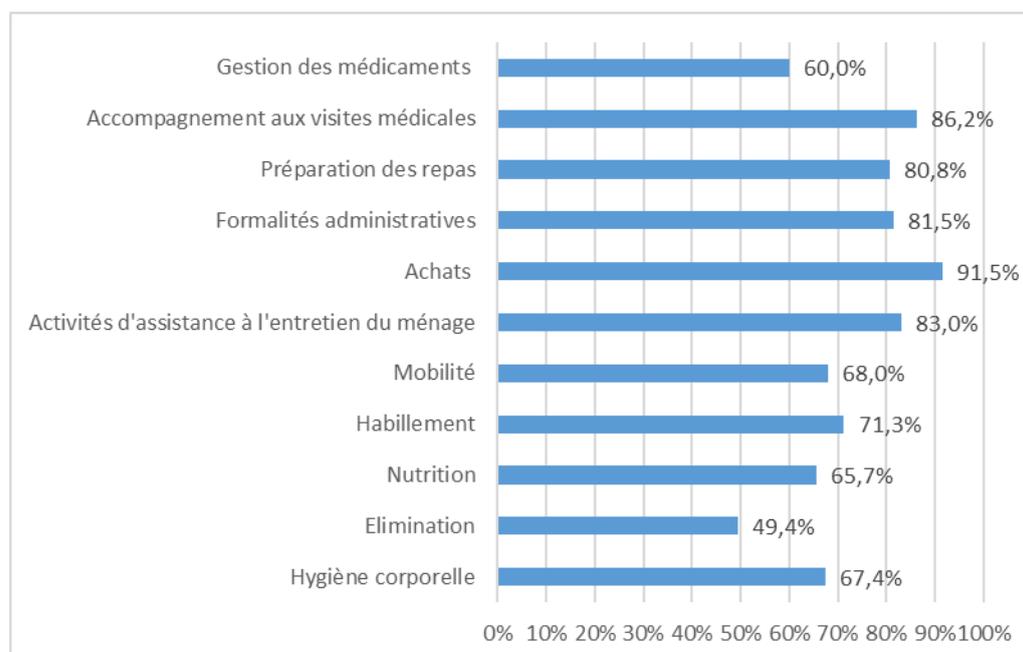
Ces résultats montrent que les aidants sont généralement des personnes faisant partie de l'entourage proche.

Par rapport à la précédente période, à savoir 2019-2021, il y a une légère augmentation de l'implication de de l'entourage familial proche (de 47,4% à 51,3%).

Seul 0,3% des aidants sont des salariés en détachement et 1,8% des salariés.

2.8 L'intervention de l'aidant

2.8.1 Domaines d'intervention de l'aidant



Graphique 34 : Part des domaines pris en charge par les aidants (2018-2021)

Il convient de noter que les aidants interviennent simultanément dans plusieurs domaines, tels que les actes essentiels de la vie (AEV : mobilité, habillement, nutrition, élimination et hygiène corporelle),

mais aussi pour soutenir la personne dans l'organisation de la vie quotidienne, la logistique domestique ainsi que dans les démarches administratives.

Les AEV mobilité, habillement et hygiène corporelle sont pris en charge par environ deux tiers des aidants. À peu près la moitié des aidants (49,4%) intervient dans l'élimination, c'est-à-dire aide la personne dépendante à faire ses besoins et à garantir sa propreté.

Cependant, il convient de noter l'implication importante des aidants dans les domaines hors assurance dépendance.

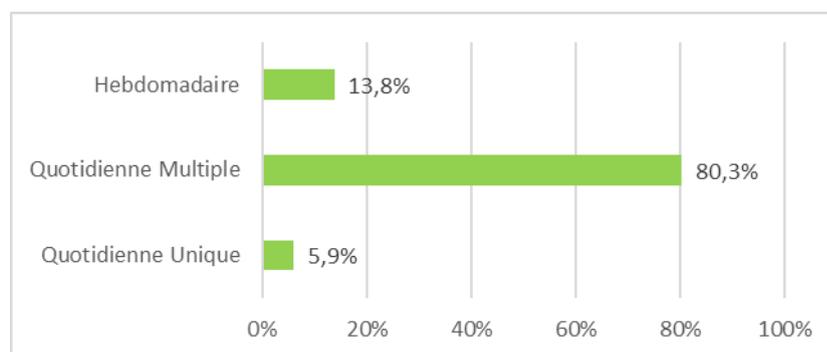
Pour la période 2021-2023, 91,5% des aidants s'occupent des achats de la personne dépendante.

Les accompagnements aux visites médicales des personnes dépendantes sont réalisés par 86,2% des aidants et 81,5% des aidants s'occupent des formalités administratives.

Par rapport aux résultats du rapport biennal publié en 2022, les domaines d'intervention « achats et accompagnements aux visites médicales » ont été encore un plus pris en charge (hausse de 1,2%).

Les résultats de l'enquête de satisfaction réalisée en 2022 auprès de bénéficiaires à domicile ont d'ailleurs montré la charge mentale et l'importance de l'intervention de l'aidant dans l'organisation du quotidien de la personne dépendante, en plus de ses interventions dans les AEV, voire même avant une quelconque intervention dans les AEV. « Pour 88% des aidants, il est "normal" d'aider, 79% ont un lien émotionnel fort avec la personne dépendante et 71% estiment que, grâce à son aide, la personne dépendante peut rester à domicile au lieu d'aller en établissement. 90% des aidants interviewés interviennent chaque jour et 88% même plusieurs fois par jour auprès de la personne dépendante. Les interventions concernent aussi bien les aides pour les actes essentiels de la vie (91%), mais également, de manière plus générale, pour les tâches de la vie quotidienne (97%) telles que la préparation des repas, la préparation et l'administration des médicaments, les courses ou la lessive. 81% indiquent offrir également un soutien moral à la personne dépendante. 33% interviennent au moins 1 fois par semaine pendant la nuit dont 16% chaque nuit. »²⁵

2.8.2 Fréquence d'intervention des aidants



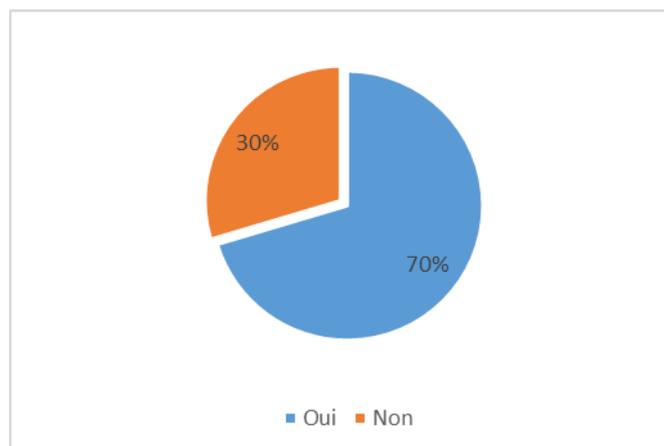
Graphique 35 : Répartition des aidants par fréquence d'intervention (2021-2023)

La grande majorité des aidants (80,3%) intervient plusieurs fois par jour auprès de la personne dépendante. 5,9% des aidants interviennent une fois par jour et 13,8% hebdomadairement.

Lors de l'évaluation des besoins de la personne dépendante et de son aidant, le référent de l'AEC cherche à savoir dans quelle mesure l'aidant intervient, à savoir de façon quotidienne ou plutôt une à plusieurs fois par semaine. Cette fréquence d'intervention est souvent très liée au type d'intervention.

²⁵ <https://aec.gouvernement.lu/fr/docetchiffres/enquetessatisfaction/enquetessatisfactiondom2022.html>

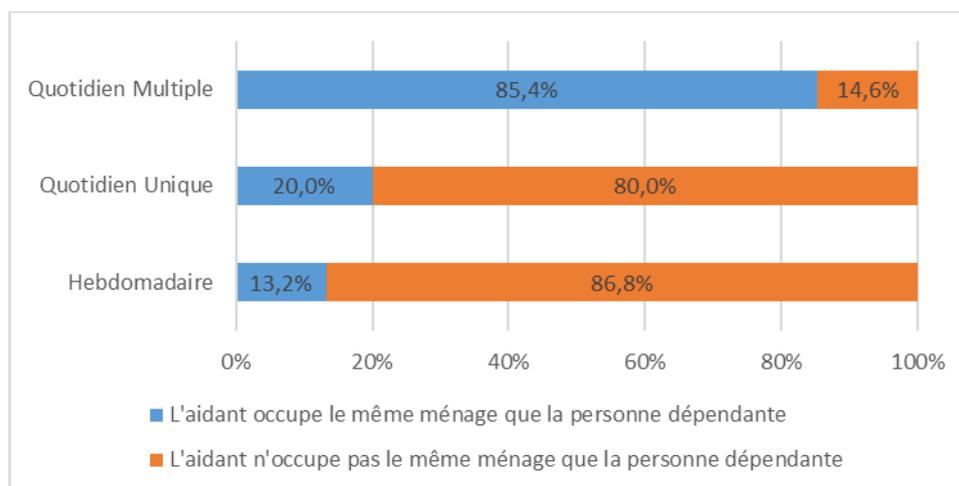
2.8.3 Lieu de vie de l'aidant



Graphique 36 : Part des aidants vivant dans le même ménage que la personne dépendante (2021-2023)

70% des aidants retenus vivent dans le même foyer que la personne dépendante, ce qui favorise la disponibilité. Là en effet, il n'y a pas de contrainte de trajets pour rendre visite à la personne dépendante afin de pouvoir garantir la prise en charge des aides et soins, permettant une garantie de régularité. Par contre, il conviendra d'être attentif aux solutions de répit de ces aidants, qui sont justement en mesure d'intervenir 24h/24.

2.8.4 Lieu de vie et fréquence d'intervention de l'aidant



Graphique 37 : Corrélation entre lieu de vie et fréquence d'intervention des aidants (2021-2023)

85,4% des aidants qui interviennent plusieurs fois par jour auprès de la personne dépendante occupent le même ménage qu'elle. La majorité des aidants qui intervient une fois par jour ne vit pas dans le même ménage que la personne dépendante (80%). Cette tendance est également observable chez 86,8% des aidants qui interviennent hebdomadairement.

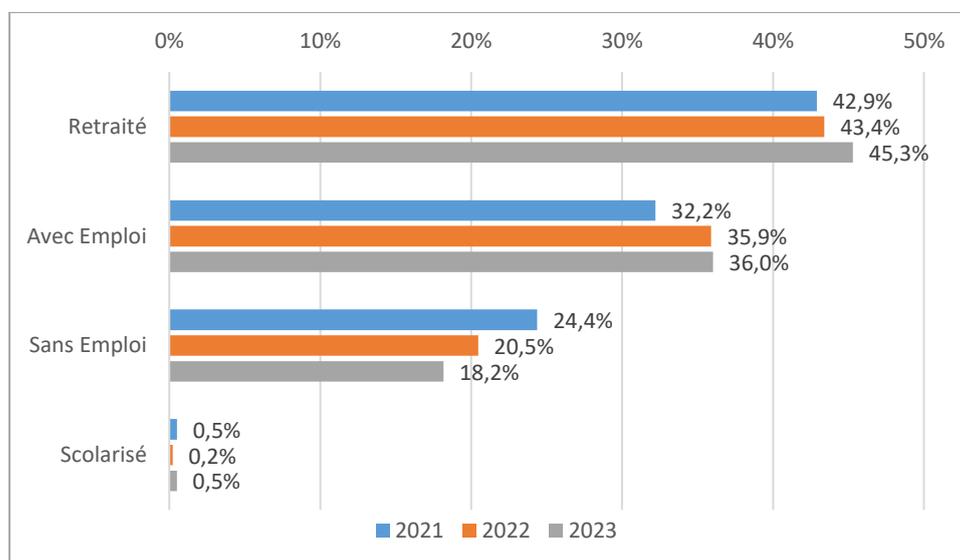
Ceci démontre dans quelle mesure le lieu de vie de l'aidant peut influencer sur la fréquence d'intervention de l'aidant auprès de la personne dépendante dans le sens où les interventions quotidiennes multiples sont largement et principalement facilitées par le lieu de vie que les aidants partagent avec les bénéficiaires.

2.9 Disponibilités et occupations de l'aidant

Après avoir présenté en détail la typologie des aidants et leur implication dans les aides et soins de la personne dépendante, il est important de regarder la situation familiale et professionnelle des aidants, mettant en lumière l'envergure de leurs occupations, éventuelles charges, besoins et enjeux.

Ces informations sont prises en compte par le référent de l'AEC lorsqu'il cherche à évaluer la disponibilité et la capacité de l'aidant. Le référent évalue aussi s'il existe d'autres personnes dans l'entourage de l'aidant qui sont en mesure de le soutenir et si oui, quel rôle ces personnes jouent dans la réalisation des aides et soins de la personne dépendante.

2.9.1 Occupation professionnelle



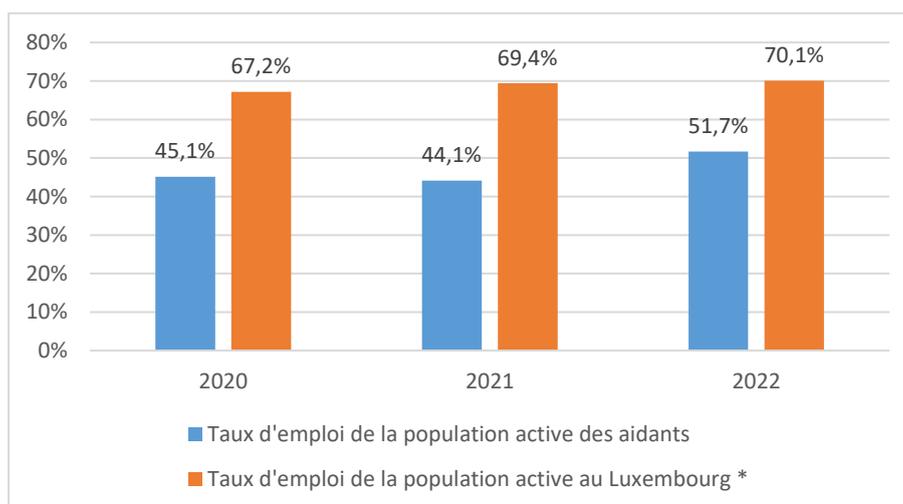
Graphique 38 : Occupation professionnelle des aidants (2021-2023)

Avec plus ou moins la moitié des aidants qui a plus de 60 ans, il n'est pas surprenant que la plupart des aidants soit retraitée, avec une moyenne de 43,9% retraités pour les années 2021-2023.

La part des aidants qui occupe un emploi est passé de 32,2% en 2021 à 35,9% en 2022 et est resté quasiment stable en 2023 avec 36,0%.

En 2021, presque un quart des aidants était sans emploi. Ce nombre a progressivement diminué, s'élevant à 20,5% en 2022 et à 18,2% en 2023.

Seule une minorité d'aidants est scolarisé avec 0,4% en moyenne pour les années 2021-2023.



Graphique 39 : Taux d'emploi de la population active (15-64 ans) parmi les aidants et au Luxembourg (2021-2023)²⁶

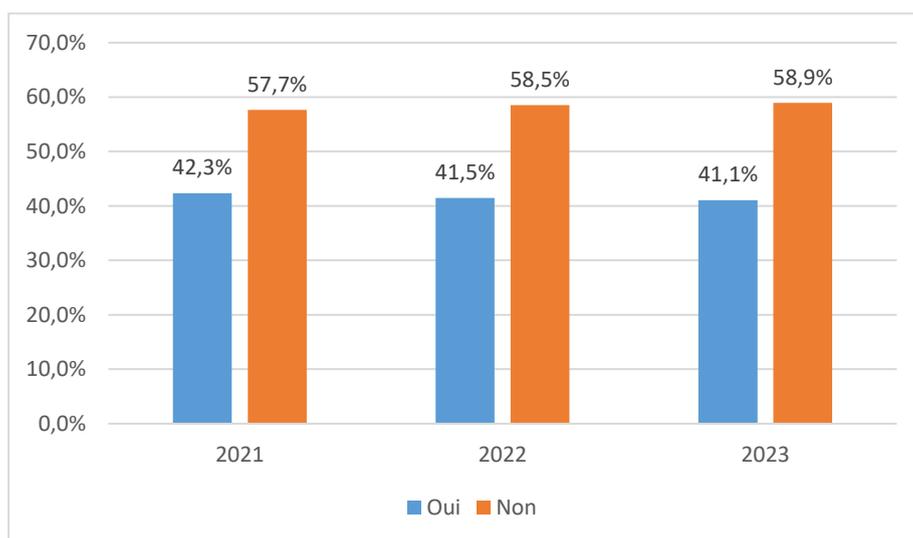
²⁶ Source : * STATEC, Portail statistique du Luxembourg : Taux d'emploi des personnes âgées de 15 à 64 ans (en %). ([https://lustrat.statec.lu/vis?lc=fr&pg=0&tm=taux%20d%27emploi&df\[ds\]=ds-](https://lustrat.statec.lu/vis?lc=fr&pg=0&tm=taux%20d%27emploi&df[ds]=ds-)

Afin d'examiner de plus près la situation professionnelle des aidants, il est judicieux d'indiquer le taux d'emploi au sein de la population active, c'est-à-dire les personnes âgées entre 15-64 ans, tant parmi les aidants qu'au niveau national. De 2020-2022, le taux d'emploi parmi les aidants est passé de 45,1% à 51,7%, présentant une augmentation plus importante que le taux d'emploi de la population active au Luxembourg qui est passé de 67,2% en 2020 à 70,1% en 2022.

Comparé à l'ensemble de la population, le taux d'emploi des aidants est donc inférieur, ce qui peut s'expliquer par le fait que les aidants sont confrontés à des difficultés de disponibilités et de capacités en raison de leur engagement envers la personne dépendante et d'éventuelles autres charges familiales. L'engagement dans la vie professionnelle peut être difficile, voire même impossible.

2.9.2 Existence d'une autre personne aidante

Pour être en mesure d'évaluer la situation globale des aidants et particulièrement dans le contexte d'épuisement ressenti ou vécu par l'aidant, il est important de savoir si l'aidant est soutenu par une autre personne dans son entourage : cette personne pourrait, le cas échéant prendre le relais, ou l'aider avec un partage des tâches, à garantir la prise en charge des aides et soins de la personne dépendante.

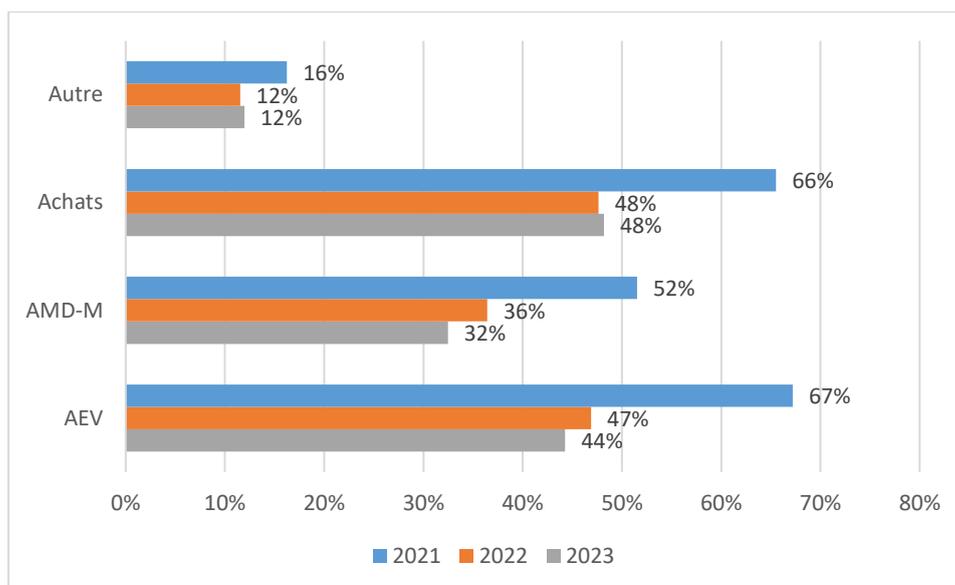


Graphique 40 : Part des aidants qui sont soutenus par une autre personne aidante (2018-2021)

Pendant les années 2018-2020, seul un peu plus d'un tiers des aidants bénéficiait de l'aide d'une autre personne aidante intervenant dans les aides et soins (34,6% en moyenne). Cf. graphique 57, p.105: Part des aidants qui sont soutenus par une autre personne aidante (2018-2021) du précédent rapport biennal.

Cependant, il convient de noter qu'en 2021, ce pourcentage a augmenté pour passer à 42,3%. Depuis 2022, la part des aidants soutenus par une autre personne aidante est autour de 41% (41,5% en 2022 et 41,1% en 2023) démontrant tout de même une lente augmentation depuis que l'AEC recense ce type de données.

2.9.3 Domaines d'intervention de l'autre personne aidante



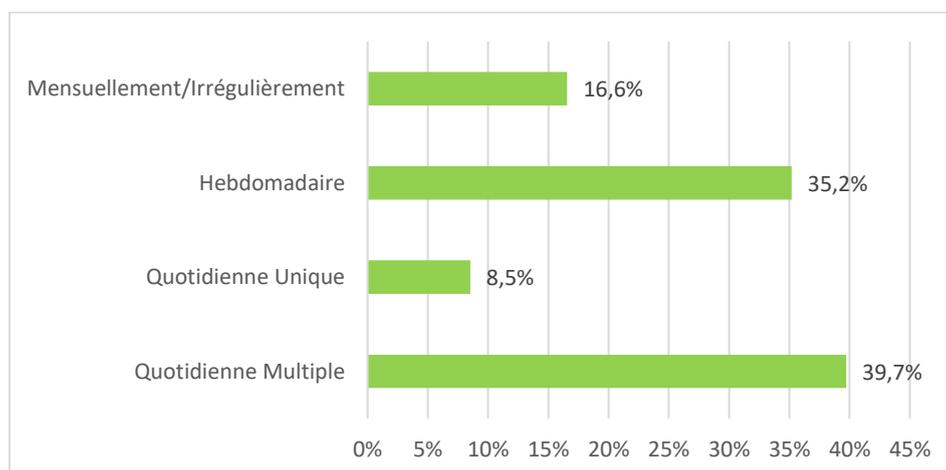
Graphique 41 : Part des domaines pris en charge par l'autre personne aidante (2021-2023)

En 2021, l'autre personne intervenante a soutenu l'aidant majoritairement dans les AEV (hygiène, élimination, nutrition, habillement et mobilité) à hauteur de 67%, suivi des achats avec 66%.

Pour la période de 2022-2023, il y a eu une diminution significative du nombre d'aidants bénéficiant du support d'une autre personne aidante dans tous les domaines d'intervention: AEV (45% en moyenne), les activités d'assistance à l'entretien du ménage (34% en moyenne) et les achats (48%).

Il y a alors plus d'autres personnes aidantes qui soutiennent les aidants principaux, mais leurs interventions semblent moins importantes, et un peu dans tous les domaines.

2.9.4 Fréquence d'intervention de l'autre personne aidante



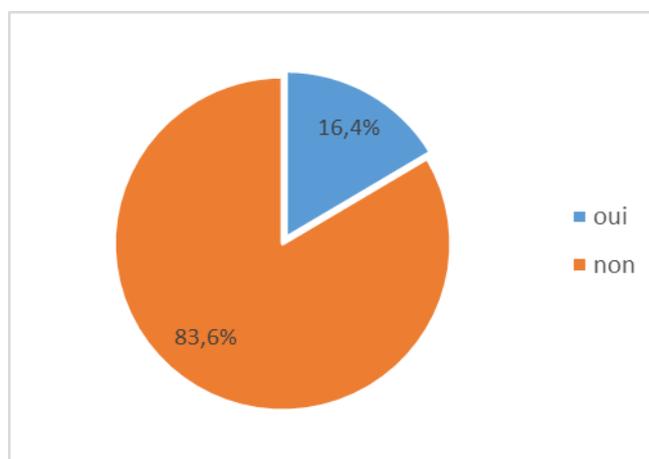
Graphique 42 : Répartition des autres personnes aidantes par fréquence d'intervention (2021-2023)

Presque la moitié des autres personnes aidantes intervient quotidiennement, avec 39,7% d'entre elles qui interviennent plusieurs fois par jour et 8,5% qui interviennent une fois par jour.

Plus d'un tiers (35,2%) intervient hebdomadairement, tandis que 16,6% interviennent mensuellement ou de manière irrégulière.

2.10 Part des aidants intervenant seuls

Après avoir relevé le nombre d'aidants soutenus par un réseau d'aides et de soins et ceux soutenus par une autre personne aidante, il convient de préciser combien d'aidants interviennent seuls, c'est-à-dire sans réseau d'aides et de soins et sans autre personne de l'entourage de la personne dépendante ou salarié soulageant l'aidant dans la prise en charge des aides et soins.



Graphique 43 : Part des aidants intervenant tout seuls – sans réseau d'aides et de soins et sans autre personne aidante (2021-2023)

La part des aidants intervenant seuls auprès de la personne dépendante a légèrement diminué entre 2021 et 2023 par rapport aux années précédentes avec 16,4% en moyenne contre 17,6% en moyenne pour les années 2018-2021.

2.10.1 Formation à l'aidant qui intervient seul

L'AEC est particulièrement attentive à ces personnes aidantes qui interviennent seules.

Depuis le 1^{er} avril 2023, l'AEC prévoit systématiquement une formation à l'aidant dans la synthèse des personnes qui sont uniquement prises en charge par un aidant, afin de soutenir celui-ci dans sa tâche.

Si, lors de l'évaluation de la personne dépendante, le référent de l'AEC a retenu un aidant qui a les capacités et les disponibilités pour assurer seul les aides et soins ainsi que l'encadrement de son proche, il va informer l'aidant de la possibilité de bénéficier d'une formation et l'encourager à se mettre en relation avec un réseau d'aides et de soins.

Afin de le soutenir davantage dans sa tâche, la synthèse de prise en charge du proche dépendant prévoit ainsi un forfait annuel de 6 heures de « formation aidant ». Ces heures visent à conseiller et à soutenir l'aidant dans l'exécution des aides à fournir à la personne dépendante dans les actes essentiels de la vie en transmettant les techniques et le savoir nécessaires.

La formation est planifiée en fonction des besoins personnels et spécifiques de la personne aidante.

La formation peut prévoir des conseils personnalisés:

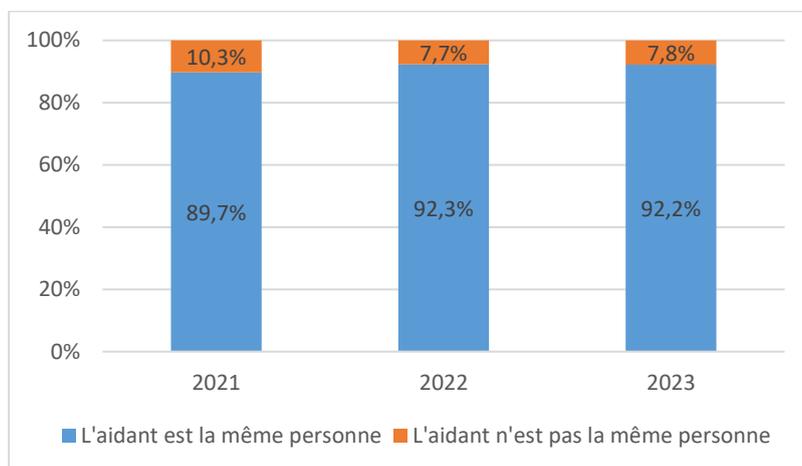
- connaissances techniques par rapport à la réalisation des actes essentiels de la vie (p.ex. faciliter les changements de position)
- connaissances spécifiques par rapport aux pathologies dont souffre la personne dépendante
- adaptation de l'environnement direct de la personne dépendante (p.ex. aménager les pièces afin de minimiser le risque de chutes ou bien de faciliter la tâche lors des soins)
- être attentif à sa propre santé et aux possibilités de soutien/répit

Un bilan de cette attribution systématique des formations à l'aidant intervenant seul sera effectué et

disponible fin juin 2024. Ce bilan s’attardera sur la consommation de cette prestation, son impact et permettra aussi un retour d’expérience des réseaux d’aides et soins.

2.11 Suivi de l’aidant lors des réévaluations

Lors des réévaluations, et notamment en présence d’un aidant, le référent identifie si l’aidant continue son intervention telle que prévue lors de l’évaluation précédente ou non et quelles sont les raisons pour les éventuels changements.

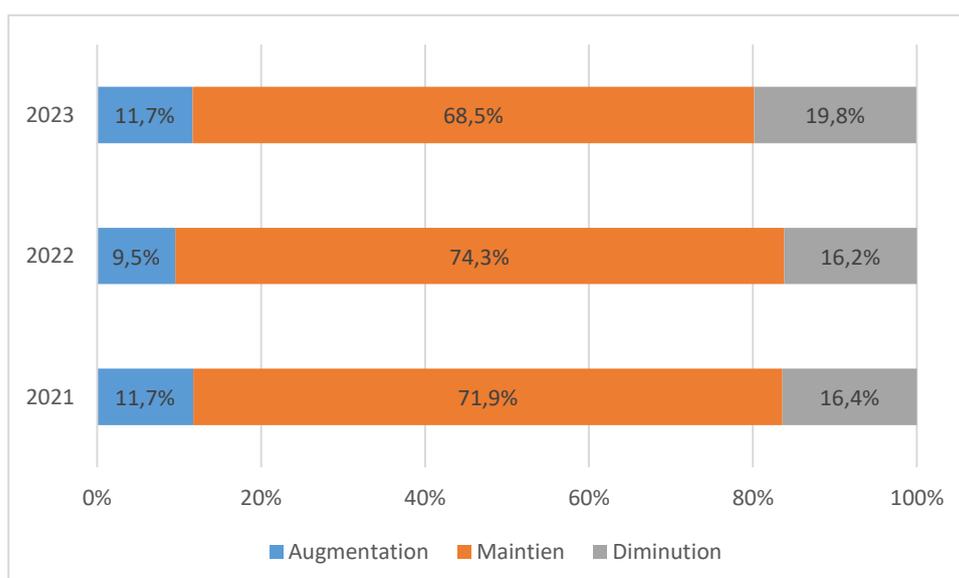


Graphique 44 : Part des réévaluations où l’aidant est la même personne que lors de l’évaluation précédente (2021-2023)

Parmi toutes les réévaluations des personnes dépendantes qui ont un aidant intervenant dans les aides et soins, l’aidant est la même personne que lors de l’évaluation précédente dans la très grande majorité des cas, avec 91,4% en moyenne pour les années 2020-2023.

Etant donné que pour la plupart des cas, les aidants sont soit enfant ou parent de la personne dépendante, il n’est pas surprenant qu’il n’y ait pas de changements significatifs et que l’aidant reste, pour la plupart des cas, la même personne lors de la réévaluation.

En outre, cela étaye l’hypothèse que les aidants s’engagent auprès de la personne dépendante de façon régulière et à long terme.



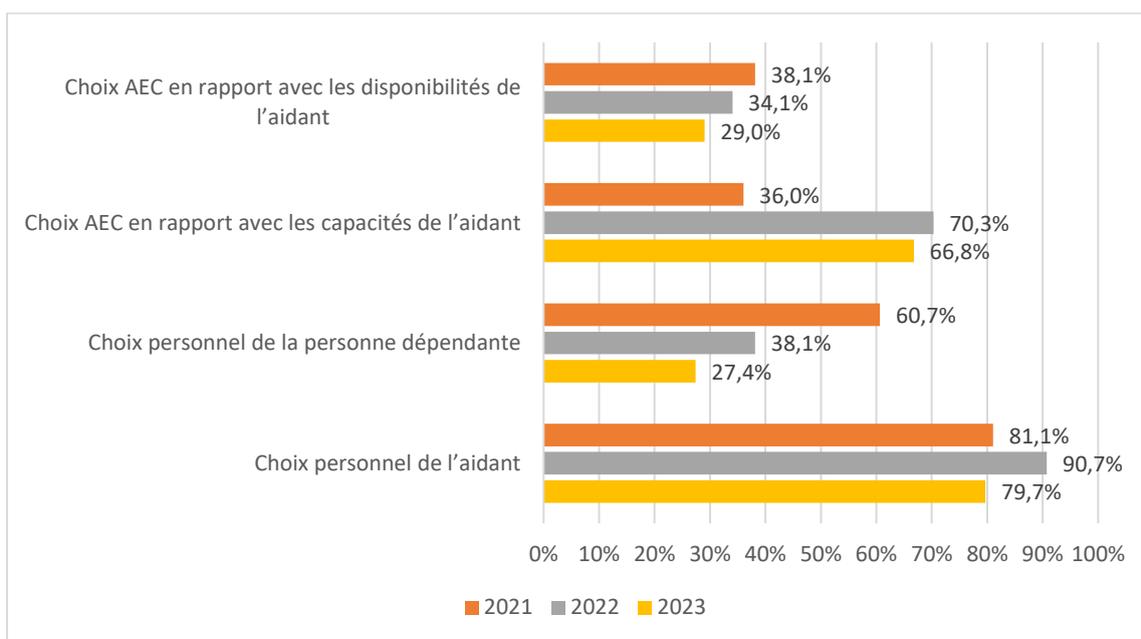
Graphique 45 : Évolution de l’investissement dans les AEV de l’aidant lorsque celui-ci est la même personne que lors de l’évaluation précédente (2021-2023)

Parmi les réévaluations où l'aidant est la même personne que lors de l'évaluation précédente, pour la plupart des aidants, l'investissement dans les AEV est resté le même comparé à la situation lors de l'évaluation précédente avec 71,9% en 2021, 74,3% en 2022 et 68,5% en 2023.

Seul 11% des aidants en moyenne pour les années 2021-2023 interviendront davantage dans les AEV.

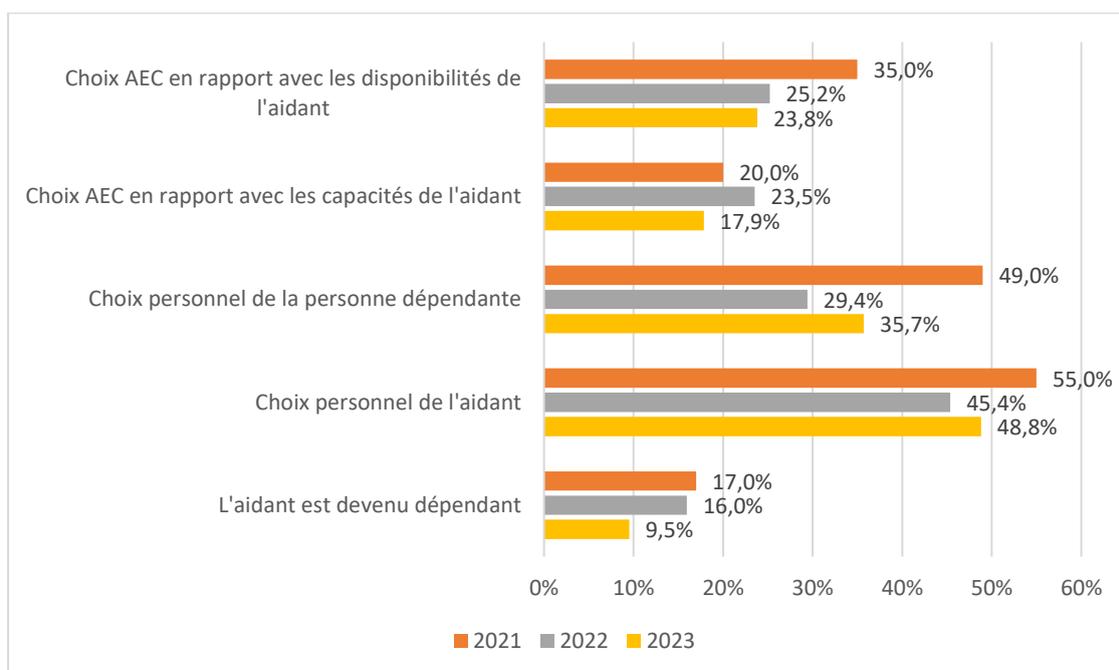
18% en moyenne ont diminué leur niveau d'investissement dans les AEV.

Ainsi, et sur les 3 dernières années (28,1% en 2021, 25,7% en 2022 et 31,4% en 2023) dans environ 30% des cas, les aidants ont changé leur niveau d'investissement dans les AEV, comparé à la situation lors de l'évaluation précédente.



Graphique 46 : Motif explicatif du changement de l'intervention de l'aidant (2021-2023)

Le motif explicatif du changement le plus souvent indiqué lors des réévaluations reste le choix personnel de l'aidant pour la période considérée. En 2022 et 2023, le deuxième motif le plus souvent indiqué est le choix de l'AEC en rapport avec les capacités de l'aidant, avec 70,3% en 2022 et 66,8% en 2023.



Graphique 47 : Motif explicatif du changement de l'aidant (2021-2023)

Lorsque l'aidant n'est pas la même personne que lors de l'évaluation précédente, le référent renseigne le motif du changement de l'aidant.

Le motif le plus souvent indiqué est le choix personnel de l'aidant dans près de la moitié des cas, pour la période considérée. L'AEC a décidé du changement de l'aidant pour des raisons en rapport avec les disponibilités de l'aidant dans environ un quart des cas pour les années 2022 et 2023 et même dans un tiers des cas pour l'année 2021. Des raisons en rapport avec les capacités de l'aidant ont été le motif du changement de l'aidant dans environ 20% des cas pour la période considérée.

En 2020, la deuxième raison la plus fréquemment indiquée est la dépendance de l'aidant lui-même, ce qui est donc souvent le cas pour les aidants qui sont les parents ou les conjoints des personnes dépendantes devenant de plus en plus dépendants eux-mêmes avec l'âge.

La part des réévaluations où ce motif a été indiqué a diminué à 17% en 2021, 16% en 2022 et 9,5% en 2023. C'est une des conditions d'exclusion pour pouvoir être retenu comme aidant formulée dans le cadre de la réforme, afin de protéger et de préserver notamment l'autonomie restante de l'ancienne personne aidante, mais également pour garantir des aides et soins de qualité pour la personne dépendante.

2.12 Mesures de répit

2.12.1 Les gardes

Comme décrit précédemment, lors de l'évaluation, le référent de l'AEC accorde l'importance qui se doit à déterminer les capacités de l'aidant à intervenir dans les aides et soins, mais il a aussi la mission de s'assurer que la « charge » représentée par son implication n'affecte pas trop négativement sa santé et son quotidien.

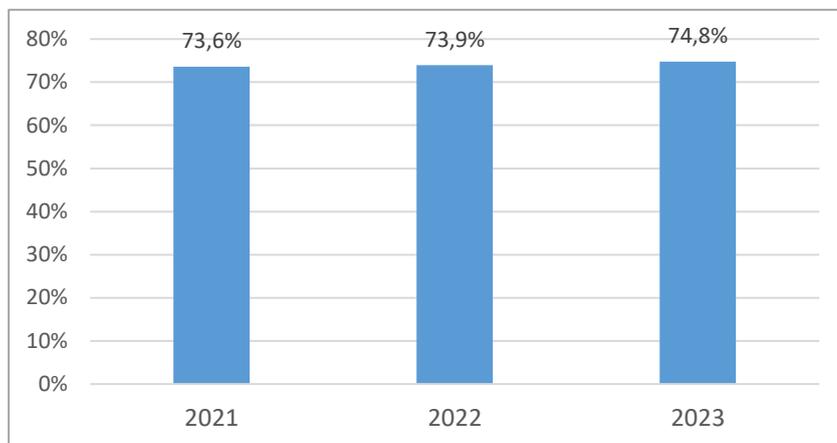
Les prestations de type « GARDES » sont un des outils plus particulièrement conçus pour prendre le relais de l'aidant et lui permettre de s'accorder un temps de répit visant à prévenir le surmenage.

Les résultats de l'enquête de satisfaction réalisée en 2022 auprès de bénéficiaires à domicile ont mis en lumière l'intensité des tâches réalisées par l'aidant qui ont malheureusement des répercussions sur la vie de l'aidant et affectent sa santé physique, psychique, sa vie de famille, sociale et personnelle.

70% des enquêtés estimaient ainsi que des problèmes de santé personnels constituent une limite du maintien à domicile de la personne dépendante.

Les mesures de répit visent à soulager l'aidant et à l'aider, autant que faire se peut, à organiser son propre quotidien.

2.12.1.1 Une prestation largement accordée



Graphique 48 : Part des personnes dépendantes vivant à domicile et bénéficiant d'une garde en groupe ou d'une garde individuelle parmi tous les bénéficiaires vivant à domicile (2021-2023)

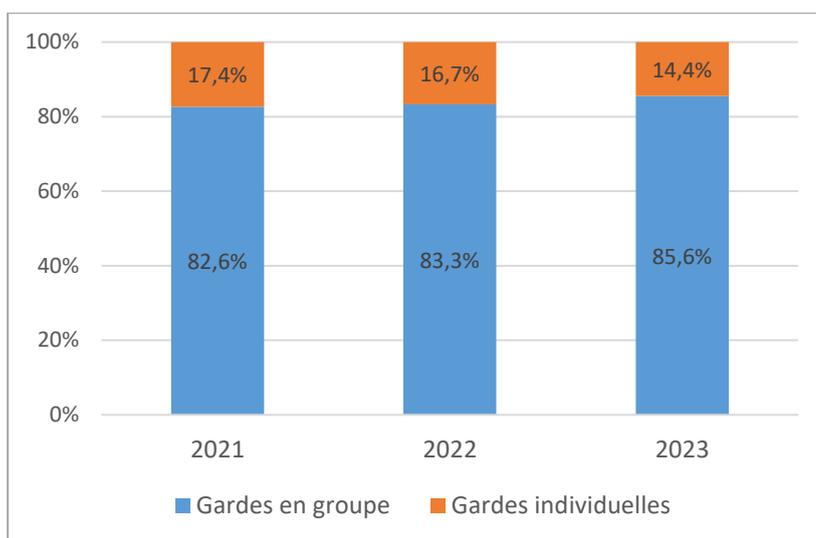
Pour 2021-2023, des gardes ont été proposées aux bénéficiaires pris en charge à domicile dans presque trois quarts (74,1%) des cas en moyenne.

2.12.1.2 Les types de gardes

La garde en groupe dans un centre semi-stationnaire est prévue pour une personne ne pouvant être seule de façon prolongée et présentant un besoin constant de surveillance et d'encadrement. L'encadrement (le forfait de base) peut permettre une prise en charge jusqu'à 8 heures par jour, 5 jours par semaine en centre semi-stationnaire (40 heures par semaine). Le forfait majoré pour les gardes en groupe peut par contre être accordé avec 56h par semaine pour une prise en charge tous les jours de la semaine.

L'activité de garde individuelle est destinée à surveiller pendant une courte période la personne dépendante à son domicile, si son intégrité physique et/ou psychique ne peut être garantie en l'absence de son aidant. Cette activité peut être accordée pour 7 heures/semaine, soit une heure par jour en moyenne, ceci permettant un répit régulier de l'aidant. Elle peut être majorée à 14 heures/semaine en cas de gravité exceptionnelle constatée par l'AEC.

La part de gardes en groupe accordée est surreprésentée par rapport aux gardes individuelles. Elle permet en effet des prises en charge de longue durée et ainsi une meilleure organisation de l'aidant, notamment lorsque celui a encore des activités professionnelles ou s'il doit gérer des enfants. Elle sera privilégiée dans le sens où, comme dans la grande majorité des cas, l'aidant et la personne dépendante vivant sous le même toit, elle permet une réelle coupure dans la relation d'aide durant la journée.



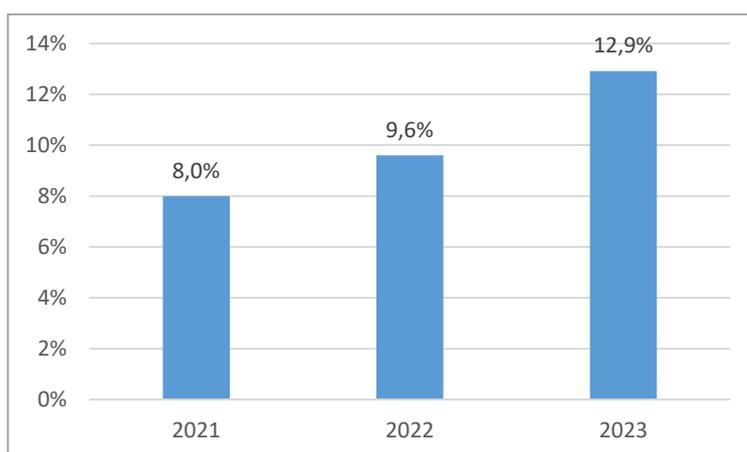
Graphique 49 : Répartition des gardes proposées aux bénéficiaires à domicile en gardes en groupe et gardes individuelles (2021 à 2023)

En 2021, dans 82,6% des cas, les gardes accordées sont des gardes en groupe et dans 17,4% des gardes individuelles. En 2022 et 2023, la part des gardes individuelles a légèrement diminué. Ainsi, la part des gardes en groupe s'élevait à 83,3% en 2022 et à 85,6% en 2023.

La garde en groupe peut être convertie partiellement en garde individuelle et inversement selon les dispositions de l'art. 353 point 2 CSS. De plus, une partie des gardes en groupe peut se voir convertie en « déplacement à l'extérieur ».

Ces conversions sont décidées entre le prestataire et la personne dépendante avec son entourage afin de s'adapter au mieux aux besoins exprimés ou constatés. Les règles de conversion de ces gardes ainsi que les plafonds à respecter sont définis dans l'article 35, alinéa 2 et précisés dans la convention cadre.

2.12.1.3 Spécificité des gardes de nuit



Graphique 50 : Part des personnes dépendantes vivant à domicile et bénéficiant d'une garde de nuit parmi tous les bénéficiaires vivant à domicile (2021-2023)

En 2021, la part des bénéficiaires pris en charge à domicile auxquels des gardes de nuit ont été proposées s'élevait à 8,0%. Ce taux a progressivement augmenté pour atteindre 12,9% en 2023.

2.13 Formation à l'aidant

Comme explicité au sous-chapitre 2.10.1, depuis le 1er avril 2023, l'AEC prévoit systématiquement

dans la synthèse de ces personnes dépendantes qui sont prises en charge par un aidant seul sans réseau d'aides et de soins, un forfait annuel de 6 heures de « formation à l'aidant ».

Cette attribution systématique constitue, en soi, un projet pilote, qui se déroule sur une période d'un an.

2.13.1 Type de formation

Les heures de formation visent à conseiller et à soutenir l'aidant dans l'exécution des aides à fournir à la personne dépendante dans les actes essentiels de la vie en transmettant les techniques et le savoir nécessaires.

Lors de l'évaluation de la situation de dépendance, le référent de l'AEC sensibilise la personne dépendante et son aidant à l'opportunité que peut représenter pour eux cette formation.

2.13.2 Bilan de ce projet pilote

2.13.2.1 Evaluation quantitative : une attribution selon les critères définis

L'attribution plus systématique de ces formations pour les aidants intervenant sans réseau d'aides et de soins depuis le 1^{er} avril 2023 a créé une augmentation automatique du nombre de formations accordées en 2023 par rapport aux années précédentes. En effet, depuis la mise en place de cette attribution automatique, cette formation se trouve sur plus de 1.372 synthèses de prise en charge à domicile en 2023 (26%). Pour rappel (cf. partie typologie des aidants) .Cette augmentation drastique (alors que la formation aidant n'était accordé qu'à hauteur de 2% des synthèses en 2022) correspond donc mécaniquement à l'ordre de grandeur représenté par le nombre d'aidants intervenant seuls auprès d'une personne dépendante.

2.13.2.2 Evaluation qualitative : un bilan en cours

Les prestataires ont été invités à remplir un questionnaire afin d'identifier d'une part le nombre d'aidants qui ont pu bénéficier de ce type de prestations auprès de leurs services, mais aussi le type de formations réalisées, si les formations étaient réalisées en individuel ou en groupe, le nombre d'heures, ou si la formation aidant a été le déclencheur d'un autre type d'intervention.

Le bilan est en cours de réalisation et sera disponible à l'été 2024. Il ne reposera pas seulement sur des données qualitatives, mais il visera aussi à recueillir le retour d'expérience de la part des professionnels des réseaux d'aides et de soins.

3. Le suivi des indisponibilités

3.1 Le suivi des indisponibilités

3.1.1 Procédure de suivi des indisponibilités

En cas d'indisponibilité temporaire ou définitive de l'aidant, la législation prévoit - dans un souci de continuité des soins - une prise en charge de l'ensemble des soins par le prestataire, de façon temporaire ou définitive (art. 350 point 8 CSS: « *La répartition de l'exécution des prestations requises prend fin en cas d'indisponibilité de l'aidant à fournir les aides et soins requis constatée par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. Si cette indisponibilité de l'aidant est temporaire, les aides et soins requis sont fournis par les prestataires d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391, sans que la synthèse de prise en charge ne soit modifiée.* »).

Le prestataire signale à la CNS l'indisponibilité de l'aidant selon les termes repris dans la convention-cadre et peut intervenir - sans délai et sans qu'aucune démarche ou nouvelle évaluation de l'AEC ne soient nécessaires - pour prester l'ensemble des aides et soins de la synthèse.

3.1.2 Mise en place plus formalisée de la procédure

Depuis le **1er février 2021**, un formulaire de déclaration d'indisponibilité de l'aidant, conformément à l'article 58bis de la convention-cadre signée entre la COPAS et la CNS est utilisé en parallèle de la communication de l'indisponibilité de l'aidant par voie électronique à la CNS, tel que précisé à l'article 45 ainsi qu'à l'annexe 4 de ladite convention.

Ce formulaire est disponible en français et en allemand sur le site de la CNS: <https://cns.public.lu/fr/professionnels-sante/dependance/fiche-indisponibilite-aidant.html>

Le formulaire a un double objectif en termes de transparence:

- enregistrer distinctement les périodes d'indisponibilité;

	Date début	Date fin	Date signature	Signature de l'assuré dépendant ou de son représentant
Période d'indisponibilité temporaire *				
Début d'indisponibilité temporaire *				
Fin d'indisponibilité temporaire *				
Indisponibilité définitive *				

Je soussigné, responsable réseau (sous C), déclare que l'aidant (sous B) de l'assuré (sous A) est indisponible et que les aides et soins requis dans la synthèse sont fournis par le réseau d'aides et de soins (sous D). J'ai compris que la facturation du forfait nature et du forfait espèces reste suspendue tant qu'il n'est pas déclaré de date fin en cas d'indisponibilité temporaire.

Date, cachet et signature:

* renseigner un des 4 cas de figure

- impliquer davantage le bénéficiaire dans l'organisation de sa prise en charge en l'informant clairement de l'arrêt du paiement des prestations en espèces, conséquence de la période d'indisponibilité de l'aidant.

Je soussigné, assuré dépendant (sous A) ou représentant légal, déclare mon aidant (sous B) indisponible pour me fournir les aides et soins requis selon la répartition de ma synthèse de prise en charge. J'ai compris que la répartition de l'exécution des prestations requises prend fin et que le versement de la prestation en espèces est suspendu pendant cette indisponibilité.

Signature assuré dépendant ou représentant légal:

Nom et Prénom du représentant légal, si applicable :

En effet, le coordinateur ou responsable de l'antenne/bureau ou service régional du réseau d'aides et de soins doit remplir cette fiche avec le bénéficiaire et lui expliquer notamment les conséquences de la décision liée à l'indisponibilité. Ce moment est aussi l'occasion de décider avec lui de la pertinence d'une nouvelle évaluation, car la situation, l'environnement ou l'état de santé du bénéficiaire des aides et soins ont peut-être évolué et demandent une intervention différente du prestataire ou de l'aidant.

Cette procédure accroît la responsabilité du prestataire dans la coordination administrative dont il a la charge pour chaque bénéficiaire d'aides et de soins pris en charge par son réseau d'aides et de soins et renforce également les interactions entre les professionnels et l'AEC.

Le motif de l'indisponibilité, même si facultatif, peut être fourni. Il aide et facilite, quand il est présent, le suivi des indisponibilités et la décision d'ouvrir une demande en réévaluation afin de revoir l'ensemble de la situation et donc les interventions de l'aidant.

Pourquoi l'aidant n'est-il plus en mesure d'intervenir dans les aides et soins ? (facultatif, à remplir si connu et si l'assuré le souhaite)	
Motif:	

L'AEC réévaluera ainsi de façon prioritaire les capacités et disponibilités de l'aidant ayant présenté des

indisponibilités répétées, voire adaptera le requis total. Dans ce genre de situation, une bonne coordination entre les prestataires, l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et l'Unité qualité et contrôle de l'AEC est primordiale.

3.2 Constats

3.2.1 Quelques chiffres

	Nombre d'indisponibilités signalées	Variation d'une année à l'autre
2021	413	/
2022	527	+27,6%
2023	550	+4,4%

Tableau 19 : Nombre d'indisponibilités signalées

Depuis la mise en place de la procédure formalisée des déclarations d'indisponibilités de l'aidant en février 2021, le nombre d'indisponibilités signalées ne cesse d'augmenter chaque année. Entre 2021 et 2022, les signalements ont augmenté de 27,6%. Entre 2022 et 2023, nous pouvons observer une hausse de 4,4%.

	Proportion : Type d'indisponibilité signalée	
	Temporaire	Définitive
2021	80%	20%
2022	78%	22%
2023	78%	22%

Tableau 20 : Part des types d'indisponibilités signalées

La part des indisponibilités temporaires de l'aidant est restée relativement stable durant les trois dernières années, avec une moyenne de 79% par rapport aux indisponibilités définitives (21% en moyenne).

	Réévaluations ouvertes par l'AEC suite à l'analyse des déclarations reçues	Réévaluation en cours au moment de l'analyse de l'indisponibilité	Total Réévaluations
2021	18%	19%	37%
2022	14%	14%	28%
2023	12%	19%	31%

Tableau 21 : Proportion des réévaluations liées à une indisponibilité

Suite à l'analyse des déclarations de l'aidant, l'AEC peut décider d'ouvrir une réévaluation afin de faire le point sur la situation. Pour l'année 2023, 12% des indisponibilités analysées ont donné suite à une réévaluation ouverte par l'AEC.

Il est à noter que certaines réévaluations sont déjà en cours au moment où une indisponibilité de l'aidant est déclarée par le prestataire. Cela a été le cas pour 19% des indisponibilités signalées en 2023. Pour ces réévaluations en cours, une analyse individuelle approfondie de la situation est nécessaire. En effet, si une répartition des aides et soins est déjà effective, il convient de s'assurer que la réévaluation n'est pas motivée par une augmentation temporaire de l'intervention du réseau d'aide

et de soins en même temps que l'intervention de l'aidant. Dans ce cas, l'indisponibilité de l'aidant peut être rejetée ou corrigée, le cas échéant, car la réévaluation et donc la nouvelle répartition, pourra prendre en compte le nouveau partage des tâches et l'augmentation de l'intervention professionnelle de façon rétroactive.

3.2.2 Bénéfices de cette procédure

Une communication et collaboration accrue avec les responsables des réseaux d'aides et de soins

Si la fiche n'est pas correctement remplie, l'AEC prend contact soit avec le coordinateur principal du réseau d'aides et de soins, soit directement avec le responsable de l'antenne/bureau/service régional afin de voir avec lui quelles sont les problématiques rencontrées. Il se peut que suite à cette prise de contact, le prestataire doive reprendre contact avec le bénéficiaire afin de compléter la fiche (absence de signature) ou corriger des erreurs de dates.

Ces échanges sont l'occasion de rappeler la procédure en vigueur, mais aussi les conditions qui amènent à déclarer une indisponibilité de l'aidant ou à demander une réévaluation.

Des réévaluations ouvertes

Dans certains cas, l'AEC peut décider d'ouvrir une réévaluation afin de constater l'évolution de la situation. Il est important de comprendre qu'une réévaluation ne veut pas dire que l'AEC douterait de l'aidant ou du prestataire: il s'agit de faire le point sur une situation qui a évolué ou alors sur l'état de santé de la personne dépendante et donc ses besoins, sur les aidants actifs dans la prise en charge et leur possible épuisement. Des indisponibilités répétées peuvent être un signe d'épuisement et parfois, l'intervention d'un tiers est nécessaire pour faire comprendre à l'aidant qu'une majoration de l'intervention des professionnels ne veut pas dire un « renoncement » ou un moindre engagement dans l'accompagnement quotidien de la personne dépendante.

Les indisponibilités de l'aidant sont d'ailleurs à l'origine de 5,1% des réévaluations ouvertes par l'AEC en 2023. Ce surplus de réévaluations démontre l'intérêt qui est porté à l'entourage de la personne dépendante, pour s'assurer de l'adéquation des moyens mis en œuvre pour la prendre en charge, mais aussi pour soutenir au mieux son aidant, sans lequel, le maintien à domicile, ne serait pas possible.

Des bénéficiaires mieux informés

Si cette procédure peut s'avérer un peu « lourde » dans le sens où il peut y avoir des allers-retours entre le prestataire et le bénéficiaire pour les signatures de fiches (début et fin d'indisponibilité), elle rend le bénéficiaire et son aidant davantage acteur dans la prise en charge. Elle permet une plus grande transparence et participe à la planification des périodes de repos/répit de l'aidant.

Si les discussions autour des questions financières peuvent être délicates, elles ne peuvent ici être évitées. En redonnant la place à la « décision » officielle de l'arrêt des paiements, on évite ainsi toute mauvaise interprétation des questions d'argent entre le prestataire et son client.

4. Conclusion partie « Aidant »

Le recueil des données relatives aux aidants est important pour comprendre qui sont ces personnes qui s'engagent dans une responsabilité qui pour la grande majorité « va de soi » ou qu'ils estiment être de leur devoir, mais qui va devenir une implication formelle et engageante vis-à-vis de la personne dépendante, mais aussi de l'assurance dépendance.

Grâce aux données recueillies de façon empirique par les référents, l'AEC est capable de faire l'analyse du profil des aidants au niveau national depuis la réforme de l'assurance dépendance et de tirer des conclusions sur l'évolution de leurs disponibilités, capacités et implications dans la prise en charge des personnes dépendantes.

Ces données montrent que l'aide des personnes dépendantes est fortement genrée avec des aidants à plus de 73% de sexe féminin, enfant, parent ou conjoint, et environ la moitié d'entre eux en âge d'exercer une activité professionnelle. Les aidants interviennent tant dans les aides que dans les soins

et ceci majoritairement plusieurs fois par jour (pour plus de 80% d'entre eux). 7 sur 10 aidants vivent dans le même ménage que la personne dépendante.

Un peu plus des deux tiers des aidants (67,4%) s'occupe d'une personne avec un niveau de dépendance entre 1-3 et seulement une minorité intervient auprès d'une personne avec un niveau de dépendance supérieur à 7. Plus le niveau de dépendance est élevé, plus la part des aidants soutenus par un réseau d'aides et de soins augmente.

7 aidants sur 10 sont soutenus par un réseau d'aides et de soins. Seul 1 aidant sur 6 intervient tout seul, sans aide professionnelle et sans aide d'une autre personne de l'entourage - situation que l'AEC souhaite suivre de façon plus rapprochée tout en insistant sur une intervention professionnelle, en commençant, tout d'abord, par un soutien via les formations, qui pourraient être la porte d'entrée pour un début de prise en charge.

La très grande majorité des aidants, proches directs, ne s'engagent pas seulement de manière régulière, mais aussi à long terme auprès de la personne dépendante et restent ainsi la même personne lors des réévaluations des besoins de la personne dépendante dans 92% des cas, au vu de leurs liens familiaux dans la plupart des cas (51,3% d'enfants/parents et 34% de conjoints).

Les solutions de répit de ces aidants, les recours aux indisponibilités (majoritairement temporaires 78%) qui aident pour « souffler » ou s'occuper de sa propre santé, les formations à l'aidant intervenant seul, le suivi régulier via les réévaluations plus fréquentes à domicile, sont autant d'outils pour soutenir un aidant que l'on voit très impliqué et qui intervient en partenariat avec les réseaux d'aides et de soins.

Cependant, si des mesures existent, il convient de garder en mémoire les résultats très instructifs de l'enquête de satisfaction à domicile²⁷, présentés en 2022, où les aidants, s'ils se disent satisfaits des prestations de l'assurance dépendance, expriment la charge qui repose sur eux, non seulement pour les interventions dans les aides et soins, mais aussi pour l'organisation du quotidien et de la logistique de la personne dépendante : paiement de factures, organisation et accompagnement aux rendez-vous médicaux, achats de vêtements, etc...

Ce soutien logistique, certes « déchargé » en soi de la partie aides et soins, ne doit pas être négligé lorsque les bénéficiaires entrent en établissement à séjour continu.

C'est pourquoi la nouvelle enquête de satisfaction, menée fin 2023 – début 2024 inclut non seulement la personne dépendante, mais également leur personne de référence/ancien aidant à domicile dans la grande majorité des cas.²⁸ Les résultats de cette enquête ont été publiés sur le site de l'AEC et du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale début juin 2024.

²⁷ <https://aec.gouvernement.lu/fr/docetchiffres/enquetessatisfaction/enquetessatisfactiondom2022.html>

²⁸ <https://aec.gouvernement.lu/fr/actualites/toutesactualites/2023/septembre2023/enquete-satisfaction-esc2023.html>

V. Conclusion partie « Suivi dans les aides et soins »

Cette partie consacrée au suivi de la qualité dans les aides et soins a permis de montrer l'engagement tant de l'UQC que des prestataires.

Concernant le suivi de l'indicateur « escarres », les prestataires savent identifier les escarres dans leur population prise en charge, et les classer selon les attentes, c.-à-d. par stade et par provenance.

Comme pour les recensements précédents, la majorité des escarres observées (> 70%) est constituée d'escarres de type 1 et 2. Contrairement aux hypothèses émises, les escarres se développent davantage lorsque le prestataire intervient déjà dans les structures de type établissement (ESC et ESI), mais représente pour moitié une part acquise ou « ramenée », et donc non liées à la prise en charge pour les escarres recensées par le RAS. C'est un constat qui a évolué au fil des recensements et il conviendra de voir si cette tendance s'installe ou évolue à domicile avec les prochains recensements prévus.

Concernant le suivi de l'indicateur « chutes »: la prévalence des chutes est la plus élevée en MDS et CIPA et est quasi identique pour ces deux types de structure. Le nombre moyen de chutes le plus faible se retrouve parmi les ESI suivi par celui des RAS. Pour ce qui est du pourcentage des personnes ayant fait au moins une chute parmi toutes les personnes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins pendant l'année considérée, les résultats des recensements montrent que dans les ESC, la moitié des personnes prises en charge ont fait au moins une chute et cela représente un tiers dans les ESI et RAS.

Concernant le recensement national de ces deux indicateurs, il est important de noter qu'il n'y a quasiment plus aucune erreur ni difficulté dans les données fournies, avec un respect à plus de 98% du délai requis pour transmettre les données, traduisant le fait que ces recensements font désormais partie des pratiques des prestataires.

Deux recensements liés aux escarres sont prévus chaque année. C'est la première fois que pour ce rapport biennal que deux recensements ont eu lieu aux mêmes périodes, sur 2 années successives. Le recensement des données permettant le suivi de l'indicateur « chutes » est toujours réalisé au premier trimestre de l'année suivante pour les chutes de l'année passée. Ainsi, l'AEC dispose d'un set de données plus large afin d'aborder davantage en profondeur certains des sujets.

Concernant les résultats des données collectées lors des contrôles de documentation, plusieurs remarques sont à faire. Par rapport à la douleur, les résultats des contrôles, mais aussi les discussions qui ont eu lieu lors des contrôles montrent que des actions d'amélioration doivent être conduites par les prestataires, soutenues par le groupe de travail et l'échange avec l'AEC mais aussi en incluant d'autres acteurs de la santé pour faire le lien avec les différents facteurs permettant une meilleure identification, mais aussi un meilleur suivi de ces douleurs tant chroniques que liées à des événements spécifiques.

Alors que le suivi poids au moins une fois par mois n'était pas une réalité avant la réforme de 2018 chez toutes les personnes dépendantes, il est aujourd'hui acquis que cela fait partie des pratiques intégrées en établissement. Le suivi à domicile est plus problématique, avec des disparités entre RAS, certains arrivant à respecter une régularité et d'autres non. Si des difficultés liées à des pèse-personnes pour patients alités ou présentant une obésité morbide peuvent exister, il est difficile à comprendre qu'il n'y ait pas de pèse-personnes en foyer de jour.

Le document « Réflexions du groupe de travail AEC - COPAS liées au suivi de l'indicateur national Poids Version 2023 » a été publié pour justement aider les professionnels à s'interroger sur leurs pratiques, à adopter certains réflexes.

Les constats réalisés lors des 134 visites de contrôles de 2021 à 2023 sont importants pour le prestataire qui, lors de cette journée de contrôle, fait également le constat de l'état de sa documentation et de l'appropriation de celle-ci par ses collaborateurs. Les contrôles de documentation sont donc l'opportunité de développer en interne un plan d'actions, dont les résultats

pourront être observés et discutés lors des contrôles suivants par l'Unité qualité et contrôle.

Forte de l'expérience acquise, l'AEC propose des évolutions pour les indicateurs qualité contenus dans le RGD du 13.12.2017 qui seront développées, discutées avec les prestataires pour non seulement homogénéiser des bonnes pratiques déjà en cours chez certains d'entre eux, mais aussi pour soutenir des prestataires qui ont encore des améliorations à faire.

La partie consacrée à la politique de réévaluation montre comment l'AEC a mis en œuvre les objectifs ambitieux définis dans le cadre de la réforme. En générant elle-même de nombreuses réévaluations, l'AEC garde à jour les synthèses existantes. Ceci a permis, à ce jour, d'avoir près de 70% des synthèses de prise en charge à domicile ne présentant pas une ancienneté de plus de 3 ans et aucune en ESC. Il convient de noter que si la personne dépendante entre en établissement, une réévaluation sera demandée dans les 6 mois de son admission. Cela est une réalité (99,2%) et permet l'actualisation des synthèses de prise en charge lors du passage du domicile vers un établissement à séjour continu. Cela oblige à une anamnèse complète, renforçant la qualité de la documentation de soins, pour laquelle un effort important doit être fourni dans les premiers mois de prise en charge.

Enfin, la dernière partie liée au suivi de la qualité dans les aides et soins met en valeur les efforts mis en œuvre pour connaître, suivre et accompagner l'aidant par les référents de l'AEC, attentifs à son rôle dans la prise en charge de la personne dépendante et à l'importance de le soutenir dans son implication. Le projet pilote « Formation à l'aidant » commencé en avril 2023, qui vise à attribuer cet acte à tous les aidants qui interviennent sans l'aide d'un réseau, participera à voir s'il convient de faire évoluer certaines prestations déjà disponibles dans le référentiel des aides et soins.

Grâce au volume des données collectées lors des évaluations conduites au domicile de la personne dépendante, l'AEC dispose de données participant à la bonne connaissance du profil des aidants.

Fortement genré (73% de femmes et 27% d'hommes en moyenne), plutôt jeune (55% d'entre eux ont moins de 60 ans), vivant majoritairement dans le même ménage que la personne dépendante (7 aidants sur 10), intervenant à plus de 80% de façon quotidienne (une à plusieurs fois par jour), l'aidant est le partenaire incontournable sans lequel la personne dépendante ne pourrait pas envisager une vie à domicile et il est soutenu dans la majorité des cas par un réseau d'aides et de soins. Il convient alors de le soutenir en lui proposant de l'aide sous différentes formes, grâce aux prestations de l'assurance dépendance, mais aussi en s'appuyant sur toutes les initiatives qui sont mises en place au sein du secteur et au-delà.

Les résultats de l'enquête de satisfaction qui a été menée à domicile, ainsi que ceux de l'enquête menée en établissement, permettent d'amener d'autres informations qui démontrent que, si l'assurance dépendance soutient par certaines de ses prestations l'investissement de l'aidant, il n'en reste pas moins que l'implication et l'investissement des aidants dépasse largement le domaine des aides et soins.

LE SUIVI EN MATIERES D'AIDES TECHNIQUES

B. LE SUIVI EN MATIERES D'AIDES TECHNIQUES

I. INTRODUCTION

Les missions de contrôle de l'AEC dans le domaine des aides techniques ont été précisées dans l'article 5, alinéa 3 du « Règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance; 3. les modalités et les limites de la prise en charge par l'assurance dépendance des aides techniques pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs » qui dispose que : « L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance vérifie les engagements pris par les fournisseurs dans les contrats qu'ils concluent avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. Elle communique à cet organisme tout écart injustifié qu'elle constate entre les engagements pris et les aides techniques fournies. »

Pour ce faire, l'AEC fera la distinction entre les aides techniques standards et les aides techniques non-standards :

- Les aides techniques standards sont des aides techniques qui assurent l'équipement de base des bénéficiaires et qui sont prises en charge en volumétrie importante par l'assurance dépendance. Si individuellement, elles représentent un coût moindre, leur présence dans de nombreux foyers influence la vie de beaucoup de bénéficiaires. Ces aides techniques sont mises à disposition par le Service moyens accessoires (SMA), fournisseur spécialisé tel que défini à l'article 394 du CSS et principal fournisseur d'aides techniques. En effet, l'article 5 alinéa 1 du Règlement grand-ducal des aides techniques détermine que: « Les aides techniques sont mises à disposition des bénéficiaires exclusivement par les fournisseurs liés à l'organisme gestionnaire sur base de l'article 394 du Code de la sécurité sociale. »
- Les aides techniques non-standards sont des aides techniques plus particulières, qui sont acquises par l'AEC auprès des fournisseurs autres que le SMA lorsque les aides techniques standards ne parviennent pas à couvrir les besoins du bénéficiaire. L'article 5, alinéa 2 du CSS détermine que : « Les aides techniques ne pouvant être fournies par les fournisseurs visés à l'article 394 du Code de la sécurité sociale sont prises en charge sur base d'un contrat de gré à gré conclu par l'organisme gestionnaire sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. »

Pour contrôler la qualité des aides techniques fournies dans le cadre de l'assurance dépendance et le respect des engagements pris par les fournisseurs, l'AEC a mis en place différents moyens de suivi. Cette partie du rapport biennal présentera les résultats des différents suivis qui ont été établis.

Suivi des aides techniques fournies

Sur base d'un système d'exploitation des données des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance, l'AEC examine le nombre et les types d'aides techniques fournies. Ce suivi permet d'avoir une vue d'ensemble des aides techniques qui sont au service des bénéficiaires et d'orienter les actions en matière d'assurance qualité à mettre en œuvre par l'AEC.

Une analyse portant sur l'évolution des aides techniques fournies et les délais observés pour leur mise à disposition sera présentée, tant pour les aides techniques standards que non-standards.

Suivis spécifiques

Pour certains types d'aides techniques non-standards, il s'est avéré qu'un suivi spécifique et une collaboration renforcée avec les fournisseurs étaient nécessaires afin d'assurer la qualité de leur prise en charge. Un suivi spécifique a été mis en œuvre par l'AEC pour les élévateurs d'escaliers et les coques et corsets-sièges.

- Les élévateurs d'escaliers constituent le poste le plus cher des dépenses pour aides techniques non-standards prises en charge par l'assurance dépendance. L'installation d'un élévateur d'escalier est complexe étant donné qu'elle doit répondre aux besoins spécifiques du bénéficiaire, mais qu'elle dépend également des contraintes techniques et architecturales du logement. De plus, les exigences définies dans les prescriptions de sécurité types de l'Inspection du travail et des mines doivent être respectées et une réception technique par un organisme de contrôle agréé doit avoir lieu.
- Les coques et corsets-sièges sont des aides techniques non-standards très particulières, dans la mesure où elles sont confectionnées sur mesure par des fournisseurs spécialisés. La gestion de ces demandes est exigeante, vu que les attentes des différents intervenants (le médecin prescripteur, le bénéficiaire et ses proches, les thérapeutes traitants) ne sont pas toujours faciles à concilier.

Les moyens de suivis spécifiques établis par l'AEC seront présentés.

Enquêtes de satisfaction

Le recueil de la satisfaction et de l'expérience du bénéficiaire permet d'évaluer dans quelle mesure les aides techniques répondent aux attentes, aux capacités et aux besoins de la personne et de son entourage. Les retours reçus permettent de s'interroger sur les pratiques en cours et de faire évoluer, en conséquence, les démarches et les moyens mis en œuvre. Pour la période considérée, deux enquêtes ont été réalisées:

- En matière d'aides techniques standards, l'enquête de satisfaction a porté sur les matelas alternant. L'enquête est particulière dans la mesure où, pour la première fois, l'avis des professionnels des réseaux d'aides et de soins a également été demandé.
- En matière d'aides techniques non-standards, l'enquête de satisfaction a porté sur les aides visuelles complexes. Une partie du suivi spécifique des élévateurs d'escaliers aborde également la satisfaction du bénéficiaire.

Les résultats des enquêtes seront présentés dans cette partie du rapport biennal.

II. SUIVI DES AIDES TECHNIQUES FOURNIES

Note méthodologique

Au cours des années 2022 et 2023, l'AEC s'est investie intensément dans le développement et la consolidation de son système d'exploitation des données des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance. Partant, plusieurs changements méthodologiques ont été apportés comparativement aux deux premiers rapports biennaux.

- Le rapport biennal de 2024 porte sur toutes les aides techniques mises à disposition au cours de l'année concernée, peu importe si la commande a eu lieu au cours de cette même année ou au cours de l'année précédente. Les analyses des rapports biennaux précédents portaient uniquement sur les aides techniques commandées et livrées au cours d'une même année.
- Alors que les premiers rapports biennaux faisaient la différence entre les aides techniques mises à disposition par le Service moyens accessoires (SMA) et celles fournies par les autres fournisseurs, les analyses du rapport biennal de 2024 feront la différence entre les aides techniques standards et les aides techniques non-standards.
- Les deux premiers rapports biennaux ne comportaient que les analyses relatives aux aides techniques livrées au bénéficiaire. Or, une grande partie des aides techniques standards, facilement transportables et ne nécessitant pas d'installation au lieu d'utilisation, sont à enlever par le bénéficiaire ou ses proches auprès du SMA. Les aides techniques standards à enlever auprès du SMA ont donc été incluses dans les analyses du rapport biennal de 2024, afin de témoigner de la volumétrie réelle de la prise en charge d'aides techniques par l'assurance dépendance.
- Les délais pour la mise à disposition des aides techniques sont calculés et exprimés en jours calendaires alors qu'ils étaient calculés et exprimés en jours ouvrables dans les rapports biennaux précédents.

1. Les aides techniques standards

Les aides techniques standards sont des aides techniques qui assurent l'équipement de base des bénéficiaires et qui sont fournies en volumétrie importante par le SMA. Des modèles universels, pouvant répondre aux besoins de la très grande majorité des bénéficiaires, ont été recherchés en collaboration par le SMA et l'AEC. Des aides techniques standards pour personnes avec surcharge pondérale importante (130 kg à 160 kg) peuvent également être fournies par le SMA.

Entre 2021 et 2023, on relève une augmentation conséquente du nombre d'aides techniques standards fournies. Ainsi, en 2023, 15.219 aides techniques standards ont été mises à disposition par le SMA, soit en moyenne plus de 1.268 par mois.

Année	2021	2022	2023
Nombre de mises à disposition	13735	14683	15219
Variation en %		6,9%	3,7%

Tableau 22 : Mises à disposition d'aides techniques standards - Tableau comparatif 2021 -2023

1.1 Les aides techniques standards à livrer

Seules les aides techniques standards encombrantes ou nécessitant une installation au lieu d'utilisation sont livrées au bénéficiaire par le SMA. En 2023, 6.181 aides techniques standards ont été livrées aux bénéficiaires (40,6% du total des mises à disposition d'aides techniques standards). La quantité d'aides techniques standards livrées reste stable sur la période analysée.

Année	2021	2022	2023
Nombre d'aides techniques standards à livrer	6043	6303	6181
Variation en %		4,3%	-1,9%

Tableau 23 : Mises à disposition d'aides techniques standards à livrer - Tableau comparatif 2021 -2023

Le top 10 des aides techniques standards à livrer ne change que peu entre 2021 et 2023. Les livraisons les plus fréquentes concernent les lits médicalisés, avec 1.102 livraisons en 2023. Le top 10 des aides techniques standards livrées constitue 78% des livraisons.

Type d'aide technique standard à livrer	2021	2022	2023
Lits avec réglage motorisé	1004	1090	1102
Surélévateurs de WC avec fixations intégrées (non démontable)	561	793	727
Chaises percées avec roues	613	634	668
Fauteuils roulants de positionnement	478	459	466
Matelas alternating	443	448	459
Sièges de bain électriques	382	407	414
Disques de transfert tournant et glissant pour sièges de bains	323	354	374
Sièges de WC	325	331	326
Barres d'appui fixes	250	230	147
Lève-personnes passifs	139	144	139

Tableau 24 : Top 10 des aides techniques standards à livrer – Tableau comparatif 2021-2023

L'augmentation importante du nombre de mises à disposition de surélévateurs de WC avec fixations intégrées émane d'une modification des critères de détermination de l'AEC. De fait, suite à la survenue de chutes de bénéficiaires avec les surélévateurs de WC simplement posés sur la cuve de WC, l'AEC a décidé de prioriser les surélévateurs de WC avec fixations intégrées (vissés). En collaboration avec le SMA, un modèle universel de surélévateur de WC avec fixations intégrées a été recherché, pouvant convenir aussi aux formes de WC plus récentes. Un surélévateur de WC séparé ne peut être accordé que très exceptionnellement, si l'installation d'un surélévateur de WC avec fixations intégrées n'est pas possible pour des raisons techniques et s'il n'y a pas de risque de chutes du bénéficiaire.

Types de surélévateurs de WC	2021	2022	2023
Surélévateurs avec fixations intégrées (non démontable)	561	793	727
Surélévateurs de WC (séparés)	241	127	51

Tableau 25 : Types de surélévateurs de WC livrés par le SMA – Tableau comparatif 2021-2023

L'action d'amélioration de la qualité, menée conjointement par l'AEC et le SMA, afin d'assurer la sécurité des bénéficiaires, a porté fruits et en 2023, seuls 51 surélévateurs de WC séparés ont été fournis.

En ce qui concerne les délais pour la mise à disposition des aides techniques standards, il y a lieu de relever qu'ils dépendent, entre autres, des procédés pour l'acquisition de l'aide technique en question par le SMA.

En effet, malgré le système de location et de récupération d'aides techniques en place, le SMA ne dispose pas toujours de l'aide technique demandée par l'AEC et doit régulièrement reconstituer son stock. Les aides techniques standards mises à disposition en grande volumétrie par le SMA sont acquises sur base de contrats-cadres annuels avec différents fournisseurs et peuvent en principe être livrées rapidement.

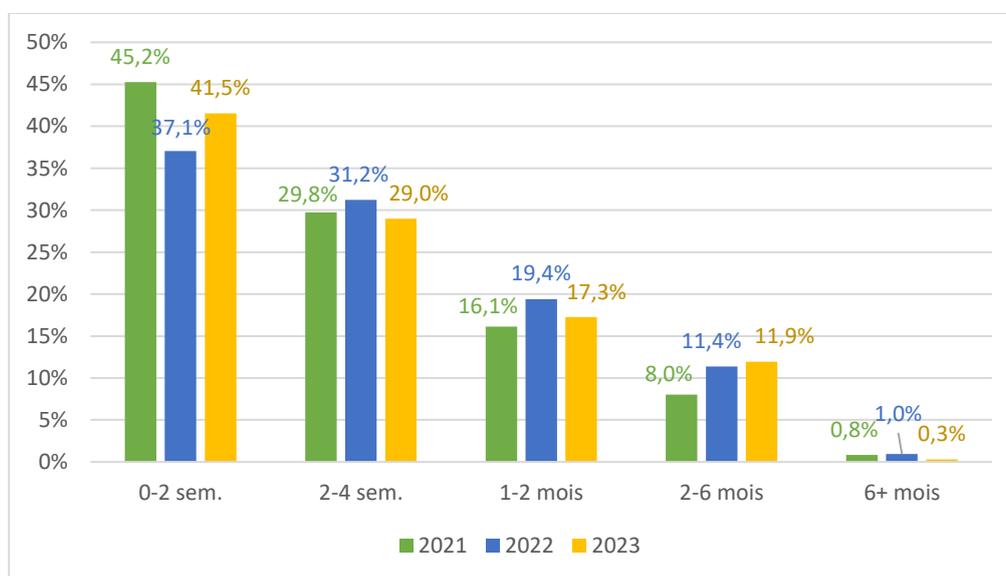
Cependant, les difficultés d’approvisionnement au niveau mondial de différents produits manufacturés et des pièces de rechange ont eu comme conséquence que les fournisseurs n’ont pas pu respecter les délais de livraison pour lesquels ils s’étaient engagés dans les contrats-cadres conclus avec le SMA. Pour certains produits, des alternatives ont dû être trouvées afin de pouvoir fournir une solution aux bénéficiaires.

En 2023, le délai moyen pour la livraison des aides techniques standards a été de 28,9 jours.

Aides techniques standards à livrer	2021	2022	2023
Délai de livraison moyen (jours calendaires)	26,6	31,4	28,9

Tableau 26 : Délai de livraison moyen des aides techniques standards à livrer – Tableau comparatif 2021-2023

Pour la période analysée, nous constatons que le délai de livraison moyen est le plus court en 2021, se détériore significativement en 2022, puis s’améliore à nouveau en 2023 sans atteindre les valeurs de 2021.



Graphique 51 : Délais de livraison des aides techniques standards à livrer - Evolution 2021-2023

En 2023, 41,5% des aides techniques standards à livrer ont été fournies endéans 2 semaines par le SMA, 29% endéans 2 à 4 semaines et 17,3% endéans 2 mois. Il y a lieu de relever qu’en cas d’urgence, qui se limite aux situations de fin de vie ou d’un grand risque d’escarres, le SMA s’engage à livrer l’aide technique dans les 48 heures.

Délais de livraison moyens (jours calendaires)	2021	2022	2023
Lits avec réglage motorisé	18,3	24,2	19,6
Surélévateurs avec fixations intégrées (non démontable)	22,4	29,0	26,9
Chaises percées avec roues	15,8	20,8	22,6
Fauteuils roulants de positionnement	19,2	24,3	20,4
Matelas alternant	15,3	20,3	20,0
Sièges de bain électriques	26,9	33,5	31,5
Disques de transfert tournant et glissant pour sièges de baignoires	25,7	33,1	29,3
Sièges de WC	24,3	29,2	31,2
Barres d'appui fixes	85,2	46,0	38,6
Lève-personnes passifs	21,1	29,3	33,6

Tableau 27 : Délais de livraison moyens pour le top 10 des aides techniques standards à livrer – Tableau comparatif 2021-2023

Les délais de livraison moyens les plus courts sont observés pour les aides techniques standards de première nécessité, permettant entre autre un retour à domicile suite à une hospitalisation, tels les lits avec réglage motorisé, les matelas alternant, les fauteuils roulants de positionnement et les chaises-percées.

L'augmentation significative du délai de livraison moyen des lève-personnes passifs s'explique par une modification dans la démarche pour la prise en charge des lève-personnes. Comme expliqué dans le rapport biennal de 2022, une enquête de satisfaction menée auprès des bénéficiaires d'un lève-personnes avait témoigné d'insécurité dans la manipulation des lève-personnes par les aidants non-professionnels. Depuis lors, si tout ou partie des transferts d'une personne avec un lève-personnes sont réalisés par un aidant non-professionnel, une initiation de la personne aidante doit avoir lieu au SMA. Si l'initiation de la personne aidante est concluante, un essai du lève-personnes sera réalisé au domicile du bénéficiaire en présence de l'AEC. Cette mise en situation permet d'évaluer l'aptitude de la personne aidante à installer la personne dépendante correctement et à manipuler le lève-personnes en toute sécurité.

Le délai très important (85,2 jours) pour l'installation des barres d'appui fixes constaté en 2021 a nettement pu être amélioré par le SMA, avec 38,6 jours en 2023.

1.2 Les aides techniques standards à enlever auprès du SMA

Les aides techniques standards qui sont transportables en voiture et qui ne nécessitent pas d'installation au lieu d'utilisation ne sont pas livrées par le SMA. Elles sont à enlever auprès du SMA par le bénéficiaire ou ses proches. Ainsi, en 2023, 9.038 aides techniques standards ont été enlevées auprès du SMA (59,4% du total des mises à disposition d'aides techniques standards). Le nombre d'aides techniques standards enlevées auprès du SMA augmente sur la période analysée.

Année	2021	2022	2023
Nombre d'aides techniques standards à enlever auprès du SMA	7692	8380	9038
Variation en %		8,9%	7,9%

Tableau 28 : Mises à disposition d'aides techniques standards à enlever auprès du SMA - Tableau comparatif 2021-2023

Il y a lieu de relever la volumétrie très importante des cadres de marche à 4 roues, des fauteuils roulants de base pliables, des coussins anti-escarres pneumatiques et des chaises de douche, qui ont constitué ensemble 83,4% des aides techniques enlevées auprès du SMA en 2023.

Type d'aide technique standard à enlever auprès du SMA	2021	2022	2023
Cadres de marche à 4 roues	2197	2433	2555
Fauteuils roulants de base pliables	1984	2044	2108
Coussins anti-escarres pneumatiques	1661	1699	1866
Chaises de douche	845	945	1005
Couverts	145	129	181
Escabeaux	91	115	144
Pincés de préhension manuelles	79	105	148
Cadres de marche - aide de marche sans roues et sans autre support que les poignées	52	76	71
Cannes de marche comprenant les cannes de marche blanches	101	86	120
Barres d'appui / dossier montés sur WC	28	64	91

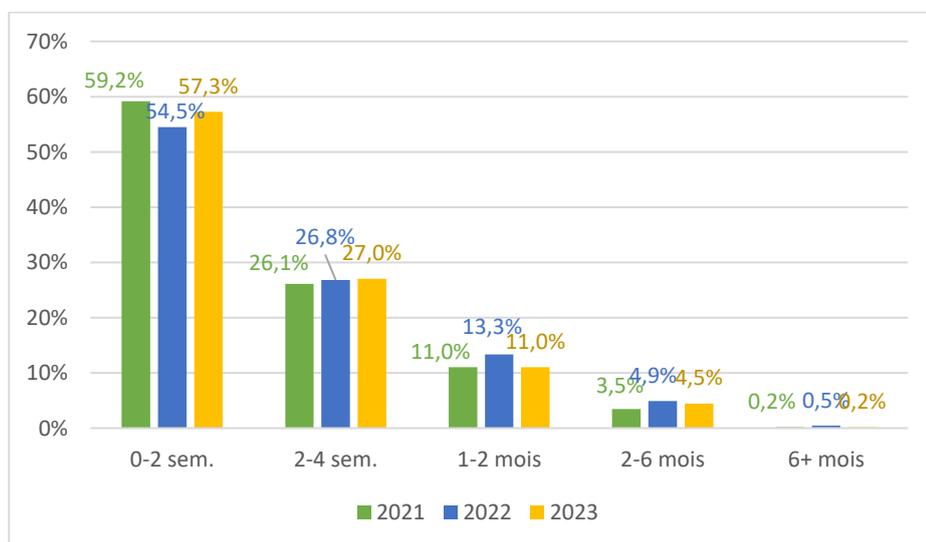
Tableau 29 : Top 10 des aides techniques standards à enlever auprès du SMA – Tableau comparatif 2021-2023

Le délai pour la mise à disposition des aides techniques standards à enlever auprès du SMA est tributaire en grande partie de la réactivité du bénéficiaire et de son entourage. Le délai de mise à disposition moyen a peu varié sur la période analysée et a été de 18,9 jours en 2023.

Aides techniques standards à enlever auprès du SMA	2021	2022	2023
Délai de mise à disposition moyen (jours calendaires)	18,1	21,2	18,9

Tableau 30 : Délai de mise à disposition moyen des aides techniques standards à enlever auprès du SMA – Tableau comparatif 2021-2023

Le délai de mise à disposition des aides techniques standards à enlever auprès du SMA par le bénéficiaire ou ses proches est nettement plus court que celui des aides techniques standards qui sont à livrer par le SMA (moins 10 jours).



Graphique 52 : Délais de mise à disposition des aides techniques standards à enlever auprès du SMA - Evolution 2021-2023

En 2023, 57,3% des aides techniques standards ont été enlevées endéans 2 semaines au SMA par le bénéficiaire ou ses proches, 27% endéans 2 à 4 semaines et 11% endéans 2 mois.

Délais de mise à disposition moyens (jours calendaires)	2021	2022	2023
Cadres de marche à 4 roues	16,5	17,6	15,8
Fauteuils roulants de base pliables	18,1	20,6	18,1
Coussins anti-escarres pneumatiques	17,4	20,6	18,2
Chaises de douche	20,0	26,0	23,3
Couverts	25,0	27,5	34,3
Escabeaux	25,2	33,1	22,7
Pinces de préhension manuelles	17,2	26,4	25,3
Cadres de marche - aide de marche sans roues et sans autre support que les poignées	10,6	15,8	12,9
Cannes de marche comprenant les cannes de marche blanches	23,3	24,3	19,4
Barres d'appui / dossier montés sur WC	39,4	23,4	27,3

Tableau 31 : Délais de mise à disposition moyens pour le top 10 des aides techniques standards à enlever auprès du SMA – Tableau comparatif 2021-2023

Les délais les plus courts pour la mise à disposition sont observés pour les cadres de marche avec et sans roues et les fauteuils roulants de base pliables avec leurs coussins anti-escarres.

2. Les aides techniques non-standards

Les aides techniques non-standards sont des aides techniques plus particulières, qui sont généralement acquises par l'AEC auprès de fournisseurs autres que le SMA, lorsque les aides techniques standards ne parviennent pas à couvrir les besoins du bénéficiaire.

À la différence des aides techniques standards, la quantité d'aides techniques non-standards fournies entre 2021 et 2023 n'augmente pas. Ainsi, 1.899 aides techniques non-standards ont été fournies en 2023 par 112 fournisseurs différents. On distingue trois grands fournisseurs, qui ont assuré 58,7% des mises à disposition d'aides techniques non-standards. La très grande majorité des fournisseurs, soit 107, ont été des fournisseurs luxembourgeois, suivis de trois fournisseurs belges, un fournisseur français et un fournisseur allemand.

Les aides techniques non-standards constituent 11,1% du total des aides techniques mises à disposition par l'assurance dépendance en 2023.

Aides techniques non-standards mises à disposition	2021	2022	2023
Nombre de mises à disposition	1923	1760	1899
Variation en %		-8,5%	7,9%

Tableau 32 : Mises à disposition d'aides techniques non-standards - Tableau comparatif 2021 -2023

Les aides techniques non-standards les plus fréquemment mises à disposition sont les élévateurs d'escaliers et une attention particulière est accordée par l'AEC au suivi de ces installations²⁹. Le nombre d'élévateurs d'escaliers installés en 2023 est moins élevé qu'au cours des deux années précédentes et se rapproche du niveau de prise en charge des années 2019 et 2020 (377 installations).

En ce qui concerne les adaptations de voiture, le nombre de prises en charge de 2023 est nettement moins élevé qu'en 2021, surtout en ce qui concerne les adaptations qui assurent l'accès à la voiture et l'installation du bénéficiaire. Les facteurs pouvant influencer le nombre de demandes pour adaptations de voiture sont le délai de renouvellement de 5 ans prévu dans le règlement grand-ducal des aides techniques, ainsi que le pouvoir d'achat de l'assuré pour acheter une nouvelle voiture.

²⁹ Voir également le chapitre « Suivis spécifiques » pages 107-110

Type d'aide technique hors-standard	2021	2022	2023
Elévateurs d'escaliers avec rails au sol	438	403	350
Aides visuelles complexes (regroupées)	191	173	211
Accès à la voiture et installations (regroupés)	159	82	78
Coques sur mesure et corsets/sièges (regroupés)	91	75	84
Fauteuils roulants actifs pliables et à cadre fixe (regroupés)	87	58	66
Adaptations du poste de conduite (regroupées)	66	55	54
Appareils de communication (regroupés)	33	42	52
Fauteuils roulants électriques d'extérieur (non pliables)	60	51	48

Tableau 33 : Aides techniques non-standards principales – Tableau comparatif 2021-2023

Le seul type d'aide technique non-standard dont la mise à disposition a augmenté continuellement depuis 2021 sont les appareils de communication. Ces aides techniques remplacent ou complètent la parole naturelle et permettent aux personnes ayant des troubles de la communication d'avoir néanmoins accès à une forme d'expression. La population-cible comprend aussi bien des enfants que des adultes. En 2021, l'AEC a établi un guide spécifique dédié aux caractéristiques et potentiels des différents types d'aides à la communication, afin de sensibiliser les référents par rapport à ce besoin spécifique et de leur permettre d'identifier le requis pour une aide à la communication lors de l'évaluation.

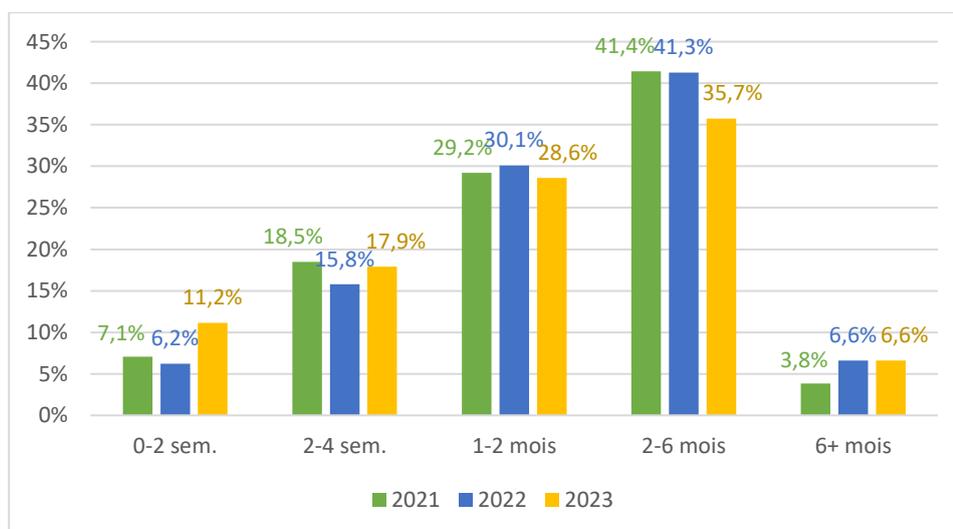
Les délais de livraison des aides techniques non-standards, qui sont spécifiquement adaptées aux besoins du bénéficiaire et acquises auprès des fournisseurs autres que le SMA, sont plus élevés que ceux des aides techniques standards.

En 2023, le délai moyen pour la livraison des aides techniques non-standards a été de 74,8 jours.

Aides techniques non-standards	2021	2022	2023
Délai de livraison moyen (jours calendaires)	69,4	77,3	74,8

Tableau 34 : Délai de livraison moyen des aides techniques non-standards – Tableau comparatif 2021-2023

De même que pour les aides techniques standards, nous constatons que le délai de livraison moyen est le plus court en 2021, se détériore significativement en 2022, puis s'améliore à nouveau en 2023, sans atteindre les valeurs de 2021.



Graphique 53 : Délais de livraison des aides techniques non-standards - Evolution 2021-2023

En 2023, on peut relever une hausse de la part d'aides techniques non-standards livrées très rapidement endéans deux semaines (11,2%). Pour 35,7% des aides techniques non-standards, le délai de livraison a été plus long que deux mois, dépassant pour 6,6% les six mois pour la livraison (inchangé par rapport à 2022).

Délais de livraison moyen (jours calendaires)	2021	2022	2023
Elévateurs d'escaliers avec rails au sol	65,8	79,3	81,1
Aides visuelles complexes	43,0	37,5	31,2
Accès à la voiture et installations	84,2	136,0	116,8
Coques sur mesure et corsets/sièges	109,5	102,5	93,3
Fauteuils roulants actifs pliables et à cadre fixe	87,0	122,7	115,2
Adaptations du poste de conduite	55,2	89,9	41,9
Appareils de communication	39,4	39,2	85,2
Fauteuils roulants électriques d'extérieur (non pliables)	82,3	100,0	79,9

Tableau 35 : Délais de livraison moyens pour les aides techniques non-standards principales – Tableau comparatif 2021-2023

Le délai de livraison moyen le plus court est observé en 2023 pour les aides visuelles complexes (livraison endéans 4 semaines), suivi des adaptations du poste de conduite (livraison endéans 6 semaines). On relève une hausse très importante du délai pour la fourniture des appareils de communication, qu'il s'agira de suivre de plus près avec les fournisseurs en 2024. Le délai de livraison moyen pour les fauteuils roulants actifs s'est amélioré par rapport à 2022, mais il reste néanmoins très élevé (livraison après plus de 4 mois).

3. Conclusions

La quantité d'aides techniques mises à disposition des bénéficiaires s'accroît sur la période analysée. Cette hausse est due à l'évolution du nombre d'aides techniques standards, qui constituent 88,9% des aides techniques mises à disposition par l'assurance dépendance en 2023. Les aides techniques standards conviennent à la très grande majorité des bénéficiaires et assurent l'équipement de base de la personne. Elles sont fournies par le Service moyens accessoires (SMA). Les livraisons d'aides techniques standards par le SMA ne varient que peu entre 2021 et 2023, par contre le nombre d'aides techniques standards enlevées auprès du SMA par le bénéficiaire ou ses proches est en augmentation.

Les aides techniques non-standards sont des aides techniques plus particulières, acquises par l'AEC auprès de fournisseurs autres que le SMA pour répondre à des besoins spécifiques d'une partie des bénéficiaires. À la différence des aides techniques standards, la quantité d'aides techniques non-standards fournies entre 2021 et 2023 n'augmente pas.

Mises à disposition d'aides techniques	2021	2022	2023
Total aides techniques standards et non-standards	15658	16443	17118
Aides techniques standards	13735	14683	15219
Aides techniques non-standards	1923	1760	1899

Tableau 36 : Mises à disposition d'aides techniques – Tableau comparatif 2021-2023

Les aides techniques standards les plus fréquemment mises à disposition en 2023 sont les cadres de marche à 4 roues (2.555 mises à disposition), suivis des fauteuils roulants de base pliables (2.108 mises à disposition). Ces aides au déplacement de la personne font partie du matériel qui est à enlever auprès du SMA par le bénéficiaire ou ses proches. Parmi les aides techniques qui sont livrées à domicile par le SMA, les lits avec réglage motorisé sont les plus fréquents (1.102 mises à disposition).

Les aides techniques non-standards les plus fréquentes en 2023 sont les élévateurs d'escaliers (350 mises à disposition), suivis des aides visuelles complexes (211 mises à disposition). La qualité de ces deux types d'aides techniques a été analysée plus particulièrement par l'AEC par le biais d'un suivi spécifique établi pour les élévateurs d'escaliers et la réalisation d'une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires d'une aide visuelle complexe³⁰.

Le délai de livraison moyen des aides techniques standards et non-standards évolue de la même manière sur la période analysée : il est le plus court en 2021, se détériore significativement en 2022, puis s'améliore à nouveau en 2023, sans atteindre les valeurs de 2021.

70% des aides techniques standards à livrer sont fournies endéans un mois par le SMA. Les délais de livraison moyens les plus courts sont observés pour les aides techniques standards de première nécessité (lits avec réglage motorisé, les matelas alternating, les fauteuils roulants de positionnement et les chaises-percées).

Le délai pour la mise à disposition des aides techniques standards qui sont à enlever auprès du SMA dépend en majeure partie de la disponibilité du bénéficiaire de ses proches. Il est nettement plus court que le délai de mise à disposition des aides techniques standards qui sont à livrer par le SMA (moins 10 jours) et varie très peu sur la période analysée.

Les délais de livraison des aides techniques non-standards sont plus élevés que ceux des aides techniques standards. Toutefois, on peut relever une hausse de la part d'aides techniques non-standards livrées rapidement endéans deux semaines (11,2%) en 2023.

L'AEC n'a malheureusement que peu d'emprise sur les délais de livraison, qui dépendent en grande partie des chaînes d'approvisionnement et de l'évolution globale du marché des aides techniques. Le suivi des délais s'impose néanmoins afin de détecter les produits avec des délais de livraison très élevés et de rechercher, le cas échéant, des solutions alternatives pour les bénéficiaires.

L'analyse des données de 2021 à 2023 confirme que les aides techniques standards mises à disposition par le SMA constituent la majeure part des aides techniques fournies dans le cadre de l'assurance dépendance. Avec son rôle central, la qualité des prestations du SMA est d'une très grande importance et influence la satisfaction de nombreux bénéficiaires. L'AEC poursuivra sa collaboration avec le SMA afin de préciser les services à fournir aux bénéficiaires et de progresser sur la voie d'amélioration de la qualité engagée.

Par ailleurs, il convient de rappeler qu'il est indispensable que la convention entre le SMA et la CNS soit rapidement actualisée. En effet, cette convention date de 2002 et ne correspond plus ni à la pratique de la mise à disposition des aides techniques telle qu'elle a évolué au cours des 22 dernières années, ni aux modifications réglementaires qui ont eu lieu en 2006, 2018 et 2024.

III. Suivis spécifiques

Pour certains types d'aides techniques non-standards, il s'est avéré qu'un suivi spécifique et une collaboration accrue avec les fournisseurs étaient nécessaires afin d'assurer la qualité de leur prise en charge. Ainsi, les installations d'élévateurs d'escaliers et la confection de coques et corsets-sièges sont monitorées de plus près par l'AEC.

³⁰ Voir chapitre « Suivis spécifiques » pages 107-110 et « Enquête de satisfaction concernant les aides visuelles complexes » pages 117-121

1. Les élévateurs d'escaliers

Les élévateurs d'escaliers font partie des aides techniques non-standard qui peuvent être prises en charge par l'assurance dépendance, afin de permettre à une personne qui a des difficultés pour monter et descendre les escaliers d'accéder à son logement et aux lieux de vie. Ils constituent le poste le plus cher des dépenses pour aides techniques non-standard prises en charge par l'assurance dépendance.

Dans le cadre du suivi spécifique des élévateurs d'escaliers, différents moyens de contrôle ont été déployés par l'AEC :

- Suivi de la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé
- Enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires d'un élévateur d'escalier
- Contrôles aléatoires de la qualité des élévateurs d'escaliers au domicile des bénéficiaires

1.1 Suivi de la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé

Les prescriptions de sécurité types de l'Inspection du travail et des mines (ITM) déterminent que les élévateurs d'escaliers doivent être contrôlés par un organisme de contrôle agréé avant leur mise en service³¹.

Les rapports de la réception technique des élévateurs d'escaliers, émis par les organismes de contrôle agréés, sont transmis par les fournisseurs à l'AEC où ils sont analysés par rapport à la conformité de l'installation et au délai écoulé entre le montage et la réception technique de l'élévateur.

Une première analyse, réalisée par l'AEC en mai 2019, avait permis de conclure que la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé avait été réalisée pour moins d'un quart des installations et que les délais pour cette réception technique étaient très élevés. Or, l'organisation de la réception technique de l'élévateur d'escalier incombe au fournisseur.

Face à ces constats, des entretiens individuels avec les fournisseurs d'élévateurs d'escaliers ont eu lieu en automne 2019 afin de préciser les attentes de l'AEC. Après des premiers résultats très encourageants, la survenue de la pandémie et le confinement au printemps 2020 ont rendu l'organisation de la réception technique des élévateurs d'escaliers très difficile, sans que les fournisseurs en pouvaient être tenus pour responsables.

Avec l'amélioration de la situation sanitaire en été 2021, un retour à la normale s'est imposé et l'AEC a rappelé les obligations à respecter aux fournisseurs d'élévateurs d'escaliers.

Par ailleurs, la procédure pour la prise en charge des élévateurs d'escaliers a été adaptée en automne 2022. Depuis lors, l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance n'accorde plus de versement d'acompte à la commande de l'élévateur d'escalier et le montant intégral de la facture ne peut être versé qu'après l'établissement du certificat de conformité par un organisme de contrôle agréé.

Les mesures prises ont porté leurs fruits et il y a lieu de relever l'évolution très positive du délai pour la réception technique des élévateurs d'escaliers, qui a considérablement diminué sur la période analysée (délai de 19 jours en 2023).

³¹ Article 13.1 des prescriptions de sécurité types ITM –SST 1242.1 pour « Appareils élévateurs à plateforme ou à chaise pour personnes avec marquage CE » : « *L'appareil doit être contrôlé par un organisme de contrôle avant la mise en service (...)* ».

Année	2020	2021	2022	2023
Délai en jours	100	101 (1ier semestre)	24	19
		39 (2ième semestre)		

Tableau 37 : Evolution du délai moyen pour la réalisation de la réception technique de l'élévateur d'escalier après son installation

Rappelons que l'objectif primaire de ce suivi par l'AEC est d'assurer que chaque élévateur d'escalier installé pour le compte de l'assurance dépendance soit réceptionné par un organisme de contrôle agréé dans les meilleurs délais, afin de garantir une utilisation en toute sécurité aux bénéficiaires. De plus, ce suivi garantit l'égalité de traitement des bénéficiaires face au délai d'habitation, qui court à partir de la date d'établissement du certificat de conformité.³²

1.2 Enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires d'un élévateur d'escalier

Afin de connaître la satisfaction et l'expérience de la personne avec l'élévateur d'escalier fourni par l'assurance dépendance, l'AEC a réalisé entre octobre 2020 et octobre 2021 des enquêtes de satisfaction téléphoniques systématiques auprès de tous les bénéficiaires d'un élévateur d'escalier.

Au vu des excellents résultats présentés dans le rapport biennal de 2022, l'AEC a décidé de remplacer les enquêtes de satisfaction systématiques par des enquêtes aléatoires. Ainsi, 91 enquêtes téléphoniques aléatoires ont été réalisées par l'AEC en 2022 et 2023.

1.2.1 Satisfaction du bénéficiaire par rapport au fournisseur de l'élévateur d'escalier

La quasi-totalité des bénéficiaires (98,8%) considèrent que le fournisseur leur a donné toutes les explications nécessaires au sujet de l'utilisation de l'élévateur d'escalier.

98,8% des bénéficiaires ont essayé l'élévateur d'escalier après son montage en présence du fournisseur. Une mise en situation du bénéficiaire est en effet indispensable afin de vérifier la sécurité et la fonctionnalité de l'installation au niveau de l'accès au siège, ainsi que sur l'ensemble du trajet de l'élévateur d'escalier.

³² Art. 12bis du Règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance : « *Le logement équipé d'une plate-forme élévatrice ou d'un élévateur d'escalier, subventionné par l'assurance dépendance, doit être habité par le bénéficiaire pendant au moins douze mois à compter de la date de la réception de l'installation de l'aide technique par un organisme de contrôle agréé. A ce délai s'ajoute un délai d'un mois supplémentaire pour chaque tranche de 350 euros accordée. Tout changement de domicile intervenant endéans ce délai doit être déclaré à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance dans le mois suivant ce changement de domicile.*

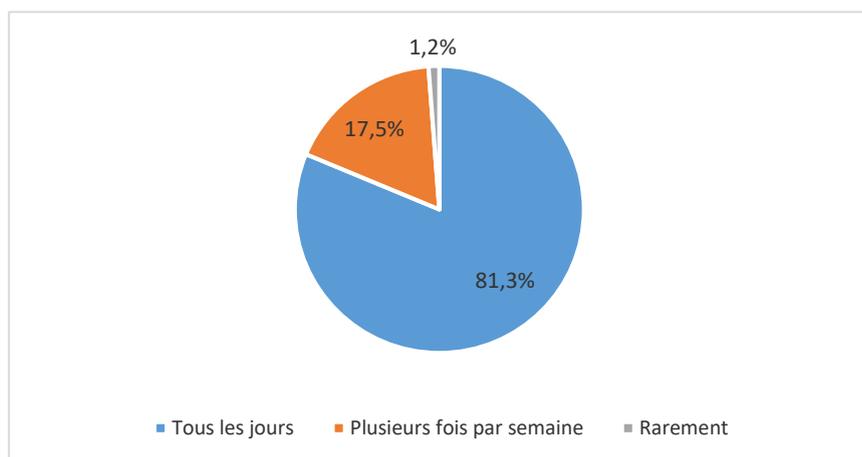
A défaut de respect de ces conditions, le montant pris en charge doit être restitué. A cet effet un montant de 350 euros est mis en compte pour chaque mois de la durée d'habitation qui n'a pas été respectée.

L'organisme gestionnaire peut dispenser de la restitution, si des raisons impérieuses motivent l'abandon du logement équipé d'une plate-forme élévatrice ou d'un élévateur d'escalier, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance entendue en son avis. La restitution n'ouvre pas droit à l'installation d'une nouvelle plate-forme élévatrice ou d'un nouvel élévateur d'escalier avant le délai de renouvellement fixé. »

1.2.2 Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité de l'élèveur d'escalier et à son utilisation

Pratiquement tous les bénéficiaires (98,8%) considèrent que leur élèveur d'escalier est facile, voire très facile à utiliser.

La très grande majorité (81,3%) des personnes contactées pour l'enquête utilisent leur élèveur d'escalier tous les jours. 17,5% s'en servent plusieurs fois par semaine, ce qui peut s'expliquer notamment par les élèveurs d'escaliers donnant accès au logement, utilisés uniquement lors des sorties du bénéficiaire. 1,2% des bénéficiaires n'emploient l'élèveur d'escalier que rarement.



Graphique 54 : Fréquence d'utilisation de l'élèveur d'escalier

Un seul bénéficiaire indique avoir eu des problèmes techniques avec l'élèveur d'escalier depuis son installation et les problèmes rencontrés ont pu être résolus par le fournisseur.

1.3 Conclusions

Les enquêtes de satisfaction aléatoires confirment le niveau de satisfaction très élevé des bénéficiaires d'élèveurs d'escaliers, aussi bien par rapport aux prestations du fournisseur, que par rapport à la qualité de l'élèveur d'escalier et à son utilisation.

Toutefois, les enquêtes de satisfaction ne permettent pas nécessairement de détecter des prestations non-conformes des fournisseurs. De fait, dans le cadre de ses évaluations de l'état de dépendance de la personne à domicile, l'AEC a dû constater à plusieurs reprises que l'installation de l'élèveur d'escalier ne concordait pas avec le devis établi par le fournisseur et validé par l'AEC.

Le niveau de satisfaction élevé des bénéficiaires ne correspond donc pas toujours aux exigences qualité de l'AEC. Pour cette raison, l'AEC a décidé d'ajouter un troisième pilier au suivi des élèveurs d'escaliers, à savoir des contrôles aléatoires de la qualité des élèveurs d'escaliers au domicile des bénéficiaires.

1.4 Contrôles aléatoires de la qualité des élèveurs d'escaliers au domicile des bénéficiaires

En 2023, l'AEC a réalisé 61 visites de contrôle au domicile de bénéficiaires d'un élèveur d'escalier. L'objet des visites de contrôle est essentiellement de vérifier si l'installation est conforme au devis du fournisseur qui a été validé par l'AEC et si l'élèveur d'escalier ne présente pas de problèmes techniques récurrents. Les élèveurs d'escaliers contrôlés par l'AEC ont été choisis aléatoirement parmi les installations de 2022 et 2023, tout en tenant compte des différents fournisseurs et des modèles d'élèveurs d'escaliers pris en charge par l'assurance dépendance.

Dans 15% des contrôles effectués, l'AEC a relevé des non-conformités. Il s'agissait pour la grande part de problèmes techniques rencontrés avec le levier de commande de l'élévateur d'escalier et la motorisation du repose-pied. Un raccord mal-fait entre deux sections de rail, entraînant des nuisances sonores et une usure anormale du rail, a également été décelé par l'AEC.

Par ailleurs, quelques problèmes de configuration du rail qui se répercutent sur la fonctionnalité de l'élévateur d'escalier ont été détectés. Ainsi par exemple, un espace insuffisant ou limite pour le passage de la tête et des genoux du bénéficiaire a été relevé. Une hauteur d'assise non-respectée par le fournisseur complique les transferts sur le siège de l'élévateur pour l'utilisateur. Un bénéficiaire n'a pas souhaité que la modification de porte, nécessaire pour des raisons de sécurité et retenue dans le projet de l'élévateur d'escalier validé par l'AEC, soit réalisée. Un accident conséquent s'est produit par la suite lorsque l'aidant du bénéficiaire a oublié de laisser la porte ouverte et que l'élévateur d'escalier, en montée arrière, a heurté la porte.

Les non-conformités détectées par l'AEC lors des visites de contrôle sont revues avec les fournisseurs. Le but étant bien entendu de trouver une solution pour le bénéficiaire, ce qui n'est pas toujours facile, notamment si le problème rencontré est lié à la configuration du rail.

De façon plus générale, le fait de réaliser des contrôles aléatoires sur site montre aux fournisseurs que la qualité de leur travail importe et peut être remise en cause par l'AEC. Par ailleurs, les constats faits lors des visites de contrôle permettent à l'AEC de connaître les points faibles de certains produits et d'en référer aux fournisseurs. Avec ce moyen de contrôle supplémentaire que sont les visites aléatoires sur site, l'AEC espère encore améliorer la qualité des élévateurs d'escaliers pris en charge par l'assurance dépendance.

2. Les coques et corsets-sièges

Les coques et corsets-sièges sont des aides techniques de positionnement, indiquées en cas de déficiences de la statique et conçues individuellement pour soutenir la personne et lui assurer une position assise correcte.

Alors que ces aides techniques sont requises pour une minorité de bénéficiaires, la gestion de ces demandes s'est avérée complexe pour l'AEC. En effet, ce matériel est confectionné sur mesure par des fournisseurs spécialisés et les exigences des différents intervenants (le médecin prescripteur, le bénéficiaire et ses proches, les thérapeutes traitants) ne sont pas toujours faciles à concilier.

En collaboration avec les fournisseurs, un plan d'action a été développé par l'AEC en 2021, afin d'affiner la démarche pour la prise en charge d'une coque/d'un corset-siège, de préciser les techniques de fabrication propres à chaque fournisseur et de spécifier les prestations à apporter par les fournisseurs. Après une phase de test, la nouvelle démarche pour la prise en charge d'une coque/d'un corset-siège est d'application depuis janvier 2023.

La procédure établie prévoit une entrevue commune avec l'ensemble des parties prenantes, lors de laquelle les caractéristiques pour la confection de la coque/du corset-siège sont déterminées et retenues dans un cahier des charges. Le cahier des charges validé ne peut pas être modifié par la suite sans l'accord de l'AEC.

Par ailleurs, une période d'essai de la coque/du corset-siège dans les différentes situations de vie du bénéficiaire définies dans le cahier des charges, doit être assurée par le fournisseur.

Ensuite, un contrôle de la qualité de l'aide technique confectionnée par le fournisseur est réalisé par l'AEC, lorsque la période d'essai a permis d'aboutir à une coque/un corset-siège qui trouve satisfaction auprès de toutes les parties prenantes. L'AEC vérifie la correspondance des caractéristiques retenues dans le cahier des charges avec la coque/le corset-siège fourni au bénéficiaire. Le cas échéant, des

modifications doivent être apportées par le fournisseur. La finition de la coque/du corset-siège (fabrication des housses ; collage du revêtement mousse du corset-siège) n'a lieu qu'après le contrôle par l'AEC, afin de limiter les travaux supplémentaires et les coûts associés si une modification de la coque/du corset-siège était nécessaire.

En 2023, 84 coques et corsets-sièges ont été confectionnés par 4 fournisseurs spécialisés, dont le fournisseur 1 constitue de loin de fournisseur le plus important, avec plus de la moitié des coques/corsets-sièges fournis.

Fournisseurs	Nombre de coques/corsets-sièges fournis en 2023	en %
Fournisseur 1	48	57,1%
Fournisseur 2	24	28,6%
Fournisseur 3	10	11,9%
Fournisseur 4	2	2,4%

Tableau 38 : Nombre de coques/corsets-sièges confectionnés par fournisseur en 2023

Pour la plupart, la coque/le corset-siège fourni a répondu aux caractéristiques retenues dans le cahier des charges et les modifications à apporter ont été mineures.

Quelques coques ont été livrées avec le revêtement avant leur contrôle par l'AEC. D'après le fournisseur, ces coques ont été confectionnées dans l'urgence afin de pouvoir être livrées avant les vacances scolaires d'été des bénéficiaires.

Un premier bilan de la nouvelle démarche, réalisé en automne 2023 avec les référents spécialisés en la matière de l'AEC, les médecins rééducateurs prescripteurs de coques/corsets-sièges et les fournisseurs, a permis de confirmer que la nouvelle approche est bien accueillie et considérée comme très positive. Quelques précisions ont été apportées au cahier des charges, notamment en ce qui concerne le type de mousse à employer par le fournisseur.

Ce bilan très positif corrobore l'importance de la collaboration avec les fournisseurs et les professionnels de terrain pour améliorer la qualité des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance.

À partir du deuxième semestre 2024, un service supplémentaire viendra renforcer le suivi spécifique des coques et corsets-sièges. Afin d'assurer leur qualité dans le temps, les fournisseurs seront tenus de réaliser annuellement un entretien des coques et corsets-sièges qu'ils ont confectionnés. L'organisation de l'entretien annuel incombe au fournisseur et le suivi sera réalisé par l'AEC, qui devra approuver les devis des travaux à réaliser.

IV. LES ENQUÊTES DE SATISFACTION

1. Enquête de satisfaction concernant les matelas alternating

Les matelas alternating font partie des aides techniques standards qui sont prises en charge en grande volumétrie par l'assurance dépendance. Ce type de matelas est constitué de cellules qui se gonflent et dégonflent en alternance de façon régulière par le biais d'un compresseur à air. La pression exercée sur les tissus cutanés et sous-cutanés est réduite, ce qui permet de prévenir ou de soigner des escarres.

Les matelas alternating relèvent de l'équipement de base qui peut être fourni sur simple demande au Service « Helpline aides techniques » de l'AEC. Cette procédure est appliquée pour que les bénéficiaires disposent le plus rapidement possible de leur aide technique.

Différents modèles de matelas alternating peuvent être mis à disposition par le SMA, en fonction de l'état cutané et des besoins du demandeur. Alors que le SMA a opté pour des modèles de matelas

alternating simplifiant au maximum leur réglage, il nous importe de connaître la satisfaction des bénéficiaires et des professionnels de terrain avec les modèles retenus.

Un autre point à vérifier par l'enquête concerne la fréquence des problèmes techniques survenus. Actuellement, le SMA n'assure pas de dépannage d'urgence et la question se pose, si un tel service ne serait pas nécessaire.

Pour ces raisons, l'AEC a procédé en juillet 2023 à une enquête, visant à connaître la satisfaction de 90 personnes qui ont bénéficié de la mise à disposition d'un matelas alternating par l'assurance dépendance en 2022 et qui disposaient encore de ce matelas au moment de la réalisation de l'enquête.

L'enquête est particulière dans la mesure où, pour la première fois, l'avis des professionnels des réseaux d'aides et de soins a également été demandé. L'objectif est de connaître leur expérience globale avec ce type d'aide technique spécifique. En octobre 2023, un questionnaire a été envoyé par voie électronique à 25 prestataires d'aides et de soins à domicile.

Profil des personnes concernées

En 2022, la moyenne d'âge des bénéficiaires d'un matelas alternating a été de 78 ans (18 ans à 97 ans) et 55,6% des bénéficiaires ont été des femmes.

96,8% des bénéficiaires d'un matelas alternating nécessitent de l'aide pour réaliser les actes essentiels de la vie et disposent d'une synthèse de prise en charge des aides et soins par l'assurance dépendance. Alors que l'on associe en général les matelas alternating à des personnes peu mobiles, seulement 66,3% des bénéficiaires disposent de l'acte « transferts forfait majoré » (AEVM12) et 40,1% de l'acte « complément transferts » (AEVM-C). Plus surprenant encore, près de la moitié des bénéficiaires d'un matelas alternating (48,4%) ne disposent pas de l'acte « complément pour risque d'escarres » (AEVM-C-ES).

Transferts forfait majoré (AEVM12)	66,3%
Complément transferts (AEVM-C)	40,1%
Complément pour risque d'escarres (AEVM-C-ES)	51,6%

Tableau 39: Répartition des besoins en aides au transfert et du complément pour risque d'escarres

La très grande majorité des bénéficiaires d'un matelas alternating (93,1%) ont sollicité l'aide d'un réseau d'aides et de soins et disposent donc d'une aide professionnelle, familiarisée avec le fonctionnement d'un matelas alternating.

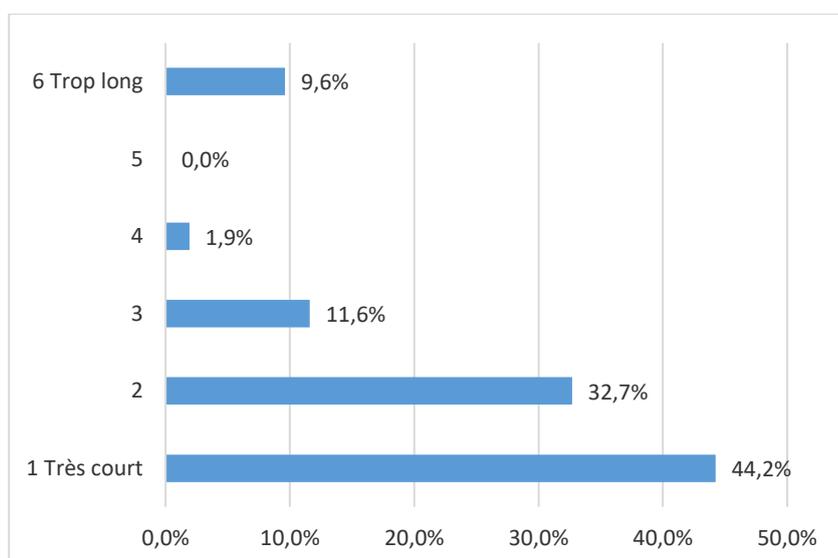
1.1 Satisfaction des bénéficiaires

La participation à l'enquête a été élevée : sur les 90 questionnaires envoyés, 54 ont été remplis et retournés à l'AEC, soit 60%.

1.1.1 Satisfaction des bénéficiaires par rapport au fournisseur

Le délai pour la mise à disposition du matelas alternating est considéré comme court, voire très court par 76,9% des bénéficiaires. Pour 13,5% des bénéficiaires ce délai a été moyennement long et 9,6% des bénéficiaires estiment que le délai a été trop long.

Pour mémoire : le délai de mise à disposition mesuré est de 20 jours en 2023 (cf. tableau 27, page 102)



Graphique 55 : Perception du délai de mise à disposition par les bénéficiaires

La plupart des bénéficiaires (85,2%) estiment avoir reçu les renseignements nécessaires pour l'utilisation du matelas alternating par le fournisseur. Certains participants regrettent cependant que les agents de livraison ont été trop rapides et non exhaustifs dans leurs explications.

Le réglage du matelas a été effectué par le fournisseur au moment de la livraison pour 94,1% des bénéficiaires.

La grande majorité des bénéficiaires (88,5%) savent à qui s'adresser en cas de problèmes avec leur matelas alternating. Il est à noter par ailleurs que sur toutes les aides techniques fournies par le SMA, une étiquette indique les coordonnées de contact du service.

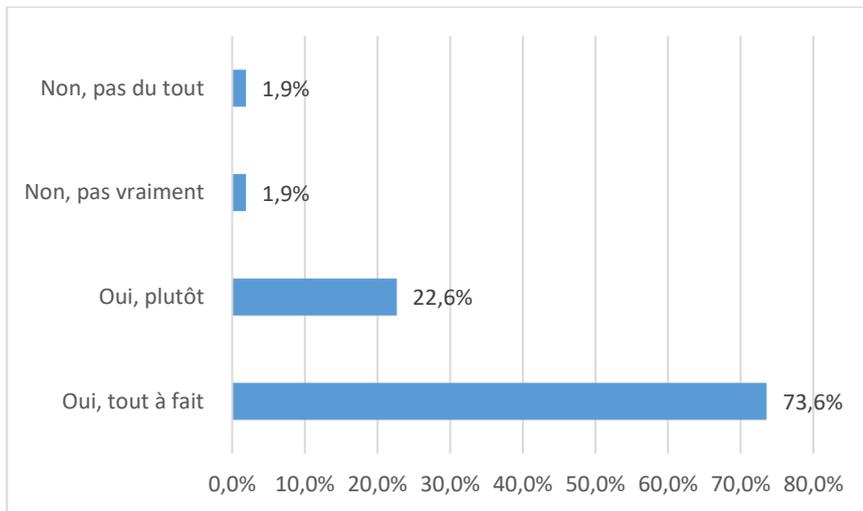
1.1.2 Satisfaction des bénéficiaires par rapport à la qualité du matelas alternating et à son utilisation

94,4% des bénéficiaires dorment tous les jours sur leur matelas alternating et considèrent qu'il a apporté des changements positifs pour leur confort. Dans leurs commentaires, les bénéficiaires relèvent en plus du gain en confort, l'action préventive du matelas sur la formation de rougeurs et d'escarres. Les bénéficiaires qui ne sont pas satisfaits (5,6%) se plaignent du bruit du matelas qui les empêche de dormir, de la rigidité du matelas entraînant des douleurs au dos et de la sensation de froid engendrée par le matelas.

Un changement du réglage initial a été nécessaire après une période d'utilisation du matelas alternating pour 18,5% des bénéficiaires. Cet ajustement du réglage a été effectué soit par le fournisseur (46,2%), soit par le réseau d'aides et de soins (30,8%) ou l'entourage du bénéficiaire (23%).

Dans ce contexte, plusieurs proches ont signalé leur inquiétude face à un bénéficiaire qui n'est plus en mesure de s'exprimer et de se manifester lorsque le réglage du matelas n'est pas adapté.

La majorité des bénéficiaires (87%) n'a pas rencontré de problèmes techniques avec le matelas alternating fourni. La quasi-totalité des bénéficiaires (96,2%) considèrent que le matelas alternating répond à leurs besoins.



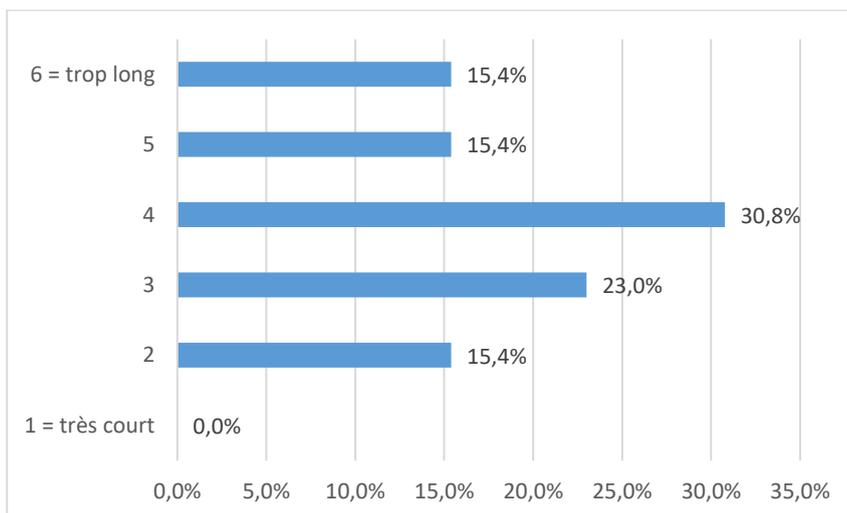
Graphique 56 : Adéquation entre le besoin et l'utilisation du matelas alternating

1.2 Satisfaction des professionnels des réseaux d'aides et de soins

La participation à l'enquête a été moyennement élevée : sur les 25 questionnaires envoyés par voie électronique aux prestataires d'aides et de soins à domicile, 13 ont été remplis et retournés à l'AEC, soit 52%. Il y a lieu toutefois de remarquer que plusieurs prestataires ont contacté l'AEC pour signaler qu'au vue de leur clientèle, ils ne sont pas concernés par la mise à disposition des matelas alternating.

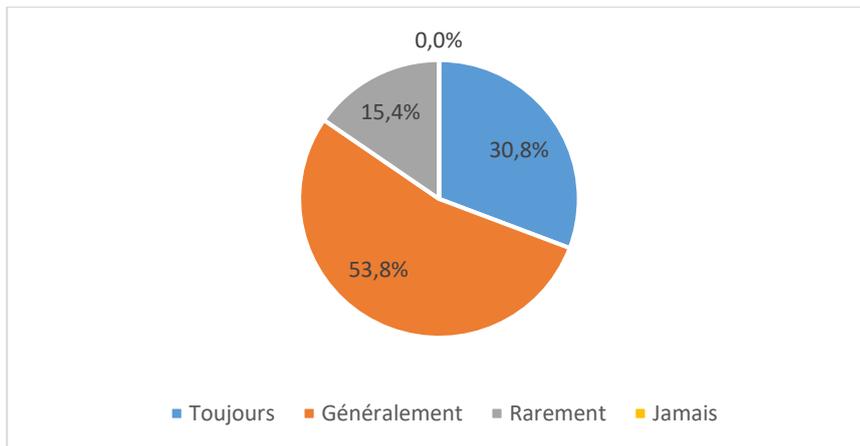
1.2.1 Satisfaction des professionnels par rapport au fournisseur

Aucun professionnel ne considère que le délai pour la livraison d'un matelas alternating est très court et seulement 15,4% des professionnels estiment que ce délai est court. Pour 53,8% des professionnels, le délai de livraison est moyennement long et 30,8% des professionnels trouvent le délai de livraison long, voire trop long.



Graphique 57 : Perception du délai de mise à disposition par les professionnels

30,8% des professionnels considèrent que le fournisseur effectue le réglage du matelas alternating toujours correctement en fonction des besoins du bénéficiaire au moment de la livraison. Pour 53,8% des professionnels, ce réglage est généralement correct. 15,4% des professionnels estiment que le réglage est rarement effectué correctement par le fournisseur. Une qualité de livraison inégale est relevée par 1 réseau d'aides et de soins, qui regrette que les matelas ne soient pas toujours installés, mais « parfois simplement livrés et nos équipes s'occupent de l'installation ».



Graphique 58 : Réglage correct du matelas alternating par le fournisseur lors de la livraison

Pour 53,8% des professionnels, le réglage initial du matelas alternating doit être ajusté après une période d'utilisation de celui-ci par le bénéficiaire. Dans la majorité des cas, cet ajustement est assuré par les professionnels des réseaux d'aides et de soins (66,7%). Le fournisseur a effectué 22,2% des modifications et le bénéficiaire ou ses proches ont réalisé le changement dans seulement 11,1% des cas. Tous les professionnels savent à qui s'adresser en cas de panne ou de problèmes techniques avec le matelas.

1.2.2 Satisfaction des professionnels par rapport à la qualité du matelas alternating et à son utilisation

Les modèles de matelas alternating fournis par l'assurance dépendance répondent pour tous les professionnels aux exigences en matière de gestion d'escarres.

Néanmoins, des problèmes techniques ont été rencontrés par 23,1% des professionnels. Il s'agit notamment de problème de dégonflement du matelas (tuyaux d'arrivée d'air coincés ou se déconnectant trop facilement ; compresseurs tombant régulièrement en panne avec l'alarme qui se déclenche trop tardivement). Les professionnels relèvent par ailleurs que le bruit du compresseur dérange une partie de leurs clients et leurs proches, en particulier lorsqu'un modèle plus ancien de matelas a été fourni. Pour certains, les matelas fournis sont trop courts.

Dans le cadre de l'enquête, une série de réflexions et de suggestions ont été transmises à l'AEC par les professionnels des réseaux d'aides et de soins.

Une part des professionnels considère que la mise en place d'un service de dépannage d'urgence est indispensable, en particulier pour les pannes avec dégonflement du matelas pendant la nuit et les weekends. En plus de l'inconfort et du risque d'escarres accru pour le bénéficiaire qui est en appui sur le sommier de lit, les proches ne parviennent souvent pas à mettre en sourdine l'alarme déclenché par le dégonflement du matelas.

La mise en place de priorités pour la livraison de matériel du type prévention/soins d'escarres est préconisée par certains professionnels. Ainsi par exemple, une livraison endéans 24 heures devrait être assurée pour des demandes en urgence lors d'une sortie d'hospitalisation ou pour des personnes bénéficiaires de soins palliatifs. Certains professionnels regrettent que le remplacement d'un matelas alternating défectueux ne soit pas considéré comme une urgence.

Des ruptures de stock de matelas alternating chez le fournisseur devraient être évitées, afin de ne pas retarder les mises à disposition.

Des explications plus détaillées concernant l'utilisation et les réglages du matelas alternating devraient être fournies aux bénéficiaires et aux proches. Une formation approfondie des professionnels des

réseaux d'aides et de soins, ainsi que la fourniture d'un mode d'emploi, permettraient de suppléer certaines interventions du fournisseur.

La question d'un contrôle régulier du bon fonctionnement des moteurs et de l'état des matelas a été évoquée.

Par ailleurs, la procédure pour la mise à disposition d'un matelas viscoélastique a été remise en cause. Alors qu'un matelas alternating peut être livré au bénéficiaire sur simple demande au Service « Helpline aides techniques » de l'AEC, la fourniture d'un matelas viscoélastique nécessite l'introduction d'une demande et d'un rapport médical. Cependant, le matelas viscoélastique pourrait être mis en place pour la prévention d'escarres et donc retarder la fourniture d'un matelas alternating. De plus, le matelas viscoélastique demande moins d'entretien et de révision.

1.3 Conclusions

Les bénéficiaires et les professionnels des réseaux d'aides et de soins ont une perception très divergente du délai de livraison des matelas alternating. Alors que 76,9% des bénéficiaires considèrent que le délai de livraison a été court voire très court, seulement 15,4% des professionnels estiment que ce délai est court et ils préconisent l'établissement de critères de priorisation pour la livraison.

La plupart des bénéficiaires (85,2%) estiment avoir reçu les renseignements nécessaires de la part du SMA pour l'utilisation du matelas alternating. Toutefois, certains d'entre eux font remarquer que les agents de livraison ont été trop rapides et non exhaustifs dans leurs explications. Les professionnels considèrent qu'une formation plus approfondie et la fourniture d'un mode d'emploi sont nécessaires et leur permettraient d'assurer certains réglages et dépannages, sans devoir faire intervenir le SMA.

La quasi-totalité des bénéficiaires (94,1%) affirment que le réglage du matelas alternating a été effectué par le fournisseur lors de la livraison. Pour les professionnels, le réglage réalisé par le SMA répond aux besoins du bénéficiaire dans la grande majorité des cas (84,6%). Une qualité de livraison inégale est cependant relevée par 1 réseau d'aides et de soins, regrettant que les matelas alternating soient parfois simplement déposés, laissant ainsi l'installation aux équipes du réseau.

18,5% des bénéficiaires indiquent qu'après une période d'utilisation du matelas, un ajustement du réglage initial a été nécessaire. Pour les professionnels, la nécessité d'une adaptation du réglage initial est bien plus fréquente (53,8%). Plusieurs proches ont signalé leur inquiétude face à un bénéficiaire qui n'est plus en mesure de s'exprimer et de se manifester lorsque le réglage du matelas n'est pas adapté.

La quasi-totalité des bénéficiaires (94,4%) utilisent leur matelas alternating quotidiennement et considèrent qu'il a apporté des changements positifs pour leur confort. Les quelques bénéficiaires qui ne sont pas satisfaits se plaignent du bruit du matelas qui les empêche de dormir et de sa rigidité entraînant des douleurs au dos.

Tous les professionnels considèrent que les modèles de matelas alternating fournis par l'assurance dépendance répondent aux exigences en matière de gestion d'escarres. Les professionnels relèvent toutefois également le problème du bruit du compresseur, en particulier pour les modèles plus anciens de matelas fournis. La taille des matelas est considérée comme étant trop courte par certains des professionnels.

Des problèmes techniques, principalement des problèmes de dégonflement du matelas, ont été rencontrés par 13% des bénéficiaires et près d'un quart des professionnels. La mise en place d'un service de dépannage d'urgence est indispensable pour certains professionnels, en particulier pour les pannes pendant la nuit et les weekends. En-dehors de l'inconfort, un matelas alternating hors service peut avoir rapidement des répercussions néfastes sur l'état cutané du bénéficiaire.

La nécessité d'un contrôle régulier du bon fonctionnement des moteurs et de l'état des matelas a par ailleurs été évoquée par les professionnels.

L'analyse du profil des bénéficiaires d'un matelas alternating amène à conclure, que les critères pour la mise à disposition d'un matelas alternating devront être précisés par l'AEC. De fait, une série de matelas alternating ont été fournis dans le cadre de la prévention d'escarres à des bénéficiaires encore relativement mobiles. Or, pour ces personnes, les matelas en mousse viscoélastiques sont à privilégier. Les matelas alternating enfreignent l'autonomie de l'utilisateur (équilibre en assis ; transferts et sorties du lit) et sont à réserver exclusivement aux personnes présentant des rougeurs ou une escarre constituée.

Dans ce contexte, les professionnels ont fait remarquer que la procédure en vigueur pour la mise à disposition d'un matelas viscoélastique devrait être revue. En effet, la démarche plus complexe (introduction d'une demande et d'un rapport médical) peut inciter à demander plutôt un matelas alternating qui peut être fourni sur simple demande au Service « Helpline aides techniques » de l'AEC.

Un autre constat émanant du profil des bénéficiaires d'un matelas alternating concerne la cohérence avec les actes essentiels de la vie attribués au bénéficiaire. Comme le matelas alternating est le plus souvent mis à disposition par le Service « Helpline aides techniques » de l'AEC, la synthèse de prise en charge des aides et soins n'est pas systématiquement mise à jour. L'analyse a montré que près de la moitié des bénéficiaires d'un matelas alternating ne disposent pas de l'acte « complément pour risque d'escarres » (AEVM-C-ES). Or, le matelas alternating à lui seul ne suffit pas pour assurer une gestion efficace d'escarres.

De façon globale, nous pouvons conclure que l'enquête de satisfaction a permis de dégager une série de pistes d'amélioration pour la prise en charge des matelas alternating et la gestion des escarres. Par ailleurs, cette première enquête réalisée auprès des réseaux d'aides et de soins a montré l'importance du retour d'expérience des professionnels, en plus du retour direct de la part des bénéficiaires, pour l'amélioration continue de la mise à disposition d'aides techniques par l'assurance dépendance.

2. Enquête de satisfaction concernant les aides visuelles complexes

Des aides visuelles plus ou moins complexes peuvent être prises en charge par l'assurance dépendance, afin de compenser les déficits de la vision de près ou de loin du bénéficiaire et d'augmenter son autonomie de vie.

Pour décider des aides visuelles qui répondent au mieux aux besoins du demandeur, l'AEC travaille en étroite collaboration avec les experts du Service d'orthoptie (SOP) et du Centre pour le développement des compétences relatives à la vue (CDV). Sur base de bilans ophtalmologiques et d'essais réalisés avec différents types d'aides visuelles, les experts définissent les solutions les plus adaptées pour la personne.

Alors qu'il est certain que ces aides techniques peuvent compenser, du moins en partie, les difficultés visuelles du demandeur, la question de leur utilisation au quotidien se pose, notamment pour les aides visuelles plus complexes à manier.

Pour cette raison, l'AEC a procédé en octobre 2022 à une enquête, visant à connaître la satisfaction de 90 personnes qui ont bénéficié en 2021 de la mise à disposition d'un système vidéo agrandissant

l'image³³, d'une loupe électronique transportable³⁴ ou d'une machine à lire³⁵ et qui disposaient encore de cette aide technique au moment de la réalisation de l'enquête.

Profil des personnes concernées

En 2021, la moyenne d'âge des bénéficiaires d'une aide visuelle complexe était de 76,5 ans. 13,6% des bénéficiaires étaient âgés de 90 ans ou plus, 29,8 % des bénéficiaires avaient plus de 85 ans.

Les bénéficiaires d'aides visuelles portables étaient plus jeunes que les bénéficiaires d'un système vidéo agrandissant l'image non-portable. 64,4% des bénéficiaires étaient des femmes.

Type d'aide visuelle	Moyenne d'âge
Machine à lire	66,2
Loupe électronique	74,7
Vidéo agrandisseur	80,4

Tableau 40 : Moyenne d'âge des bénéficiaires par type d'aide visuelle complexe en 2021

88% des bénéficiaires d'aides visuelles complexes vivent à domicile, 11% en établissement à séjour continu et 1% en établissement à séjour intermittent.

Seuls 15,7% des bénéficiaires d'une aide visuelle complexe remplissent les critères de l'article 3 du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance³⁶.

25,7% des bénéficiaires nécessitent l'aide d'une tierce personne pour réaliser les actes essentiels de la vie et disposent d'une synthèse de prise en charge des aides et soins par l'assurance dépendance.

Plus de la moitié des bénéficiaires (58,6%) ne sont pas dépendants au sens de la loi et ne remplissent pas les critères des dispositions particulières pour personnes malvoyantes ou aveugles.

Les Fournisseurs

Les aides visuelles font partie des aides techniques non-standards qui sont acquises par l'AEC par appels d'offres auprès des fournisseurs autres que le SMA. En 2021, 191 aides visuelles complexes ont été mises à disposition par l'assurance dépendance.

Fournisseurs	Nombre d'aides visuelles complexes fournies en 2021	en %
Fournisseur 1	125	65,4%
Fournisseur 2	28	14,7%
Fournisseur 3	20	10,5%
Fournisseur 4	15	7,9%
Fournisseur 5	1	0,5%

³³ Le système vidéo agrandissant l'image est un appareil non-portable, muni d'une caméra qui permet de visualiser un document sur un écran. Le vidéo agrandisseur permet entre autre de lire le journal, de compléter des documents ou d'effectuer de petits travaux manuels.

³⁴ La loupe électronique transportable est un appareil offrant des grossissements très importants et renforçant les contrastes, permettant ainsi une meilleure lecture. Facilement transportable, elle permet par exemple la lecture de documents ou d'étiquettes lors des courses.

³⁵ La machine à lire est un appareil de lecture portable, qui assure la lecture de textes (courrier, magazines, livres ou journaux) sur base d'un scanner intégré. Le scanner offre une haute résolution, ce qui permet la lecture de très petits caractères, comme par exemple les notices de médicaments. Un autre avantage de la machine à lire est qu'elle permet de scanner une quantité importante de documents (livre).

³⁶ Art. 3. « Toute personne atteinte de cécité complète ou dont l'acuité visuelle du meilleur œil avec correction par appareillage permanent, à moins que celle-ci ne puisse être réalisée, est inférieure à 1/20ième ou dont le champ visuel est inférieur à 10°, quelle que soit l'acuité visuelle, a droit à une prise en charge forfaitaire de 361 minutes par semaine. »

Fournisseur 6	1	0,5%
Fournisseur 7	1	0,5%

Tableau 41 : Nombre d'aides visuelles complexes par fournisseur en 2021

Il y a lieu de relever la prévalence importante d'un fournisseur avec près de deux tiers des approvisionnements.

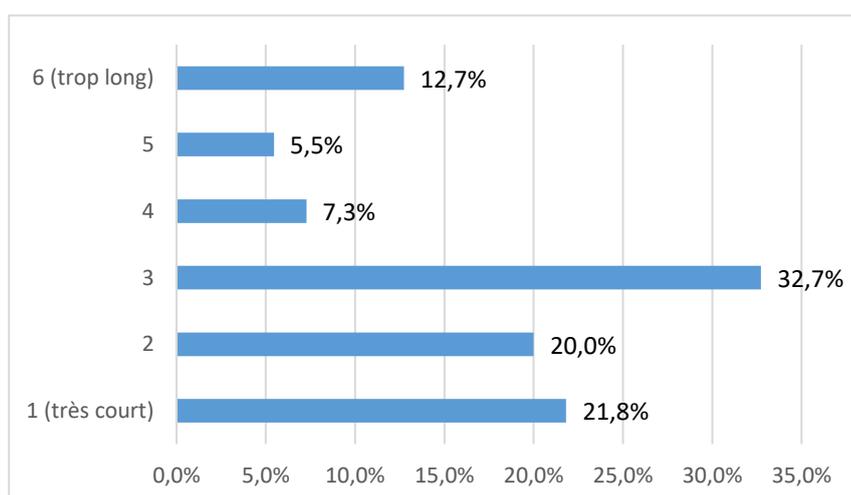
Résultats de l'enquête

La participation à l'enquête de satisfaction a été élevée avec un taux de réponse de 63%.³⁷

2.1 Satisfaction du bénéficiaire par rapport au fournisseur

Le délai pour la mise à disposition de l'aide visuelle est considéré comme court ou très court par 41,8% des bénéficiaires. Pour 40 % des bénéficiaires, ce délai a été moyennement long et 18,2% des bénéficiaires estiment que le délai a été long, voire trop long.

Pour mémoire : le délai de livraison mesuré en 2021 pour les aides visuelles complexes était de 40 jours (cf. tableau 35 page 106). Il a diminué en 2022 et 2023, et est en 2023 de 31 jours à savoir, plus de 10 jours plus court qu'en 2021, année de l'enquête de satisfaction.



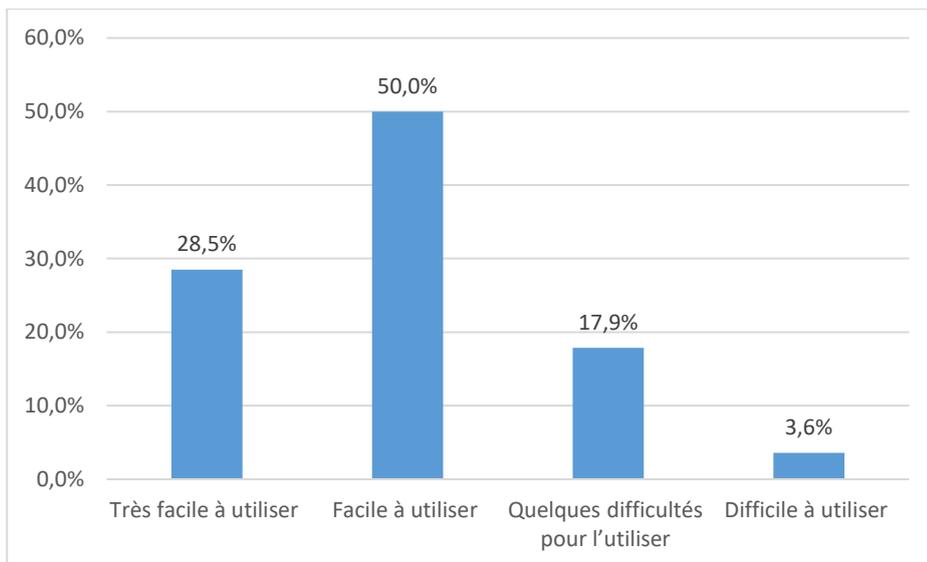
Graphique 59 : Perception du délai de mise à disposition

La quasi-totalité des bénéficiaires (94,6%) estiment avoir reçu les explications nécessaires de la part du fournisseur. Cependant, 17,9% des bénéficiaires indiquent ne pas avoir essayé l'aide visuelle en présence du fournisseur lors de la livraison.

2.2 Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité de l'aide visuelle complexe et à son utilisation

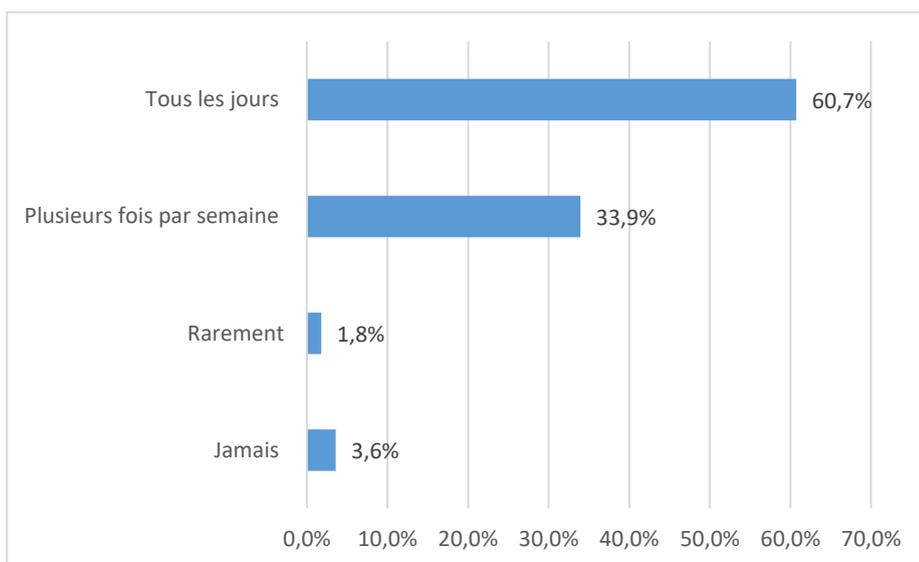
L'utilisation de l'aide visuelle complexe est considérée comme facile, voire très facile par 78,5% des personnes ayant répondu à l'enquête. 17,9% des utilisateurs rencontrent quelques difficultés et 3,6% indiquent avoir des difficultés pour l'emploi de leur aide visuelle. Une analyse de ces dossiers montre que les difficultés relevées ne sont pas en lien avec les aides visuelles complexes faisant l'objet de l'enquête, mais sont liées aux lunettes spécifiques fournies dans le cadre de la même expertise au bénéficiaire. Nous retrouvons l'insatisfaction de ces quelques bénéficiaires dans toutes leurs réponses en lien avec la qualité et l'utilisation de l'aide visuelle complexe.

³⁷ Taux de participation aux enquêtes de satisfaction concernant les aides techniques, réalisées par l'AEC entre 2020 et 2023 : enquête fauteuils roulants actifs 67% ; matelas alternating 60%, lève-personnes 56% ; chaises de douche 53%.



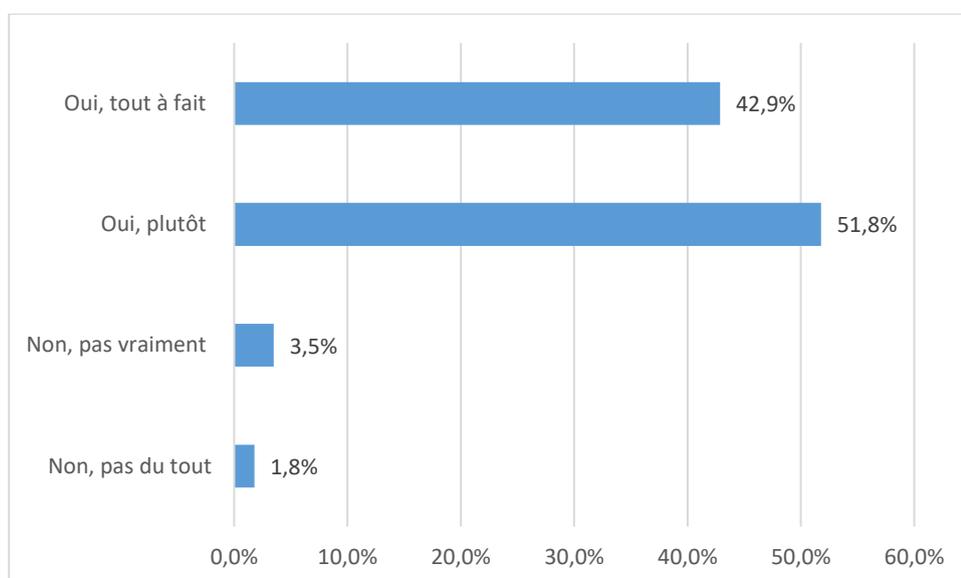
Graphique 60 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'utilisation de l'aide visuelle complexe

Les aides visuelles complexes sont employées très régulièrement: 60,7% des bénéficiaires les utilisent tous les jours et 33,9% plusieurs fois par semaine. 1,8% des bénéficiaires ne s'en servent que rarement et 3,6% ne l'utilisent jamais.



Graphique 61 : Fréquence d'utilisation de l'aide visuelle complexe

Enfin, 94,7% des bénéficiaires estiment que l'aide visuelle complexe est adaptée à leurs besoins et a apporté des changements positifs dans leur quotidien.



Graphique 62 : Adéquation entre le besoin et l'utilisation de l'aide visuelle complexe

De très nombreuses remarques positives ont été formulées par les bénéficiaires, qui relèvent notamment que l'aide visuelle:

- leur permet de lire le journal, des revues et des livres – « d'être plus dans la vie »;
- leur permet la gestion du courrier et des obligations administratives au quotidien ;
- augmente leur autonomie dans la vie quotidienne (lecture d'étiquettes lors des courses, des notices de médicaments, etc.)

« Ne pas pouvoir lire est une grande souffrance. Les aides visuelles rendent la vie possible. »

2.3 Conclusions

Alors que les bénéficiaires d'aides visuelles complexes sont relativement âgés avec une moyenne d'âge de 76,5 ans, une large part n'est pas dépendante au sens de la loi et ne remplit pas les critères des dispositions particulières pour personnes malvoyantes ou aveugles (58,6%). La très grande majorité des bénéficiaires d'aides visuelles complexes vit à domicile (88%).

Pratiquement tous les bénéficiaires ont reçu les explications nécessaires de la part du fournisseur, mais 17,9% des bénéficiaires n'ont pas essayé l'aide visuelle lors de la livraison. Comme il s'agit d'aides techniques complexes à manier, une initiation du bénéficiaire par le fournisseur est indispensable. Un rappel des prestations à assurer obligatoirement s'impose auprès des fournisseurs concernés.

78,5% des bénéficiaires considèrent que leur aide visuelle est facile ou très facile à utiliser. Les difficultés relevées par certains bénéficiaires ne sont pas en lien avec les aides visuelles complexes faisant l'objet de l'enquête, mais sont liées à des problèmes rencontrés avec des lunettes spécifiques fournies dans le cadre de la même expertise au bénéficiaire.

Au vu de l'âge avancé de la plupart des bénéficiaires et de la complexité des aides visuelles fournies, il est très positif de constater que la quasi-totalité des bénéficiaires (94,6%) s'en servent quotidiennement ou plusieurs fois par semaine et considèrent que l'aide visuelle a apporté des changements très positifs dans leur quotidien.

Les nombreuses remarques formulées par les bénéficiaires confirment la pertinence de la mise à disposition d'aides visuelles complexes par l'assurance dépendance et l'influence très importante de ces aides techniques sur la qualité de vie des bénéficiaires.

V. CONCLUSION: SUIVI EN MATIÈRE D'AIDES TECHNIQUES

Cette partie consacrée aux aides techniques confirme l'importance de l'utilisation de différents moyens pour évaluer et améliorer la qualité des aides techniques fournies dans le cadre de l'assurance dépendance.

L'analyse des données afférentes aux aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance a montré que le nombre d'aides techniques fournies aux bénéficiaires augmente sur la période analysée. Ainsi, 17.118 aides techniques ont été mises à disposition des bénéficiaires en 2023.

Les aides techniques standards, qui assurent l'équipement de base de la personne et qui sont fournies par le Service moyens accessoires (SMA), constituent 88,9% des aides techniques fournies en 2023. La qualité des prestations du SMA est donc de la plus haute importance et influence la satisfaction de nombreux bénéficiaires. Les aides techniques standards les plus fréquemment mises à disposition en 2023 sont les cadres de marche à 4 roues (2.555 mises à disposition), suivis des fauteuils roulants de base pliables (2.108 mises à disposition). Parmi les aides techniques qui sont livrées à domicile par le SMA, les lits avec réglage motorisé sont les plus fréquents (1.102 mises à disposition).

Les aides techniques non-standards sont des aides techniques plus particulières, acquises par l'AEC auprès d'autres fournisseurs que le SMA pour répondre à des besoins spécifiques d'une part des bénéficiaires. Elles constituent 11,1% du total des aides techniques mises à disposition par l'assurance dépendance en 2023. Les élévateurs d'escaliers sont les aides techniques non-standards les plus fréquemment fournies en 2023 (350 mises à disposition), suivis des aides visuelles complexes (211 mises à disposition). La qualité de ces deux types d'aides techniques a été analysée plus particulièrement par l'AEC par le biais d'un suivi spécifique établi pour les élévateurs d'escaliers et la réalisation d'une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires d'une aide visuelle complexe³⁸.

Le délai de mise à disposition moyen évolue de la même manière pour les aides techniques standards et non-standards: il est le plus court en 2021, se détériore significativement en 2022, puis s'améliore à nouveau en 2023, sans atteindre les valeurs de 2021.

Le délai le plus court est observé pour les aides techniques standards qui sont à enlever au SMA et dépend en majeure partie de la réactivité du bénéficiaire et de ses proches (18,9 jours en 2023). Le délai moyen pour la livraison des aides techniques standards par le SMA est de 28,9% jours en 2023. Il y a lieu de relever que 70% des aides techniques standards à livrer ont été fournies endéans un mois par le SMA et qu'en cas d'urgence, le SMA s'engage à livrer l'aide technique endéans 48 heures. Le délai de livraison moyen des aides techniques non-standards est le plus élevé avec 74,8 jours en 2023. Toutefois, on peut relever une hausse des aides techniques non-standards livrées rapidement endéans deux semaines.

Le troisième chapitre a mis en évidence l'importance du suivi spécifique et de la collaboration renforcée avec les fournisseurs, mis en place par l'AEC pour les élévateurs d'escaliers et les coques et corsets-sièges.

L'installation d'un élévateur d'escalier est complexe, dans la mesure où elle doit répondre aux besoins individuels du bénéficiaire, mais qu'elle dépend également des contraintes techniques et architecturales du logement. De plus, les exigences définies dans les prescriptions de sécurité types de l'Inspection du travail et des mines doivent être respectées et une réception technique par un organisme de contrôle agréé doit avoir lieu. Depuis 2020, l'AEC suit de près la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé, afin d'assurer qu'elle ait lieu dans les meilleurs délais après le montage de l'élévateur d'escalier et de garantir une utilisation en toute sécurité aux bénéficiaires. La

³⁸ Voir chapitre « Suivis spécifiques » pages 107-110 et « Enquête de satisfaction concernant les aides visuelles complexes » pages 117-121

collaboration avec les fournisseurs a porté ses fruits et le délai moyen pour la réception technique des élévateurs d'escaliers a considérablement diminué (100 jours en 2020 ; 19 jours en 2023).

Des enquêtes de satisfaction aléatoires, réalisées en 2022 et 2023 par l'AEC, ont confirmé le niveau de satisfaction très élevé des bénéficiaires d'élévateurs d'escaliers, aussi bien par rapport aux prestations du fournisseur, que par rapport à la qualité de l'élévateur d'escalier et à son utilisation. Cependant, le niveau de satisfaction élevé des bénéficiaires ne correspond pas toujours aux exigences qualité de l'AEC. De fait, dans le cadre de ses évaluations de l'état de dépendance de la personne à domicile, l'AEC a dû constater à plusieurs reprises que l'installation de l'élévateur d'escalier ne concordait pas avec le devis établi par le fournisseur et validé par l'AEC.

Pour cette raison, l'AEC a décidé d'ajouter un troisième pilier au suivi des élévateurs d'escaliers, à savoir des contrôles aléatoires de la qualité des élévateurs d'escaliers au domicile des bénéficiaires. Ainsi, l'AEC a réalisé 61 visites de contrôle en 2023 et espère avec ce moyen de suivi supplémentaire encore améliorer la qualité des élévateurs d'escaliers pris en charge par l'assurance dépendance.

Le deuxième type d'aide technique pour lequel un suivi spécifique a été établi par l'AEC sont les coques et corsets-sièges. Confectionnées sur mesure par des fournisseurs spécialisés, la prise en charge de ces aides techniques est complexe, vu que les exigences des différents intervenants ne sont pas toujours faciles à concilier. Une nouvelle démarche, mettant l'accent sur la collaboration entre tous les acteurs concernés pour déterminer les caractéristiques de la coque/du corset-siège et sur une réception du produit fini par l'AEC, a été introduite en janvier 2023.

Un premier bilan réalisé en automne 2023 avec les référents spécialisés en la matière de l'AEC, les médecins rééducateurs prescripteurs de coques/corsets-sièges et les fournisseurs a permis de confirmer que la nouvelle approche est bien accueillie et considérée comme très positive.

Ces différents moyens de suivi de la qualité sont complétés par des enquêtes de satisfaction, qui permettent à l'AEC de disposer d'un retour direct de la part des bénéficiaires d'aides techniques.

L'enquête de satisfaction concernant les matelas alternating, réalisée en 2023, est particulière dans la mesure où, pour la première fois, l'avis des professionnels des réseaux d'aides et de soins a également été demandé.

L'enquête témoigne d'une satisfaction globale élevée des bénéficiaires, qui utilisent leur matelas alternating quotidiennement et considèrent qu'il a apporté des changements positifs pour leur confort (94,4%). Plusieurs proches ont toutefois signalé leur inquiétude face à un bénéficiaire qui n'est plus en mesure de s'exprimer et de se manifester lorsque le réglage du matelas n'est pas adapté.

Tous les professionnels considèrent que les modèles de matelas alternating fournis par l'assurance dépendance répondent aux exigences en matière de gestion d'escarres.

Le délai de livraison est perçu de façon très divergente par les bénéficiaires et les professionnels (délai court voire très court pour 76,9% des bénéficiaires versus uniquement 15,4% des professionnels).

La mise en place d'un service de dépannage d'urgence est recommandé par plusieurs professionnels, en particulier pour les pannes pendant la nuit et les weekends, afin d'éviter des répercussions néfastes sur l'état cutané du bénéficiaire.

De façon globale, nous pouvons conclure que cette enquête de satisfaction a permis de dégager une série de pistes d'amélioration pour la prise en charge des matelas alternating, qui seront à mettre en œuvre par l'AEC en collaboration avec le Service moyens accessoires (SMA) en 2024. Cette première enquête réalisée auprès des réseaux d'aides et de soins a montré qu'en plus du retour direct de la part des bénéficiaires, le retour d'expérience des professionnels importe pour améliorer la qualité des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance.

Une deuxième enquête de satisfaction, réalisée par l'AEC en 2022, a concerné les aides visuelles complexes. Au vu de l'âge avancé de la plupart des bénéficiaires et de la complexité des aides visuelles

fournies, il est très positif de constater que la quasi-totalité des bénéficiaires (94,6%) s'en servent quotidiennement ou plusieurs fois par semaine et qu'ils considèrent que l'aide visuelle a apporté des changements très positifs dans leur quotidien.

Une amélioration est à ambitionner sur le délai de livraison (délai perçu comme très court ou court par seulement 41,8% des bénéficiaires) et l'initiation du bénéficiaire par le fournisseur (17,9% des bénéficiaires n'ont pas essayé l'aide visuelle complexe lors de la livraison).

En résumé, nous pouvons conclure qu'il n'y a pas d'actions d'améliorations d'envergure à mettre en place dans le domaine des aides visuelles complexes. Les nombreuses remarques formulées par les bénéficiaires confirment la pertinence de la mise à disposition d'aides visuelles complexes par l'assurance dépendance et l'influence très importante de ces aides techniques sur la qualité de vie des bénéficiaires.

Enfin, notons que les différents moyens de suivi de la qualité des aides techniques sont désormais bien établis. Toutefois, les contrôles sur site du produit livré au bénéficiaire tels qu'ils sont déjà réalisés par l'AEC pour les élévateurs d'escaliers et les coques et corsets-sièges seront à développer dans les années à venir. L'objectif en est de vérifier l'adéquation entre l'aide technique fournie et la commande faite auprès du fournisseur et de compléter ainsi les informations remontant des enquêtes de satisfaction et autres moyens de suivi déjà mis en place par l'AEC.

SUIVI EN MATIERE D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT

C. LE SUIVI EN MATIÈRE D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT

I. INTRODUCTION

Les missions de contrôle liées aux adaptations du logement ont été précisées dans le règlement grand-ducal précité à l'article 31, alinéa 5: « *L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou les services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale s'assurent de l'adéquation entre le cahier des charges et l'adaptation du logement réalisée, et procèdent à une vérification de la qualité du matériel fourni et des prestations liées.* »

Pour ce faire, l'AEC a décidé de suivre la qualité des adaptations du logement à trois moments clés de l'adaptation, par délégation à l'ADAPTH lorsque cela était nécessaire et pertinent. Les contrôles qualité présentés dans cette partie sont donc effectués au moment de la réception du chantier, six mois après la réception du chantier et après plusieurs années d'utilisation de l'adaptation.

Le suivi à court terme : Vérification de l'adéquation des adaptations réalisées vs. cahier des charges élaboré

Afin de s'assurer que l'adaptation du logement correspond aux besoins spécifiques du bénéficiaire ainsi qu'aux caractéristiques techniques définies dans le cahier des charges, l'ADAPTH vérifie, lors de la réception définitive des travaux, l'adéquation de l'aménagement aux exigences établies. Si ce n'est pas le cas, des rectifications sont à apporter par la société de construction avant le paiement de la facture finale.

Ce contrôle de la qualité des prestations est réalisé depuis les débuts de l'assurance dépendance, sans que, toutefois, les données recensées lors de la réception des travaux n'aient été exploitables par l'AEC. Pour y remédier, l'ADAPTH documente ces « réceptions de chantier » de façon standardisée depuis avril 2019, et est donc en mesure de dire si des problèmes ont été relevés lors de la réception des travaux et si des rectifications ont dû être apportées par la société.

Cette partie du rapport biennal présente les résultats de 2023, ainsi qu'une comparaison avec les résultats des contrôles réalisés en 2021 et 2022.

Le suivi à moyen terme : Enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires d'une adaptation du logement

Depuis 2019, l'AEC réalise régulièrement des enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires d'une adaptation du logement, six mois après la réception des travaux.

Ces enquêtes de satisfaction réalisées et analysées par l'AEC visent des objectifs multiples:

- évaluer le niveau de satisfaction du bénéficiaire par rapport aux services fournis par l'ADAPTH. Ces données permettent à l'AEC de détecter, le cas échéant, les points faibles du déroulement actuel d'une adaptation du logement et d'y remédier;
- évaluer le niveau de satisfaction du bénéficiaire par rapport au travail fourni par la société choisie et au matériel installé. Ces données permettent à l'AEC de déceler le type d'équipement pour lequel il y a insatisfaction de la part du bénéficiaire. En collaboration avec l'ADAPTH, une analyse de la qualité de ce matériel est réalisée et, le cas échéant, ce type d'équipement ne sera plus repris dans les dossiers de soumission établis par l'ADAPTH;
- évaluer le niveau de satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité fonctionnelle de l'adaptation.

Les résultats des enquêtes de satisfaction menées entre janvier et septembre 2023 sont présentés dans cette partie du rapport biennal.

Le suivi à long terme : Évaluation de la longévité des installations

Afin de vérifier la qualité et la fonctionnalité des aménagements après plusieurs années d'utilisation, l'AEC a décidé de vérifier les principaux types d'adaptations du logement et a débuté ce type de contrôle en 2020 par les salles de bains. Les résultats ont été présentés dans le rapport biennal de 2022.

En 2021, le suivi à long terme a porté sur les solutions de changement de niveau. Pour ce faire, l'AEC a mandaté l'ADAPTH pour le contrôle d'une trentaine d'installations, à savoir des plates-formes élévatrices (sur rails et verticales), des ascenseurs et des plans inclinés.

Cette partie du rapport biennal présente les différents constats de l'analyse de la qualité à long terme des changements de niveau.

II. Suivi à court terme : vérification de l'adéquation des adaptations réalisées vs. cahier des charges élaboré

À la réception définitive des travaux, l'ADAPTH vérifie que l'aménagement réalisé correspond aux exigences établies dans le cahier des charges. Le cas échéant, des rectifications doivent être apportées par la société avant le paiement de la facture finale.

Ce contrôle de la qualité des adaptations du logement est réalisé depuis les débuts de l'assurance dépendance, mais ce n'est que depuis avril 2019 qu'une documentation standardisée et exploitable est assurée par les experts de l'ADAPTH.

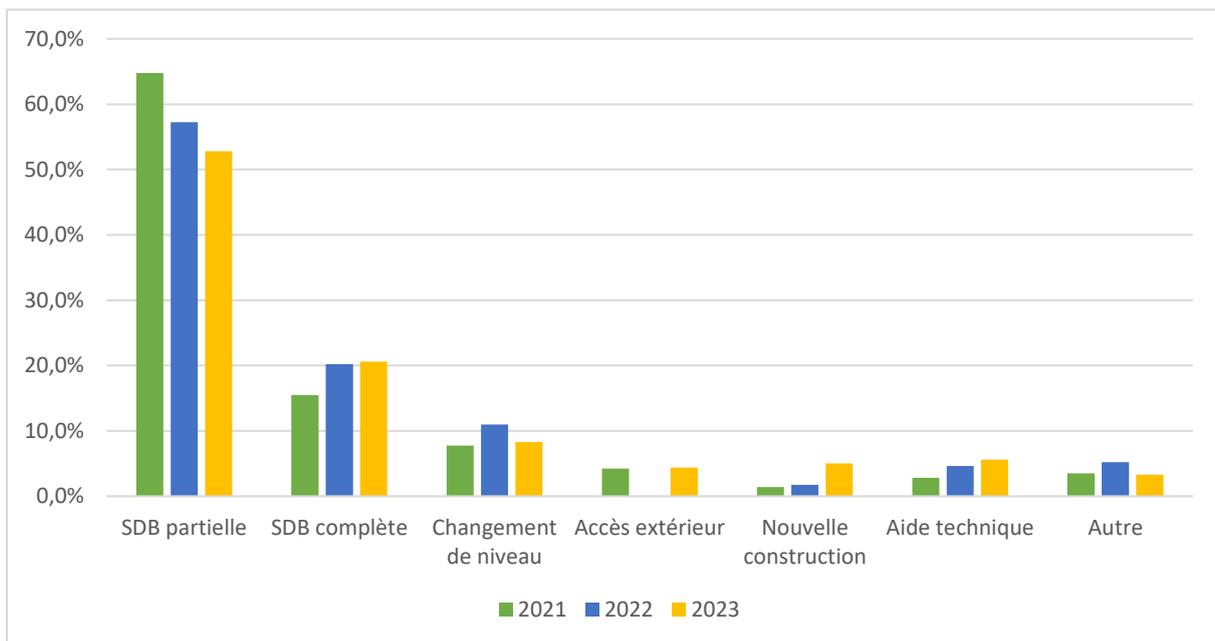
En 2023, la vérification de l'adéquation entre le cahier des charges élaboré par l'ADAPTH et l'aménagement réalisé par la société a porté sur 180 chantiers.

Année	2021	2022	2023
Nombre de chantiers réceptionnés	138	167	180
Variation en %	-	21%	7,8%

Tableau 42 : Chantiers réceptionnés par l'ADAPTH – Tableau comparatif 2021 – 2023

1. Types d'adaptations du logement réceptionnées

Les adaptations du logement les plus fréquemment prises en charge par l'assurance dépendance concernent les adaptations de la salle de bains (adaptations partielles ou complètes). Ainsi, 73% des aménagements réceptionnés par l'ADAPTH en 2023 étaient en lien avec la salle de bains.



Graphique 63 : Comparaison des types d'adaptations réceptionnées - Evolution 2021 - 2023

Dans 59% des dossiers analysés en 2023, le bénéficiaire a profité du chantier pour confier d'autres travaux à la société en charge de l'adaptation. Ainsi par exemple, lorsque l'assurance dépendance a subventionné l'aménagement d'une douche de plain-pied, le bénéficiaire a fait rénover à ses propres frais les autres éléments de la salle de bains.

Année	2021	2022	2023
Travaux supplémentaires commandés et financés par le bénéficiaire (en % du total des chantiers)	51%	57%	59%
Variation en points de pourcentage	-	11,8p.p.	3,5p.p.

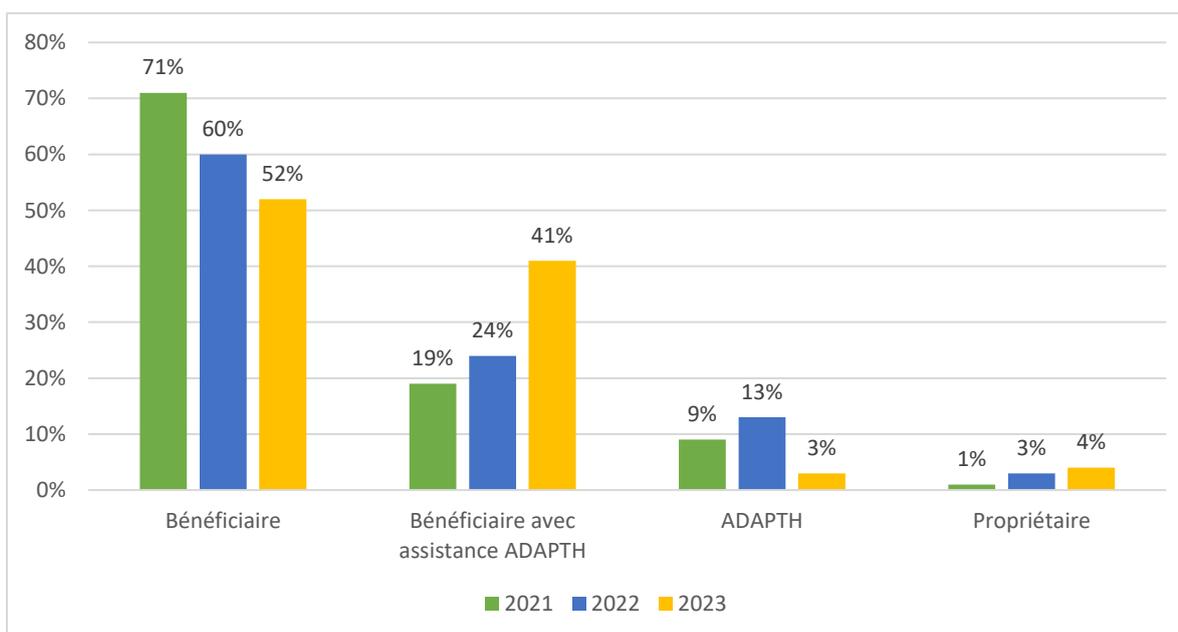
Tableau 43 : Travaux supplémentaires commandés et financés par le bénéficiaire – Tableau comparatif 2021 - 2023

2. Sociétés en charge des travaux

Le bénéficiaire est libre de choisir la société à laquelle il veut confier les travaux. L'ADAPTH peut assister le bénéficiaire dans ce choix s'il le souhaite et propose dans ce cas prioritairement des sociétés qui assurent déjà des services pour le bénéficiaire (comme la maintenance de la chaudière par exemple), ou qui ont leur siège à proximité du lieu d'habitation du bénéficiaire.

Par ailleurs, l'ADAPTH a mis en place une procédure pour s'assurer que le choix de la société est le plus transparent possible. Une liste des sociétés luxembourgeoises (extrait du « Guide de la Construction » de la « Fédération des Artisans ») est transmise au bénéficiaire. L'ADAPTH a également établi un formulaire où le bénéficiaire peut indiquer les noms des sociétés à qui il veut demander des offres, ou bien documenter s'il désire confier ce choix à l'ADAPTH. Quand le bénéficiaire est indécis, il peut en discuter avec l'expert de l'ADAPTH lors d'une visite.

Le besoin d'assistance des bénéficiaires pour le choix de la société augmente sur la période analysée et est nettement plus élevé en 2023 qu'au cours des années précédentes (41% des chantiers).



Graphique 64 : Choix de la société responsable des travaux – Evolution 2021 - 2023

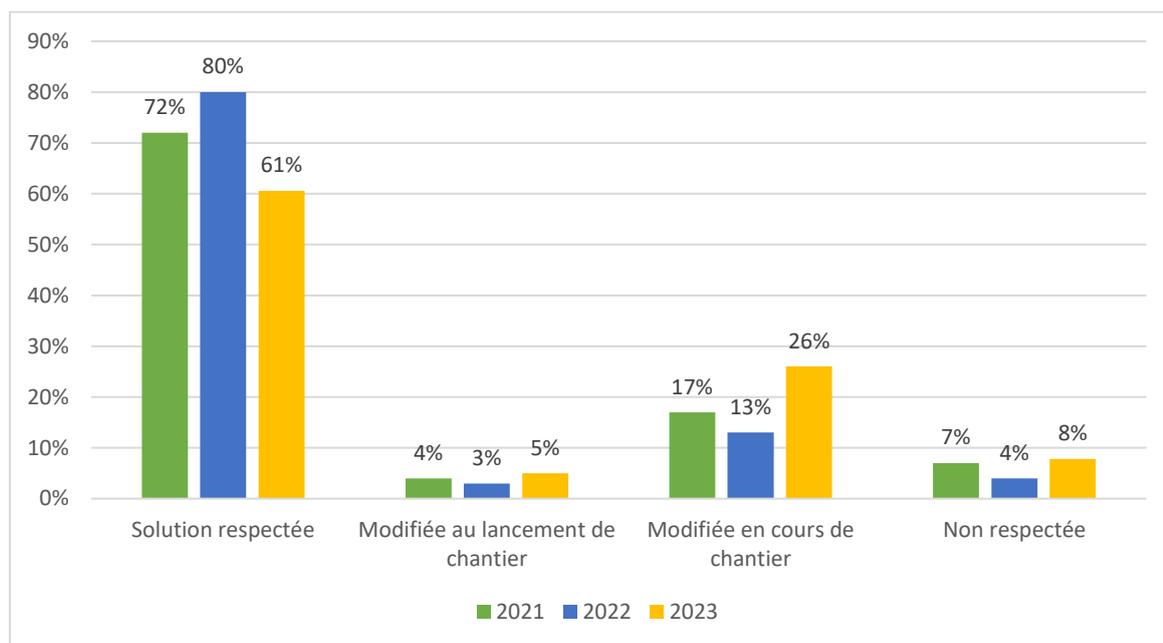
Les 180 adaptations du logement réceptionnées en 2023 ont été réalisées par 69 entreprises différentes. Les trois sociétés les plus importantes ont effectué 23% des adaptations.

3. Respect de la solution élaborée dans le cahier des charges fonctionnel

L'ADAPTH élabore pour toutes les adaptations du logement une solution sur mesure, répondant au mieux aux besoins du bénéficiaire. Cette solution est décrite dans un cahier des charges fonctionnel qui doit être validé par le bénéficiaire.

En 2023, la solution retenue dans le cahier des charges a pu être mise en place telle quelle dans 61% des cas. Des modifications du cahier des charges ont dû être apportées au démarrage ou en cours de

chantier pour 31% des aménagements, ce qui était généralement dû à des imprévus techniques.

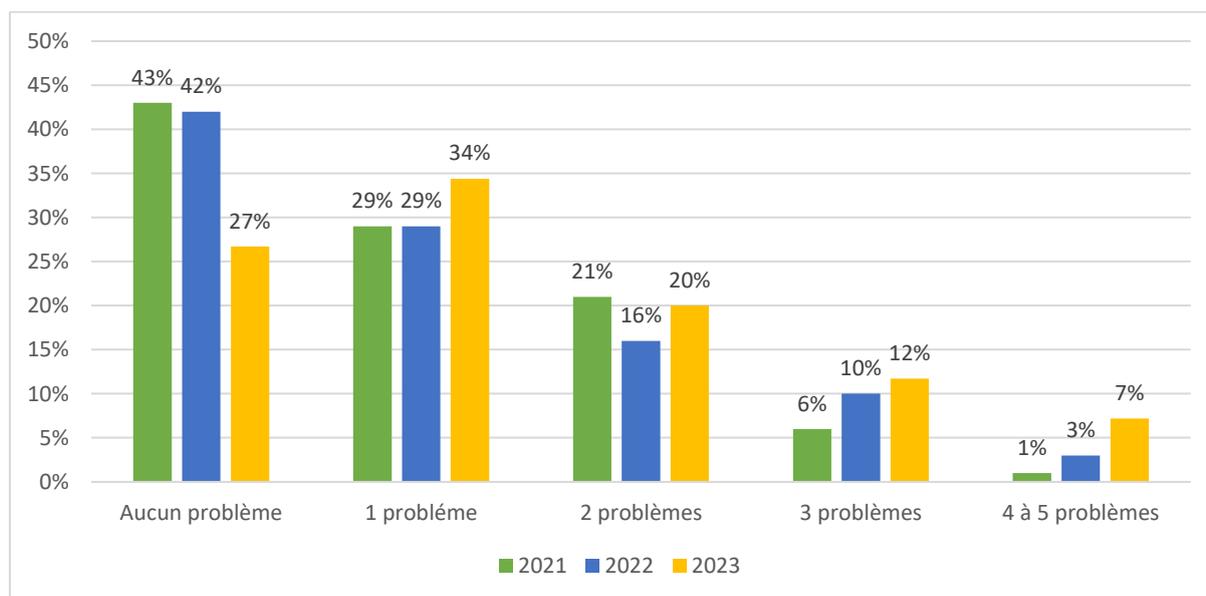


Graphique 65 : Respect de la solution élaborée dans le cahier des charges - Evolution 2021 - 2023

Dans 8% des chantiers, la solution élaborée par l'ADAPTH n'a pas été respectée. Les responsables de l'inobservance ont été soit les sociétés (plus de la moitié des non-respects), soit certains bénéficiaires qui ont demandé une modification du projet à l'entreprise. Une incidence importante sur la fonctionnalité de l'adaptation n'a toutefois été relevée que pour un des chantiers : un receveur de douche trop glissant a dû être refait par la société.

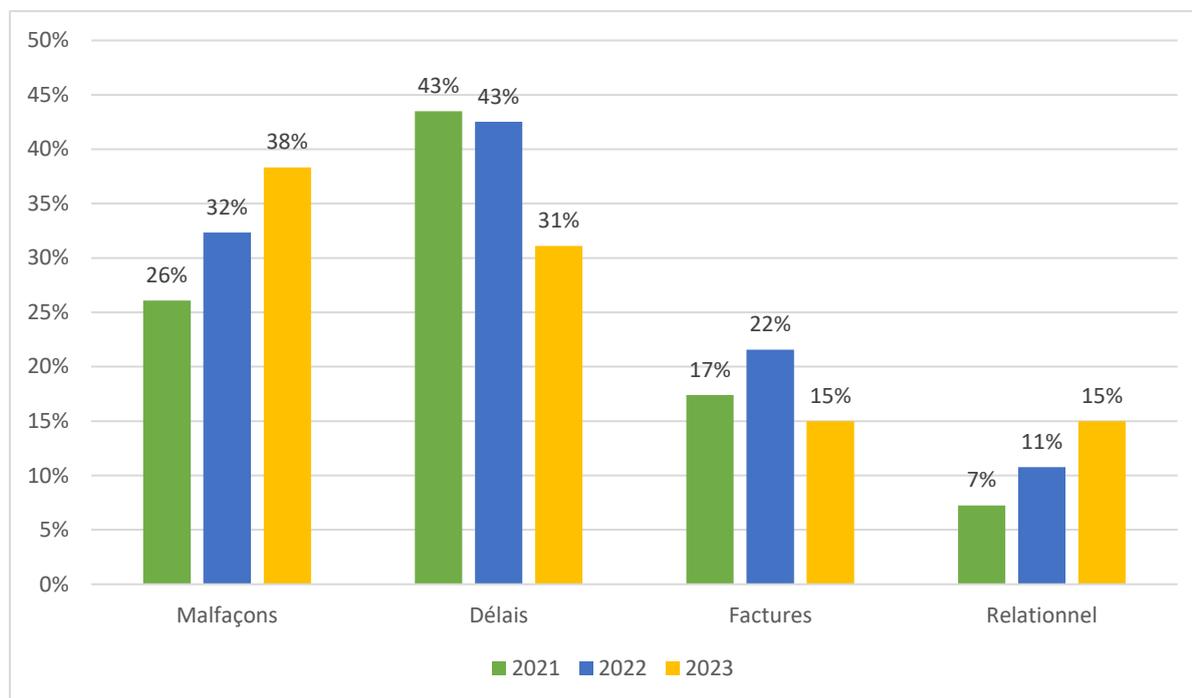
Problèmes rencontrés sur les chantiers

Dans seulement 27% des chantiers réceptionnés en 2023, aucun problème n'a été relevé par l'ADAPTH. Cette tendance est inquiétante dans la mesure où la réunion de démarrage du chantier a comme objectif de passer en revue tous les détails du cahier des charges et de clarifier tout problème potentiel avec les différents intervenants. Malheureusement, le nombre de chantiers où des problèmes multiples ont été identifiés par l'ADAPTH a également augmenté.



Graphique 66 : Nombre de problèmes rencontrés sur les chantiers - Evolution 2021-2023

Les types de problèmes rencontrés sur les chantiers en 2023 sont identiques à ceux des années précédentes et se rapportent à une mauvaise exécution des travaux par la société, des délais trop longs pour la mise en œuvre de l'adaptation, des erreurs ou retards dans la facturation et des difficultés relationnelles entre le bénéficiaire et la société ou entre l'ADAPTH et la société.

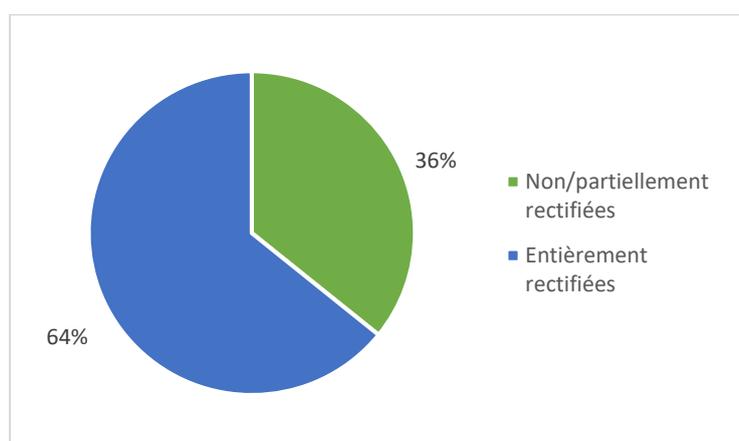


Graphique 67 : Typologie des problèmes rencontrés sur les chantiers (en % du nombre de chantiers réceptionnés) - Évolution 2021 -2023

3.1 Malfaçons constatées lors de la réception du chantier

Les malfaçons ont nettement augmenté par rapport à 2021. Ainsi, l'ADAPTH a identifié des défauts sur 38% des chantiers réceptionnés en 2023. Ne sont comptabilisées ici que les malfaçons relevées par l'ADAPTH lors de la réception du chantier. En effet, les erreurs constatées au cours des visites de suivi de l'ADAPTH en début de chantier sont facilement rectifiables et corrigées par les sociétés.

Dans 64% des cas, les malfaçons ont été entièrement rectifiées par la société. Il n'est pas rare toutefois que les bénéficiaires ne souhaitent pas recommencer les travaux.



Graphique 68 : Malfaçons rectifiées par les sociétés en 2023

3.2 Délais pour la mise en œuvre de l'adaptation par la société

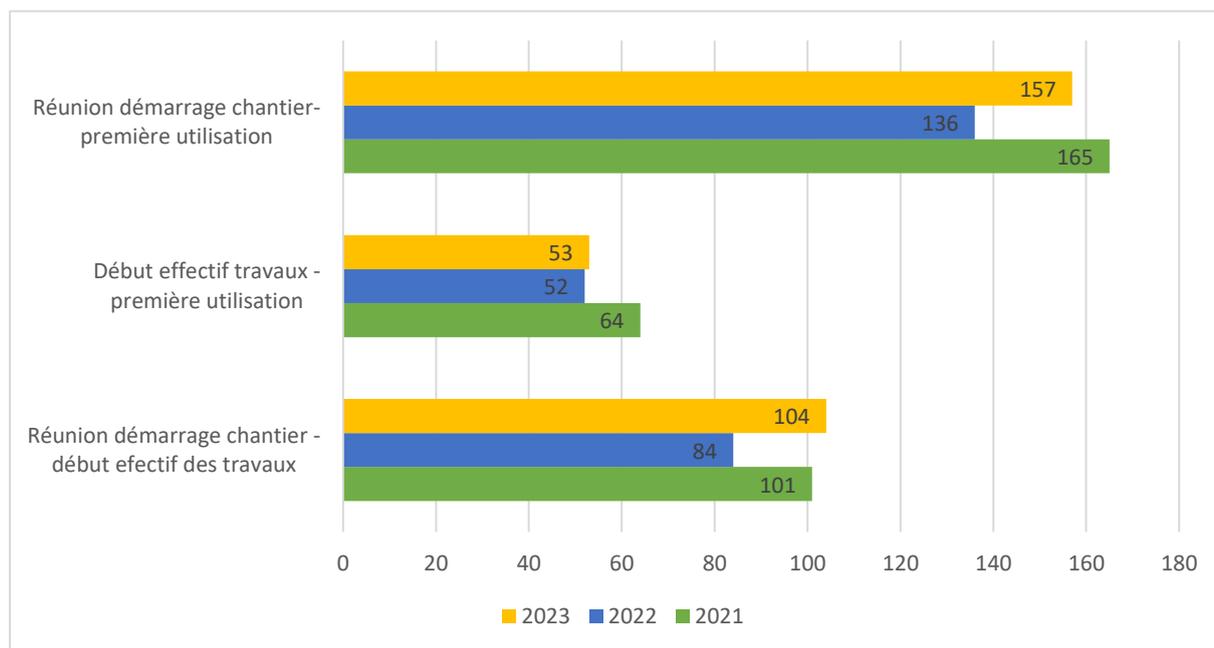
L'analyse ci-dessous détaille les délais moyens pour la mise en œuvre des adaptations de salles de bains par les sociétés, qui constituent la très grande majorité des adaptations du logement réalisées par l'assurance dépendance.

Le chantier démarre par une réunion, qui est organisée par l'ADAPTH et à laquelle sont conviés tous les intervenants. Cette réunion est primordiale, car elle sert à revoir la solution à mettre en œuvre par la société, à clarifier si le bénéficiaire souhaite faire d'autres travaux à titre privé et à définir la date à laquelle le chantier peut commencer.

Après la réunion de démarrage de chantier, le matériel pour la réalisation des travaux est commandé par la société. Le délai moyen entre la réunion de démarrage et le début effectif du chantier a été de 104 jours en 2023. Après une amélioration en 2022 (84 jours), ce délai s'est de nouveau rallongé et dépasse même le délai de 2021 (101 jours). Le délai très long témoigne en partie des problèmes rencontrés par les entreprises pour faire parvenir les matériaux nécessaires pour l'aménagement. Par ailleurs, des sociétés en difficultés et des bénéficiaires indécis sur le choix du matériel ou partant en vacances prolongées, ont retardé aussi certains chantiers.

Une fois les travaux réalisés par la société, la première utilisation de l'aménagement par le bénéficiaire est l'une des étapes principales enregistrées par ADAPTH. Cette donnée est importante à recenser, car l'adaptation peut être utilisée bien avant la réception définitive des travaux, qui relève d'un acte administratif³⁹ et qui n'a pas d'incidence sur la vie quotidienne du bénéficiaire.

Le délai entre le début effectif des travaux et la première utilisation de l'aménagement par le bénéficiaire a été de 53 jours en moyenne en 2023 (52 jours en 2022). On relève une amélioration de ce délai par rapport à 2021 (64 jours), qui peut être liée au fait que les sociétés ont moins de chantiers en cours en même temps et qu'une fois le matériel arrivé, les travaux sont réalisés sans retards majeurs.



Graphique 69 : Délais moyens (en jours) pour la mise en œuvre des adaptations de salles de bains par les sociétés

Après l'amélioration du délai moyen pour la mise en œuvre des adaptations des salles de bains par les sociétés en 2022 (136 jours), ce délai s'est à nouveau rallongé en 2023 (157 jours). Le délai élevé pour la réalisation des adaptations par les sociétés est principalement dû au temps très important

³⁹ Le règlement pour solde de la facture finale est subordonné à la réception définitive des travaux par l'ADAPTH.

qui s'écoule avant le début effectif des travaux.

3.3 Problèmes de facturation

L'ADAPTH procède à une vérification des factures établies par les sociétés avant de les transmettre à l'AEC. En 2023, des problèmes de facturation ont été relevés pour 15% des chantiers: les plus courants ont été des délais très longs pour l'établissement de la facture par la société, suivis d'erreurs de facturation. Pour 2% d'aménagements, il y a eu contestation des factures par l'ADAPTH, notamment pour des postes du cahier des charges pas encore installés, des heures en régie non nécessaires ou des suppléments souhaités par le bénéficiaire et donc à sa propre charge.

Les heures en régie ont diminué par rapport à 2021 et ont dû être prestées dans 15% des chantiers. Les heures en régie comprennent les heures de travail et le matériel nécessaire en cas d'imprévus pendant les travaux, comme par exemple l'absence de dalle au rez-de-chaussée dans des vieilles bâtisses. En effet, lors de l'analyse de la faisabilité technique du projet d'aménagement par les ingénieurs de l'ADAPTH, il n'est pas toujours possible de constater l'étendue de l'ensemble des travaux. Les travaux en régie sont à valider au préalable par l'ADAPTH et doivent être justifiés par des fiches de régies.

Année	2021	2022	2023
Recours à des heures en régie (en % du total des chantiers)	21%	13%	15%
Variation en points de pourcentage	-	38 p.p.	15 p.p.

Tableau 44 : Recours à des heures en régie – Tableau comparatif 2021 – 2023

3.4 Problèmes relationnels

Des problèmes relationnels entre le bénéficiaire et la société, ou entre l'ADAPTH et la société ont été constatés pour 15% des chantiers. Ces problèmes relationnels se manifestent généralement quand des problèmes surgissent sur le chantier (retards, malfaçons, etc....).

4. Conclusions

En 2023, l'ADAPTH a contrôlé 180 adaptations du logement lors de la réception définitive des travaux et a documenté les résultats de façon standardisée.

La solution sur mesure, élaborée par l'ADAPTH dans son cahier des charges pour pallier les besoins du demandeur, a pu être mise en place telle quelle pour la majorité des aménagements (61% des chantiers). Toutefois, le nombre de projets qui ont dû être modifiés en début ou en cours de chantier a augmenté en 2023 (31% des chantiers). Ces modifications étaient généralement dues à des imprévus techniques. Pour 8% des chantiers, la solution n'a pas été respectée, mais l'incidence sur la fonctionnalité des aménagements n'a été que minime.

Le nombre de chantiers pour lesquels l'ADAPTH a relevé des problèmes a malheureusement augmenté : en 2023, seuls 27% des chantiers réceptionnés n'ont posé aucun problème. Les chantiers à problèmes multiples ont également évolué à la hausse.

Les types de problèmes rencontrés sur les chantiers en 2023 sont identiques à ceux des années précédentes, l'occurrence des malfaçons identifiées par l'ADAPTH dont le nombre a toutefois augmenté (38% des chantiers). Des rectifications ont dû être apportées par les sociétés, mais il n'est pas rare que les bénéficiaires ne souhaitent pas recommencer les travaux.

Après une amélioration du temps nécessaire pour la mise en œuvre des adaptations par les sociétés, constatée en 2022, ce délai s'est malheureusement à nouveau dégradé en 2023. La durée élevée pour la réalisation des adaptations par les sociétés provient principalement du temps très long qui

s'écoule entre la réunion de démarrage de chantier et le début effectif des travaux (plus de 3 mois en 2023). Cette étape est nécessaire pour la commande du matériel par la société et le délai très long peut provenir de problèmes d'approvisionnement rencontrés par les entreprises. Par ailleurs, des problèmes structurels des sociétés, liés à la crise dans le secteur de la construction, et des bénéficiaires indécis sur le choix du matériel ou indisponibles pendant plusieurs semaines ont retardé d'autres chantiers.

Des problèmes de facturation ont été relevés pour 15% des chantiers avec notamment des délais très importants pour l'établissement des factures par la société et des erreurs de facturation. Les heures en régie ont diminué par rapport à 2021 et n'ont dû être prestées que dans 15% des chantiers.

Les résultats des réceptions de chantiers de 2023 sont en grande partie similaires aux constats des analyses de 2019 et 2020⁴⁰. Cependant, l'augmentation des problèmes rencontrés sur les chantiers et le nombre élevé de mauvaises exécutions des travaux par les sociétés corroborent l'importance du suivi des chantiers par l'ADAPTH. L'accompagnement rapproché des travaux par l'ADAPTH, qui exige le cas échéant une rectification des erreurs et malfaçons par la société, permet d'assurer au bénéficiaire que la solution personnalisée élaborée par l'ADAPTH pour accroître son autonomie de vie ou faciliter la tâche des personnes aidantes est correctement mise en œuvre.

III. Suivi à moyen terme : Enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires d'une adaptation du logement

Depuis juillet 2019, l'AEC réalise régulièrement des enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires d'une adaptation du logement, six mois après la réception des travaux.

L'analyse ci-dessous présente les résultats relatifs à la période de janvier à septembre 2023.

1. Résultats et analyse

La participation à l'enquête a été très élevée : sur 95 questionnaires envoyés, 74 ont été remplis et retournés à l'AEC - soit 77,9%.

1.1 Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux services rendus par l'ADAPTH

La quasi-totalité des bénéficiaires (97,3%) sont satisfaits, voire très satisfaits de la manière dont l'ADAPTH a traité leur dossier.

Traitement du dossier par l'ADAPTH	
Très satisfait	63,5%
Satisfait	33,8%
Insatisfait	1,4%
Très insatisfait	1,3%

Tableau 45 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la manière dont l'ADAPTH a traité le dossier

98,6% des bénéficiaires estiment avoir reçu des explications claires et compréhensibles par rapport au projet d'adaptation de la part de l'ADAPTH.

⁴⁰ Les résultats ont été présentés dans les rapports biennaux de 2020 et 2022.

Explications reçues par rapport au projet d'adaptation	
Oui, tout à fait	74,3%
Oui, plutôt	24,3%
Non, pas vraiment	1,4%
Non, pas du tout	0,0%

Tableau 46 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux explications reçues sur le projet d'aménagement

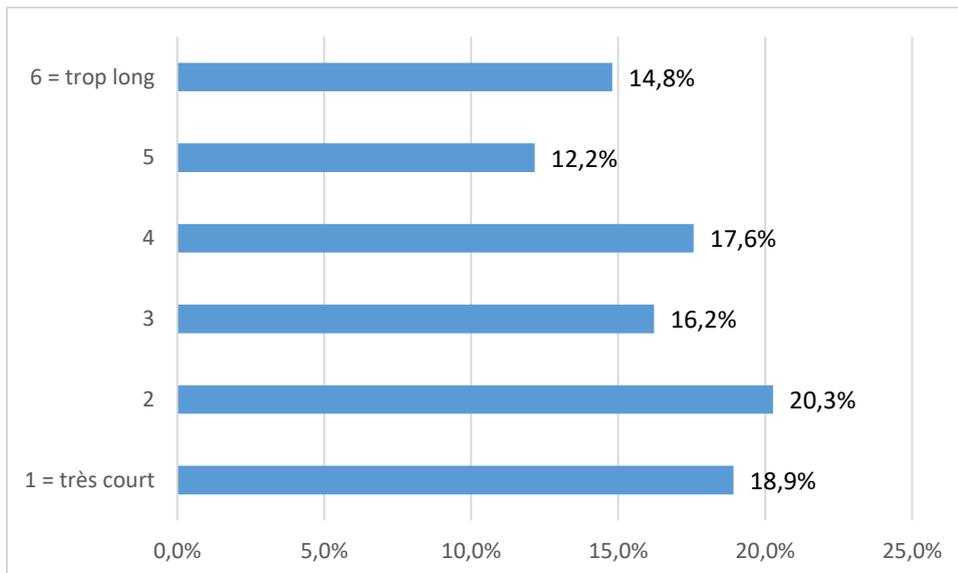
Une légère insatisfaction peut être observée pour l'implication du bénéficiaire dans le projet d'aménagement : 5,4% des bénéficiaires considèrent que l'ADAPTH ne les a pas suffisamment intégrés dans l'élaboration du projet.

Implication du bénéficiaire dans le projet d'aménagement	
Oui, tout à fait	64,9%
Oui, plutôt	29,7%
Non, pas vraiment	5,4%
Non, pas du tout	0,0%

Tableau 47 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à son implication dans le projet d'aménagement

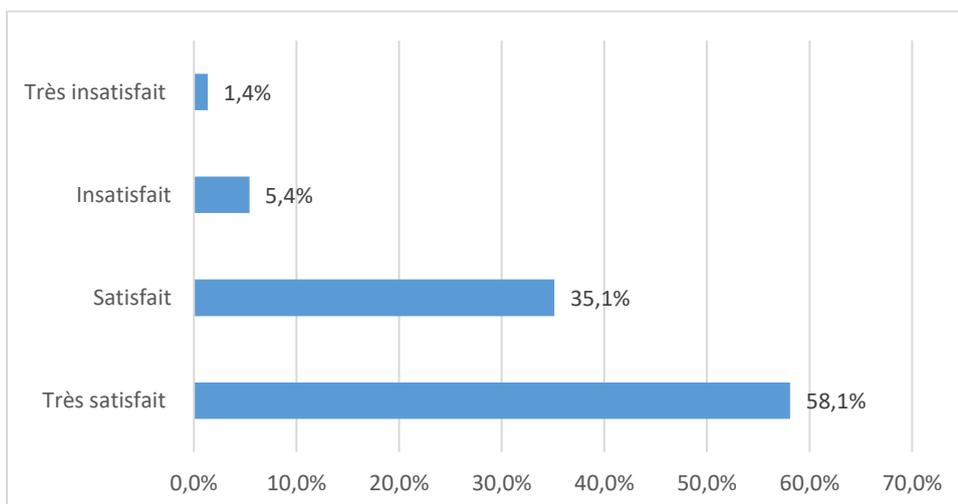
1.2 Satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'entreprise qui a réalisé les travaux

La satisfaction des bénéficiaires concernant la durée pour la réalisation des travaux par l'entreprise a diminué par rapport à 2020/2021: 39,2% des bénéficiaires estiment que le temps nécessaire pour la mise en œuvre de l'adaptation par l'entreprise a été très court ou court (46,4% en 2020/2021), 33,8% des bénéficiaires ont trouvé ce délai moyennement long (quasi identique à 2020/2021) et pour 27% des bénéficiaires, il a été long voire trop long (20,6% en 2020/2021).



Graphique 70 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux délais de réalisation par l'entreprise choisie

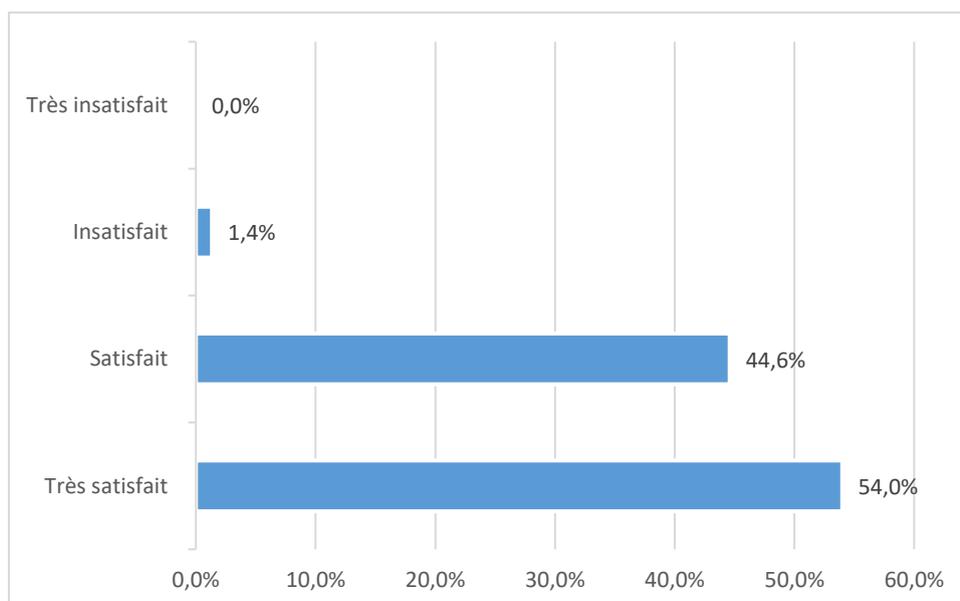
Une très grande majorité des bénéficiaires (93,2%) sont satisfaits, voire très satisfaits des travaux réalisés par l'entreprise.



Graphique 71 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux travaux réalisés par l'entreprise choisie

La part des bénéficiaires qui indiquent que l'entreprise ne leur a pas donné d'explications pour l'utilisation et la maintenance de l'adaptation est inchangée par rapport à 2020/2021 (13,5%).

La qualité du matériel installé a donné satisfaction à 98,6% des bénéficiaires.

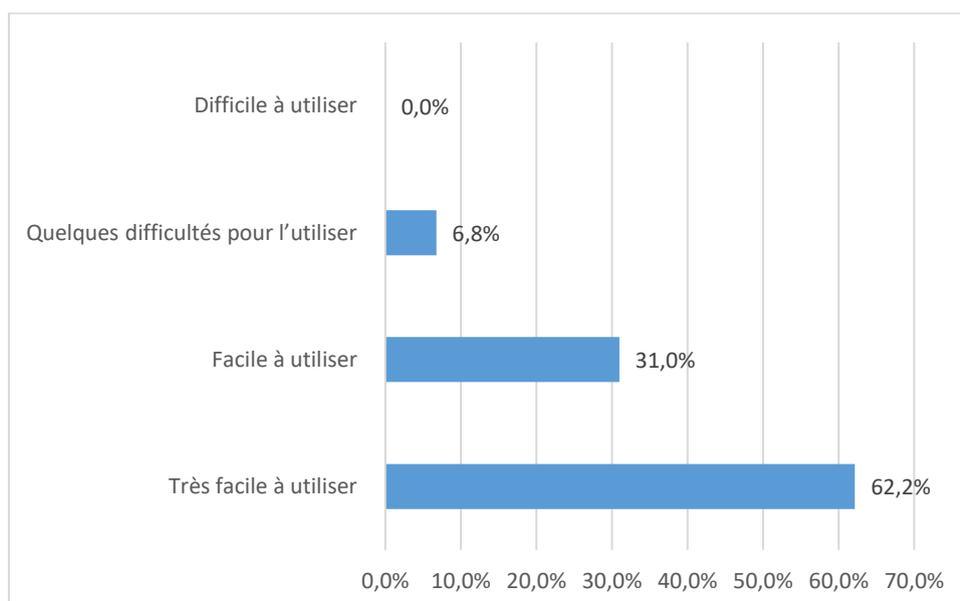


Graphique 72 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité du matériel

Pour 16,2% des bénéficiaires, un problème s'est produit avec l'adaptation du logement depuis sa réalisation (par rapport à 14% en 2020/2021). L'analyse des dossiers pour lesquels le problème n'a pas encore été résolu au moment de l'enquête a montré qu'il s'agissait de problèmes mineurs, pouvant être réglés par l'entreprise ou le bénéficiaire.

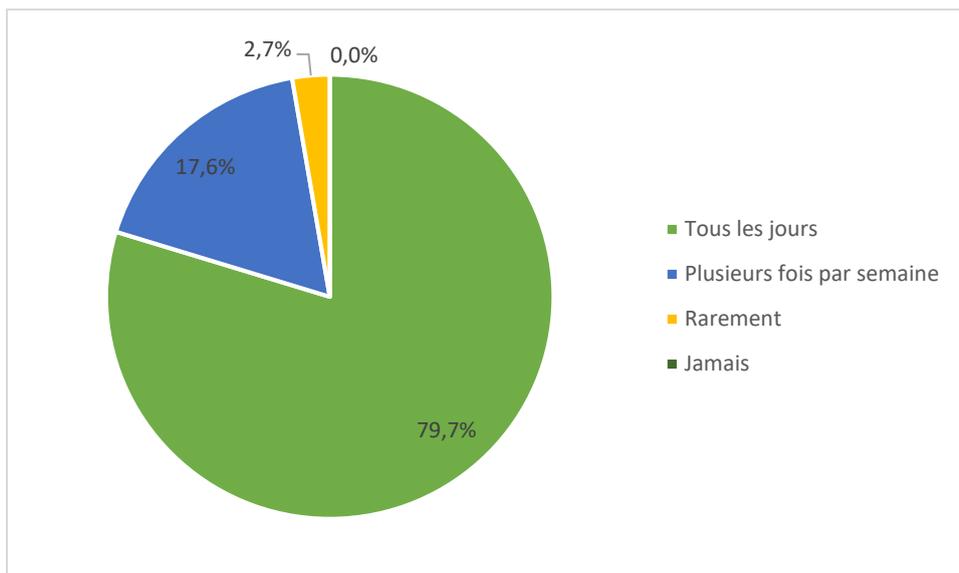
1.3 La satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'utilisation de l'adaptation du logement

La satisfaction par rapport à l'utilisation de l'adaptation est inchangée par rapport à 2020/2021 : 93,2% des bénéficiaires estiment que l'adaptation du logement est facile, voire très facile à utiliser. 6,8% des bénéficiaires rencontrent quelques difficultés pour l'utilisation.



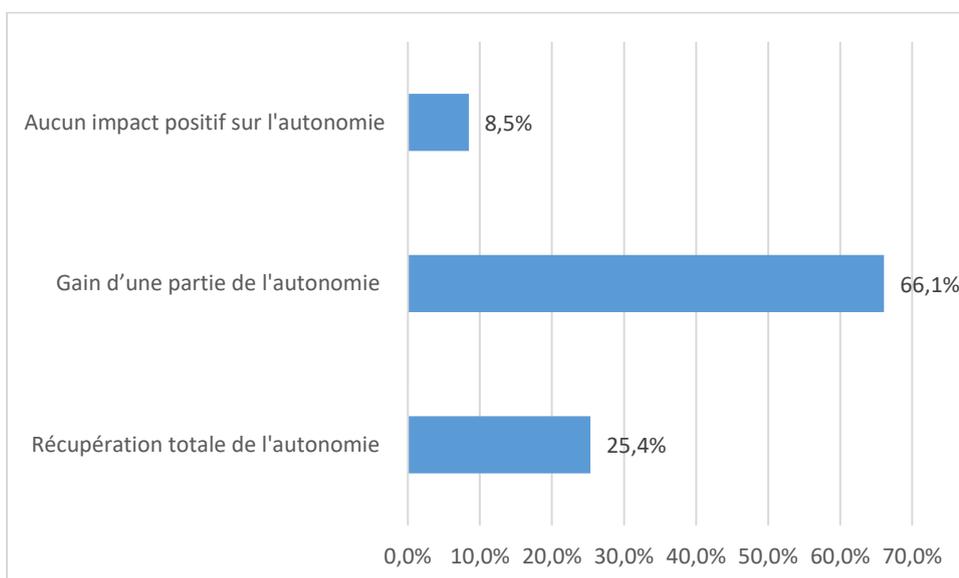
Graphique 73 : Facilité d'utilisation de l'adaptation réalisée

79,7% des bénéficiaires utilisent l'adaptation du logement quotidiennement, 17,6% des bénéficiaires l'utilisent plusieurs fois par semaine et 2,7% des bénéficiaires l'utilisent rarement.



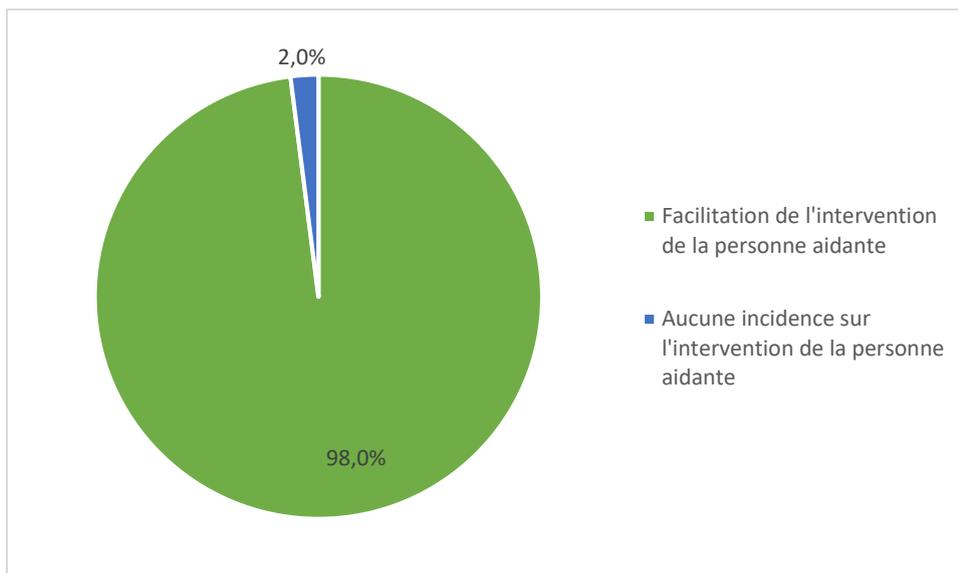
Graphique 74 : Fréquence d'utilisation de l'adaptation réalisée

L'incidence très positive de l'adaptation du logement sur l'autonomie des bénéficiaires, déjà constatée lors des enquêtes précédentes, est confirmée : un quart des bénéficiaires (25,4%) considèrent avoir récupéré une autonomie complète grâce à l'adaptation du logement (par rapport à 21,4% en 2020/2021) et 66,1% des bénéficiaires indiquent avoir regagné une partie de leur autonomie (par rapport à 65,2% en 2020/2021). Pour 8,5% des bénéficiaires, l'adaptation n'a pas eu d'effet sur leur autonomie, ce qui peut s'expliquer par le fait que pour des personnes très dépendantes, un gain en autonomie ne peut pas être recherché et l'aménagement est réalisé principalement pour faciliter la tâche des personnes aidantes.



Graphique 75 : Incidence de l'adaptation réalisée sur l'autonomie du bénéficiaire

Pour les bénéficiaires qui nécessitent l'intervention d'une tierce personne pour réaliser les actes essentiels de la vie, 98% considèrent que l'adaptation du logement facilite le travail de la personne aidante. 2% des bénéficiaires estiment que l'adaptation n'a pas eu d'incidence positive.



Graphique 76 : Incidence de l'adaptation réalisée sur la personne aidante

De nombreux bénéficiaires ont complété l'enquête par des commentaires très positifs concernant l'incidence de l'adaptation sur leur vie au quotidien, la bonne qualité du travail des entreprises et l'efficacité et la compétence des professionnels de l'ADAPTH et de l'AEC.

2. Conclusions

De même que lors des précédentes enquêtes de satisfaction, les bénéficiaires sont très satisfaits des services rendus par l'ADAPTH, expert de l'AEC pour les adaptations du logement depuis 1999.

Le travail réalisé par les entreprises et la qualité du matériel installé donnent entière satisfaction. En revanche, 27% des bénéficiaires sont insatisfaits du temps nécessaire pour la réalisation de l'adaptation par l'entreprise.

Les bénéficiaires utilisent les adaptations du logement très régulièrement et les qualifient de faciles à employer.

L'enquête de satisfaction confirme l'incidence très positive de l'adaptation du logement sur l'autonomie des bénéficiaires: un quart des bénéficiaires ont récupéré une autonomie complète grâce à l'adaptation.

La quasi-totalité des bénéficiaires qui nécessitent l'intervention d'une tierce personne pour réaliser les actes essentiels de la vie, considèrent que l'adaptation du logement facilite le travail de la personne aidante.

Les objectifs visés par l'octroi d'une adaptation du logement tels que définis à l'article 356 (2) et (3) du Code de la sécurité sociale⁴¹ ont donc été atteints pour la très grande majorité des bénéficiaires.

Les résultats de l'enquête de satisfaction de 2023 sont très proches des résultats des précédentes enquêtes, présentés dans les rapports biennaux de 2020 et 2022. Ils corroborent le niveau de satisfaction très élevé des bénéficiaires d'une adaptation du logement.

⁴¹ (2) « Des adaptations de son logement peuvent être prises en charge pour permettre à la personne de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la préparation des repas et de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement. »

(3) « La mise à disposition des aides techniques ainsi que l'adaptation du logement peuvent en outre être réalisées pour faciliter la tâche des personnes qui assurent les aides et soins. »

Une prochaine enquête en la matière est projetée pour 2025.

IV. Suivi à long terme : Longévité des installations

Afin de vérifier la longévité et la fonctionnalité à long terme des adaptations du logement prises en charge par l'assurance dépendance, l'AEC a décidé de revoir les différents types d'aménagements après plusieurs années d'utilisation par le bénéficiaire.

Après l'analyse de la qualité à long terme des adaptations de salles de bains, réalisée en 2020 par l'ADAPTH⁴², l'AEC a mandaté son expert pour évaluer la longévité d'une trentaine de solutions de changement de niveau.

L'analyse, réalisée en 2021, porte sur les plates-formes élévatrices (sur rail et verticales), les ascenseurs et les plans inclinés. Les aménagements contrôlés par l'ADAPTH ont entre 3 et 10 ans d'âge. Tous les aménagements ont été réalisés dans des maisons, dont 14 installations internes et 16 externes.

1. Fonctionnalité de la solution et utilisation

Alors que 40% des bénéficiaires estiment que leur état de santé s'est dégradé depuis la mise en place du changement de niveau, l'aménagement répond encore aux besoins de 85,2% des bénéficiaires. 40% des bénéficiaires sont autonomes pour utiliser l'aménagement permettant le changement de niveau ou nécessitent une aide ponctuelle, 60% dépendent d'une tierce personne.

70% utilisent l'aménagement permettant le changement de niveau en fauteuil roulant, 16,7% en se déplaçant avec un cadre de marche à quatre roues et 13,3% en marchant seuls ou avec l'aide d'une tierce personne.

La très grande majorité des bénéficiaires utilise l'aménagement permettant le changement de niveau très régulièrement (83,3%). Toutefois, il y a lieu de relever que 16,7% des bénéficiaires utilisent l'aménagement rarement ou pas du tout. Les aménagements concernés correspondent en partie à un type de plate-forme élévatrice spécifique, convertible en escalier. Ce type de plate-forme a connu de nombreux problèmes techniques, notamment pour les premiers modèles commercialisés.

Par ailleurs, lorsque le changement de niveau assure l'accès au logement, l'utilisation par le bénéficiaire peut également être moins fréquente.

Fréquence d'utilisation	
Plusieurs fois par jour	43,3%
Quelques fois par semaine	40,0%
Rarement	10,0%
Jamais	6,7%

Tableau 48 : Fréquence d'utilisation du changement de niveau

Plus de deux tiers des bénéficiaires sont satisfaits du temps nécessaire pour réaliser le changement

⁴² Les résultats de l'analyse ont été présentés dans le rapport biennal de 2022.

de niveau. 14,8% des bénéficiaires considèrent que le déplacement est lent, voire très lent.

Les bénéficiaires ne relèvent pas de difficultés avec l'éclairage sur le trajet de l'aménagement. Néanmoins, les experts de l'ADAPTH considèrent que le positionnement des interrupteurs dans les pièces de départ et d'arrivée du changement de niveau sera à reconsidérer pour les prochaines installations.

81,5% des bénéficiaires sont satisfaits du travail de la société.

2. Maintenance et pannes

À l'exception des plans inclinés, les aménagements nécessitent une maintenance annuelle, prévue dans les prescriptions de sécurité types de l'ITM. Comme le bénéficiaire est le propriétaire de l'installation, il est dans l'obligation de conclure un contrat d'entretien avec une entreprise homologuée à cet effet.

Les bénéficiaires d'un ascenseur ont tous conclu un contrat de maintenance pour leur installation. Pour les autres aménagements, 23,8% des bénéficiaires n'effectuent pas de maintenance par contrat.

La maintenance des ascenseurs est la plus coûteuse et varie de 1.200 € à plus de 1.500 €⁴³ par année pour les dossiers analysés. Pour un tiers des bénéficiaires, le coût des maintenances est difficilement supportable. Les frais pour les interventions hors contrat, qui viennent encore s'ajouter au coût des maintenances, posent problème à la moitié des bénéficiaires.

Hormis les difficultés rencontrées avec le modèle de plate-forme élévatrice convertible en escalier, il n'y a rien d'exceptionnel à noter en termes de fiabilité des adaptations permettant le changement de niveau. Les pannes les plus fréquentes concernent l'entraînement (moteur), les portes et le téléphone.

3. Autorisation ITM et contrôle annuel

Pour exploiter une adaptation permettant le changement de niveau, il faut disposer d'une autorisation de l'ITM. L'expert de l'ADAPTH veille à ce que le bénéficiaire détient cette autorisation d'exploitation.

En outre, chaque changement de niveau, à l'exception des plans inclinés, doit être contrôlé annuellement par un organisme agréé. Certains installateurs le prévoient dans leur contrat de maintenance. Dans le cas contraire, il incombe au bénéficiaire de faire appel à une société agréée. Le coût est de 180 €⁴⁴. La plupart des bénéficiaires (79,2 %) font effectuer ces contrôles.

4. Analyse des différents types de changement de niveau

4.1 Les plans inclinés

Par rapport aux autres types de changement de niveau, le plan incliné présente l'avantage de ne pas nécessiter de maintenance (moins de frais pour le bénéficiaire) et de ne pas tomber en panne.

Le revêtement du plan incliné, en métal ou en béton, ne doit pas être glissant, ne pas offrir de résistance à l'avancement d'un fauteuil roulant et être dépourvu de trous ou de fentes trop grands pouvant poser des problèmes pour ceux qui utilisent un cadre de marche ou une canne.

Tous les bénéficiaires considèrent que le revêtement de leur plan incliné est adapté à leur situation.

Tous les plans inclinés sont équipés d'une bordure « chasse roues » ou d'un muret, qui évitent qu'un utilisateur mette une roue de son fauteuil roulant dans le vide ou que la roue s'enfonce dans un terrain mou, ce qui peut provoquer une chute. Les bénéficiaires considèrent que la bordure est

⁴³ et ⁶ Prix en vigueur lors de l'analyse en 2021.

sécurisante.

La largeur du plan incliné correspond aux besoins de tous les bénéficiaires.

Un bénéficiaire considère que la pente de son plan incliné est trop raide. Dans les lieux ouverts au public, des pentes sont admises jusqu'à 6%. Dans le cadre des adaptations du logement réalisées pour le compte de l'assurance dépendance, l'espace à disposition n'est cependant pas toujours suffisant et des pentes allant jusqu'à 12% sont tolérées. Au-delà de cette marque, l'utilisateur peut basculer en arrière lorsqu'il se propulse seul et la force nécessaire pour pousser une personne en fauteuil roulant est très élevée.

Les plans inclinés vérifiés dans le cadre de l'analyse par l'ADAPTH ne présentent pas de défaut et sont tous dans un bon état.

4.2 Les plates-formes élévatrices convertibles en escalier

Ce produit, qui associe escalier et plate-forme élévatrice et permet d'économiser de l'espace, a malheureusement présenté beaucoup de problèmes techniques et ne donne satisfaction qu'à 25% des bénéficiaires.

La mise en place de ce type d'aménagement est à reconsidérer

4.3 Les plates-formes élévatrices sur rails obliques

Les dimensions du plateau de la plate-forme élévatrice, ainsi que les aires de manœuvre en haut et en bas de l'escalier, doivent tenir compte des besoins actuels et futurs du bénéficiaire: aides techniques utilisées ou à prévoir (dimensions et poids) et utilisation autonome ou bien accompagnée par une tierce personne. Le rail peut être fixé au sol ou bien au mur.

Les plates-formes élévatrices sur rails obliques revues par l'ADAPTH sont toutes des installations extérieures et de ce fait soumises aux intempéries.

La très grande majorité des bénéficiaires (85,7%) de ce type de plate-forme est satisfaite avec l'aménagement. Le poids de charge maximal de la plate-forme a posé problème pour un bénéficiaire se déplaçant en fauteuil roulant électrique lourd.

4.4 Les plates-formes élévatrices verticales et ascenseurs

Un changement de niveau extérieur ou intérieur peut être compensé soit par une plate-forme élévatrice verticale, soit par un ascenseur. La différenciation est basée sur le fait que des directives européennes et des réglementations ITM différentes sont applicables pour les deux types de solutions.

Tous les bénéficiaires d'une plate-forme élévatrice verticale ou d'un ascenseur sont satisfaits de leur aménagement. L'ADAPTH relève néanmoins deux points à approfondir plus particulièrement pour les prochaines installations :

- La mise en place d'une batterie de secours pour garantir la sortie de la maison en cas de coupure de courant n'est pas systématiquement prévue.
- L'installation d'un téléphone en cabine est obligatoire. Diverses options sont possibles pour connecter le téléphone au réseau. Dans le cas de l'utilisation d'une ligne fixe, une ligne dédiée est à favoriser par rapport à l'utilisation de la ligne existante de la maison.

5. Conclusions

De manière générale, on peut retenir que les bénéficiaires sont satisfaits de leurs changements de niveau et ceci après plusieurs années d'utilisation.

À l'exception des plates-formes élévatrices convertibles en escalier, la fonctionnalité et la qualité à

long terme des changements de niveau sont assurées.

L'analyse de l'ADAPTH a mis en évidence quelques points à reconsidérer :

- Les obligations légales en matière de contrôle du changement de niveau par un organisme de contrôle agréé doivent être clairement précisées au bénéficiaire.
- Les frais de maintenance engagés par le bénéficiaire doivent être abordés dans le cahier des charges.
- L'éclairage et le positionnement des interrupteurs aux lieux de départ et d'arrivée du changement de niveau doivent être revus par l'ADAPTH.
- Le poids de charge maximal des plates-formes élévatoires peut être limitatif, notamment en combinaison avec un fauteuil roulant électrique lourd.
- L'installation d'une batterie de secours est nécessaire pour garantir la sortie de la maison en cas de coupure de courant.
- La mise en place d'une ligne dédiée pour le téléphone en cabine est à privilégier si une ligne fixe est utilisée.
- Les plates-formes élévatoires convertibles en escalier ne seront plus à retenir comme solution, tant que leur fiabilité technique ne s'est pas améliorée.

Pour l'AEC, les résultats de l'analyse confirment l'importance d'un contrôle de la qualité à long terme des adaptations du logement. De fait, le retour d'expérience des bénéficiaires après plusieurs années d'utilisation permet d'améliorer la qualité des installations, tant du côté de la fonctionnalité de la solution proposée par l'ADAPTH, que du côté de la fiabilité des équipements.

Avec les analyses des salles de bains en 2020 et des changements de niveau en 2021, le contrôle à long terme des principaux types d'adaptations du logement a été effectué.

En 2022, l'ADAPTH a réalisé une analyse de la qualité à long terme des adaptations de cuisine. Le faible échantillonnage ne permet pas de tirer des conclusions significatives, mais le fait d'avoir analysé l'ensemble des éléments présents dans les cuisines adaptées a néanmoins permis de réaliser quelques appréciations.

- La fonctionnalité de la cuisine est toujours assurée, même si les bénéficiaires estiment que leur état de santé s'est dégradé depuis la réalisation de l'aménagement.
- Des axes d'amélioration ont été relevés par l'ADAPTH en ce qui concerne l'emplacement des prises de courant et de l'évier.
- La satisfaction des bénéficiaires à l'égard des firmes est entière.

Étant donné que la longévité des principaux types d'adaptations du logement a désormais été évaluée et compte tenu des très bons résultats, l'AEC a décidé de suspendre ce type de contrôle pendant quelques années.

V. CONCLUSION: SUIVI DE LA QUALITÉ DES ADAPTATIONS DU LOGEMENT

Cette partie consacrée au suivi des adaptations du logement corrobore la très grande satisfaction des bénéficiaires quant aux aménagements réalisés. Les bénéficiaires utilisent les adaptations du logement très régulièrement et les qualifient de faciles à employer. Un bémol est toutefois le retard pour l'exécution des travaux par l'entreprise, lié essentiellement à des problèmes d'approvisionnement en matériaux et à la crise dans le secteur de la construction.

L'incidence très positive des adaptations du logement sur la vie des bénéficiaires (25% considérant avoir récupéré une autonomie complète après l'adaptation du logement) et celle de la tierce personne participant à leurs soins (facilitation de l'intervention dans la quasi-totalité des cas), témoigne de la grande qualité des solutions sur mesure élaborées pour les bénéficiaires par l'ADAPTH.

L'augmentation des problèmes rencontrés sur les chantiers (73% des chantiers posant un ou plusieurs problèmes) et les nombreuses malfaçons relevées lors de la réception des travaux (38% des chantiers), confirment la nécessité d'un accompagnement rapproché des travaux par l'ADAPTH afin d'assurer la qualité de l'aménagement et sa conformité au cahier des charges élaboré.

Enfin, les résultats de cette partie du rapport biennal abordent la qualité des installations dans le temps. Le recul de ce type de suivi permet de voir la fiabilité des installations, avec leur usure dans des conditions d'utilisation quotidienne. L'analyse détaillée d'une trentaine de solutions de changement de niveau (plates-formes élévatrices sur rail et verticales, ascenseurs et plans inclinés) a mis en évidence la fonctionnalité à long terme des aménagements pour une proportion très élevée de bénéficiaires (85,2% d'entre eux). La très grande majorité des bénéficiaires utilise le changement de niveau très régulièrement (83,3%).

Les plates-formes élévatrices convertibles en escalier, qui ont malheureusement présenté beaucoup de problèmes techniques, ne seront plus retenues pour des futures adaptations tant que leur fiabilité technique ne s'est pas améliorée.

Maintenant que la qualité à long terme des principaux types d'adaptations du logement a été analysée, l'AEC a décidé de suspendre ce type de suivi pendant quelques années.

Le contrôle systématique de la qualité des adaptations du logement lors de la réception définitive des travaux et le recours à des enquêtes de satisfaction seront pérennisés, afin de toujours s'assurer du maintien de l'excellence des résultats.

CONCLUSION FINALE

D. CONCLUSION FINALE

Ce troisième rapport présente les initiatives et constats réalisés lors de la période 2021-2023.

Comme son prédécesseur, il est composé de trois grandes parties.

Il a été construit de telle manière que le lecteur puisse trouver des conclusions intermédiaires afin de reprendre les constats relatifs aux différentes thématiques et d'identifier des chiffres et résultats clés.

Grâce aux recensements nationaux et aux différents suivis, ce rapport biennal consolide certaines comparaisons entre les différentes périodes, amenant des pistes de réflexion, mais montrant aussi que certains objectifs sont atteints ou présentent une certaine stabilité dans le temps.

C'est pourquoi l'AEC souhaite faire évoluer la façon d'aborder notamment les contrôles de documentation et amener les indicateurs nationaux vers des outils participant à la stratégie générale de l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la personne dépendante. Dans le suivi de la qualité au niveau des aides et soins, des réflexions seront ainsi menées avec la COPAS afin de soutenir, comme par le passé, des actions d'amélioration homogènes dans l'ensemble du secteur des soins de longue durée.

De plus, il est important de noter qu'un des sujets récurrents abordés est la continuité des soins et les interactions entre les différents acteurs de la santé dans la prise en charge de la personne dépendante.

De plus, la loi du 23.08.2023 sur la qualité du Ministère de la Famille, des Solidarités, du Vivre ensemble et de l'Accueil met l'accent sur l'importance de critères qualité et la transparence dans l'accompagnement de la population principale de l'assurance dépendance, à savoir les personnes âgées. Plus que jamais, il est important de développer les synergies, tout en continuant à s'assurer que les bons résultats obtenus grâce à l'implication de l'AEC et des prestataires, dans le suivi dans la qualité des soins, restent d'actualité.

Dans le cadre des aides techniques et adaptations du logement, les moyens qui ont été mis en œuvre ont fait leurs preuves, grâce à la mobilisation de chacun, AEC, prestataires et fournisseurs. La consolidation du SMA, entreprise depuis ces dernières années, doit continuer, soutenue par une convention à jour, afin de garantir la qualité des services, mais aussi les volumes importants de matériel mis à disposition.

Enfin, la présence de l'AEC sur le terrain afin d'être au plus près des utilisateurs et de continuer les approches participatives pour adapter au mieux les prestations, les services et le matériel mis à disposition est incontestablement un atout pour les assurés. L'évolution des techniques et technologies reste également un défi que les référents de l'AEC continuent de relever pour s'assurer de la meilleure réponse aux besoins d'une population pour laquelle il est prouvé que le matériel mis à disposition et les adaptations du logement réalisées, participent à leur autonomie et inclusion dans la société.

Les démarches et l'investissement humain dans le suivi des aides techniques et adaptations du logement doivent donc rester d'actualité. En effet, le nombre de personnes non bénéficiaires de prestations aides et soins de l'assurance dépendance qui bénéficient d'aides techniques et adaptations du logement, reste toujours important et constitue plus d'un quart du total des bénéficiaires d'aides techniques.

Enfin, la réalisation de l'enquête de satisfaction en établissement à séjour continu et de leurs personnes de référence, dont les résultats ont été présentés au début du mois de juin 2024, permet d'avoir un ensemble d'informations à relier à celles obtenues lors de l'enquête de satisfaction à domicile.

Cette enquête a abordé la transition entre le domicile et l'admission en établissement du point de vue de la personne dépendante, mais aussi de celui de la personne de l'entourage qui continue souvent à intervenir dans le suivi de la prise en charge, malgré l'entrée en ESC. Cela renforce l'objectif que s'est donné l'AEC vis-à-vis de cette population d'aidant : l'accompagner, la valoriser et garantir sa juste implication, tout en s'assurant que les professionnels aient les moyens non seulement de prendre en charge la personne dépendante, mais aussi de soutenir son entourage, sans lequel les soins et l'accompagnement ne pourraient pas se faire. La qualité de la prise en charge est en effet tributaire des interactions entre les différentes parties prenantes et l'aidant, ou la personne de l'entourage qui participe à l'organisation de la prise en charge, est, de ce fait, un acteur que l'AEC se doit également de suivre.

Remerciements

Dans le cadre des aides et soins

L'AEC remercie la COPAS pour sa collaboration et plus précisément l'ensemble des personnes ayant participé aux différents groupes de travail animés par l'AEC. L'échange et le partage d'expérience au sein de ces groupes ont permis d'améliorer le suivi des indicateurs nationaux.

Merci aux membres de ces groupes de travail pour leur implication et engagement :

- Mme Martine EWERARD, Chargée de missions Prestations, COPAS
- Mme Laura MUCK, Chargée de missions Qualité, COPAS
- Mme Beate LAUER, Coordinatrice Qualité, Doheem versuergt
- Mme Caroline CAUDMONT, Responsable des Ergothérapeutes et des Psychologues, Doheem versuergt
- Mme Gina PANZA, Coordinatrice Qualité Service des Aides et Soins, Doheem versuergt, après le départ de Mme Lauer
- Mme Patricia NOEL, Ergothérapeute, Tricentenaire
- Mme Aline MAHOUT, Responsable Qualité et Innovation, Tricentenaire
- M. Holger BRACKER, Coordinateur, Délégué à la protection des données, Zitha Senior
- Mme Giuseppina GULIZIA, Coordinatrice Qualité, Claire asbl
- M. Régis HUSSONG, Responsable Qualité, Claire asbl, en remplacement de Mme GULIZIA lors de son absence

Groupes de travail gérés par :

M. Tom STREICHER, Chargé de mission qualité, AEC

Mme Jennifer OLIVAREZ, Responsable unité qualité et contrôle, AEC

Coordination administrative: Mme Joëlle GERARDY, Agent administratif de l'Unité qualité et contrôle, Inspecteur

Dans le cadre des aides techniques et adaptation du logement

L'AEC remercie :

- l'ADAPTH pour sa contribution importante à la présentation des résultats et la fourniture de données participant au suivi de la qualité des chantiers à court, moyen et long terme.
- Le SMA pour les nombreux échanges et la mise en œuvre de différentes actions d'amélioration.
- Les différents fournisseurs de coques et corsets- sièges pour leur collaboration et les précisions apportées en matière de techniques de fabrication, ce qui a permis d'améliorer le service aux personnes nécessitant ce type de matériel spécifique.

Un remerciement particulier

- Au service informatique de l'AEC pour la mise à disposition des outils permettant la gestion des enquêtes de satisfaction et le recensement des indicateurs nationaux.
- Au secrétariat de l'AEC pour les envois des questionnaires de satisfaction et les différents encodages.

Auteurs du rapport au sein de l'AEC et contributions aux résultats

Pour la partie Aides et soins

Mme Jennifer OLIVAREZ, Responsable de l'unité qualité et contrôle

Mme Alisha BLASEN, Chargée de mission qualité

avec les contributions de :

M. Tom STREICHER, Chargé de mission qualité, infirmier gradué

Mme Leila DERNOUSS, Coordinatrice qualité

Equipe mySecu :

Pour le suivi qualité des démarches transmises par les prestataires

M. Tom STREICHER en charge de la coordination métier, Chargé de mission qualité, infirmier gradué

Mme Monique REULAND, Référent infirmier

Pour le soutien logistique et la réponse aux questions

Mme Joëlle GERARDY, Agent administratif de l'Unité qualité et contrôle, Inspecteur

Mme Jennifer OLIVAREZ, Responsable de l'unité qualité et contrôle

Pour les alimentations des plateformes et gestion des démarche

L'équipe de la Helpline AT-LO, Unité de support du SED

Pour la partie aides techniques et adaptation du logement

Mme Christiane ROLLINGER, Conseiller en matière d'aides techniques et adaptations du logement

Soutenue par :

- M. Jeff FRITSCH, Référent infirmier, dans le suivi des installations non-conformes d'élévateurs d'escaliers, soutenu par Mme Monique REULAND, Infirmière, chargée de mission qualité.
- Mme Joëlle GERARDY pour l'encodage des enquêtes logement.
- Mme Katja TURINETTI et M. Alex SCHAACK pour la mise en œuvre et la diffusion des actions d'amélioration au sein de l'AEC.
- Les référents spécialisés dans la prise en charge et le suivi des coques et corset-sièges

Traitement des données, Data Warehouse (DWH) de l'AEC

Mme Leila DERNOUSS, Coordinatrice qualité

Mme Alisha BLASEN, Chargée de mission qualité

Relecture-Validation Direction AEC

Dr Jacques LÜCK, Médecin-directeur adjoint

Mise en page, corrections

Mme Joëlle GERARDY, Agent administratif de l'Unité qualité et contrôle, Inspecteur