

 LA SÉCURITÉ SOCIALE - 2019

ASSURANCE DEPENDANCE

RAPPORT D'ANALYSE PREVISIONNEL



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

Inspection générale de la sécurité sociale

Version : 22 août 2019

Auteurs : WEISGERBER Christine
WEBER Laurence

Sommaire

INTRODUCTION	4
1 L'ASSURANCE DEPENDANCE EN BREF	5
1.1 Objectifs	5
1.2 Organisation	5
1.3 Prestations.....	6
1.4 Les prestataires.....	7
1.4.1 La convention-cadre	7
1.4.2 Le contrat de prestations de services	7
1.5 Financement	8
2 L'ASSURANCE DEPENDANCE EN CHIFFRES	9
3 LES PREMIERES SYNTHESSES DE PRISE EN CHARGE.....	14
4 LES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS ET LEUR PERSONNEL.....	17
4.1 Les prestataires d'aides et de soins.....	17
4.2 Les ressources humaines.....	18
5 ANALYSE DES FORFAITS RELATIFS AUX PRESTATIONS EN NATURE POUR LES AEV	26
CONCLUSION	31
ANNEXE 1 – CONTEXTE ET REFERENCES LEGALES.....	32
ANNEXE 2 – SITUATION ET PROJECTION MACRO-ECONOMIQUE DU LUXEMBOURG.....	36
ANNEXE 3 – LE SOUTIEN DANS LES PREMIERES SYNTHESSES DE PRISE EN CHARGE	39
ANNEXE 4 – TAUX DE FACTURATION DES ACTES AEV ET SOUTIEN AVANT LA REFORME	40
ANNEXE 5 – GLOSSAIRE	41
ANNEXE 6 – EXTRACTION DES DONNEES	42

INTRODUCTION

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

Le rapport d'analyse prévisionnel sur lequel s'appuie une éventuelle fixation des facteurs d'ajustement des forfaits pour la prise en charge par l'assurance dépendance des aides et soins dans le domaine des actes essentiels de la vie s'inscrit dans le cadre des mesures prévues par la loi du 29 août 2017¹.

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

En raison de l'adaptation des programmes informatiques liée à l'implémentation de la réforme de l'assurance dépendance entrée en vigueur au 1er janvier 2018², des retards dans l'introduction des factures auprès de la Caisse nationale de santé (CNS) sont à noter. Ainsi ce rapport prévisionnel se limite à analyser les actes essentiels de la vie tels que déterminés dans les synthèses de prise en charge établies par l'AEC.

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

Le contexte économique et démographique du Luxembourg, ainsi que les activités de soutien dans le cadre des premières évaluations sont détaillés dans les annexes du présent rapport.

¹ 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.

² Extrait du décompte annuel global des recettes et dépenses de l'assurance dépendance (AD) : La CNS n'a disposé que d'une partie très restreinte des factures des prestataires d'aides et de soins à la clôture de l'exercice 2018. Les montants des provisions et régularisations se sont ainsi accrus considérablement. Les provisions s'élèvent à 337,2 millions d'euros en 2018, contre 39,3 millions d'euros en 2017 et les régularisations s'élèvent à 153,6 millions d'euros en 2018, contre 21,3 millions d'euros en 2017.

1 L'ASSURANCE DÉPENDANCE EN BREF

1.1 OBJECTIFS

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

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

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

Les actes essentiels de la vie comprennent :

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

Pour être couvert par l'assurance dépendance, le besoin d'aides et de soins dans le domaine des actes essentiels de la vie doit être important et régulier et représenter au moins trois heures et demie par semaine. Néanmoins, en cas de besoin important et régulier, les adaptations du logement et les aides techniques peuvent être allouées sans égard du seuil de trois heures et demie.

En outre, l'état de dépendance doit, suivant toute probabilité, dépasser six mois ou être irréversible.

Les personnes qui ne remplissent pas ces conditions, mais disposent d'une décision de la CNS sur base d'un accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier de soins palliatifs font également partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance (art. 349 du CSS).

1.2 ORGANISATION

La Caisse nationale de santé (CNS)

La CNS assure la gestion de l'assurance dépendance. Elle prend les décisions individuelles sur base des avis émis par l'AEC. Elle gère le budget de l'assurance dépendance.

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

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

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

Elle est en outre chargée d'une mission de contrôle de la qualité des prestations fournies et de l'adéquation entre les prestations dispensées et les besoins de la personne dépendante. Dans ce cadre, elle établit tous les deux ans un rapport.

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

La Commission consultative

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

L'Action concertée

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

1.3 PRESTATIONS

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

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

dans le cadre d'une prise en charge stationnaire :

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

dans le cadre d'un maintien à domicile :

- les activités de garde – forfait de 7 heures pour garde individuelle (AMD-GI), forfait majoré de 14 heures pour garde individuelle (AMD-GI-M), forfait de 40 heures pour garde en groupe (AMD-GG), forfait majoré de 56 heures pour garde en groupe (AMD-GG-M), forfait annuel de 10 nuits pour garde de nuit (AMD-GDN) ;
- les activités d'assistance à l'entretien du ménage - forfait de 3 heures (AMD-M) ;
- le matériel d'incontinence (FMI) ;
- les adaptations de logement (AL) ;
- les formations pour les aides techniques (AMD-FAT) ;
- la formation de l'aidant (en cas de présence d'un aidant – AMD-FA).

L'AEC recense lors de l'évaluation/de la réévaluation les besoins du demandeur en aides et soins, ainsi que les capacités et disponibilités de son aidant individuel. Elle détermine ensuite dans une synthèse de prise en charge, les aides et soins dont le demandeur a besoin. Sur base des durées forfaitaires et des fréquences des actes essentiels de la vie retenus par application du référentiel des aides et soins, le demandeur se voit attribuer un des quinze niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins prévus dans l'article 350 paragraphe 3 alinéa 1 du CSS³.

1.4 LES PRESTATAIRES

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

1.4.1 La convention-cadre

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

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

On distingue quatre catégories de prestataires

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

Pour le paiement des prestations, on applique une valeur monétaire spécifique aux prestations de chaque catégorie de prestataire. Ces valeurs monétaires sont négociées tous les deux ans entre les prestataires et la CNS. Les prestations prises en charge par l'assurance dépendance sont exprimées en durées de prise en charge dans le CSS. Ces durées sont multipliées par la valeur monétaire correspondante, pondérée en fonction des coefficients de qualification du personnel et des coefficients d'encadrement du groupe, fixés par règlement grand-ducal⁴.

1.4.2 Le contrat de prestations de services

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

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

⁴ Règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 2017 déterminant : 1° les normes concernant la dotation et la qualification du personnel ; 2° les coefficients d'encadrement du groupe.

1.5 FINANCEMENT

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

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

2 L'ASSURANCE DÉPENDANCE EN CHIFFRES

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

Le tableau 1 présente le nombre de bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance ayant une synthèse de prise en charge⁵ valable au 31 décembre des années 2009 à 2018.

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

Année	Nombre	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2009	11 159	5,1%	10 799	96,8%
2010	11 847	6,2%	11 451	96,7%
2011	12 386	4,5%	11 987	96,8%
2012	12 999	4,9%	12 589	96,8%
2013	13 378	2,9%	12 967	96,9%
2014	13 492	0,9%	13 063	96,8%
2015	13 568	0,6%	13 122	96,7%
2016	13 774	1,5%	13 321	96,7%
2017	13 913	1,0%	13 429	96,5%
2018 ^b	14 192	2,0%	13 749	96,9%

a. Situation au 31 décembre

b. Données provisoires, rupture de série

Au 31 décembre 2018, 14 192 personnes de la population protégée luxembourgeoise bénéficient de prestations de l'assurance dépendance. A noter qu'une rupture de série a lieu entre 2017 et 2018, étant donné que la structure de l'enregistrement des données a changé et par conséquent la méthodologie d'extraction et de sélection des données.

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

Tableau 2 – Répartition des différents types de synthèses de prise en charge au 31 décembre 2018 ^a

Origine	Nombre	En % du total
Conversion - plans existants avant 2018	8 817	62,1%
Synthèse - (ré)évaluation depuis 2018	4 643	32,7%
Dispositions particulières	449	3,2%
Soins palliatifs	243	1,7%
Décès	40	0,3%
TOTAL	14 192	100,0%

a. Données provisoires

Parmi les 14 192 synthèses de prises en charge valables au 31 décembre 2018, 62,1% résultent d'une conversion d'un plan de prise en charge établi sur base d'une évaluation faite avant l'entrée en vigueur de la réforme.⁶

32,7% des synthèses en vigueur sont établies sur base d'une évaluation faite après le 1er janvier 2018, et donc sur base du nouveau référentiel des aides et soins (i.e. modification des conditions d'attribution et du contenu des actes).

3,2% des bénéficiaires ont droit à des prestations forfaitaires sur base de leur pathologie (dispositions particulières)⁷. Il s'agit de personnes dont l'évaluation a été faite soit avant, soit après l'entrée en vigueur

⁵ Suite à la réforme de l'assurance dépendance, le terme « plan de prise en charge » est remplacé par « synthèse de prise en charge ».

⁶ Au 30.6.2019, le nombre de synthèses de prise en charge converties s'élève à 7 671, ce qui représente une baisse de 13,0% par rapport à la situation du 31 décembre 2018.

⁷ Articles 3, 4, 5 et 6 du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

de la réforme. Ils ont droit à 361 minutes (niveau de besoins hebdomadaire en aides et soins 2 - forfait 7 des prestations en espèces).

1,7% des bénéficiaires se sont vu attribuer une synthèse de prise en charge correspondant à 780 minutes dans le cadre des soins palliatifs. Une évaluation de l'AEC n'est pas requise pour ce type de figure.

0,3% des bénéficiaires au 31 décembre 2018 ont introduit une demande pour obtenir des prestations de l'assurance dépendance, mais sont décédés avant que l'AEC n'ait pu faire une évaluation de leur état de santé. Pour ces personnes, les prestations fournies par les prestataires sont prises en charge suivant la synthèse « décès » qui correspond à un forfait de 780 minutes (article 362 du CSS).

Le tableau 3 illustre le nombre de bénéficiaires par niveau de besoins hebdomadaire en aides et soins, appelé « niveau de dépendance » dans la suite du rapport, en fonction de leur lieu de séjour (maintien à domicile⁸, établissement d'aides et de soins à séjour intermittent, établissement d'aides et de soins à séjour continu).

Tableau 3 – Nombre de bénéficiaires par niveau de dépendance en fonction du lieu de séjour au 31 décembre 2018^{a b}

Niveau de dépendance	Maintien à domicile	ESI	ESC	TOTAL	En % du total
1	3 697	70	634	4 401	31,0%
2	1 551	68	423	2 042	14,4%
3	936	56	416	1 408	9,9%
4	599	52	438	1 089	7,7%
5	458	29	390	877	6,2%
6	347	38	452	837	5,9%
7	237	37	451	725	5,1%
8	162	41	359	562	4,0%
9	135	30	320	485	3,4%
10	102	43	193	338	2,4%
11	67	27	190	284	2,0%
12	34	25	105	164	1,2%
13	26	15	113	154	1,1%
14	17	5	55	77	0,5%
15	3	2	12	17	0,1%
Décès	30	0	10	40	0,3%
Dispositions particulières	442	0	7	449	3,2%
Soins palliatifs	202	≤5	39	243	1,7%
TOTAL	9 045	540	4 607	14 192	100,0%

a. Données provisoires

b. Le lieu de séjour est déterminé sur base du prestataire déclaré au 31 décembre 2018. En cas d'absence d'une déclaration de prise en charge par un prestataire, l'hypothèse est faite que la personne séjourne à domicile sauf si sa synthèse prévoit une activité d'accompagnement en établissement AAE(-M).

Au 31 décembre 2018 le niveau de dépendance le plus répandu est le niveau 1 avec 31,0% des bénéficiaires de l'assurance dépendance. Plus de la moitié des bénéficiaires (55,3%) est classée dans un des 3 premiers niveaux de dépendance. Uniquement 4,9% des bénéficiaires se retrouvent dans un des 5 derniers niveaux de dépendance.

Le tableau 4 affiche la répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance et par sexe au 31 décembre 2018.

⁸ Prise en charge à domicile par un aidant, un réseau d'aides et de soins et/ou dans un centre de séjour semi-stationnaire.

Tableau 4 – Répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance et par sexe au 31 décembre 2018 ^a

Niveau de dépendance	Homme	Femme	TOTAL
1	34,7%	65,3%	4 401
2	42,4%	57,6%	2 042
3	39,7%	60,3%	1 408
4	40,8%	59,2%	1 089
5	37,3%	62,7%	877
6	35,0%	65,0%	837
7	28,6%	71,4%	725
8	36,5%	63,5%	562
9	33,6%	66,4%	485
10	34,0%	66,0%	338
11	33,5%	66,5%	284
12	42,7%	57,3%	164
13	40,3%	59,7%	154
14	36,4%	63,6%	77
15	47,1%	52,9%	17
Décès	47,5%	52,5%	40
Dispositions particulières	49,7%	50,3%	449
Soins palliatifs	42,8%	57,2%	243
TOTAL	37,4%	62,6%	14 192

a. Données provisoires

6 bénéficiaires sur 10 sont des femmes. Par conséquent, les femmes représentent la majorité des bénéficiaires dans la plupart des niveaux de dépendance. Uniquement pour le niveau de dépendance 15, tout comme les groupes « décès » et « dispositions particulières », la répartition en homme et femme est presque homogène.

L'âge moyen et médian des bénéficiaires de l'assurance dépendance par lieu de séjour est repris dans le tableau 5.

Tableau 5 – Âge moyen et médian des bénéficiaires de l'assurance dépendance par lieu de séjour au 31 décembre 2018 ^a

	Maintien à domicile	ESI	ESC	TOTAL
Âge moyen	65,8	48,5	84,8	71,3
Âge médian ^b	76	52	86	80

a. Données provisoires

b. L'âge médian est l'âge « x » tel qu'il divise une population en deux groupes d'effectifs égaux, l'un composé uniquement des individus d'âge supérieur à « x », l'autre des individus d'âge inférieur à « x ».

La différence d'âge moyen entre les personnes à domicile et en établissements d'aides et de soins à séjour continu s'élève à 19,1 ans. La population la plus jeune présente un âge moyen de 48,5 ans et se retrouve dans des établissements à séjour intermittent, établissements qui répondent de façon prépondérante aux besoins des personnes handicapées.

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

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

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

Tableau 6 – Répartition des personnes dépendantes vivant en ESC en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2018 ^a

Niveau de dépendance	AAE	AAE-M	AAI	TOTAL
1	96%	4%	61%	634
2	92%	8%	82%	423
3	91%	9%	83%	416
4	90%	9%	85%	438
5	85%	15%	84%	390
6	85%	15%	88%	452
7	79%	20%	90%	451
8	75%	25%	86%	359
9	77%	23%	81%	320
10	68%	32%	77%	193
11	64%	36%	68%	190
12	54%	46%	74%	105
13	60%	40%	58%	113
14	55%	45%	55%	55
15	17%	83%	67%	12
TOTAL	83%	17%	79%	4 551

a. Données provisoires

En établissement d'aides et de soins à séjour continu, 17% des résidents bénéficient du forfait majoré pour l'activité d'accompagnement. L'attribution de cet acte augmente avec le niveau de dépendance. La majorité des résidents, à savoir les 83% restant, a droit au forfait normal de l'activité d'accompagnement. Les activités d'appui à l'indépendance sont attribuées à 79% des bénéficiaires résidant en établissement d'aides et de soins à séjour continu. Les bénéficiaires d'un forfait 2 à 9 en ont droit dans plus de 81% des cas.

Tableau 7 – Répartition des personnes dépendantes vivant en ESI en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2018 ^a

Niveau de dépendance	AAE	AAE-M	AAI	TOTAL
1	91%	9%	61%	70
2	81%	19%	74%	68
3	86%	14%	77%	56
4	83%	17%	87%	52
5	86%	14%	93%	29
6	84%	16%	87%	38
7	65%	35%	89%	37
8	56%	44%	88%	41
9	77%	23%	83%	30
10	72%	28%	77%	43
11	59%	41%	81%	27
12	44%	56%	84%	25
13	40%	60%	87%	15
14	60%	40%	40%	≤5
15	50%	50%	100%	≤5
TOTAL	75%	25%	80%	538

a. Données provisoires

En établissement d'aides et de soins à séjour intermittent, 25% des personnes dépendantes bénéficient du forfait majoré pour l'activité d'accompagnement, les autres 75% bénéficient du forfait normal des activités d'accompagnement. Les activités d'appui à l'indépendance sont attribuées à 80% des bénéficiaires résidant en ESI.

Tableau 8 – Répartition des personnes vivant à domicile en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2018 ^{a b}

Niveau de dépendance	AAI	AMD-GDN	AMD-GG	AMD-GG-M	AMD-GI	AMD-GI-M	AMD-Garde	TOTAL
1	35%	1%	42%	1%	8%	0%	52%	3 697
2	45%	2%	39%	3%	18%	1%	62%	1 551
3	49%	4%	43%	4%	21%	1%	69%	936
4	51%	5%	42%	7%	23%	2%	73%	599
5	50%	10%	46%	7%	22%	2%	76%	458
6	52%	9%	42%	9%	25%	4%	80%	347
7	57%	11%	41%	14%	22%	6%	83%	237
8	49%	11%	37%	10%	25%	8%	81%	162
9	44%	13%	30%	13%	30%	6%	79%	135
10	52%	21%	33%	11%	24%	16%	83%	102
11	31%	16%	24%	9%	19%	18%	70%	67
12	38%	53%	26%	9%	32%	29%	97%	34
13	50%	27%	31%	23%	19%	27%	100%	26
14	41%	41%	18%	24%	24%	29%	94%	17
15	0%	33%	0%	0%	0%	100%	100%	≤5
TOTAL	42%	4%	41%	4%	16%	2%	62%	8 371

a. Données provisoires

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

Dans le cadre du maintien à domicile, le pourcentage des personnes qui se voit attribuer des activités d'appui à l'indépendance est moins élevé qu'en ESC et en ESI (42% comparé à 79% respectivement 80%). Comme déjà constaté pour le milieu stationnaire, l'attribution de ces activités augmente avec le niveau de dépendance. Or, plus de 62% des bénéficiaires du maintien à domicile se trouvent dans les deux premiers niveaux de dépendance.

Uniquement 4% des bénéficiaires à domicile ont droit à une garde de nuit. Cependant, pour pouvoir profiter de ces gardes, la personne dépendante doit nécessiter la présence d'une tierce personne 24 heures sur 24. Ces gardes sont donc attribuées surtout à des personnes avec des niveaux de dépendance plus élevés.

Par contre, 62% des personnes dépendantes vivant à domicile ont droit à des activités de garde (pendant la journée), que ce soit sous forme individuelle ou en groupe (standard ou majoré).

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

3 LES PREMIERES SYNTHES DE PRISE EN CHARGE

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

Dans le but d'analyser l'éventuel changement au niveau des minutes accordées pour les AEV suite à l'introduction au 1er janvier 2018 d'un nouveau référentiel des aides et soins, le total des minutes requises pour les AEV est calculé pour toutes les premières synthèses et une comparaison des moyennes accordées est faite pour les années 2014 à 2018

Méthodologie

Pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance dépendance, la personne introduit sa demande auprès de la Caisse nationale de santé (CNS). Afin de définir la nature et la quantité des prestations auxquelles la personne dépendante a droit, il est indispensable d'évaluer son état de santé. Si sur base de cette évaluation faite par l'AEC, la personne a droit aux prestations de l'assurance dépendance⁹, une première synthèse de prise en charge est établie.

Dans ce chapitre, dans un souci de comparabilité, l'analyse se limite aux premières synthèses qui résultent d'une évaluation réalisée par l'AEC¹⁰ au cours d'une année. Les réévaluations, les synthèses forfaitaires « soins palliatifs », « décès » et « dispositions particulières » sont exclues de l'étude.

La comparaison du temps moyen requis pour les AEV est un exercice complexe même si on se limite aux premières synthèses, car les besoins retenus lors d'une première évaluation peuvent varier fortement d'une personne à une autre, notamment en fonction de sa pathologie, de son âge, de l'aménagement de son domicile, respectivement des possibilités d'aménagement de ce dernier. Le moment de l'introduction de la demande impacte également fortement le contenu de la synthèse de prise en charge. A titre d'exemple, deux personnes ayant à tout moment le même besoin d'aide par une tierce personne, peuvent faire leur demande pour une prise en charge par l'AD à des moments très différents. La première personne fait sa demande dès que possible, et elle est classée dans le niveau de dépendance 1 lors de sa première évaluation. Alors que la deuxième personne n'introduit sa demande que lorsque sa situation s'est aggravée considérablement et son entourage n'est plus capable de satisfaire sans aide professionnelle aux besoins de la personne dépendante. Elle est alors classée dans le niveau de dépendance 5 lors de sa première évaluation (niveau de dépendance également constaté pour la première personne lors d'une réévaluation).

Dans le but d'analyser l'éventuel changement au niveau des minutes accordées pour AEV suite à l'introduction au 1^{er} janvier 2018 d'un nouveau référentiel des aides et soins¹¹, le total des minutes requises pour les AEV est calculé pour toutes les premières synthèses et une comparaison des moyennes accordées est faite pour les années 2014 à 2018.

L'analyse prend en compte les causes de dépendance principales, déterminées selon la classification de l'AEC (cf. tableau 9), afin de pouvoir différencier les premières synthèses selon les pathologies des personnes dépendantes.

⁹ Pour être couvert par l'assurance dépendance, le besoin d'aides et de soins doit être important et régulier et représenter au moins trois heures et demie par semaine dans le domaine des AEV. En outre, l'état de dépendance doit, suivant toute probabilité, dépasser six mois ou être irréversible.

¹⁰ Y compris pour 2018 les évaluations de personnes ne faisant pas partie de la population protégée luxembourgeoise.

¹¹ Le nouveau référentiel des aides et soins prévoit des modifications au niveau des actes (contenu, fréquence, durée) et des conditions d'attribution de ces actes.

Tableau 9 – Classification des causes de la dépendance selon l’AEC

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

Les moyennes du temps total requis pour AEV accordées dans les premières synthèses sont renseignées dans le tableau 10 par année d'évaluation et par cause de dépendance.

Tableau 10 – Moyennes du temps total requis (en heures) pour les AEV des premières synthèses par année d'évaluation et cause de dépendance

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

a. Données provisoires

Une baisse globale du temps moyen total requis de 5,6% est constatée de 2014 à 2015. Cette baisse peut s'expliquer notamment par l'application plus stricte des critères d'évaluation tels que ceux-ci furent décidés dans le cadre des mesures du budget nouvelle génération (BNG). L'effet de ces mesures a été atténué par la suite pour les prestataires par la mise à disposition par l'Etat de 38 millions EUR dans le cadre du mécanisme de compensation. L'évolution de 2017 à 2018 du temps moyen total requis pour les AEV se chiffre à +0,3%, ce qui laisse supposer que l'introduction du nouveau référentiel en 2018 n'a pas eu d'impact notable sur les minutes accordées pour les AEV. Ce résultat n'est pas inattendu puisque lors de la rédaction du nouveau référentiel, il a été veillé à garder un minutage total identique avant et après le 1^{er} janvier 2018.

Une comparaison par cause de dépendance met en évidence de plus fortes fluctuations d'une année à l'autre. En effet, dans le cas des « tumeurs malignes – groupe 8 », une augmentation du temps moyen total requis de 35 minutes entre 2014 à 2015 peut être observée, malgré une application plus stricte des

critères d'évaluation dans le cadre des mesures BNG. Ces différences s'expliquent notamment par des états de santé et des besoins d'aide très variés des personnes dépendantes au moment de l'introduction de leur demande. Certaines personnes introduisent leur demande dès qu'elles présentent une faible dépendance, d'autres retardent leur demande jusqu'au dernier moment (p.ex. lorsque la personne de l'entourage n'est plus capable de fournir les AEV nécessaires), et d'autres encore, lorsque leur état de santé s'est détérioré subitement.

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

Tableau 11 – Répartition des premières synthèses par année d'évaluation et cause de dépendance principale

Cause de dépendance		2014	2015	2016	2017	2018 ^a
1	Démence et troubles des fonctions cognitives	15,1%	19,8%	18,2%	19,5%	26,6%
2	Troubles psychiatriques	5,3%	5,1%	5,3%	5,8%	10,0%
3	Maladies du système cardio-vasculaire	12,7%	10,0%	9,9%	8,7%	9,1%
4	Maladies du système nerveux	12,5%	12,8%	11,8%	12,7%	14,2%
5	Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	2,4%	2,1%	1,8%	1,6%	2,7%
6	Maladies du système ostéo-articulaire	20,9%	22,3%	22,7%	23,8%	24,0%
7	Troubles sensoriels	1,5%	1,3%	1,2%	1,6%	1,5%
8	Tumeurs malignes	7,3%	6,0%	8,5%	6,7%	4,1%
9	Autres	10,1%	7,0%	10,0%	8,9%	7,8%
10	Cause non codée	12,3%	13,6%	10,5%	10,8%	0,0%
TOTAL		2 550	2 539	2 686	1 996	2 077

a. Données provisoires

En 2018, les synthèses avec diagnostic manquant sont désormais inexistantes, signe d'une amélioration de la qualité dans l'enregistrement des données d'évaluation depuis l'entrée en vigueur de la réforme. Les diagnostics concernant le groupe 1 (*démence et les troubles des fonctions cognitives*) ainsi que le groupe 2 (*troubles psychiatriques*) connaissent en 2018 une augmentation notable.

Tableau 12 – Âge moyen des bénéficiaires d'une première synthèse par année d'évaluation et cause de dépendance principale

Cause de dépendance		2014	2015	2016	2017	2018 ^a
1	Démence et troubles des fonctions cognitives	81,7	82,6	82,0	82,6	82,0
2	Troubles psychiatriques	57,1	58,8	57,7	52,0	49,3
3	Maladies du système cardio-vasculaire	80,1	80,3	80,7	80,5	80,6
4	Maladies du système nerveux	66,4	70,7	68,0	68,8	68,8
5	Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	19,8	19,2	27,6	27,6	16,7
6	Maladies du système ostéo-articulaire	80,9	81,8	82,5	82,1	81,2
7	Troubles sensoriels	74,9	78,1	80,8	79,7	82,1
8	Tumeurs malignes	70,5	73,4	72,1	73,4	68,6
9	Autres	77,3	77,5	76,6	76,9	73,5
		73,6	72,5	71,6	73,1	
TOTAL		74,3	75,8	75,5	75,7	73,6
TOTAL sans groupe 5		75,6	77,0	76,4	76,5	75,2

a. Données provisoires

En 2018, une diminution de 2,1 ans de l'âge moyen peut être observée. En faisant abstraction du groupe 5 - *Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental*, la diminution est seulement de 1,3 an.

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

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

4.1 LES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS

Selon l'article 388bis du CSS les prestataires adhèrent à la convention-cadre par un contrat d'aides et de soins conclu avec la CNS. Les prestataires s'engagent ainsi à prêter les aides et soins conformément à la synthèse de prise en charge établie par l'AEC et à fournir ces prestations conformément aux dispositions relatives à la qualité. Les articles 389, 390 et 391 du CSS définissent quatre types de prestataires d'aides et de soins : les établissements d'aides et de soins à séjour continu (ESC), les centres semi-stationnaires (CSS), les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI) et les réseaux d'aides et de soins (RAS).

Tableau 13 - Évolution du nombre de prestataires ayant conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS^a

Année	CSS	ESC	ESI	RAS
2009	46	52	36	15
2010	50	52	37	15
2011	50	50	37	16
2012	50	52	38	16
2013	51	51	39	19
2014	52	52	40	22
2015	52	52	40	22
2016	53	52	42	24
2017	52	52	44	24
2018	54	52	43	22

a. Situation au 31 décembre

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

Tableau 14 - Évolution du nombre de gestionnaires de prestataires par type de prestataire

Année	CSS	ESC	ESI	RAS
2009	14	23	9	18
2010	16	23	9	18
2011	16	23	9	18
2012	17	25	10	18
2013	20	25	10	22
2014	20	25	10	22
2015	22	25	10	24
2016	23	25	11	24
2017	22	25	11	22
2018	22	25	11	22

4.2 LES RESSOURCES HUMAINES

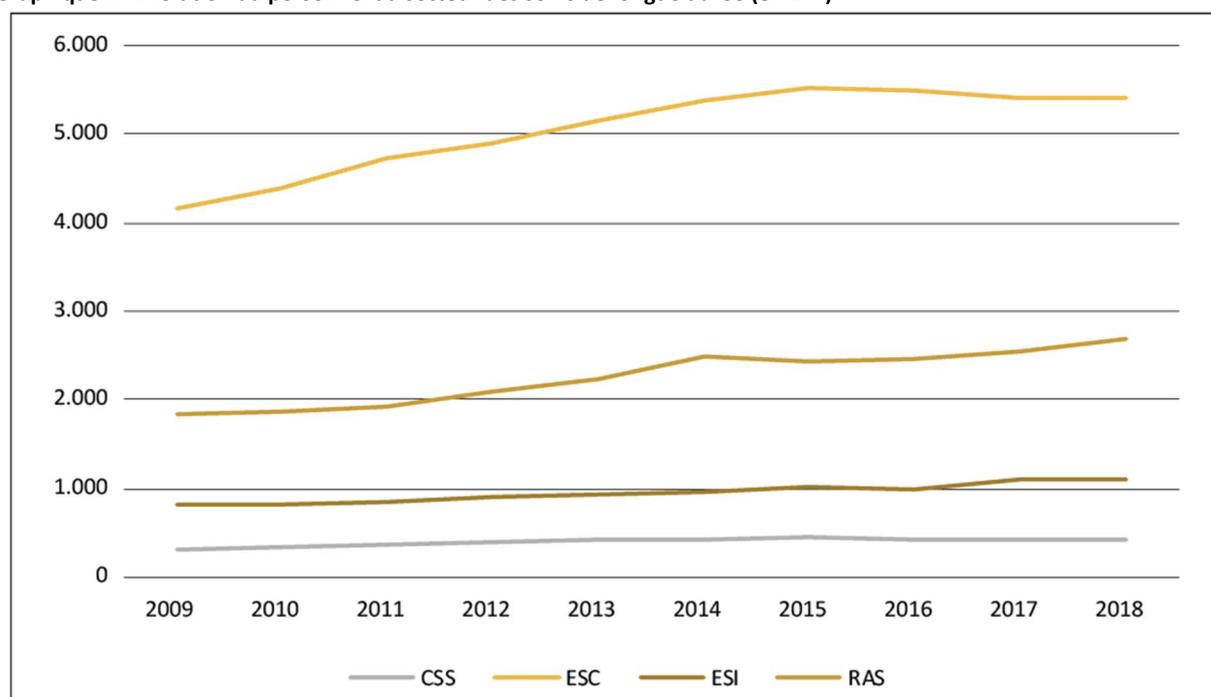
Les ressources humaines travaillant dans le secteur des soins de longue durée correspondent au personnel embauché par les prestataires d'aides et de soins y compris le personnel non affecté à des activités relatives à l'assurance dépendance (ex. buanderie, cuisine).

Tableau 15 - Évolution de l'effectif du secteur des soins de longue durée (en ETP)

Année	CSS	ESC	ESI	RAS	TOTAL	Variation en %
2009	321,1	4 163,2	813,8	1 829,7	7 127,8	
2010	349,0	4 388,9	821,9	1 857,1	7 417,0	4,1%
2011	377,9	4 722,5	864,2	1 940,6	7 905,1	6,6%
2012	399,6	4 900,0	917,7	2 107,3	8 324,6	5,3%
2013	419,4	5 166,1	925,7	2 235,5	7 746,7	5,1%
2014	436,8	5 379,9	967,4	2 480,2	9 264,4	5,9%
2015	443,1	5 530,4	1 011,2	2 442,5	9 427,3	1,8%
2016	422,4	5 500,8	1 001,5	2 467,6	9 392,3	-0,4%
2017	436,1	5 418,5	1 093,6	2 537,0	9 485,2	1,0%
2018	434,1	5 411,3	1 105,3	2 690,1	9 640,9	1,6%

Le personnel employé par le secteur des soins de longue durée représente en 2018 un total de 9 640,9 ETP (équivalent temps plein), soit une augmentation de 2 513,7 ETP, respectivement de 35,3% par rapport à 2009. La population dépendante a augmenté de 27,2% sur la même période. Depuis 2015 la croissance annuelle du personnel ralentit et se situe autour de 1%. Alors que le taux de croissance annuel moyen pour la période de 1999 à 2008 affiche 10,2%, celui relatif à la période 2009-2018 s'élève à 3,4%.

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



Entre 2009 et 2018, le personnel des réseaux d'aides et de soins a augmenté le plus fortement parmi les quatre types de prestataires, avec un plus de 860,4 ETP, soit +47,0%. Le nombre d'ETP employé auprès des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent croît de 35,8%, celui des centres semi-stationnaires de 35,2% et des établissements d'aides et de soins à séjour continu de 30,0% sur la même période. L'augmentation de l'effectif ralentit à partir de 2015. Pour les années 2015 à 2018 par exemple le taux de croissance annuel moyen se situe en effet à 3,3% pour les réseaux d'aides et de soins contre 6,3% pour la période de 2009 à 2014. Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent

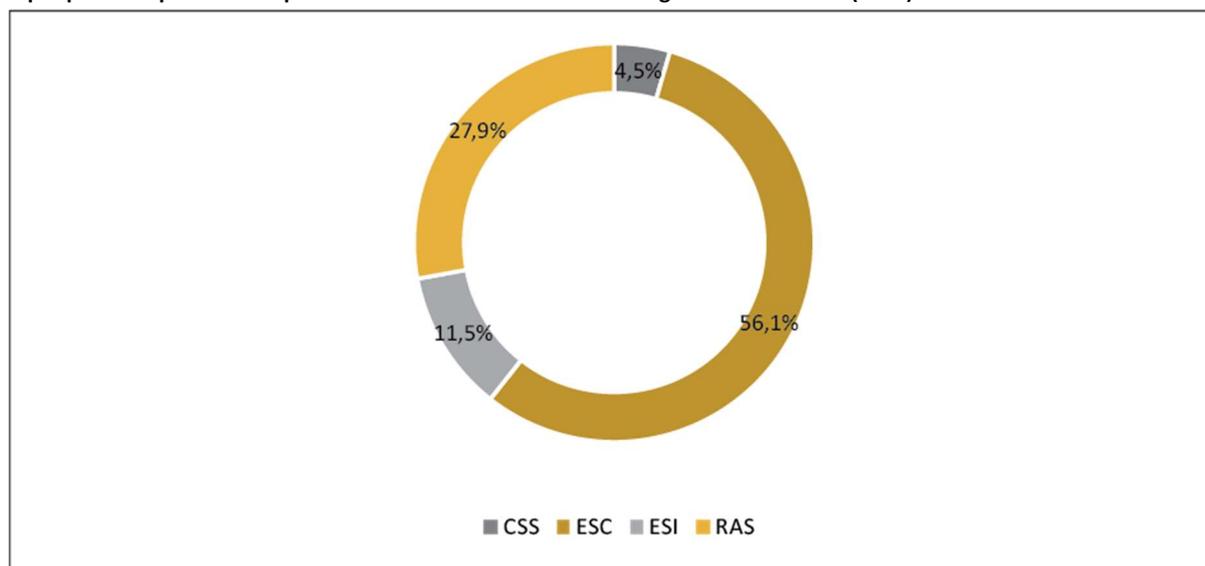
affichent un taux de croissance annuel moyen de 3,5% pour la période 2009-2014 contre 3,0% pour 2015-2018, les centres semi-stationnaires 6,3% contre une baisse de 0,7% et les établissements à séjour continu un taux de 5,3% comparé à une baisse de 0,7% de 2015 à 2018.

Tableau 16 - Évolution du poids relatif du personnel par rapport à l'effectif total du secteur des soins de longue durée (en %)

Type de prestataire	CSS	ESC	ESI	RAS
2009	4,5%	58,4%	11,4%	25,7%
2010	4,7%	59,2%	11,1%	25,0%
2011	4,8%	59,7%	10,9%	24,5%
2012	4,8%	58,9%	11,0%	25,3%
2013	4,8%	59,1%	10,6%	25,6%
2014	4,7%	58,1%	10,4%	26,8%
2015	4,7%	58,7%	10,7%	25,9%
2016	4,5%	58,6%	10,7%	26,3%
2017	4,6%	57,1%	11,5%	26,7%
2018	4,5%	56,1%	11,5%	27,9%

La majorité du personnel du secteur des soins de longue durée travaille auprès des établissements d'aides et de soins à séjour continu. Néanmoins le poids de ces établissements dans l'ensemble du personnel a diminué au cours des 10 dernières années. Il passait de 58,4% en 2009 à 56,1% en 2018. Pour les réseaux d'aides et de soins par contre leur poids augmentait de 25,7% en 2009 à 27,9% en 2018. Ces chiffres confirment le développement du maintien à domicile soutenu dès l'introduction de l'assurance dépendance en 1998 par le pouvoir politique. Les établissements à séjour intermittent occupent 11,5% de l'effectif total de 2018 et les centres semi-stationnaires 4,5%. Leur poids par rapport à l'ensemble du personnel reste relativement stable pendant la période observée.

Graphique 2 - Répartition du personnel du secteur des soins de longue durée en 2018 (en %)



56,1% du personnel total employé en 2018 par le secteur des soins de longue durée travaille pour une maison de soins (MS) ou un centre intégré pour personnes âgées (CIPA). Les réseaux d'aides et de soins emploient 27,9% des salariés du secteur. L'effectif des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent représente 11,5% du total. En dernier lieu les centres semi-stationnaires n'emploient que 4,5% des salariés occupés dans le secteur des soins de longue durée.

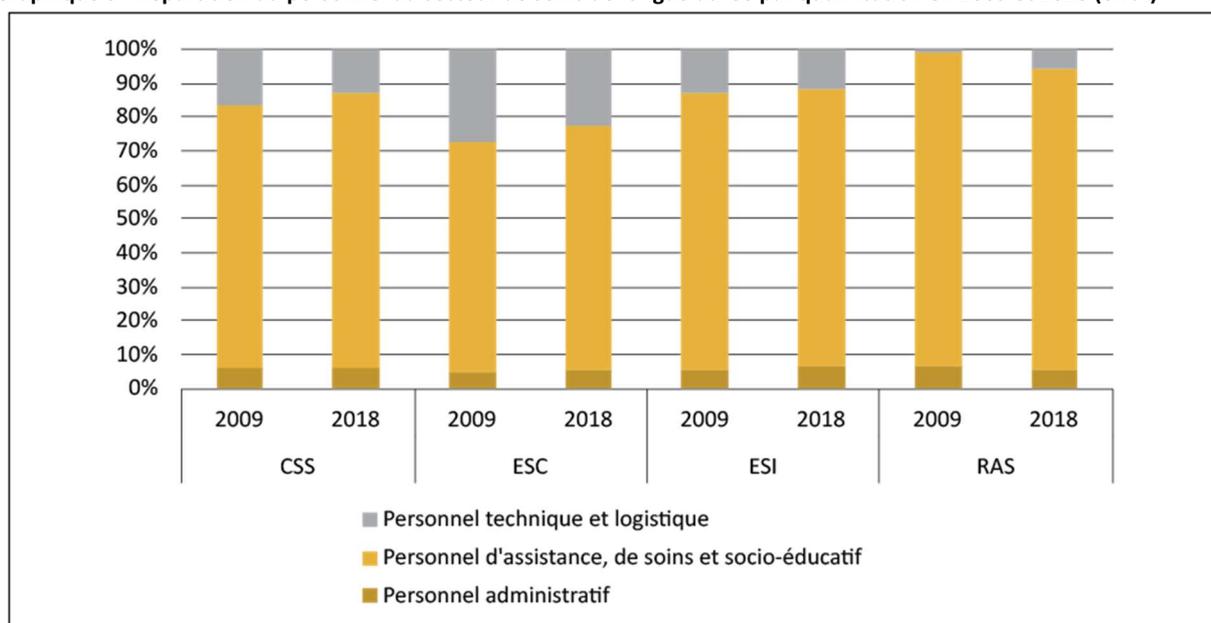
Tableau 17 - Évolution du personnel du secteur des soins de longue durée par qualification (en ETP)

Type de prestataire/qualification	2016	2017	2018
Centre semi-stationnaire	422,39	436,12	434,15
<i>Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif</i>	339,14	354,45	352,19
Médical et paramédical	131,90	141,06	135,02
Socio-éducatif	115,76	113,87	111,62
Soins	91,48	99,51	105,55
<i>Personnel administratif</i>	23,94	22,60	25,89
<i>Personnel technique et logistique</i>	59,31	59,08	56,06
Établissement d'aides et de soins à séjour continu	5500,79	5418,52	5411,35
<i>Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif</i>	3909,63	3871,07	3907,17
Médical et paramédical	2891,27	2885,59	2930,49
Socio-éducatif	188,81	193,12	196,68
Soins	829,54	792,36	780,00
<i>Personnel administratif</i>	284,70	267,10	292,46
<i>Personnel technique et logistique</i>	1306,46	1280,35	1211,71
Établissement d'aides et de soins à séjour intermittent	1001,48	1093,55	1105,33
<i>Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif</i>	838,13	918,12	903,15
Médical et paramédical	289,69	313,95	286,63
Socio-éducatif	440,79	472,16	475,12
Soins	107,66	132,01	141,41
<i>Personnel administratif</i>	58,54	69,22	73,35
<i>Personnel technique et logistique</i>	104,80	106,22	128,83
Réseau d'aides et de soins	2467,65	2537,01	2690,10
<i>Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif</i>	2278,78	2359,45	2395,76
Médical et paramédical	1379,73	1445,06	1613,50
Socio-éducatif	23,94	21,63	21,13
Soins	875,11	892,76	761,14
<i>Personnel administratif</i>	140,81	131,97	150,73
<i>Personnel technique et logistique</i>	48,06	45,59	143,61
TOTAL	9392,30	9485,21	9640,93
Nombre d'ETP prestant des soins	6 596,4	6 702,3	6 753,7
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	70,2%	70,7%	70,1%

Pour les quatre types de prestataires le personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif représente la plus grande proportion sur l'ETP par année. Néanmoins, ce pourcentage varie par type de prestataire : en 2018 les réseaux d'aides et de soins sont constitués de 89,1% de ce type de personnel, les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent de 81,7%, les centres semi-stationnaires de 81,1% et finalement les établissements d'aides et de soins à séjour continu de 72,2%. Ces derniers occupent une plus grande part de personnel technique et logistique que les 3 autres types de prestataires. Toutefois il faut noter que les réseaux d'aides et de soins ont embauché en 2018 beaucoup de personnel technique et logistique : leur part augmente de 1,8% en 2017 à 5,3% en 2018.

Pour les années 2016 à 2018 la proportion du nombre d'ETP qui prestent des soins, c'est-à-dire qui fournissent des aides et soins aux personnes dépendantes, reste stable et se situe aux alentours de 70,0%.

Graphique 3 - Répartition du personnel du secteur de soins de longue durée par qualification en 2009 et 2018 (en %)



Une analyse de la répartition du personnel du secteur des soins de longue durée en fonction de la qualification du personnel met en évidence que l'évolution du personnel administratif est assez stable pour les centres semi-stationnaires et les établissements d'aides et de soins à séjour continu. Ce type de personnel représente en moyenne 6,0% pour les centres et 5,1% pour les CIPA et maisons de soins.

La proportion du personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif des réseaux d'aides et de soins diminue de 92,2% en 2009 à 89,1% en 2018. La même tendance s'observe chez les établissements d'aides et de soins à séjour continu.

La croissance la plus importante se présente chez le personnel technique et logistique des réseaux d'aides et de soins. En effet leur proportion évolue de 0,8% en 2009 à 5,3% en 2018. Les autres types de prestataires présentent des parts moins élevées en 2018 comparé à 2009.

Tableau 18 - Évolution du personnel du secteur d'aides et de soins en fonction de la carrière définie selon la CCT-SAS

Type de prestataire	2016	2017	2018
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif	7 365,7	7 503,1	7 558,3
<i>Médical et paramédical</i>	4 692,6	4 785,7	4 965,6
Aide-soignant	2 459,2	2 530,9	2 593,1
Assistant social	27,6	29,0	26,8
Diététicien		2,0	2,2
Ergothérapeute	103,2	95,5	109,8
Infirmier	1 904,7	1 930,0	2 053,3
Infirmier anesthésiste / masseur	17,2	15,0	6,8
Infirmier hospitalier gradué	57,6	57,8	48,8
Infirmier psychiatrique	21,2	24,7	17,7
Kinésithérapeute	88,6	85,4	91,7
Licencié en Sciences hospitalières	2,6	3,0	3,4
Médecin	1,7	1,4	1,3
Pédagogue curatif	4,2	5,1	4,5
Psychomotricien	4,8	5,7	6,4
<i>Socio-éducatif</i>	769,3	800,8	804,5
Educateur diplômé	585,0	622,3	593,4
Educateur gradué	83,4	88,8	79,0
Educateur instructeur	5,6	5,9	32,9
Educateur instructeur (bac)		1,1	23,2
Personnel non diplômé	58,8	46,9	37,8
Universitaire Psychologue	36,5	35,7	38,2
<i>Soins</i>	1 903,8	1 916,6	1 788,1
Aide socio-familiale diplômé	914,1	897,5	885,9
Aide socio-familiale en formation	403,4	396,2	303,0
Auxiliaire de vie/Auxiliaire économiste		120,9	159,6
Personnel avec CATP ou CAP	110,6	67,4	114,3
Personnel non diplômé	475,6	434,7	325,2
Personnel administratif	508,0	490,9	542,4
Bac	132,0	127,9	120,5
Bachelor		3,4	28,2
BTS		1,3	14,8
Personnel 3ième sec. Ens. Moyen	189,1	180,1	196,4
Personnel 5ième sec. 9ième Moyen	54,1	49,2	63,1
Personnel inférieur à 5ième sec.	7,9	8,0	8,2
Personnel non diplômé	41,8	39,9	30,8
Universitaire	83,1	81,2	80,5
Personnel technique et logistique	1 518,6	1 491,2	1 540,2
Artisan avec CATP ou CAP	260,2	260,4	253,3
Personnel à tâche artisanale sans CATP	80,7	112,3	96,8
Personnel non diplômé - Aide cuisinière	482,9	367,6	453,6
Personnel non diplômé - Aide ménagère	604,4	682,3	655,2
Personnel non diplômé - Chauffeur	69,8	48,2	59,4
Personnel non diplômé - Lingère	20,7	20,5	22,0
TOTAL	9 392,3	9 485,2	9 640,9

L'analyse de l'évolution du personnel en fonction de la carrière telle que définie dans la convention collective du secteur d'aides et de soins (CCT-SAS)¹² met en évidence que pour les années 2016 et 2017 le nombre d'aides-soignants a augmenté plus rapidement que le nombre d'infirmiers (infirmiers spécialisés inclus). En 2018 par contre, la situation s'inverse et le nombre des infirmiers croît de 4,9% par rapport à 2,5% chez les aides-soignants. A noter que l'un des objectifs de la réforme de l'assurance dépendance, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, est d'augmenter la qualité de la prise en charge des personnes dépendantes. L'augmentation des normes de dotation du personnel pour la prestation des actes essentiels de la vie en constitue un exemple.

De plus, le nombre des aides socio-familiales diminue. Surtout les aides socio-familiales en formation voient leur nombre baisser de manière importante (-24,9% entre 2016 et 2018).

Les aides cuisinières et les chauffeurs (personnel technique et logistique non diplômé) évoluent considérablement en 2018 (+23,4% respectivement +23,3%) alors qu'en 2017 ils affichent une baisse de 23,9% respectivement de 31,0%.

¹² <http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-memorial-2017-952-fr-pdf.pdf>

Tableau 19 - Le personnel du secteur des soins de longue durée par type de prestataire et carrière définie selon la CCT-SAS en 2018 (en ETP)

Carrière selon la CCT-SAS	CSS	ESC	ESI	RAS	Total
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif	352,2	3 907,2	903,2	2 395,8	7 558,3
Médical et paramédical	135,0	2 930,5	286,6	1 613,5	4 965,6
Aide-soignant	65,5	1 743,1	96,8	687,8	2 593,1
Assistant social	2,7	11,8	10,2	2,1	26,8
Diététicien	0,0	1,6		0,5	2,2
Ergothérapeute	7,3	65,3	11,8	25,5	109,8
Infirmier	51,6	1 003,3	142,5	855,8	2 053,3
Infirmier anesthésiste / masseur		2,8		4,0	6,8
Infirmier hospitalier gradué	1,4	36,5	2,4	8,5	48,8
Infirmier psychiatrique	0,8	8,6	6,6	1,8	17,7
Kinésithérapeute	3,8	47,7	13,7	26,5	91,7
Licencié en Sciences hospitalières	0,1	3,3	0,0		3,4
Médecin	0,0	1,1	0,2		1,3
Pédagogue curatif	0,9	1,8	1,2	0,6	4,5
Psychomotricien	1,1	3,7	1,3	0,3	6,4
Socio-éducatif	111,6	196,7	475,1	21,1	804,5
Educateur diplômé	80,7	156,7	347,7	8,3	593,4
Educateur gradué	14,7	9,9	53,3	1,2	79,0
Educateur instructeur	11,3	0,2	20,7	0,6	32,9
Educateur instructeur (bac)		17,7	5,5		23,2
Personnel non diplômé	1,1	3,0	31,7	2,0	37,8
Universitaire Psychologue	3,9	9,1	16,2	9,0	38,2
Soins	105,6	780,0	141,4	761,1	1 788,1
Aide socio-familiale diplômé	66,5	458,8	49,4	311,2	885,9
Aide socio-familiale en formation	9,4	89,1	9,8	194,8	303,0
Auxiliaire de vie/Auxiliaire économe	18,2	86,8	24,5	30,2	159,6
Personnel avec CATP ou CAP	4,6	15,0	41,0	53,8	114,3
Personnel non diplômé	6,9	130,4	16,8	171,1	325,2
Personnel administratif	25,9	292,5	73,4	150,7	542,4
Bac	8,4	65,0	15,2	31,9	120,5
Bachelor	3,1	8,9	7,1	9,1	28,2
BTS	0,7	7,1	3,3	3,7	14,8
Personnel 3ième sec. Ens. Moyen	5,2	103,9	22,8	64,5	196,4
Personnel 5ième sec. 9ième Moyen	2,9	41,5	8,5	10,2	63,1
Personnel inférieur à 5ième sec.	0,2	5,2	0,7	2,1	8,2
Personnel non diplômé	2,2	13,4	4,1	11,2	30,8
Universitaire	3,2	47,6	11,6	18,0	80,5
Personnel technique et logistique	56,1	1 211,7	128,8	143,6	1 540,2
Artisan avec CATP ou CAP	3,7	222,9	26,2	0,5	253,3
Personnel à tâche artisanale sans CATP	2,8	81,5	8,7	3,7	96,8
Personnel non diplômé - Aide cuisinière	1,7	434,3	17,6		453,6
Personnel non diplômé - Aide ménagère	14,6	444,8	57,6	138,2	655,2
Personnel non diplômé - Chauffeur	32,4	18,9	6,9	1,3	59,4
Personnel non diplômé - Lingère	0,9	9,3	11,8		22,0
TOTAL	434,1	5 411,3	1 105,3	2 690,1	9 640,9

En 2018 les aides-soignants représentent avec 32,2% le poids le plus important dans l'ensemble du personnel des établissements d'aides et de soins. Pour les réseaux d'aides et de soins il s'agit des infirmiers (31,8%), pour les centres semi-stationnaires et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent des éducateurs (18,6% respectivement 31,5%). Ces 3 carrières regroupent en total 57,7% de l'effectif des réseaux d'aides et de soins, 53,6% des établissements d'aides et de soins à séjour continu, 53,1% des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et 45,5% des centres semi-stationnaires.

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

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

Méthodologie

L'analyse présentée dans ce chapitre se limite aux personnes dépendantes faisant partie de la population protégée luxembourgeoise ayant une synthèse de prise en charge en vigueur au 31 décembre 2018. Cette synthèse de prise en charge prévoit des prestations en nature (PN) pour les actes essentiels de la vie pour lesquelles une évaluation a été faite par l'AEC et pour lesquelles un prestataire au Luxembourg a déclaré une prise en charge auprès de la CNS.

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

De plus, les synthèses pour lesquelles une différence entre le forfait PN pour les AEV retenu dans la synthèse de prise en charge et le forfait calculé par l'IGSS sur base des minutes de référence correspondant aux AEV retenus dans la synthèse est constatée, sont exclues. Il s'agit essentiellement de synthèses pour des enfants jusqu'à l'âge de huit ans accomplis¹³ (car les coefficients d'adaptation appliqués ne sont pas accessibles à l'IGSS au moment de la rédaction du rapport) et de synthèses établies avant l'entrée en vigueur de la réforme pour lesquelles la répartition entre aidant et réseau a dû être adaptée.

La transcription de la synthèse originale sur la situation de vie du bénéficiaire au 31 décembre 2018 est considérée. A titre d'information, voici deux exemples concrets de transcription de la synthèse originale (i.e. retenue lors de l'évaluation) sur la situation de vie à un instant donné :

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

Pour chaque synthèse retenue, les minutes correspondant aux AEV déterminés lors de l'évaluation par l'AEC, sont additionnées afin de déterminer le requis en minutes pour les prestations en nature. Le supplément accordé pendant 8 semaines suite à un séjour hospitalier en milieu aigu de sept jours consécutifs au moins n'est pas considéré dans le cadre de cette analyse, comme il s'agit d'une situation temporaire.

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

A titre d'illustration le tableau 20 présente le calcul du forfait PN et de son résidu pour un exemple

¹³ Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 2006 – Extrait : ART. 6. La durée de la prestation équivalente pour l'adulte est pondérée en fonction des temps d'assistance supplémentaire par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit d'après un coefficient d'adaptation. [...]

concret.

Tableau 20 – Exemple de calcul d'un forfait PN pour les AEV et de son résidu

Acte	Libellé	Fréquence hebdomadaire (PN)	Minutes
AEVE02	Elimination aide partielle	35	175,0
AEVH03	Hygiène corporelle aide complète	7	118,0
AEVH06	Epilation	forfait hebdomadaire	5,0
AEVHB03	Habillage-déshabillage aide complète	14	210
AEVHB04	Installation de matériel de correction et compensation	7	17,5
AEVM11	Transferts forfait simple	7	53,0
AEVM15	Accès et sortie du logement	7	35,0
TOTAL			612,5
<i>Forfait 3</i>	<i>Entre 491 et 630 minutes</i>	<i>correspond à</i>	<i>560</i>
Résidu			-52,5

La prise en charge forfaitaire des aides et soins requis selon l'AEC pour cette personne s'établit à 612,5 minutes de PN pour les AEV par semaine, et elle est par conséquent classée dans le forfait 3 de 560 minutes¹⁴.

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

- Un **résidu < 0** signifie que le prestataire doit prêter plus de minutes qu'il n'obtient de minutes rémunérées. Un **résidu > 0** signifie que le prestataire doit par contre prêter moins de minutes (selon les minutes de références pour les AEV retenus dans la synthèse) qu'il n'obtient de minutes rémunérées, ou autrement dit que les temps de travail financés via les forfaits dépassent en moyenne les temps requis pour les réaliser.

Le tableau 21 affiche les résidus moyens (en minutes) par forfait PN pour les AEV dans le milieu stationnaire, c'est-à-dire pour les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements à séjour intermittent.

Tableau 21 – Résidus moyens des minutes hebdomadaires pour les AEV-PN par forfait PN en milieu stationnaire (ESC+ESI) ^{a b}

Forfait PN	Minutes du forfait PN	Résidu moyen	Nombre de bénéficiaires
1	280	8,95	696
2	420	-3,26	491
3	560	-1,11	471
4	700	-0,36	487
5	840	-7,41	419
6	980	-2,88	489
7	1120	-3,77	486
8	1260	1,84	399
9	1400	4,66	349
10	1540	6,50	234
11	1680	2,17	216
12	1820	12,49	130
13	1960	2,09	128
14	2100	16,25	60
15	2230	24,64	14
TOTAL		1,02	5 069

a. Situation au 31 décembre 2018

b. Données provisoires

En milieu stationnaire, les prestataires obtiennent en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine un plus de 1,02 minutes payées que de minutes prestées (selon les minutes de référence pour les actes

¹⁴ Forfait pour lequel le prestataire assure entre 491 et 630 minutes par semaine

requis). Le forfait 1, qui contient le plus grand effectif, a un résidu moyen positif de 8,95 minutes par bénéficiaire AD et par semaine. Aux forfaits 2 à 7 correspond par contre un résidu moyen négatif.

Pour les établissements d'aides et de à séjour continu le résidu moyen s'élève à 0,81 minute, et celui des établissements d'aides et de à séjour intermittent à 2,76 minutes.

Parmi les 52 établissements à séjour continu, 25 présentent un résidu négatif. Le résidu varie entre -13,22 et 12,06 minutes en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine. Les résidus hebdomadaires totaux par prestataire varient entre -1 098 minutes et 1 097 minutes.

Parmi les 24 établissements à séjour intermittent (ayant déclaré au 31 décembre 2018 la prise en charge de au moins cinq personnes dépendantes), 6 présentent un résidu négatif. Le résidu varie entre - 27,9 et 27,19 minutes en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine. Les résidus hebdomadaires totaux par prestataire varient entre -478 minutes et 436 minutes.

Le tableau 22 affiche les résidus moyens (en minutes) par forfait PN pour les AEV dans le cadre du maintien à domicile (réseaux d'aides et de soins et centres semi-stationnaires).

Tableau 22 – Résidus moyens des minutes hebdomadaires pour les AEV-PN par forfait PN en cas de maintien à domicile (RAS + CSS) ^{a b}

Forfait PN	Minutes du forfait PN	Résidu moyen	Nombre de bénéficiaires
0	125	11,99	1 122
1	280	18,05	1 623
2	420	1,82	615
3	560	-0,35	362
4	700	5,19	231
5	840	3,21	154
6	980	3,62	121
7	1120	6,34	75
8	1260	5,58	61
9	1400	12,03	38
10	1540	-24,42	19
11	1680	-8,54	12
12	1820	-20,40	10
13	1960	28,75	≤5
14	2100	64,50	≤5
15	2230	-40,25	≤5
TOTAL		10,44	4 450

a. Situation au 31 décembre 2018

b. Données provisoires

Le résidu moyen pour les prestataires du maintien à domicile s'élève à 10,44 minutes par bénéficiaire AD et par semaine, ce qui est plus élevé comparé au milieu stationnaire. Ceci s'explique par le fait que les forfaits 0 et 1 ont des résidus positifs élevés et un effectif important. Ainsi 61,7% des personnes dépendantes à domicile sont classées dans un forfait 0 ou 1, avec un résidu largement positif.

A titre comparatif le résidu pour le forfait 1 en milieu stationnaire est également élevé (8,95 minutes), alors que seulement 13,7% des personnes dépendantes séjournant dans un ESC ou ESI sont classées dans ce forfait.

Parmi les 22 prestataires du maintien à domicile (réseaux et centres semi-stationnaires - ayant déclaré au 31 décembre 2018 la prise en charge d'au moins cinq personnes dépendantes), uniquement un seul présente un résidu négatif de - 0,8 minutes en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine. Pour tous les autres prestataires, leurs résidus moyens hebdomadaires sont positifs avec un maximum de 51,26 minutes par bénéficiaire. Les résidus hebdomadaires totaux par prestataire varient entre -5 minutes et 18 811 minutes.

En général, les forfaits fixés pour le maintien à domicile et le milieu stationnaire permettent de couvrir les prestations AEV prescrites dans les synthèses de prise en charge (situation au 31 décembre 2018).

Pour aboutir à un résidu nul, les forfaits en milieu stationnaire devraient être multipliés par un facteur d'ajustement de 0,9989 et ceux du maintien à domicile par un facteur d'ajustement de 0,9736.

Les tableaux qui suivent se limitent aux synthèses qui se basent sur une évaluation (1^{ère} évaluation et réévaluation) faite après l'entrée en vigueur de la réforme (introduction d'un nouveau référentiel d'aides et de soins).

Tableau 23 – Résidus moyens des minutes hebdomadaires pour les AEV-PN par forfait PN en milieu stationnaire – limitation aux personnes (ré)évaluées après l'entrée en vigueur de la réforme ^{a b}

Forfait PN	Minutes du forfait PN	Résidu moyen	Nombre de bénéficiaires
1	280	3,54	163
2	420	-4,34	119
3	560	-4,53	158
4	700	-5,05	182
5	840	-8,55	138
6	980	-0,82	160
7	1120	-1,25	136
8	1260	-0,93	133
9	1400	7,23	130
10	1540	2,41	86
11	1680	2,43	76
12	1820	25,10	36
13	1960	-0,74	58
14	2100	24,00	27
15	2230	54,50	≤5
TOTAL		-0,18	1 603

a. Situation au 31 décembre 2018

b. Données provisoires

En milieu stationnaire, les établissements affichent pour les (ré)évaluations réalisées après le 1^{er} janvier 2018, un résidu moyen par bénéficiaire AD et par semaine de -0,18 minute. Ceci représente une diminution de 1,19 minute par rapport à la situation prenant en compte toutes les synthèses de prise en charge (cf. tableau 21 : 1,02 minute).

Pour les établissements d'aides et de à séjour continu le résidu moyen s'élève à -0,32 minute, et celui des établissements d'aides et de à séjour intermittent à 3,00 minutes.

Le tableau 24 affiche les résidus moyens (en minutes) par forfait PN pour les AEV dans le cadre du maintien à domicile.

Tableau 24 – Résidus moyens des minutes hebdomadaires pour les AEV-PN par forfait PN en cas de maintien à domicile – limitation aux personnes (ré)évaluées après l’entrée en vigueur de la réforme^{a,b}

Forfait PN	Minutes du forfait PN	Résidu moyen	Nombre de bénéficiaires
0	125	19,19	357
1	280	14,74	707
2	420	2,18	293
3	560	1,68	194
4	700	1,87	106
5	840	0,64	77
6	980	-0,34	53
7	1120	4,42	30
8	1260	7,99	30
9	1400	25,75	18
10	1540	-27,29	12
11	1680	-14,64	7
12	1820	-14,44	8
13	1960	19,83	≤5
14	2100	64,50	≤5
TOTAL		9,96	1 896

a. Situation au 31 décembre 2018

b. Données provisoires

Le résidu moyen pour les prestataires du maintien à domicile s’élève à 9,96 minutes par bénéficiaire AD et par semaine, ce qui représente une faible baisse de 0,48 minute par rapport à la situation prenant en compte toutes les synthèses en vigueur (cf. tableau 22). De plus, le résidu moyen du forfait 0 connaît une hausse de 7,20 minutes.

Les résidus moyens calculés en prenant en compte l’ensemble des synthèses en vigueur (tableaux 21-22) sont plus élevés (en milieu stationnaire et en maintien à domicile) que les résidus moyens calculés sur base des synthèses basées sur une (ré)évaluation selon le nouveau référentiel. Ceci ne permet cependant pas de conclure que les résidus pour l’ensemble de la population dépendante vont diminuer au fur et à mesure que le nombre d’évaluations faites sous le nouveau régime augmente, notamment parce que la composition des deux groupes analysés diffère¹⁵. De plus, l’analyse des premières synthèses (cf. chapitre 3) montre que l’introduction du nouveau référentiel des aides et soins en 2018 n’impacte pas le temps moyen accordé pour les AEV.

¹⁵ P.ex. : Le pourcentage des synthèses ESI comparé aux synthèses totales en milieu stationnaire s’élève à 10,4% si on considère toutes les synthèses, alors qu’il s’élève uniquement à 4,2% si on se limite aux personnes (ré)évaluées après l’entrée en vigueur de la réforme.

CONCLUSION

De manière générale, le nombre de minutes rémunérées pour les actes essentiels de la vie (AEV) dépasse le nombre de minutes requises (situation analysée pour la semaine du 31 décembre 2018) sur base des synthèses de prises en charge en vigueur pour la population protégée résidente.

En ce qui concerne *le maintien à domicile*, l'écart entre le nombre de minutes rémunérées et le nombre de minutes requises des AEV est en moyenne de 10,44 minutes par semaine par bénéficiaire. La neutralisation de cet écart nécessiterait l'application d'un facteur d'ajustement égal à 0,9736. Ainsi l'IGSS propose, pour ces catégories de prestataires, de fixer le facteur d'ajustement à 0,98.

Parallèlement, les heures prévues dans les premières synthèses pour les activités d'appui à l'indépendance et pour les gardes individuelles et en groupe dans le cadre des activités de maintien à domicile augmentent considérablement (cf. annexe 3) par rapport à la situation du soutien avant réforme ce qui renforce le constat que la situation des prestataires intervenant à domicile semble confortable.

En milieu stationnaire, l'écart entre le nombre de minutes rémunérées et le nombre de minutes requises pour les AEV est en moyenne de 1,02 minute par semaine par bénéficiaire. La neutralisation de cet écart nécessiterait l'application d'un facteur d'ajustement égal à 0,9989. Toutefois, sur base du caractère limité de l'écart en question, l'IGSS propose, pour ces catégories de prestataires, de ne pas fixer de facteur d'ajustement, d'autant plus que l'analyse par prestataire montre que ce résidu est négatif pour un certain nombre de prestataires, ce qui veut dire qu'ils prestent plus de minutes pour les actes essentiels de la vie qu'ils ne reçoivent de minutes rémunérées.

Concernant la distribution de la population des bénéficiaires en milieu stationnaire et à domicile, il est constaté que les forfaits 0 et 1 représentent des résidus nettement positifs. Dès lors, l'IGSS estime qu'il y a lieu de suivre l'évolution des résidus liés à ces forfaits pour procéder à terme à un éventuel recalibrage ou encore pour introduire des sous-niveaux.

ANNEXE 1 – CONTEXTE ET REFERENCES LEGALES

CONTEXTE

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

Selon l'exposé des motifs du projet de loi de la réforme, l'article 395bis « *introduit le principe d'examiner tous les deux ans l'évolution des forfaits de prise en charge et de prévoir leur révision éventuelle. Ainsi, l'Inspection générale de la sécurité sociale établit tous les deux ans un rapport d'analyse prévisionnel, sur base duquel le Gouvernement décide de la nécessité de fixer l'ajustement respectif. Un premier rapport devrait être établi en 2019, soit deux ans après l'entrée en vigueur du présent projet, permettant une première évaluation du nouveau mécanisme de prise en charge au moyen de forfaits.* »

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

EXTRAITS DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Art. 353.

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

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

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

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

2. [...]
3. [...]
4. [...]

Art. 357.

1. Lorsque la personne dépendante reçoit les aides et soins pour les actes essentiels de la vie dans un établissement à séjour continu, la prise en charge des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 se fait intégralement en application des forfaits suivants :
 - Forfait 1 de 280 minutes lorsque le prestataire assure entre 210 à 350 minutes par semaine.
 - Forfait 2 de 420 minutes lorsque le prestataire assure entre 351 à 490 minutes par semaine.
 - Forfait 3 de 560 minutes lorsque le prestataire assure entre 491 à 630 minutes par semaine.
 - Forfait 4 de 700 minutes lorsque le prestataire assure entre 631 à 770 minutes par semaine.
 - Forfait 5 de 840 minutes lorsque le prestataire assure entre 771 à 910 minutes par semaine.
 - Forfait 6 de 980 minutes lorsque le prestataire assure entre 911 à 1.050 minutes par semaine.
 - Forfait 7 de 1.120 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.051 à 1.190 minutes par semaine.
 - Forfait 8 de 1.260 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.191 à 1.330 minutes par semaine.
 - Forfait 9 de 1.400 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.331 à 1.470 minutes par semaine.
 - Forfait 10 de 1.540 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.471 à 1.610 minutes par semaine.
 - Forfait 11 de 1.680 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.611 à 1.750 minutes par semaine.
 - Forfait 12 de 1.820 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.751 à 1.890 minutes par semaine.
 - Forfait 13 de 1.960 minutes lorsque le prestataire assure entre 1.891 à 2.030 minutes par semaine.
 - Forfait 14 de 2.100 minutes lorsque le prestataire assure entre 2.031 à 2.170 minutes par semaine.
 - Forfait 15 de 2.230 minutes lorsque le prestataire assure 2.171 minutes par semaine ou au-delà.
2. [...]
3. [...]
4. [...]
5. [...]

Art. 395bis.

1. Dans les années impaires, le Gouvernement examine au 1er octobre au plus tard, sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et la Commission consultative visée à l'article 387 demandées en leur avis, s'il y a lieu d'adapter les forfaits visés aux articles 353, alinéa 2 et 357, alinéa 1 et arrête, le cas échéant, le facteur d'ajustement respectif. Le Gouvernement soumet les facteurs d'ajustement arrêtés, accompagnés du projet de loi portant adaptation des forfaits de prise en charge à la Chambre des Députés.
2. Chaque facteur d'ajustement est établi sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, de la croissance économique du pays et en tenant compte d'une évaluation des besoins en prestations de l'assurance dépendance conforme aux bonnes pratiques en la matière, de la variation effective des activités des prestataires, ainsi que des statistiques concernant les dotations et les qualifications du personnel.
3. L'analyse prévisionnelle de l'Inspection générale de la sécurité sociale tient compte de l'évolution de toutes les prestations prévues dans le présent livre.
4. En vue du rapport d'analyse prévisionnel, la Caisse nationale de santé communique à l'Inspection générale de la sécurité sociale au plus tard pour le 1er mai de chaque année les données détaillant la variation effective des activités des prestataires du maintien à domicile visés à l'article 389 et des prestataires en milieu stationnaires visés aux articles 390 et 391 au cours des trois années

précédentes, ainsi que des statistiques concernant les dotations et les qualifications du personnel de ces prestataires.

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

Art. 1^{er}

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

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

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

Les normes de dotation du personnel pour la prestation des actes essentiels de la vie sont :

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

Les coefficients de qualifications du personnel qui s'appliquent à la facturation des forfaits de prise en charge des actes essentiels de la vie sont fixés à 1 quel que soit le lieu de séjour du bénéficiaire de ces prestations (réseau, centre semi-stationnaire, établissement à séjour continu ou à séjour intermittent).

Règlement grand-ducal du 15 mai 2018 portant déclaration d'obligation d'un accord concernant un avenant à la convention de travail pour les salariés du secteur d'aide et de soins et du secteur social (CCT SAS) signée le 22 août 2017¹⁶

¹⁶ <http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-memorial-2018-458-fr-pdf.pdf>

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

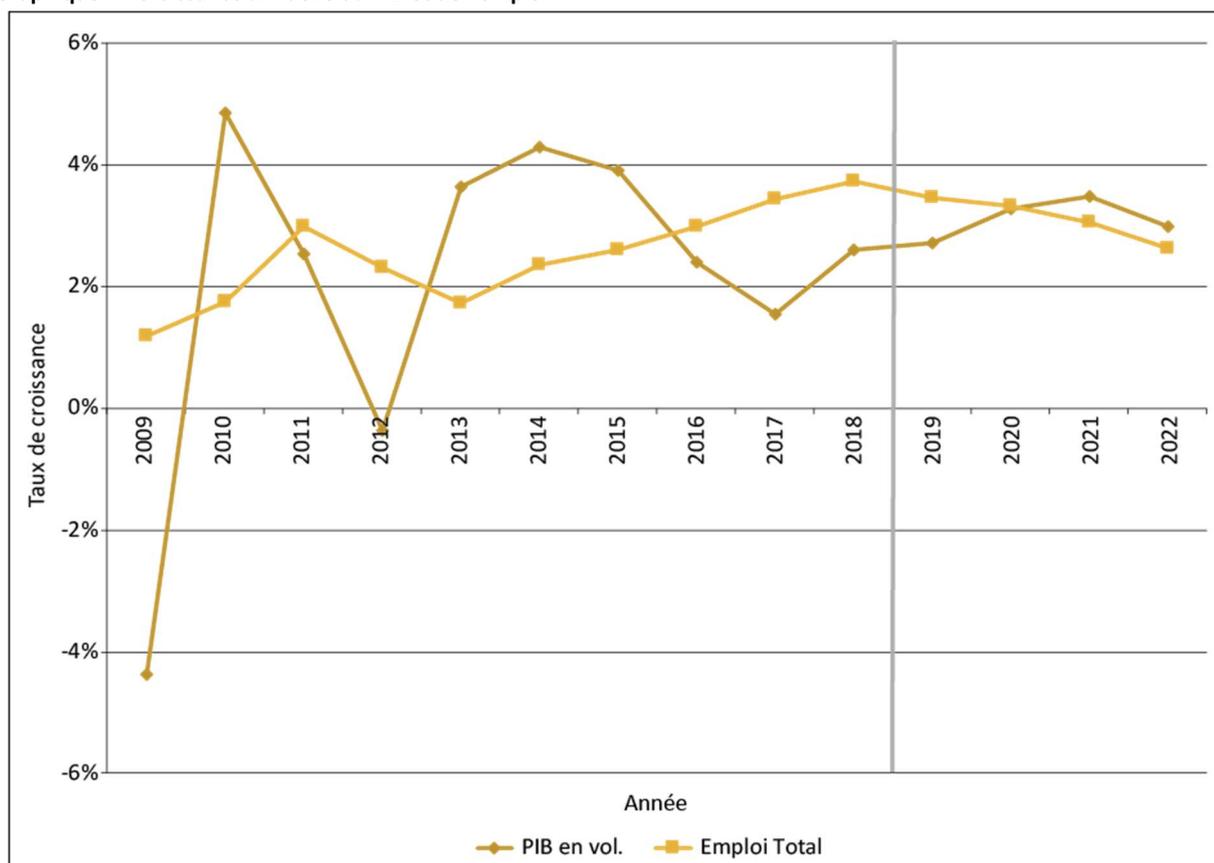
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif	
	Médical et paramédical
	Médecin / médecin directeur
	Licencié en sciences hospitalières
C6	Assistant social
C6	Ergothérapeute
C6	Kinésithérapeute
C6/PS1	Infirmier hospitalier gradué
C6	Diététicien
C6	Psychomotricien
C5	Pédagogue curatif
C5*	Infirmier anesthésiste
C5*	Infirmier psychiatrique
C5	Infirmier
C3/PS5	Aide-soignant
	Socio-éducatif
C6	Educateur gradué
C4/PE4	Educateur instructeur (bac)
C4	Educateur diplômé
C3/PE6	Educateur instructeur
	Employé non diplômé
C7/PE7	Universitaire Psychologue
	Soins
C3	Personnel ouvrier avec CATP ou CAP (auxiliaire économe)
C3	Auxiliaire de vie /Auxiliaire économe
C2	Aide socio-familiale diplômé
C1/PAM3	Aide socio-familiale en formation
C1/PAM3	Personnel ouvrier non diplômé
	Personnel administratif
C7/PA1	Universitaire
C6	Bachelor
C5	BTS
C4/PA3	BAC
C3/PA4	Employé 3ième sec. Ens. Moyen
C3/PA5	Employé 5ième sec. 9ième moyen
C1/PA6	Employé inférieur à 5ième sec.
C1/PA7	Employé non diplômé
	Personnel technique et logistique
C1	Artisan avec CATP ou CAP
C2	Ouvrier à tâche artisanale sans CATP
C1/PAM3	Ouvrier non diplômé - Aide ménagère
C1/PAM3	Ouvrier non diplômé - Aide cuisinière
C1/PAM3	Ouvrier non diplômé - Lingère
C1/PAM3	Ouvrier non diplômé - Chauffeur

ANNEXE 2 – SITUATION ET PROJECTION MACRO-ECONOMIQUE DU LUXEMBOURG

1. SITUATION ÉCONOMIQUE DU PAYS – PROJECTIONS À COURT TERME

Le graphique 4 indique la croissance annuelle du Produit intérieur brut (PIB en volume) et de l'emploi total entre 2009 et 2018. Pour ces mêmes paramètres, il présente les prévisions pour les années 2019 à 2022.

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



Source : STATEC (PIB) - IGSS (EMPLOI). Prévisions de printemps 2019.

La crise financière déclenchée en 2008 a mis fin à un cycle de forte croissance qui a duré 4 ans et au cours duquel la croissance annuelle moyenne du PIB a dépassé 5%. Il s'est ensuivi une entrée en récession de l'économie luxembourgeoise en 2008 puis une forte contraction de l'activité (-4,4%) l'année suivante.

Le Luxembourg a renoué avec la croissance en 2010 mais cette embellie a été de courte durée. En effet, l'économie a de nouveau marqué le pas en 2011 avant d'afficher une nouvelle régression en 2012. L'activité a fortement rebondi l'année suivante puis a progressé, entre 2014 et 2016, de +3,5% par an en moyenne. En 2017, le PIB a connu une moins forte progression, pour rebondir de nouveau en 2018 et connaîtra, selon les estimations du STATEC, une croissance soutenue (entre 2,7% et 3,5%) pour la période 2018-2022.

Du fait de la croissance soutenue de l'activité attendue sur la période 2018-2022, le dynamisme du marché du travail affiché à l'issue de l'année 2018 devrait être maintenu sur ce même intervalle, la croissance annuelle moyenne projetée étant de +3,1%.

2. ÉVOLUTION RÉCENTE DE L'EMPLOI AU LUXEMBOURG – PROJECTION À COURT TERME

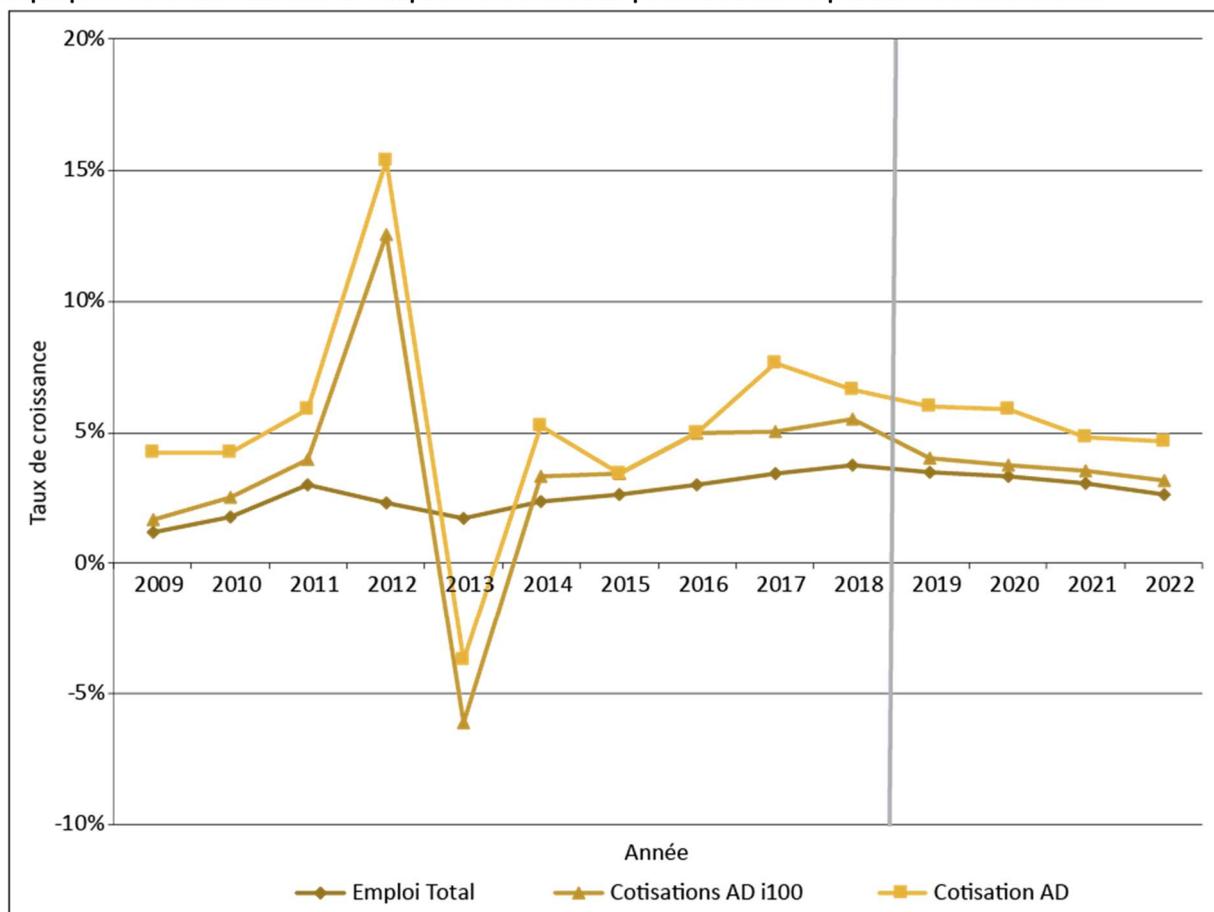
Après une période particulièrement faste où l'emploi n'a cessé d'accélérer, les premiers effets de la crise financière se sont faits sentir à partir du second trimestre 2008. Dès lors, la croissance de l'emploi s'est littéralement effondrée pour atteindre en 2009 son point le plus bas (1,2%).

En 2010, l'emploi a recommencé à accélérer mais ce regain de dynamisme est resté éphémère, la situation sur le marché du travail s'étant à nouveau détériorée dès le second semestre 2011. Depuis la seconde partie de l'année 2013, l'emploi accélère régulièrement. En 2018, il affiche une croissance de +3,7%. Ainsi, au 31 décembre 2018, ce sont 453 536 personnes qui étaient présentes sur le marché du travail luxembourgeois. Cette progression est nettement supérieure à celle observée sur la période 2009-2016 (+2,4%) et dépasse même la moyenne historique calculée sur la période 2000-2016 (+3,0%).

En 2018, le montant des recettes de cotisations pour l'assurance dépendance a atteint 428,7 millions EUR. Ces cotisations proviennent à raison de 80,0% des revenus des assurés actifs, à raison de 13,3% des pensions et à raison de 6,6% des cotisations sur le patrimoine.

Le graphique 5 présente la croissance annuelle de l'emploi total et des cotisations pour l'assurance dépendance des assurés actifs entre 2009 et 2018, ainsi que les prévisions pour les années 2019 à 2022.

Graphique 5- Croissance annuelle de l'emploi et des cotisations pour l'assurance dépendance des assurés actifs



Source : IGSS - Prévisions de printemps 2019.

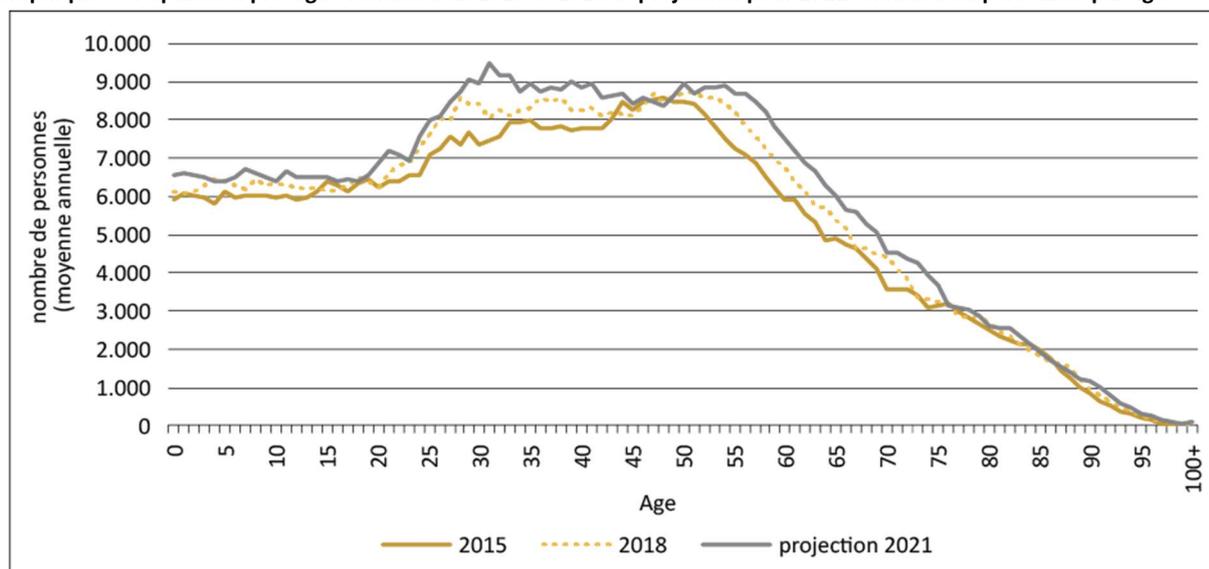
A rappeler que suite au « litige relibi », l'Etat a versé 30 millions EUR en 2012 pour compenser la non-perception de la contribution dépendance sur les revenus d'intérêts soumis à l'imposition retenue à la source libératoire de 10% (dit impôts relibi) entre 2006 et 2012.

Sur la période 2018-2022, la croissance des cotisations, réduites à l'indice 100, devrait être en moyenne de 3,6% par an. Sur ce même intervalle, la croissance annuelle de l'emploi devrait atteindre 3,1% en moyenne.

3. DÉMOGRAPHIE NATIONALE : PROJECTION À COURT TERME

Le graphique 6 montre l'évolution de la population protégée résidente par âge jusqu'en 2021.

Graphique 6 - Population protégée résidente en 2015 et 2018 et projection pour 2021 - nombre de personnes par âge¹⁷



La population protégée résidente augmente, ce qui est lié à un phénomène d'immigration. Le déplacement des courbes vers la droite d'une année à l'autre illustre le vieillissement de la population. Globalement, la population protégée résidente totale (PPR) devrait augmenter annuellement en moyenne de 2,1% entre 2019 et 2021. Deux groupes d'âge sont particulièrement concernés par la croissance : ce sont les personnes âgées de 90 ans et plus avec une hausse annuelle moyenne de 8,2% alors qu'elles représentent seulement 0,7% de la population protégée en 2018. Le deuxième groupe est celui des personnes âgées entre 60 et 79 ans, dont la part parmi la population protégée s'élève à 15,9%, et qui affiche une croissance annuelle moyenne de 3,8%.

Par conséquent, on peut s'attendre dans les prochaines années à une croissance de la population dépendante comme leur âge moyen est de 71,4 ans et leur âge médian est de 80 ans en 2018.

¹⁷ Méthodologie : Application à la population protégée résidente des hypothèses de mortalité et de migration établies par EUROSTAT (ESSPOP) pour les projections de la population résidente. Notamment les employés et fonctionnaires des institutions européennes ne sont pas couverts par le système national car ils ont leur propre assurance.

ANNEXE 3 – LE SOUTIEN DANS LES PREMIERES SYNTHES DE PRISE EN CHARGE

Les premières synthèses de prises en charge analysées dans le chapitre 3 sont reprises pour faire un état des lieux sur le « soutien » dans l'assurance dépendance.

Avant la réforme, tout le requis pour les activités de soutien (spécialisées et non spécialisées, en groupe et individuelles) est considéré. A partir du 1.1.2018, les actes accordés pour AAI (5h), AMD-GI (7h), AMD-GI-M (14h), AMD-GG (40h¹⁸) et AMD-GG-M (56h¹⁹) (pondération par le coefficient de groupe de 0,25 pour les activités de groupe -> 10h resp. 14h) en cas de maintien à domicile et les actes pour AAI (5h), AAE (4h) et AAE-M (10h) en milieu stationnaire sont considérés. En milieu stationnaire, le choix a été fait de diminuer le temps accordé pour AAE(-M) dans le cadre de cette analyse de 105 minutes, ce qui correspond au temps pondéré accordé pour tâches domestiques avant la réforme. Les tâches domestiques en milieu stationnaire en vigueur avant la réforme étaient controversées car elles faisaient partie des services déjà compris dans l'offre d'hébergement, et ainsi financées par le biais du prix d'hébergement à charge des pensionnaires, dépendantes ou non, de l'établissement. Les prestataires motivaient leur position par un besoin accru en tâches domestiques pour les personnes dépendantes.

Le tableau 25 donne le temps moyen requis (en heures) pour les activités de soutien en fonction du lieu de séjour pour tous les bénéficiaires d'une première synthèse²⁰.

Tableau 25 – Temps moyen requis (en heures) pour activités de soutien des premières synthèses par année d'évaluation et par lieu de séjour

	2014	2015	2016	2017	2018 ^a
Maintien à domicile					
Temps moyen requis	4,3	3,0	3,2	3,1	9,3
Nombre de bénéficiaires	2 253	2 185	2 360	1 743	1 772
Etablissement					
Temps moyen requis	6,0	4,6	4,6	4,9	6,2
Nombre de bénéficiaires	297	354	326	253	332

a. Données provisoires

La majorité des premières synthèses concernent des personnes à domicile (84% en 2018).

Les critères plus stricts pour l'attribution d'actes dans le cadre des mesures BNG entraînent une baisse des heures accordées pour soutien de 1,3 heures de 2014 à 2015. Par la suite, l'attribution du soutien reste stable autour de 3 heures en cas de maintien à domicile, resp. de 4,6 heures en milieu stationnaire de 2015 à 2017. La réforme, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, entraîne un changement fondamental en ce qui concerne le nombre d'heures accordées avec une croissance de 26,3% en établissement et même avec 200,8% à domicile.

Cette augmentation offre donc un certain potentiel de développement aux prestataires, mais ils doivent évidemment étendre leurs offres de façon à répondre aux besoins et attentes des bénéficiaires. Car une personne qui, avant la réforme, avait droit à 5 heures de soutien mais qui n'en utilisait que 3 heures, ne changera probablement pas son comportement de « consommation de soutien » en cas d'octroi de 10 heures selon les nouvelles modalités.

¹⁸ L'activité de garde en groupe en CSS est prise en charge pour une durée maximale de 40 heures par semaine, ce plafond étant réduit du nombre d'heures d'AAI prestées par semaine.

¹⁹ L'activité de garde en groupe en CSS est prise en charge pour une durée maximale de 56 heures par semaine, ce plafond étant réduit du nombre d'heures d'AAI prestées par semaine.

²⁰ Y compris les bénéficiaires n'ayant pas d'activités de soutien.

ANNEXE 4 – TAUX DE FACTURATION DES ACTES AEV ET SOUTIEN AVANT LA REFORME

Méthodologie

Le taux de facturation est déterminé comme étant le temps facturé pour les actes prestés divisé par le temps requis pour les actes retenus dans la synthèse de prise en charge pendant une période donnée.

La période de référence retenue est la dernière semaine du mois de mai 2017. En principe, il ne devrait plus avoir de changement concernant les factures, comme le délai de 2 ans pour introduire les factures y relatives est dépassé.

Uniquement les synthèses pour lesquelles au moins un acte est facturé pour la période considérée, sont prises en compte.

Cette analyse fait l'hypothèse que tous les actes facturés sont effectivement prestés. Néanmoins des contrôles de plausibilités faites par l'organisme gestionnaire font apparaître que certains établissements ayant un taux de facturation avoisinant les 100% n'avaient en réalité pas les ressources humaines nécessaires / suffisantes pour prester ces actes.

Tableau 26 – Taux de facturation par lieu de séjour et domaine pour la dernière semaine du mois de mai 2017

Lieu de séjour	AEV	Soutien
Maintien à domicile	86,5%	60,7%
Etablissement	96,6%	89,5%

A domicile, les AEV prestés et facturés correspondent à 86,5% des prestations requises, et pour le soutien il s'agit de 60,7% pour la semaine analysée.

En établissement, le taux de facturation est par contre beaucoup plus élevé avec 96,6% pour les AEV et avec 89,5% pour le soutien pour la semaine analysée.

D'autres semaines ont été analysées, des petites fluctuations sont observées, l'ordre de grandeur reste néanmoins toujours le même.

Il existe diverses raisons pourquoi les prestations requises ne sont pas toutes prestées et facturées, notamment parce que la personne dépendante renonce à certains actes d'hygiène quand elle est grippée, parce qu'un proche/aidant a déjà réalisé l'acte avant que le professionnel arrive ou tout simplement parce que la personne dépendante n'a pas envie à certains moments de recourir aux prestations auxquelles elle a droit.

Suite à l'introduction de la forfaitisation des AEV retenus dans les synthèses de prise en charge, une telle analyse n'est plus possible à partir de 2018. Le taux de facturation devrait être en principe 100%, sans pouvoir tirer des informations sur les prestations effectivement dispensées pour les AEV.

Cependant, l'AEC contrôle et mesure l'adéquation entre les prestations effectivement dispensées et les prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge, et publie les résultats dans un rapport biennal (Art. 384bis du CSS)

ANNEXE 5 – GLOSSAIRE

AAE	Activités d’accompagnement en établissement
AAI	Activités d’appui à l’indépendance
AD	Assurance dépendance
AEC	Administration d’évaluation et de contrôle de l’assurance dépendance
AEV	Actes essentiels de la vie
AEV-PN	Forfait relatif aux prestations en nature pour les actes essentiels de la vie
AMD	Activités de maintien à domicile
AMD-GG	Activités de maintien à domicile – garde en groupe
AMD-GDN	Activités de maintien à domicile – garde de nuit
AMD-GI	Activités de maintien à domicile – garde individuelle
AMD-M	Activités d’assistance à l’entretien du ménage
BNG	Budget nouvelle génération
BTS	Bac technique supérieur
CAP	Certificat d’aptitude professionnelle
CATP	Certificat d’aptitude technique et professionnelle
CCT – SAS	Convention collective du secteur d’aides et de soins
CEO	Cellule d’évaluation et d’orientation
CIPA	Centre intégré pour personnes âgées
CNS	Caisse nationale de santé
CSS	Centre semi-stationnaire
CSS	Code de la sécurité sociale
ESC	Etablissement d’aides et de soins à séjour continu (CIPA + MS)
ESI	Etablissement d’aides et de soins à séjour intermittent
ETP	Equivalent temps plein
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
MS	Maison de soins
PE	Prestations en espèces
PIB	Produit intérieur brut
PN	Prestations en nature
PPR	Population protégée résidente
Prestations requises	Prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l’évaluation et qui sont repris dans la synthèse de prise en charge
RAS	Réseau d’aides et de soins
TD	Tâches domestiques

ANNEXE 6 – EXTRACTION DES DONNEES

L'extraction des données date du 30 juillet 2019.

Sommaire des tableaux

Tableau 1 – Évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance ^a	9
Tableau 2 – Répartition des différents types de synthèses de prise en charge au 31 décembre 2018 ^a ...	9
Tableau 3 – Nombre de bénéficiaires par niveau de dépendance en fonction du lieu de séjour au 31 décembre 2018 ^{a,b}	10
Tableau 4 – Répartition des bénéficiaires par niveau de dépendance et par sexe au 31 décembre 2018 ^a	11
Tableau 5 – Âge moyen et médian des bénéficiaires de l'assurance dépendance par lieu de séjour au 31 décembre 2018 ^a	11
Tableau 6 – Répartition des personnes dépendantes vivant en ESC en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2018 ^a	12
Tableau 7 – Répartition des personnes dépendantes vivant en ESI en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2018 ^a	12
Tableau 8 – Répartition des personnes vivant à domicile en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2018 ^{a,b}	13
Tableau 9 – Classification des causes de la dépendance selon l'AEC.....	15
Tableau 10 – Moyennes du temps total requis (en heures) pour les AEV des premières synthèses par année d'évaluation et cause de dépendance.....	15
Tableau 11 – Répartition des premières synthèses par année d'évaluation et cause de dépendance principale.....	16
Tableau 12 – Âge moyen des bénéficiaires d'une première synthèse par année d'évaluation et cause de dépendance principale	16
Tableau 13 - Évolution du nombre de prestataires ayant conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS ^a	17
Tableau 14 - Évolution du nombre de gestionnaires de prestataires par type de prestataire	17
Tableau 15 - Évolution de l'effectif du secteur des soins de longue durée (en ETP)	18
Tableau 16 - Évolution du poids relatif du personnel par rapport à l'effectif total du secteur des soins de longue durée (en %)	19
Tableau 17 - Évolution du personnel du secteur des soins de longue durée par qualification (en ETP) ..	20
Tableau 18 - Évolution du personnel du secteur d'aides et de soins en fonction de la carrière définie selon la CCT-SAS.....	22
Tableau 19 - Le personnel du secteur des soins de longue durée par type de prestataire et carrière définie selon la CCT-SAS en 2018 (en ETP)	24
Tableau 20 – Exemple de calcul d'un forfait PN pour les AEV et de son résidu.....	27

Tableau 21 – Résidus moyens des minutes hebdomadaires pour les AEV-PN par forfait PN en milieu stationnaire (ESC+ESI) ^{a b}	27
Tableau 22 – Résidus moyens des minutes hebdomadaires pour les AEV-PN par forfait PN en cas de maintien à domicile (RAS + CSS) ^{a b}	28
Tableau 23 – Résidus moyens des minutes hebdomadaires pour les AEV-PN par forfait PN en milieu stationnaire – limitation aux personnes (ré)évaluées après l’entrée en vigueur de la réforme ^{a b}	29
Tableau 24 – Résidus moyens des minutes hebdomadaires pour les AEV-PN par forfait PN en cas de maintien à domicile – limitation aux personnes (ré)évaluées après l’entrée en vigueur de la réforme ^{a b}	30
Tableau 25 – Temps moyen requis (en heures) pour activités de soutien des premières synthèses par année d’évaluation et par lieu de séjour.....	39
Tableau 26 – Taux de facturation par lieu de séjour et domaine pour la dernière semaine du mois de mai 2017	40

Sommaire des graphiques

Graphique 1 - Évolution du personnel du secteur des soins de longue durée (en ETP)	18
Graphique 2 - Répartition du personnel du secteur des soins de longue durée en 2018 (en %)	19
Graphique 3 - Répartition du personnel du secteur de soins de longue durée par qualification en 2009 et 2018 (en %).....	21
Graphique 4 - Croissance annuelle du PIB et de l'emploi	36
Graphique 5- Croissance annuelle de l'emploi et des cotisations pour l'assurance dépendance des assurés actifs	37
Graphique 6 - Population protégée résidente en 2015 et 2018 et projection pour 2021 - nombre de personnes par âge	38