

ASSURANCE DEPENDANCE

RAPPORT D'ANALYSE PREVISIONNEL



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

Inspection générale de la sécurité sociale

Version : 28 juillet 2025

Sommaire

INTRODUCTION	4
1 L'ASSURANCE DEPENDANCE EN BREF	5
1.1 Les objectifs	5
1.2 Les bénéficiaires	5
1.3 L'organisation	5
1.4 Les prestations	6
1.5 Les prestataires	7
1.6 Le financement	8
2 L'ASSURANCE DEPENDANCE EN CHIFFRES	9
2.1 Les synthèses de prise en charge	9
2.2 Les aides techniques et les adaptations de logement	15
3 LES PREMIERES SYNTHES ET LES DUREES DE PRISE EN CHARGE	18
3.1 Les premières synthèses de prise en charge	18
4 LES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS ET LEUR PERSONNEL	22
4.1 Les prestataires d'aides et de soins	22
4.2 Les ressources humaines	23
5 L'ANALYSE DES FORFAITS RELATIFS AUX PRESTATIONS EN NATURE POUR LES AEV	31
CONCLUSION	36
Annexe 1 – Contexte et références légales	37
Annexe 2 – Situation macro-économique du Luxembourg	42
Annexe 3 – Situation financière générale de l'assurance dépendance	44
Annexe 4 – Impact d'une neutralisation des forfaits	45
Annexe 5 – Evolution mensuelle des résidus hebdomadaires moyens	47
Annexe 6 – L'analyse des forfaits relatifs aux prestations en nature pour les AEV – prise en compte uniquement des forfaits PN facturés	51
Annexe 7 – Analyse de la facturation des AEV	54
Annexe 8 – Glossaire	55
Annexe 9 – Extraction des données	56
Sommaire des tableaux	57
Sommaire des graphiques	59

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

INTRODUCTION

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

L'établissement du présent rapport se base sur l'article 395bis du Code de la sécurité sociale (CSS) qui prévoit que :

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

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

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

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

Le rapport s'intéresse dans un premier chapitre aux objectifs, à l'organisation et au financement de l'assurance dépendance. Le deuxième chapitre se focalise sur les caractéristiques de la population dépendante, tandis que le troisième chapitre analyse l'évolution du temps moyen total requis pour les AEV accordés dans les premières synthèses de prise en charge. L'évolution du personnel du secteur des soins de longue durée est présentée dans le chapitre 4. L'établissement du facteur d'ajustement, tel que défini dans l'article 395bis du CSS, est réalisé dans le dernier chapitre de ce rapport.

1 L'ASSURANCE DÉPENDANCE EN BREF

1.1 LES OBJECTIFS

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

1.2 LES BÉNÉFICIAIRES

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

Ainsi, pour être couvert par l'assurance dépendance, le besoin d'aides et de soins dans le domaine des actes essentiels de la vie doit être important et régulier et représenter au moins trois heures et demie par semaine. Néanmoins, en cas de besoin important et régulier, les adaptations du logement et les aides techniques peuvent être allouées sans l'atteinte du seuil de trois heures et demie. En outre, l'état de dépendance doit, suivant toute probabilité, dépasser six mois ou être irréversible.

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

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

1.3 L'ORGANISATION

La Caisse nationale de santé

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

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

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

L'AEC a ainsi pour mission de déterminer les aides et soins que requiert la personne dépendante 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 (art. 387 du CSS) 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 (art. 388 du CSS) 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, le Budget, la Santé ou leurs représentants, les organisations œuvrant dans les domaines de l'action médicale, sociale et familiale, ainsi que les associations représentant les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

1.4 LES PRESTATIONS

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

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

dans le cadre d'une prise en charge stationnaire :

- les activités d'accompagnement en établissement - forfait hebdomadaire de 4 heures (AAE) ou forfait hebdomadaire majoré de 10 heures (AAE-M)¹ ;

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

dans le cadre d'un maintien à domicile :

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

L'AEC recense lors de l'évaluation/de la réévaluation les besoins du demandeur en aides et soins, ainsi que les capacités et disponibilités de son aidant individuel. Elle détermine ensuite dans une synthèse de prise en charge, les aides et soins dont le demandeur a besoin. Sur base des durées forfaitaires et des fréquences des actes essentiels de la vie retenus par application du référentiel des aides et soins, le demandeur éligible² se voit attribuer un des quinze niveaux de besoins hebdomadaires en aides et soins prévus à l'article 350 paragraphe 3 alinéa 1 du CSS.

1.5 LES PRESTATAIRES

Pour pouvoir opérer dans le cadre de l'assurance dépendance, les prestataires doivent exercer leur activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministère de tutelle, soit en vertu d'une autre disposition légale. Ils doivent également adhérer à la convention-cadre négociée entre la CNS et l'association représentative des prestataires (COPAS) ou s'engager avec la CNS par un contrat de prestations de service³.

1.5.1 La convention-cadre

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

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

Les articles 389 et 389 du CSS définissent quatre catégories de prestataires qui doivent conclure des contrats d'aides et de soins avec la CNS :

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

² Lorsque le besoin en AEV du demandeur atteint le seuil de 3,5 heures par semaine.

³ <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/conv/2010/01/08/n1/jo>

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

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

1.5.2 Le contrat de prestations de services

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

1.6 LE FINANCEMENT

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

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

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.

2 L'ASSURANCE DÉPENDANCE EN CHIFFRES

La première partie de ce chapitre retrace l'évolution du nombre des bénéficiaires⁵ 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.

La deuxième partie montre le recours aux adaptations de logements et aux aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance.

2.1 LES SYNTHÈSES DE PRISE EN CHARGE

Le tableau 1 présente le nombre de bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance ayant une synthèse de prise en charge⁶ valable au 31 décembre des années 2015 à 2024.

Les données pour 2024 ne sont pas définitives dans la mesure où des décisions rétroactives peuvent encore intervenir pour des demandes reçues avant le 31 décembre⁷.

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

Année	Nombre total de bénéficiaires ^b	Variation en %	Nombre de bénéficiaires résidents affiliés à l'AMM luxembourgeoise ^c
2015	13 569	0,6%	12 897
2016	13 780	1,6%	13 098
2017	13 914	1,0%	13 190
2018 ^d	14 537	4,5%	13 703
2019	15 141	4,2%	14 229
2020	15 483	2,3%	14 472
2021	16 066	3,8%	14 949
2022	16 723	4,1%	15 517
2023	17 303	3,5%	15 991
2024 ^e	18 250	5,5%	16 785

a. Situation au 31 décembre.

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

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

d. Rupture de série

e. Données non définitives.

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

En 2024, 18 250 personnes bénéficient de prestations de l'assurance dépendance, soit 5,5% de plus qu'en 2023.

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

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

⁵ Ces chiffres n'incluent pas les bénéficiaires qui ne reçoivent que des adaptations de logements et/ou des aides techniques (art.349 alinéa 2 du CSS).

⁶ Suite à la réforme de l'assurance dépendance, le terme « plan de prise en charge » est remplacé par « synthèse de prise en charge ».

⁷ Néanmoins, le pourcentage des demandes dont le traitement par l'AEC n'est pas encore clôturé et pour lesquelles une décision n'a pas encore été transmise à la CNS est très faible ($\pm 0,6\%$ des synthèses transférées à la CNS).

Tableau 2 – Répartition des différents types de synthèses de prise en charge des bénéficiaires résidents affiliés au 31 décembre 2024 ^{a b}

Origine	Nombre	En % du total
Synthèse - (ré)évaluation depuis 2018	15 836	94,3%
Soins palliatifs	483	2,9%
Dispositions particulières	424	2,5%
Décès	≤25	0,1%
Conversion - plans existants avant 2018	≤20	0,1%
TOTAL	16 785	100,0%

a. Données non définitives.

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

Parmi les 16 785 synthèses de prises en charge valables au 31 décembre 2024, 94,3% sont établies sur base d'une évaluation faite après le 1er janvier 2018, et donc sur base du nouveau référentiel des aides et soins (i.e. modification des conditions d'attribution et du contenu des actes).

2,9% des bénéficiaires se sont vu attribuer un forfait dans le cadre des soins palliatifs. Dans ce contexte, une évaluation de l'AEC n'est pas requise. Les aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie fournis par les prestataires visés sont pris en charge suivant un forfait correspondant à 780 minutes de besoins en aides et soins (article 350 du CSS).

2,5% des bénéficiaires ont droit à des prestations forfaitaires sur base de leur pathologie (dispositions particulières)⁸, et non pas sur base de leur besoin en aides et soins. Il s'agit de personnes dont l'évaluation a été faite soit avant, soit après l'entrée en vigueur de la réforme. La prestation en espèces forfaitaire correspond au versement de 162,5 EUR par semaine (équivalant au forfait 7 des prestations en espèces).

0,1% des bénéficiaires au 31 décembre 2024 ont introduit une demande pour obtenir des prestations de l'assurance dépendance, mais sont décédés avant que l'AEC n'ait pu faire une évaluation de leur état de santé. Pour ces personnes, les prestations fournies par les prestataires sont prises en charge selon un forfait correspondant à 780 minutes (article 362 du CSS).

0,1% 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, en synthèse de prise en charge. Le pourcentage des plans de prise en charge convertis diminue en passant en effet de 61,8% au 31 décembre 2018 à 1,9% au 31 décembre 2022 et à 0,1% au 31 décembre 2024.

Le tableau 3 illustre le nombre de bénéficiaires résidents affiliés par niveau de besoins hebdomadaires en aides et soins, appelé « niveau de dépendance » dans la suite du rapport, en fonction de leur lieu de séjour (maintien à domicile⁹, établissement d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI), établissement d'aides et de soins à séjour continu (ESC)).

⁸ Articles 2, 3, 4, 5 et 6 du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

⁹ Prise en charge à domicile par un aidant, un réseau d'aides et de soins et/ou dans un centre de séjour semi-stationnaire.

Tableau 3 – Nombre de bénéficiaires résidents affiliés par niveau de dépendance et lieu de séjour au 31 décembre 2024 ^{a b c}

Niveau de dépendance	Maintien à domicile	ESI ^d	ESC	TOTAL	En % du total
1	4 503	86	353	4 942	29,4%
2	2 172	85	392	2 649	15,8%
3	1 268	101	459	1 828	10,9%
4	849	72	526	1 447	8,6%
5	533	68	566	1 167	7,0%
6	322	51	562	935	5,6%
7	189	48	458	695	4,1%
8	143	52	364	559	3,3%
9	111	54	302	467	2,8%
10	72	37	215	324	1,9%
11	63	34	193	290	1,7%
12	33	20	138	191	1,1%
13	32	14	171	217	1,3%
14	5	14	119	138	0,8%
15	≤5		≤5	≤5	0,0%
Décès	≤20	≤5	≤5	≤25	0,1%
Dispositions particulières	419	≤5	≤5	424	2,5%
Soins palliatifs	374	≤5	≤110	483	2,9%
TOTAL	11 108	742	4 935	16 785	100,0%

a. Données non définitives.

b. Le lieu de séjour est déterminé sur base du prestataire déclaré au 31 décembre 2024. En cas d'absence d'une déclaration de prise en charge par un prestataire, il est supposé que la personne séjourne à domicile sauf si sa synthèse prévoit une activité d'accompagnement en établissement AAE(-M).

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

d. Les personnes en ESI peuvent alterner leur séjour entre établissement et domicile. Les personnes ayant séjourné au moins une fois dans un ESI au courant du mois précédant ou suivant le 31 décembre 2024 sont reprises ici.

Au 31 décembre 2024, le niveau 1 de dépendance est le plus fréquent, représentant 29,4% des bénéficiaires de l'assurance dépendance. Par ailleurs, 56,1% des bénéficiaires sont classés dans l'un des trois premiers niveaux de dépendance, tandis que seuls 5,0% des bénéficiaires relèvent de l'un des 5 derniers niveaux de dépendance.

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

Le tableau 4 montre la répartition des bénéficiaires résidents affiliés par niveau de dépendance et par sexe au 31 décembre 2024.

Tableau 4 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés par niveau de dépendance et par sexe au 31 décembre 2024 ^{a b}

Niveau de dépendance	Hommes	Femmes	TOTAL
1	37,7%	62,3%	4 942
2	44,8%	55,2%	2 649
3	41,7%	58,3%	1 828
4	39,1%	60,9%	1 447
5	34,4%	65,6%	1 167
6	33,7%	66,3%	935
7	36,1%	63,9%	695
8	35,1%	64,9%	559
9	33,8%	66,2%	467
10	36,1%	63,9%	324
11	38,6%	61,4%	290
12	34,6%	65,4%	191
13	34,1%	65,9%	217
14	36,2%	63,8%	138
15	60,0%	40,0%	≤5
Décès	66,7%	33,3%	≤25
Dispositions particulières	47,2%	52,8%	424
Soins palliatifs	36,6%	63,4%	483
TOTAL	38,8%	61,2%	16 785

a. Données non définitives.

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

Parmi 100 bénéficiaires de l'assurance dépendance, 61 sont des femmes. Celles-ci constituent également la majorité des bénéficiaires dans la plupart des niveaux de dépendance. En revanche, dans le groupe des « dispositions particulières », la répartition entre hommes et femmes est plus équilibrée.

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

Tableau 5 – Âge moyen et médian des bénéficiaires résidents affiliés par lieu de séjour au 31 décembre 2024 ^a

	Maintien à domicile	ESI	ESC	TOTAL
Âge moyen	67,6	47,8	85,5	72,0
Âge médian	77,0	50,0	87,0	80,0

a. Données non définitives.

La différence d'âge moyen entre les personnes vivant à domicile et en établissements d'aides et de soins à séjour continu s'élève à 17,9 ans. La population la plus jeune présente un âge moyen de 47,8 ans et se retrouve dans des établissements à séjour intermittent, établissements qui répondent de façon prépondérante aux besoins des personnes handicapées.

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

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

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

Tableau 6 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant en ESC en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2024 ^{a b}

Niveau de dépendance	AAE	AAE-M	AAI	TOTAL
1	97,2%	2,8%	96,6%	353
2	96,9%	3,1%	99,0%	392
3	93,2%	6,8%	98,3%	459
4	88,6%	11,4%	99,4%	526
5	84,6%	15,4%	99,1%	566
6	76,0%	24,0%	97,2%	562
7	64,4%	35,6%	95,6%	458
8	64,8%	35,2%	94,0%	364
9	54,3%	45,7%	91,4%	302
10	47,9%	52,1%	89,8%	215
11	51,8%	48,2%	78,2%	193
12	39,9%	60,1%	73,9%	138
13	46,8%	53,2%	62,0%	171
14	38,7%	61,3%	57,1%	≤120
15	66,7%	33,3%	66,7%	≤5
TOTAL des bénéficiaires	74,8%	25,2%	93,1%	4 821

a. Données non définitives.

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

25,2% des résidents en établissement d'aides et de soins à séjour continu bénéficient du forfait majoré pour l'activité d'accompagnement. Jusqu'au forfait 10, l'attribution de ce forfait augmente avec le niveau de dépendance. La majorité des résidents, à savoir les 74,8% restant, a droit au forfait standard de l'activité d'accompagnement. 93,1% des bénéficiaires en établissement d'aides et de soins à séjour continu bénéficient d'activités d'appui à l'indépendance. Les bénéficiaires ayant un niveau de dépendance variant entre 1 et 7 y ont droit dans plus de 95,6% des cas.

Tableau 7 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant en ESI au 31 décembre 2024 ^a en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge en vigueur en ESI ^{b c}

Niveau de dépendance	AAE	AAE-M	AAI	TOTAL
1	98,6%	1,4%	89,9%	86
2	96,0%	4,0%	98,7%	85
3	83,8%	16,3%	95,0%	101
4	91,3%	8,7%	93,5%	72
5	75,9%	24,1%	96,6%	68
6	81,0%	19,0%	97,6%	51
7	61,0%	39,0%	95,1%	48
8	63,8%	36,2%	93,6%	52
9	64,3%	35,7%	95,2%	54
10	58,1%	41,9%	96,8%	37
11	69,0%	31,0%	96,6%	34
12	81,3%	18,8%	100,0%	20
13	53,8%	46,2%	100,0%	≤15
14	50,0%	50,0%	80,0%	≤15
15				≤5
TOTAL des bénéficiaires	78,8%	21,2%	95,2%	736

a. Les personnes en ESI peuvent alterner leur séjour entre établissement et domicile. Les personnes ayant séjourné au moins une fois dans un ESI au courant du mois précédant ou suivant le 31 décembre 2024 sont reprises ici.

b. Données non définitives.

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

21,2% des personnes dépendantes en établissement d'aides et de soins à séjour intermittent bénéficient du forfait majoré pour l'activité d'accompagnement, les autres 78,8% bénéficient du forfait standard des activités d'accompagnement. 95,2% des bénéficiaires résidant en ESI bénéficient d'activités d'appui à l'indépendance.

Tableau 8 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant à domicile en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2024 ^{a b c}

Niveau de dépendance	AAI	AMD-GDN	AMD-GG	AMD-GG-M	AMD-GI	AMD-GI-M	AMD-Garde	TOTAL
1	77,9%	2,7%	58,7%	0,2%	4,4%	0,1%	63,4%	4 503
2	87,1%	9,7%	60,6%	0,6%	13,2%	1,6%	76,0%	2 172
3	89,7%	13,0%	63,6%	1,3%	14,2%	2,2%	81,4%	1 268
4	90,5%	15,1%	66,7%	2,1%	13,0%	2,6%	84,3%	849
5	91,4%	19,5%	71,3%	4,1%	10,3%	2,8%	88,6%	533
6	87,6%	23,3%	68,6%	5,0%	14,9%	1,9%	90,4%	322
7	86,2%	28,6%	60,8%	9,5%	19,0%	4,8%	94,2%	189
8	82,5%	37,1%	59,4%	9,1%	20,3%	5,6%	94,4%	143
9	83,8%	27,9%	55,9%	15,3%	13,5%	9,0%	93,7%	111
10	76,4%	47,2%	52,8%	9,7%	20,8%	12,5%	95,8%	72
11	76,2%	55,6%	57,1%	11,1%	19,0%	9,5%	96,8%	63
12	72,7%	60,6%	39,4%	21,2%	15,2%	24,2%	100,0%	33
13	71,9%	68,8%	21,9%	9,4%	31,3%	31,3%	93,8%	32
14	100,0%	80,0%	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	100,0%	≤5
15	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	≤5
TOTAL des bénéficiaires	83,6%	10,3%	61,1%	1,6%	9,7%	1,7%	74,1%	10 297

a. Données non définitives.

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

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

Dans le cadre du maintien à domicile, la part des personnes bénéficiant d'activités d'appui à l'indépendance est moins élevée qu'en ESC et ESI (83,6% comparé à 93,1% respectivement 95,2%), bien que la part des bénéficiaires d'AAI à domicile passe de 74,9% en 2022 à 83,6% en 2024.

10,3% des bénéficiaires à domicile ont droit à une garde de nuit. Toutefois, pour en bénéficier, la personne dépendante doit nécessiter la présence continue d'une tierce personne 24 heures sur 24. Ces gardes sont donc principalement accordées aux personnes présentant un niveau de dépendance élevé.

D'autre part, 74,1% des personnes dépendantes vivant à domicile ont droit à des activités de garde (pendant la journée), que ce soit sous forme individuelle ou en groupe (standard ou majoré).

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

Les personnes vivant à domicile peuvent choisir de confier tout ou partie des actes essentiels de la vie à un aidant de leur choix, sous réserve que l'AEC confirme que celui-ci remplit les conditions requises (aptitudes psychiques et physiques, disponibilité, etc.) pour assurer une réalisation adéquate des AEV.

Tableau 9 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant à domicile en fonction du partage des AEV de la synthèse de prise en charge entre réseaux et aidant au 31 décembre 2024 ^{a b}

Niveau de dépendance	Réseau	Partage entre réseau et aidant	Aidant ^c	TOTAL
1	36,8%	39,4%	23,8%	4 503
2	26,2%	53,9%	19,8%	2 172
3	25,2%	59,6%	15,2%	1 268
4	24,4%	62,9%	12,7%	849
5	21,2%	70,4%	8,4%	533
6	20,2%	72,7%	7,1%	322
7	25,4%	65,6%	9,0%	189
8	17,5%	75,5%	7,0%	143
9	21,6%	73,9%	4,5%	111
10	11,1%	87,5%	1,4%	72
11	17,5%	82,5%	0,0%	63
12	18,2%	75,8%	6,1%	33
13	6,3%	93,8%	0,0%	32
14	0,0%	100,0%	0,0%	≤5
15	50,0%	50,0%	0,0%	≤5
TOTAL des bénéficiaires	29,7%	51,8%	18,5%	10 297

- a. Données non définitives.
- b. Pour des raisons de protection des données à caractère personnel, les chiffres inférieurs à 10 sont arrondis au cinquième supérieur. Ainsi par exemple 2 est remplacé par ≤5, 8 par ≤10, et ainsi de suite.
- c. Ceci n'exclut pas qu'un prestataire professionnel n'intervienne pour l'exécution d'actes (AAI, AMD-M, AMD-G, AMD-GN) autres que AEV.

Parmi les 10 297 personnes dépendantes vivant à domicile et ayant une synthèse de prise en charge en vigueur au 31 décembre 2024, 8 390 personnes, soit 81,5%, disposent d'une synthèse de prise en charge qui prévoit l'intervention d'un réseau pour l'exécution des actes essentiels de la vie¹⁰.

2.2 LES AIDES TECHNIQUES ET LES ADAPTATIONS DE LOGEMENT

Les aides techniques, tout comme les adaptations du logement, peuvent être accordées à une personne même si celle-ci n'atteint pas le seuil de 3,5 heures d'aides pour les actes essentiels de la vie. Toutefois, leur attribution reste conditionnée à un avis favorable de l'AEC.

La personne a droit à la prise en charge des aides techniques nécessaire au maintien ou à l'amélioration de son autonomie de vie. La liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance en fonction du lieu de séjour a été déterminée par le règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006.

Méthodologie

Les aides techniques mises à disposition par la voie d'acquisition sont, dans la majorité des cas, destinées à être utilisées par la personne jusqu'à la fin de vie de l'aide technique. Toutefois, elles peuvent également être restituées au Service Moyens Accessoires (SMA) si la personne ne souhaite plus l'utiliser ou en cas de décès. Dans ces deux situations, le titre correspondant est clôturé et l'aide technique n'est plus considérée comme étant en service auprès de la personne. En revanche, dans le premier cas, il n'est pas garanti que dans le cas d'un renouvellement l'ancien titre sera toujours clôturé. Par exemple, une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2023 par voie d'acquisition sera comptée sur plusieurs années tandis qu'une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2023 par voie de location ne peut pas être considérée comme étant en service au 31 décembre 2023 (par exemple en réparation chez SMA), mais elle pourra l'être de nouveau au 31 décembre 2024.

¹⁰ Néanmoins, dans 1 852 cas aucun prestataire n'a déclaré la prise en charge auprès de la CNS.

Le tableau 10 reprend les 10 aides techniques les plus fréquentes, soit mises à disposition par voie d'acquisition, soit par voie de location.

Tableau 10 – Les 10 aides techniques les plus fréquentes mises à disposition selon la norme internationale ISO ^{a b c}

Code ISO	Libellé_ISO	2023			2024		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0912	Aides pour l'hygiène	28 351	588	28 939	30 347	758	31 105
1818	Dispositifs de soutien	12 022	401	12 423	12 535	557	13 092
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher	7 338	5 225	12 563	7 271	5 704	12 975
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)	16	11 174	11 190	17	11 742	11 759
1221	Fauteuils roulants	637	8 722	9 359	743	9 054	9 797
1830	Dispositifs de changement de niveau	7 368	687	8 055	7 766	712	8 478
0333	Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels antiescarres)	1 741	5 687	7 428	1 898	5 863	7 761
1212	Adaptations pour voitures automobiles	3 857	0	3 857	4 081	0	4 081
0906	Aides de protection portées sur le corps	3 869	0	3 869	3 893	0	3 893
1812	Lits	302	3 335	3 637	317	3 367	3 684

a. Données non définitives pour 2024.

b. Situation au 31 décembre.

c. Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les aides les plus sollicitées en 2024 sont les aides pour l'hygiène, suivies des dispositifs de soutien et des aides pour se laver, baigner et se doucher.

Tableau 11 – Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique ^{a b c}

Code ISO	Libellé_ISO	2023			2024		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0300	Aides pour les traitements et l'entraînement	2 119	5 807	7 926	2 290	6 001	8 291
0900	Aides pour les soins personnels et la protection	42 057	5 813	47 870	44 264	6 462	50 726
1200	Aides pour la mobilité personnelle	8 719	23 336	32 055	9 381	24 404	33 785
1500	Aides pour les activités domestiques	3 448	0	3 448	3 706	0	3 706
1800	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles	21 477	5 315	26 792	22 503	5 600	28 103
2100	Aides pour la communication, l'information et la signalisation	6 417	562	6 979	6 851	604	7 455
2400	Aides pour manipuler les produits et les biens	3 300	33	3 333	3 480	38	3 518
TOTAL		87 537	40 866	128 403	92 475	43 109	135 584
Variation en %		5,7%	3,7%	5,0%	5,6%	5,5%	5,6%

a. Données non définitives pour 2024.

b. Situation au 31 décembre.

c. Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Au 31 décembre 2024, 135 584 aides techniques sont mises à disposition par l'assurance dépendance, 68,2% sous forme d'acquisition et 31,8% sous forme de location. Le nombre total d'aides techniques mises à disposition augmente de 5,6% par rapport à 2023.

Les aides techniques les plus couramment mises à disposition concernent les soins personnels et la protection, avec une prédominance des dispositifs liés à l'hygiène. Les aides à la mobilité personnelle suivent en termes de fréquence d'utilisation.

En cas de maintien à domicile, des adaptations du logement peuvent être prises en charge dans le cadre de l'assurance dépendance, à condition qu'elles contribuent, au même titre que les aides techniques, au maintien et à l'amélioration de l'autonomie de vie de la personne dépendante. Ces adaptations peuvent être accordées même si la personne ne remplit pas le seuil minimal d'aides et de soins pour les actes essentiels de la vie (Art. 349 du CSS).

Le tableau 12 présente l'évolution du nombre de titulaires d'une ou de plusieurs décisions positives depuis 2022 par la CNS¹¹.

Tableau 12 – Évolution du nombre de titulaires d’une décision positive pour adaptation de logement ^{a b c}

Année	Nombre	Variation en %
2022	175	16,7%
2023	163	-6,9%
2024	135	-17,2%

- a. Données établies selon la date de prestation.
- b. Source : Décompte CNS.
- c. Données non définitives pour 2024.

¹¹ Il ne s'agit dès lors pas du nombre de demandes, ni du nombre de réalisations pour adaptations du logement présentées ou en cours de traitement durant l'année référencée.

3 LES PREMIERES SYNTHES ET LES DUREES DE PRISE EN CHARGE

3.1 LES PREMIERES SYNTHES DE PRISE EN CHARGE

Le présent sous-chapitre a comme objectif d'analyser l'évolution des premières synthèses de prise en charge au fil du temps afin de mettre en évidence les éventuelles variations dans la moyenne du temps requis pour les actes essentiels de la vie (entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance au 1^{er} janvier 2018 et introduction d'un nouveau référentiel des aides et soins¹²).

Méthodologie

Pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance dépendance, l'assuré introduit sa demande auprès de la CNS. Afin de définir la nature et la quantité des prestations auxquelles la personne dépendante a droit, il est indispensable d'évaluer son état de santé. Si sur base de cette évaluation réalisée par l'AEC, la personne a droit aux prestations de l'assurance dépendance¹³, une première synthèse de prise en charge est établie.

Dans un souci de comparabilité, ce chapitre se concentre uniquement sur les premières synthèses issues d'une évaluation réalisée par l'AEC¹⁴ au cours d'une année, pour des personnes ayant 8 ans accomplis¹⁵. Les réévaluations, les synthèses forfaitaires « soins palliatifs », « décès » et « dispositions particulières » sont exclues de l'analyse.

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

L'analyse prend en compte les causes de dépendance principales des bénéficiaires, déterminées selon la classification de l'AEC (cf. tableau 13), afin de pouvoir différencier les premières synthèses selon les pathologies des personnes dépendantes.

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ Y compris les évaluations de personnes ne faisant pas partie de la population protégée affiliée à l'AMM luxembourgeoise, mais assurée dans le cadre d'une attestation S1.

¹⁵ Les enfants de moins de 8 ans sont exclus, car un coefficient enfant est appliqué aux minutes AEV accordées afin de tenir compte du besoin supplémentaire d'assistance d'une tierce personne par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit. En 2024, 177 enfants de moins de 8 ans ont obtenu une première synthèse de prise en charge.

Tableau 13 – Classification des causes de la dépendance selon l'AEC

Groupe	Libellé	Commentaire
0	Pas de diagnostics renseignés	Il s'agit des cas où le diagnostic est manquant, soit parce qu'il n'est pas renseigné lors de l'évaluation (concerne uniquement les évaluations avant le 1.1.2018), soit parce qu'il s'agit d'un forfait « Décès » ou d'un forfait « Soins palliatifs ».
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	Diagnostics qui ne relèvent pas des autres catégories.

Les moyennes du temps total requis pour AEV accordées dans les premières synthèses sont renseignées dans le tableau 14 par année d'évaluation et par cause de dépendance.

Tableau 14 – Moyennes du temps total requis (en heures) pour les AEV des premières synthèses par année d'évaluation et cause de dépendance principale

Cause de dépendance		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ^a
0	Pas de diagnostics renseignés	7,2	7,8	8,4							
1	Démence et troubles des fonctions cognitives	9,4	9,3	9,0	9,2	9,2	9,5	9,2	9,4	9,6	8,9
2	Troubles psychiatriques	8,2	7,9	7,7	7,1	7,4	7,7	7,6	7,6	6,9	7,1
3	Maladies du système cardio-vasculaire	6,8	7,3	6,9	7,3	7,2	7,7	7,0	6,5	6,7	6,6
4	Maladies du système nerveux	10,4	11,0	9,9	9,8	10,2	9,9	10,0	9,1	9,3	9,2
5	Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	6,5	7,8	10,2	9,8	8,4	9,4	8,4	8,4	7,4	7,5
6	Maladies du système ostéo-articulaire	7,1	7,5	7,3	7,1	6,9	7,5	7,2	6,8	6,8	6,9
7	Troubles sensoriels	6,3	8,0	8,8	7,8	7,3	6,7	7,3	6,8	6,4	7,6
8	Tumeurs malignes	8,3	7,4	7,2	8,2	8,3	8,6	8,2	7,9	8,0	8,1
9	Autres	8,3	7,4	7,1	8,4	7,6	7,9	7,7	7,2	8,3	9,3
TOTAL		8,2	8,3	8,1	8,3	8,2	8,5	8,2	7,9	8,0	8,0
Variation		-5,8%	1,2%	-2,3%	3,2%	-1,4%	4,0%	-4,0%	-3,3%	0,7%	-0,2%

a. Données non définitives.

Une baisse globale du temps moyen total requis de 5,8% est constatée entre 2014 et 2015. Cette diminution s'explique notamment par une application plus rigoureuse des critères d'évaluation définis dans le cadre des mesures du Budget Nouvelle Génération (BNG). Toutefois, l'impact de ces mesures a été partiellement atténué pour les prestataires grâce à la mise en place d'un mécanisme de

compensation¹⁶, doté de 38 millions EUR par l'Etat. Après une légère baisse du temps moyen total requis pour les AEV en 2017, celui-ci évolue de 3,2% en 2018 pour se situer ainsi au même niveau qu'en 2016. En 2019, le temps moyen total requis pour les AEV diminue de 1,4%, contre une hausse de 4,0% en 2020. La hausse de 2020 est suivie de deux baisses consécutives de 4,0% en 2021 et de 3,3% en 2022. En 2023, le temps moyen requis pour les AEV affiche une hausse de 0,7%, suivie de nouveau par une légère baisse de 0,2% en 2024.

La comparaison par cause de dépendance met en évidence de fortes fluctuations d'une année à l'autre. Ces différences s'expliquent notamment par des états de santé et des besoins d'aide très variés des personnes dépendantes au moment de l'introduction de leur demande. Certaines personnes introduisent leur demande dès qu'elles présentent une faible dépendance, d'autres retardent l'introduction de 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 introduisent leur demande lorsque leur état de santé s'est détérioré subitement.

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

Tableau 15 – Répartition des premières synthèses par année d'évaluation et cause de dépendance principale

Cause de dépendance		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ^a
0	Pas de diagnostics renseignés	13,7%	10,2%	10,8%							
1	Démence et troubles des fonctions cognitives	20,3%	18,8%	20,1%	28,2%	26,6%	24,8%	23,1%	23,8%	21,6%	19,9%
2	Troubles psychiatriques	4,6%	4,5%	4,5%	7,2%	6,5%	7,1%	7,4%	7,4%	8,0%	8,5%
3	Maladies du système cardio-vasculaire	10,3%	10,2%	8,9%	9,1%	10,5%	10,3%	10,9%	10,2%	10,6%	9,7%
4	Maladies du système nerveux	12,8%	11,7%	12,6%	14,9%	15,1%	17,2%	14,5%	16,1%	15,8%	16,3%
5	Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	0,9%	1,0%	1,0%	1,4%	1,2%	1,3%	1,4%	1,4%	1,7%	2,7%
6	Maladies du système ostéo-articulaire	22,9%	23,3%	24,6%	25,5%	25,7%	26,2%	26,8%	26,2%	27,4%	26,3%
7	Troubles sensoriels	1,4%	1,3%	1,5%	1,9%	2,3%	1,4%	2,3%	1,7%	1,6%	1,9%
8	Tumeurs malignes	6,1%	8,7%	6,9%	4,2%	4,7%	5,4%	6,0%	5,4%	4,7%	5,7%
9	Autres	7,0%	10,2%	9,1%	7,7%	7,4%	6,3%	7,6%	7,8%	8,5%	9,1%
TOTAL		2 473	2 610	1 938	2 366	2 571	2 514	2 750	2 840	2 741	3 116

a. Données non définitives.

Depuis 2018, toutes les synthèses de prise en charge comportent une cause de dépendance principale. Cela témoigne d'une amélioration de la qualité de l'enregistrement des données d'évaluation depuis l'entrée en vigueur de la réforme.

¹⁶ Montant mis à disposition via le budget des recettes et des dépenses de l'État afin de compenser les découverts inévitables et imprévisibles au titre des exercices de prestation 2015 à 2017 des prestataires dus à une nouvelle définition des critères d'évaluation de l'état de dépendance, dans le cadre du paquet d'avenir.

Tableau 16 – Âge moyen des bénéficiaires d’une première synthèse par année d’évaluation et cause de dépendance principale

Cause de dépendance		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ^a
0	Pas de diagnostics renseignés	74,0	75,2	75,1							
1	Démence et troubles des fonctions cognitives	82,6	82,0	82,6	82,7	83,3	82,7	83,2	83,1	82,4	82,7
2	Troubles psychiatriques	67,1	69,1	66,6	68,3	65,0	64,9	66,8	68,0	62,5	60,6
3	Maladies du système cardio-vasculaire	80,3	80,7	80,5	81,4	81,3	80,3	80,7	80,6	79,8	79,8
4	Maladies du système nerveux	72,4	70,5	71,2	70,1	71,8	73,5	70,8	73,4	72,9	72,5
5	Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	39,1	47,6	44,1	33,2	31,9	41,7	46,4	38,6	42,6	43,3
6	Maladies du système ostéo-articulaire	81,8	82,5	82,1	82,1	81,6	82,4	82,2	82,2	82,7	81,7
7	Troubles sensoriels	78,1	80,8	82,3	80,6	82,0	82,3	80,7	76,8	81,6	82,4
8	Tumeurs malignes	73,4	72,4	73,4	73,9	71,7	73,3	73,9	73,8	73,9	73,2
9	Autres	79,3	77,2	77,7	78,3	78,2	78,8	76,6	75,5	76,9	78,4
TOTAL		77,7	77,6	77,8	78,1	78,1	78,2	78,0	78,1	77,5	76,6
TOTAL sans cause 5		78,1	78,0	78,2	78,7	78,7	78,7	78,5	78,7	78,1	77,5

a. Données non définitives.

Pour la période allant de 2015 à 2024, l’âge moyen des bénéficiaires d’une première synthèse qui font partie du groupe 5 « *Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental* », un groupe qui comprend majoritairement une jeune population, connaît de fortes variations (entre 31,9 et 47,6 ans). En ce qui concerne les autres causes, de plus faibles variations sont observées d’une année à la suivante. Néanmoins, à l’échelle globale, l’âge moyen est resté relativement stable entre 2018 et 2022. En revanche, depuis 2023, il affiche deux baisses consécutives.

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 étudie l'évolution du personnel embauché par ces prestataires.

4.1 LES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS

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

Tableau 17 – Évolution du nombre de prestataires ayant conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS à partir de 2015 ^a

Année	CSSTA	ESC	ESI	RAS
2015	52	52	40	22
2016	53	52	42	23
2017	52	52	44	24
2018	54	52	43	22
2019	54	52	43	22
2020	55	52	43	23
2021	59	52	44	24
2022	61	53	44	24
2023	62	53	44	26
2024	62	54	45	30

a. Situation au 31 décembre

Source : CNS.

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

Tableau 18 – Évolution du nombre de gestionnaires de prestataires par type de prestataire à partir de 2015 ^a

Année	CSSTA	ESC	ESI	RAS
2015	22	25	10	22
2016	23	25	11	23
2017	22	25	11	24
2018	22	25	11	22
2019	22	25	11	22
2020	22	25	11	23
2021	23	25	11	24
2022	23	24	11	24
2023	24	24	11	26
2024	24	24	11	30

a. Situation au 31 décembre

Source : CNS.

4.2 LES RESSOURCES HUMAINES

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

Méthodologie

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

Tableau 19 – Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée à partir de 2015 (en ETP)

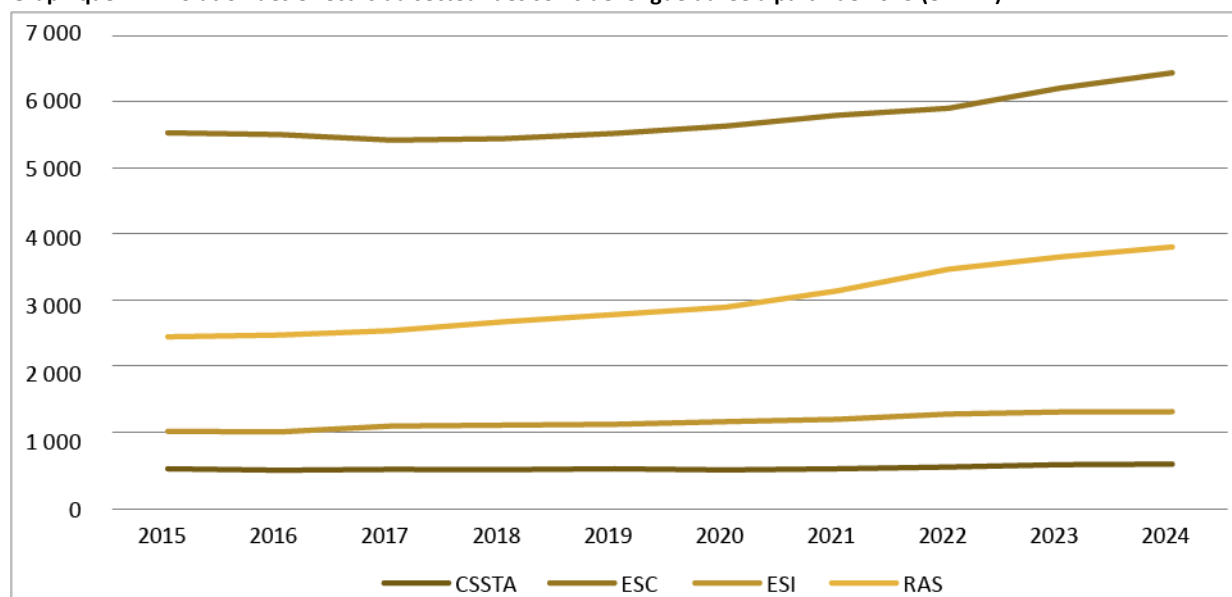
Année	CSSTA	ESC	ESI	RAS	TOTAL	Variation en %
2015	443,1	5 530,4	1 011,2	2 442,5	9 427,3	1,8%
2016	422,4	5 500,8	1 001,5	2 467,6	9 392,3	-0,4%
2017	436,1	5 418,5	1 093,6	2 537,0	9 485,2	1,0%
2018	434,1	5 442,6	1 105,3	2 669,9	9 652,0	1,8%
2019	445,8	5 520,7	1 118,9	2 779,7	9 865,1	2,2%
2020	426,0	5 632,7	1 157,3	2 889,4	10 105,5	2,4%
2021	443,8	5 820,6	1 193,2	3 156,6	10 571,5	4,6%
2022	473,4	5 900,0	1 275,1	3 464,9	11 113,4	5,1%
2023	507,6	6 207,3	1 304,7	3 653,0	11 672,5	5,0%
2024	515,3	6 437,4	1 307,3	3 802,6	12 062,7	3,3%

Source : CNS.

Après des années de faible croissance des effectifs du secteur des soins de longue durée (croissance annuelle moyenne de 1,4% pour la période allant de 2015 à 2020), les années 2021, 2022 et 2023 affichent des hausses plus importantes de 4,6%, respectivement de 5,1% et de 5,0% des effectifs. L'année 2024 se caractérise par une hausse de 3,3% des effectifs. Les effectifs du secteur des soins de longue durée représentent ainsi un total de 11 672,5 ETP en 2023 et un total de 12 062,7 ETP en 2024.

Les effectifs de 2024 sont de 2 635,4 ETP plus élevés que ceux de 2015, soit une évolution de 28,0%. La population dépendante affiliée résidente a augmenté de 30,1% sur la même période.

Graphique 1 – Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée à partir de 2015 (en ETP)



Source : CNS.

Entre 2015 et 2024, les effectifs des réseaux d'aides et de soins augmentent plus que les effectifs des autres types de prestataires, avec un plus de 1 360,1 ETP, soit une hausse de 55,7%. Sur la même période, le nombre d'ETP employés auprès des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent évolue de 29,3%, celui des établissements d'aides et de soins à séjour continu de 16,4% et celui des centres semi-stationnaires de 16,3%. L'augmentation des effectifs ralentit entre 2015 et 2020, puis reprend à partir de 2021. Entre 2015 et 2020, le taux de croissance annuel moyen se situe à 3,4% pour les réseaux d'aides et de soins, contre 6,6% sur la période allant de 2021 à 2024. Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent affichent un taux de croissance annuel moyen de 2,7% pour la période allant de 2015 à 2020 et de 3,1% pour les années 2021 à 2024. Sur les mêmes périodes, les établissements d'aides et de soins à séjour continu présentent un taux de 0,4%, respectivement de 3,6% et les centres semi-stationnaires présentent une baisse de 0,8% sur la période allant de 2015 à 2020 et une augmentation moyenne de 5,1% pour les années 2021 à 2024.

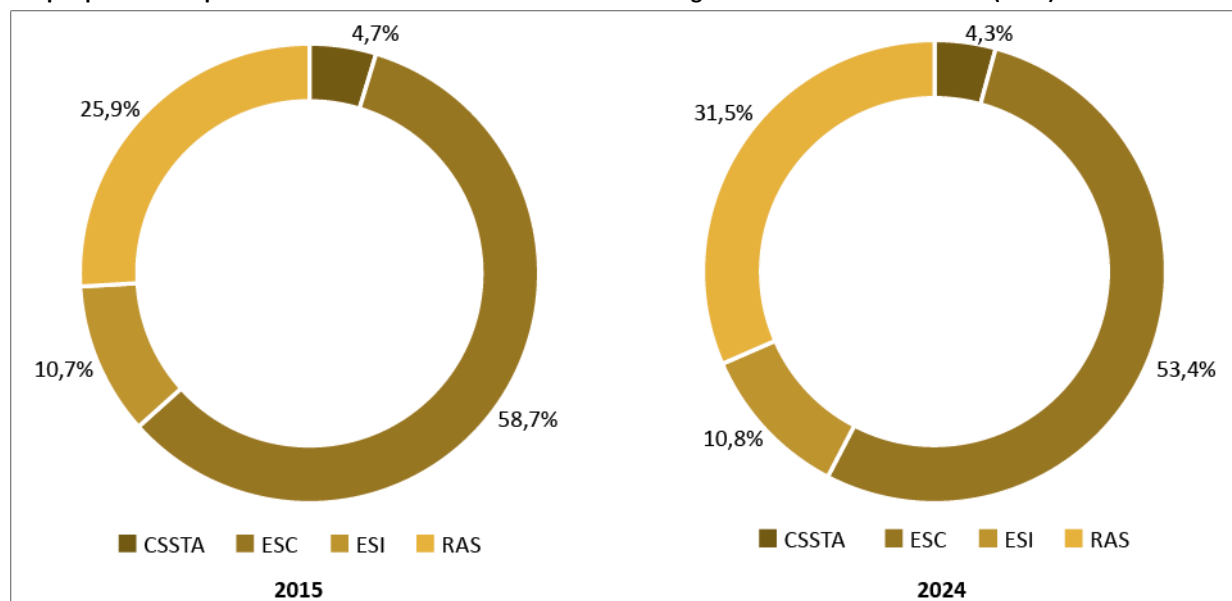
Tableau 20 – Évolution de la proportion des effectifs par rapport aux effectifs totaux du secteur des soins de longue durée à partir de 2015 (en %)

Type de prestataire	CSSTA	ESC	ESI	RAS
2015	4,7%	58,7%	10,7%	25,9%
2016	4,5%	58,6%	10,7%	26,3%
2017	4,6%	57,1%	11,5%	26,7%
2018	4,5%	56,4%	11,5%	27,7%
2019	4,5%	56,0%	11,3%	28,2%
2020	4,2%	55,7%	11,5%	28,6%
2021	4,2%	54,8%	11,3%	29,7%
2022	4,3%	53,1%	11,5%	31,2%
2023	4,3%	53,2%	11,2%	31,3%
2024	4,3%	53,4%	10,8%	31,5%

Source : CNS.

La majorité des effectifs du secteur des soins de longue durée travaille auprès des établissements d'aides et de soins à séjour continu. Néanmoins, la proportion de ces établissements dans l'ensemble des effectifs a diminué au cours des 10 dernières années et passe de 58,7% en 2015 à 53,4% en 2024. Pour les réseaux d'aides et de soins en revanche, leur proportion augmente en passant de 25,9% en 2015 à 31,5% en 2024. Ces chiffres confirment le développement du maintien à domicile soutenu par le pouvoir politique dès l'introduction de l'assurance dépendance en 1998 : d'un côté 66,2% des bénéficiaires résidents de l'assurance dépendance vivent à domicile en 2024, de l'autre côté le nombre de prestataires ayant conclu un contrat d'aides et de soins en tant que réseau d'aides et de soins continue à augmenter et passe ainsi de 22 en 2015 à 26 en 2024. Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent occupent 10,8% des effectifs totaux de 2024 et les centres semi-stationnaires 4,3%. Leur proportion par rapport à l'ensemble du personnel reste relativement stable pendant la période observée.

Graphique 2 – La répartition des effectifs du secteur des soins de longue durée en 2015 et en 2024 (en %)



Source : CNS.

En 2024, les réseaux d'aides et de soins emploient 31,5% des effectifs du secteur, contre 25,9% en 2015. Les ETP des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent représentent 10,8% du total (10,7% en 2015). Enfin, les centres semi-stationnaires n'emploient qu'une part de 4,3% des effectifs occupés dans le secteur des soins de longue durée, comparée à une part de 4,7% en 2015.

Tableau 21 – Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée par qualification entre 2022 et 2024 (en ETP)

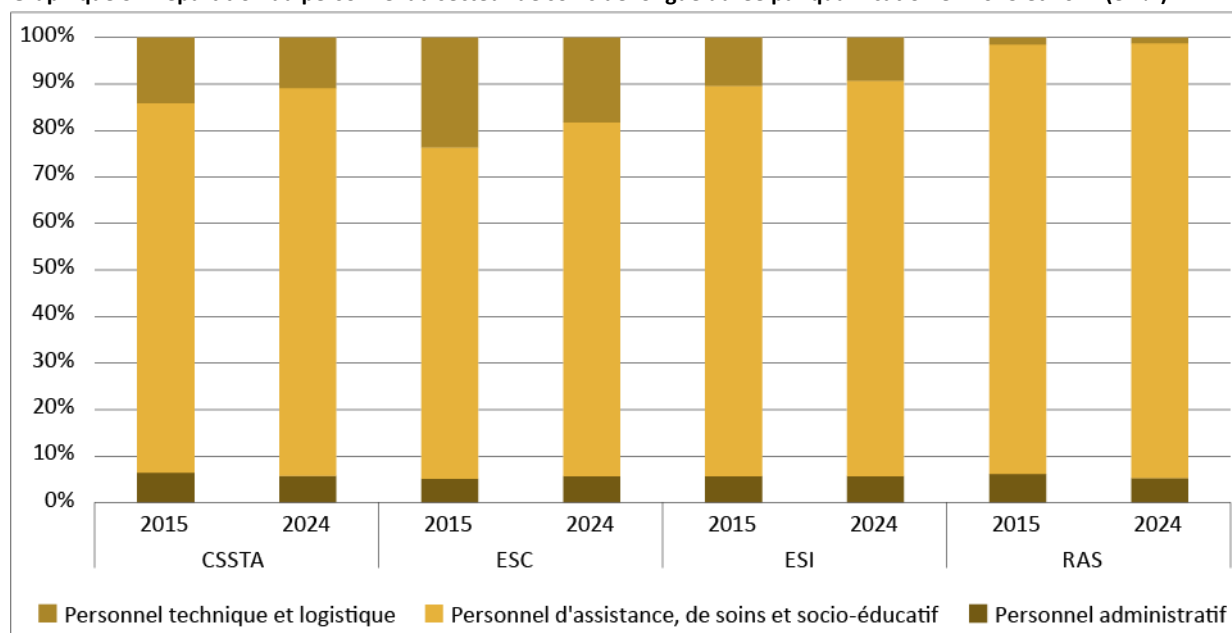
Type de prestataire/qualification	2022	2023	2024
Centre semi-stationnaire	473,4	507,6	515,3
<i>Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif</i>	394,5	422,2	429,8
Médical et paramédical	176,6	181,8	183,6
Socio-éducatif	121,2	143,9	150,2
Soins	96,6	96,5	96,0
<i>Personnel administratif</i>	25,0	29,9	29,5
<i>Personnel technique et logistique</i>	54,0	55,5	56,0
Établissement d'aides et de soins à séjour continu	5 900,0	6 207,3	6 437,4
<i>Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif</i>	4 433,7	4 707,5	4 894,0
Médical et paramédical	3 284,3	3 469,8	3 609,8
Socio-éducatif	300,1	336,3	365,4
Soins	849,3	901,4	918,8
<i>Personnel administratif</i>	320,8	342,5	364,7
<i>Personnel technique et logistique</i>	1 145,6	1 157,3	1 178,7
Établissement d'aides et de soins à séjour intermittent	1 275,1	1 304,7	1 307,3
<i>Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif</i>	1 077,5	1 100,3	1 111,1
Médical et paramédical	429,1	435,1	443,0
Socio-éducatif	482,9	529,6	507,6
Soins	165,5	135,5	160,5
<i>Personnel administratif</i>	70,9	74,2	74,2
<i>Personnel technique et logistique</i>	126,7	130,2	122,0
Réseau d'aides et de soins	3 464,9	3 653,0	3 802,6
<i>Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif</i>	3 199,7	3 377,1	3 551,0
Médical et paramédical	2 306,1	2 472,4	2 588,4
Socio-éducatif	22,0	27,9	29,8
Soins	871,6	876,8	932,9
<i>Personnel administratif</i>	192,3	202,1	203,1
<i>Personnel technique et logistique</i>	72,9	73,7	48,5
TOTAL	11 113,4	11 672,5	12 062,7
Nombre d'ETP prestant des soins	8 179,1	8 569,3	8 933,0
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	73,6%	73,4%	74,1%

Source : CNS.

Pour les quatre types de prestataires, le personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif représente la plus grande proportion des ETP par année. Néanmoins, ce pourcentage varie par type de prestataire. En 2024, ce type de personnel représente 93,4% des effectifs des réseaux d'aides et de soins, 85,0% des effectifs des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, 83,4% des effectifs des centres semi-stationnaires et finalement 76,0% des effectifs des établissements d'aides et de soins à séjour continu. Pour ces derniers, la part de personnel technique et logistique est plus grande que celle des 3 autres types de prestataires.

Pour les années 2022 à 2024, la proportion du nombre d'ETP qui prestant des soins (soins, médical et paramédical) augmente légèrement pour se situer à 74,1% en 2024, par rapport à 73,6% en 2022.

Graphique 3 - Répartition du personnel du secteur de soins de longue durée par qualification en 2015 et 2024 (en %)



Source : CNS.

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 demeure assez stable pour les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent. Cependant, le poids de ce type de personnel parmi l'effectif des établissements d'aides et de soins à séjour continu augmente, alors qu'il diminue au cours des dix dernières années pour les réseaux d'aides et de soins et les centres semi-stationnaires.

La proportion du personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif des centres semi-stationnaires augmente fortement en passant de 79,5% en 2015 à 83,4% en 2024. La même tendance s'observe auprès des établissements d'aides et de soins à séjour continu (71,3% en 2015, contre 76,0% en 2024).

L'augmentation du personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif des centres semi-stationnaires est contrebalancée par une diminution du personnel technique et logistique, dont la proportion passe de 14,1% en 2015 à 10,9% en 2024. Les établissements d'aides et de soins à séjour continu présentent la même évolution du personnel technique et logistique, sa proportion passe de 23,6% en 2015 à 18,3% en 2024.

Tableau 22 – Évolution des effectifs du secteur d'aides et de soins en fonction de la carrière définie selon la CCT-SAS entre 2022 et 2024

Type de prestataire	2022	2023	2024
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif	9 105,3	9 607,0	9 985,9
<i>Médical et paramédical</i>	6 196,1	6 559,0	6 824,8
Aide-soignant	3 021,4	3 116,3	3 213,9
Assistant social	28,0	32,0	29,9
Diététicien	3,4	4,1	4,4
Ergothérapeute	161,9	182,8	205,3
Infirmier	2 748,3	2 967,8	3 068,7
Infirmier anesthésiste / masseur	3,0	3,9	3,9
Infirmier hospitalier gradué	41,6	37,2	67,4
Infirmier psychiatrique	14,5	18,6	18,5
Kinésithérapeute	154,8	171,8	189,1
Licencié en Sciences hospitalières	2,7	3,9	2,4
Médecin	1,0	1,2	1,1
Orthophoniste	3,1		5,8
Pédagogue curatif	4,1	1,9	3,2
Psychomotricien	8,4	12,0	11,2
<i>Socio-éducatif</i>	926,2	1 037,8	1 053,0
Educateur diplômé	726,6	798,5	821,4
Educateur gradué	70,2	75,6	76,6
Educateur instructeur	15,2	23,5	20,4
Educateur instructeur (bac)	17,0	14,4	3,9
Salarié non diplômé	35,2	59,9	54,0
Universitaire Psychologue	62,0	65,9	76,8
<i>Soins</i>	1 983,0	2 010,3	2 108,2
Aide socio-familiale diplômé	751,0	731,8	728,8
Aide socio-familiale en formation	223,2	270,4	146,0
Auxiliaire de vie/Auxiliaire économe	219,6	199,1	226,2
Salarié avec CATP ou CAP	11,9	13,5	11,0
Salarié non diplômé	777,4	795,5	996,2
Personnel administratif	608,9	648,8	671,5
Bac	135,5	138,8	143,8
Bachelor	47,3	65,0	70,8
BTS	33,2	33,1	34,3
Salarié 3 ^{ème} sec. ou ens. moyen	212,4	219,6	234,8
Salarié 5 ^{ème} sec. ou 9 ^{ème} moyen	44,5	54,2	54,3
Salarié inférieur à 5 ^{ème} sec. ou 9 ^{ème} moyen	4,2	5,0	2,2
Salarié non diplômé	42,6	31,0	24,2
Universitaire	89,2	102,0	107,1
Personnel technique et logistique	1 399,2	1 416,7	1 405,2
Salarié avec CATP ou CAP	292,6	309,2	337,9
Salarié sans CATP	157,0	156,6	123,9
Salarié non diplômé - Aide cuisinière	418,1	422,4	438,3
Salarié non diplômé - Nettoyage	435,0	432,5	402,5
Salarié non diplômé - Chauffeur	66,0	77,4	79,4
Salarié non diplômé - Lingère	30,5	18,7	23,2
TOTAL	11 113,4	11 672,5	12 062,7

Source : CNS.

L'analyse de l'évolution du personnel en fonction de la carrière telle que définie dans la convention collective du secteur d'aides et de soins (CCT-SAS)¹⁷ met en évidence que le nombre d'infirmiers (infirmiers spécialisés inclus) continue d'augmenter de manière importante : +9,2% en 2022, +7,8% en 2023. En 2024 cette évolution s'affaiblie et se situe à +4,3%. Le nombre d'aides-soignants croît également, mais à un rythme moins rapide. Ainsi, en 2022 leur nombre évolue de 3,9% et en 2023 et 2024 de 3,1%.

De plus, le nombre des aides socio-familiales diplômées continue de diminuer en baissant de 2,5% en 2023 et de 0,4% en 2024. Le nombre d'aides socio-familiales en formation toutefois, évolue de 21,1% en 2023, mais diminue de 46,0% en 2024.

Finalement la part des salariés non diplômés, qui effectuent des actes de l'assurance dépendance (personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif), augmente de 5,3% en 2023 et de 22,8% en 2024.

Tableau 23 – Les effectifs du secteur des soins de longue durée par type de prestataire et carrière définie selon la CCT-SAS en 2024 (en ETP)

Carrière selon la CCT-SAS	CSSTA	ESC	ESI	RAS	TOTAL
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif	429,8	4 894,0	1 111,1	3 551,0	9 985,9
Médical et paramédical	183,6	3 609,8	443,0	2 588,4	6 824,8
Aide-soignant	83,3	1 879,5	185,1	1 066,0	3 213,9
Assistant social	2,1	12,1	11,6	4,2	29,9
Diététicien	0,0	3,6		0,8	4,4
Ergothérapeute	4,6	118,4	14,7	67,5	205,3
Infirmier	86,5	1 444,1	198,8	1 339,2	3 068,7
Infirmier anesthésiste / masseur		1,0		2,9	3,9
Infirmier hospitalier gradué	0,8	32,6	5,9	28,1	67,4
Infirmier psychiatrique	0,8	8,2	9,5		18,5
Kinésithérapeute	3,3	97,5	12,2	76,1	189,1
Licencié en Sciences hospitalières	0,2	1,8	0,0	0,4	2,4
Médecin	0,0	0,2	0,7	0,2	1,1
Orthophoniste	0,0	2,9	1,7	1,1	5,8
Pédagogue curatif	0,7	0,7	0,5	1,2	3,2
Psychomotricien	1,2	7,2	2,1	0,7	11,2
Socio-éducatif	150,2	365,4	507,6	29,8	1 053,0
Educateur diplômé	117,7	296,7	397,0	10,0	821,4
Educateur gradué	15,1	15,4	45,8	0,4	76,6
Educateur instructeur	1,1	11,7	6,8	0,8	20,4
Educateur instructeur (bac)	1,8	2,0	0,1		3,9
Salarié non diplômé	9,9	8,7	35,5		54,0
Universitaire Psychologue	4,7	31,0	22,5	18,6	76,8
Soins	96,0	918,8	160,5	932,9	2 108,2
Aide socio-familiale diplômé	59,3	340,3	63,3	265,9	728,8
Aide socio-familiale en formation	6,4	71,8	8,6	59,1	146,0
Auxiliaire de vie/Auxiliaire économe	21,6	88,6	45,5	70,6	226,2
Salarié avec CATP ou CAP		3,0	7,8	0,3	11,0
Salarié non diplômé	8,7	415,1	35,4	537,0	996,2

¹⁷ <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2025/06/27/a273/jo>

Carrière selon la CCT-SAS	CSSTA	ESC	ESI	RAS	TOTAL
Personnel administratif	29,5	364,7	74,2	203,1	671,5
Bac	7,6	77,5	16,4	42,2	143,8
Bachelor	2,9	32,8	10,2	24,8	70,8
BTS	1,8	22,8	3,9	5,8	34,3
Salarié 3 ^{ème} sec. Ens. Moyen	8,4	113,4	26,8	86,2	234,8
Salarié 5 ^{ème} sec. 9 ^{ème} Moyen	1,8	39,3	2,6	10,6	54,3
Salarié inférieur à 5 ^{ème} sec.	0,0	2,2	0,0	0,0	2,2
Salarié non diplômé	0,6	16,2	1,8	5,6	24,2
Universitaire	6,4	60,5	12,3	27,9	107,1
Personnel technique et logistique	56,0	1 178,7	122,0	48,5	1 405,2
Salarié avec CATP ou CAP	4,1	300,5	29,4	3,9	337,9
Salarié sans CATP	3,7	105,1	13,1	2,0	123,9
Salarié non diplômé - Aide cuisinière	1,2	419,1	18,0		438,3
Salarié non diplômé - Nettoyage	2,8	325,7	48,0	26,1	402,5
Salarié non diplômé - Chauffeur	43,5	17,2	2,6	16,0	79,4
Salarié non diplômé - Lingère	0,7	11,3	10,9	0,4	23,2
TOTAL	515,3	6 437,4	1 307,3	3 802,6	12 062,7

Source : CNS.

En 2024, les aides-soignants constituent la catégorie professionnelle la plus représentée au sein des établissements d'aides et de soins à séjour continu, avec une part de 29,2 % de l'ensemble des effectifs. Dans les réseaux d'aides et de soins en particulier, les infirmiers représentent la part la plus importante avec 36,0%. Concernant les centres semi-stationnaires et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, la part la plus importante du personnel est celle des éducateurs (16,3% respectivement 34,4%). Ces 3 carrières représentent à elles seules 64,4% des effectifs des réseaux d'aides et de soins, 57,3% des établissements d'aides et de soins à séjour continu, 64,9% des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et 59,6% des centres semi-stationnaires.

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

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

Méthodologie

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour chaque synthèse de prise en charge retenue, les minutes correspondant aux AEV²¹ déterminés par semaine lors de l'évaluation par l'AEC sont additionnées afin de déterminer le requis en minutes pour les prestations en nature. Le supplément, accordé pendant 8 semaines suite à un séjour hospitalier en milieu aigu de sept jours consécutifs au moins, n'est pas considéré dans le cadre de cette analyse puisqu'il s'agit d'une situation temporaire.

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

À titre d'illustration, le tableau 24 présente le calcul du forfait PN et de son résidu pour un bénéficiaire donné.

Tableau 24 – Exemple de calcul d'un forfait PN pour les AEV et de son résidu

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

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

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

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

Le nombre mensuel de bénéficiaires est obtenu en cumulant le nombre total de jours de l'ensemble des bénéficiaires pendant lesquels ces derniers ont droit aux prestations au courant de ce mois et en le divisant par le nombre de jours du mois.

Le tableau 25 affiche les résidus hebdomadaires moyens (en minutes) par forfait PN pour les AEV pour les années 2023 et 2024, ainsi que le nombre mensuel moyen de bénéficiaires en milieu stationnaire, c'est-à-dire pour les établissements d'aides et de soins à séjour continu et à séjour intermittent.

²¹ Sont considérés les AEV à réaliser par le réseau en tant que prestations en nature.

Tableau 25 – Résidus hebdomadaires moyens (en minutes) pour les AEV-PN par forfait PN en milieu stationnaire (ESC+ESI)

Forfait PN	Minutes du forfait PN	2023		2024 ^a	
		Résidu hebdomadaire moyen	Répartition selon le nombre mensuel moyen des bénéficiaires	Résidu hebdomadaire moyen	Répartition selon le nombre mensuel moyen des bénéficiaires
1	280	3,07	7,3%	2,94	7,8%
2	420	-1,42	7,8%	-2,04	8,1%
3	560	-0,26	9,6%	-1,24	9,7%
4	700	-0,53	11,0%	-0,65	11,0%
5	840	-5,12	11,3%	-4,56	11,4%
6	980	3,45	11,6%	1,58	11,3%
7	1 120	-0,45	8,8%	-0,72	9,0%
8	1 260	-1,48	7,6%	-1,67	7,5%
9	1 400	5,87	6,2%	8,11	6,2%
10	1 540	0,09	5,1%	3,00	4,7%
11	1 680	2,75	4,3%	0,45	4,2%
12	1 820	15,52	2,8%	15,31	2,9%
13	1 960	-4,99	4,1%	-1,54	3,7%
14	2 100	26,75	2,4%	25,27	2,3%
15	2 230	48,66	0,1%	35,44	0,1%
TOTAL des forfaits PN		1,10	5 291	1,01	5 406

a. Données non définitives.

En milieu stationnaire, le nombre de minutes rémunérées dépasse de 1,01 minute le nombre de minutes requises selon les synthèses de prises en charge, ceci en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine en 2024. Les forfaits 1 et 6, qui contiennent 7,8%, respectivement 11,3% des effectifs, ont un résidu moyen positif de 2,94 minutes, respectivement de 1,58 minute par bénéficiaire AD et par semaine. Aux forfaits 2, 3, 4, 5, 7 et 8 correspond en revanche un résidu moyen négatif pour l'année 2024.

Pour les établissements d'aides et de soins à séjour continu, le résidu moyen en 2024 s'élève à 0,97 minute, et celui des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent s'élève à 1,37 minutes.

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

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

Parmi les 54 établissements à séjour continu (ayant déclaré en moyenne par mois la prise en charge d'au moins cinq personnes dépendantes), 23 présentent un résidu négatif en 2024. Le résidu varie entre – 9,65 minutes et 16,16 minutes en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine. Les résidus hebdomadaires totaux par prestataire varient entre -715 minutes et 1 107 minutes.

Parmi les 28 établissements à séjour intermittent (ayant déclaré en moyenne par mois la prise en charge d'au moins cinq personnes dépendantes), 15 présentent un résidu négatif. Le résidu varie entre – 21,01 minutes et 31,16 minutes en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine. Les résidus hebdomadaires totaux par prestataire varient entre -529 minutes et 222 minutes.

À titre d'illustration, le résidu annuel total de 2024 s'élève à 4 749 heures, et correspond à une dépense d'environ 0,32 million d'EUR²².

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

Le tableau 26 affiche les résidus hebdomadaires moyens (en minutes) par forfait PN pour les AEV pour les années 2023 et 2024, ainsi que le nombre moyen de bénéficiaires par mois dans le cadre du maintien à domicile (réseaux d'aides et de soins et centres semi-stationnaires).

Tableau 26 – Résidus hebdomadaires moyens (en minutes) pour les AEV-PN par forfait en cas de maintien à domicile (RAS + CSSTA)

Forfait PN	Minutes du forfait PN	2023		2024 ^a	
		Résidu hebdomadaire moyen	Répartition selon le nombre mensuel moyen des bénéficiaires	Résidu hebdomadaire moyen	Répartition selon le nombre mensuel moyen des bénéficiaires
0	125	22,39	20,9%	19,88	21,9%
1	280	16,94	38,6%	17,92	38,6%
2	420	7,44	15,6%	6,26	15,7%
3	560	2,75	9,3%	3,57	8,9%
4	700	5,94	5,6%	9,22	5,5%
5	840	7,19	3,5%	4,99	3,3%
6	980	5,09	2,3%	6,43	2,1%
7	1 120	0,12	1,3%	2,22	1,3%
8	1 260	0,44	1,1%	3,03	1,2%
9	1 400	4,38	0,7%	7,89	0,7%
10	1 540	-4,33	0,5%	6,09	0,4%
11	1 680	17,57	0,3%	20,29	0,2%
12	1 820	-1,52	0,1%	-10,13	0,1%
13	1 960	-6,08	0,0%	4,86	0,0%
14	2 100	64,50	0,0%	53,78	0,0%
15	2 230	-71,38	0,0%	-80,00	0,0%
TOTAL des forfaits PN		13,39	5 974	13,54	6 284

a. Données non définitives.

Le résidu moyen pour les prestataires du maintien à domicile s'élève à 13,54 minutes par bénéficiaire AD et par semaine en 2024, un chiffre nettement supérieur à celui observé en milieu stationnaire. Ceci s'explique par le fait que les forfaits 0 et 1 ont des résidus positifs très élevés et un effectif important. Ainsi, 60,5% des personnes dépendantes vivant à domicile sont classées dans un forfait 0 ou 1, avec un résidu largement positif. Le forfait 2 avec un effectif de 15,7% affiche un résidu positif de 6,26 minutes en 2024.

À titre de comparaison le résidu pour le forfait 1 en milieu stationnaire est légèrement positif (2,94 minutes), alors que seulement 7,8% des personnes dépendantes séjournant dans un ESC ou ESI sont classées dans ce forfait.

Parmi les 26 prestataires du maintien à domicile (réseaux et centres semi-stationnaires - ayant déclaré en moyenne par mois la prise en charge d'au moins cinq personnes dépendantes), 4 prestataires présentent un résidu moyen négatif en 2024, alors que tous les autres prestataires ont un résidu moyen positif pour 2024 par bénéficiaire AD et par semaine. Le résidu varie entre - 8,09 minutes et 72,57 minutes en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine. Les résidus hebdomadaires totaux par prestataire varient entre -127 minutes et 31 719 minutes. À titre d'illustration, le résidu annuel de 2024 s'élève à 73 941 heures, et correspond à une dépense d'environ 6,75 millions d'EUR²³.

L'annexe 4 présente, pour le milieu stationnaire et le maintien à domicile, l'impact de la neutralisation du résidu par forfait sur le résidu total du secteur.

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

L'annexe 5 présente l'évolution mensuelle des résidus hebdomadaires pour le milieu stationnaire et le maintien à domicile.

L'annexe 6 reprend l'analyse des résidus de ce chapitre en considérant uniquement les forfaits AEV facturés.

Globalement, les forfaits fixés pour le maintien à domicile et le milieu stationnaire permettent de couvrir les prestations AEV retenues dans les synthèses de prise en charge pour les années 2023 et 2024.

Pour aboutir à un résidu nul en 2024, les forfaits en milieu stationnaire devraient être multipliés par un facteur d'ajustement de 0,9990 et ceux du maintien à domicile par un facteur d'ajustement de 0,9654.

CONCLUSION

De manière générale, les forfaits pris en charge par l'AD en 2023 et 2024 correspondent à un nombre de minutes supérieur au nombre de minutes requises calculé sur base des synthèses de prises en charge établies par la CNS à partir des évaluations de l'AEC.

En milieu stationnaire, l'écart moyen par bénéficiaire entre le nombre de minutes couvertes par les forfaits et celui requis pour les prestations AEV s'élève à 1,01 minute par semaine en 2024. La neutralisation de cet écart impliquerait l'application d'un facteur d'ajustement égal à 0,9990. Toutefois, l'IGSS considère cet écart comme peu significatif. Par ailleurs, les résidus observés ne sont ni homogènes entre les différents forfaits ni entre les prestataires, certains affichent des résidus négatifs en fonction de la composition de leur population bénéficiaire. En conséquence, l'IGSS ne recommande pas l'introduction d'un facteur d'ajustement pour le milieu stationnaire.

Concernant le **maintien à domicile**, l'écart moyen par bénéficiaire entre le nombre de minutes prises en charge par forfaits et celui requis pour les prestations AEV s'élève à 13,54 minutes par semaine en 2024. La neutralisation de cet écart impliquerait l'application d'un facteur d'ajustement égal à 0,9654.

Afin de corriger ce déséquilibre persistant dans le secteur du maintien à domicile, et compte tenu de la croissance prévue de la population protégée résidente (voir annexe 2.2) — et donc de la population dépendante — l'IGSS propose une révision des minutes de référence des forfaits 0,1 et 2 :

- Forfait 0 : passer de 125 à 106 minutes (article 353, tiret 1)
- Forfait 1 : passer de 280 à 264 minutes (article 353, tiret 2)
- Forfait 2 : passer de 420 à 414 minutes (article 353, tiret 3)

Si ces ajustements avaient été appliqués en 2024, l'écart moyen par bénéficiaire entre le nombre de minutes prises en charge par forfaits et celui requis pour les prestations AEV aurait été de 2,27 minutes par semaine en 2024.

L'application d'un facteur d'ajustement uniforme à l'ensemble des forfaits à domicile n'est pas considérée appropriée. En effet, les forfaits 3 à 15 ont un impact limité sur le résidu total. De plus, ils apparaissent globalement équilibrés et/ou concernent un nombre restreint de bénéficiaires, ce qui les rend particulièrement sensibles aux variations liées à l'attribution ou au retrait d'un forfait pour un bénéficiaire donné (voir les graphiques 9-11 et le tableau 29).

Par ailleurs, la CNS réalise chaque année un contrôle de plausibilité portant sur le respect des normes de dotation et de qualification du personnel des prestataires de l'assurance dépendance. Il en ressort que les prestataires ne disposent pas systématiquement du nombre d'ETP nécessaire pour assurer l'ensemble des heures prévues par les forfaits. La révision des trois forfaits permettrait ainsi de réduire l'écart entre les heures à prester selon les forfaits requis des personnes dépendantes et les capacités réelles, en tenant compte des ressources humaines effectivement disponibles.

ANNEXE 1 – CONTEXTE ET REFERENCES LEGALES

CONTEXTE

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

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

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

EXTRAITS DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Art. 353.

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

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

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

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

2. [...]

3. [...]

4. [...]

Art. 357.

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

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

2. [...]

3. [...]

4. [...]

5. [...]

Art. 395bis.

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

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

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

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

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

Art. 1^{er}

Les qualifications minimales requises pour la réalisation des actes essentiels de la vie correspondent aux qualifications de l'aide socio-familiale, de l'aide socio-familiale en formation, de l'assistant d'accompagnement au quotidien, de l'assistant d'accompagnement au quotidien en formation, de l'agent d'inclusion, de l'agent socio-pédagogique, de l'aide-soignant, de l'aide-soignant en formation, de l'auxiliaire de vie, de l'éducateur ou de l'infirmier à l'exception des actes essentiels de la vie suivants, pour lesquels des qualifications minimales requises correspondent :

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

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

[...]

Art. 6

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

[...]

Annexe 1 – Normes de dotation du personnel

Actes essentiels de la vie				
Qualifications	CSSTA	ESC	ESI	RAS
Aides socio-familiales / aides socio-familiales en formation / assistants d'accompagnement au quotidien / assistants d'accompagnement au quotidien en formation	44%	20%		40%
Aides-soignants / aides-soignants en formation / auxiliaires de vie / agents d'inclusion	36%	60%		40%
Aides socio-familiales / aides socio-familiales en formation / assistants d'accompagnement au quotidien / assistants d'accompagnement au quotidien en formation / aides-soignants / aides-soignants en formation / auxiliaires de vie / agents d'inclusion / agents socio-pédagogiques			50%	
Infirmiers		20%		20%
Infirmiers / éducateurs	20%		50%	

[...]

Annexe 2 – Les coefficients de qualification du personnel

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

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

[...]

Remarque :

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

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

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

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

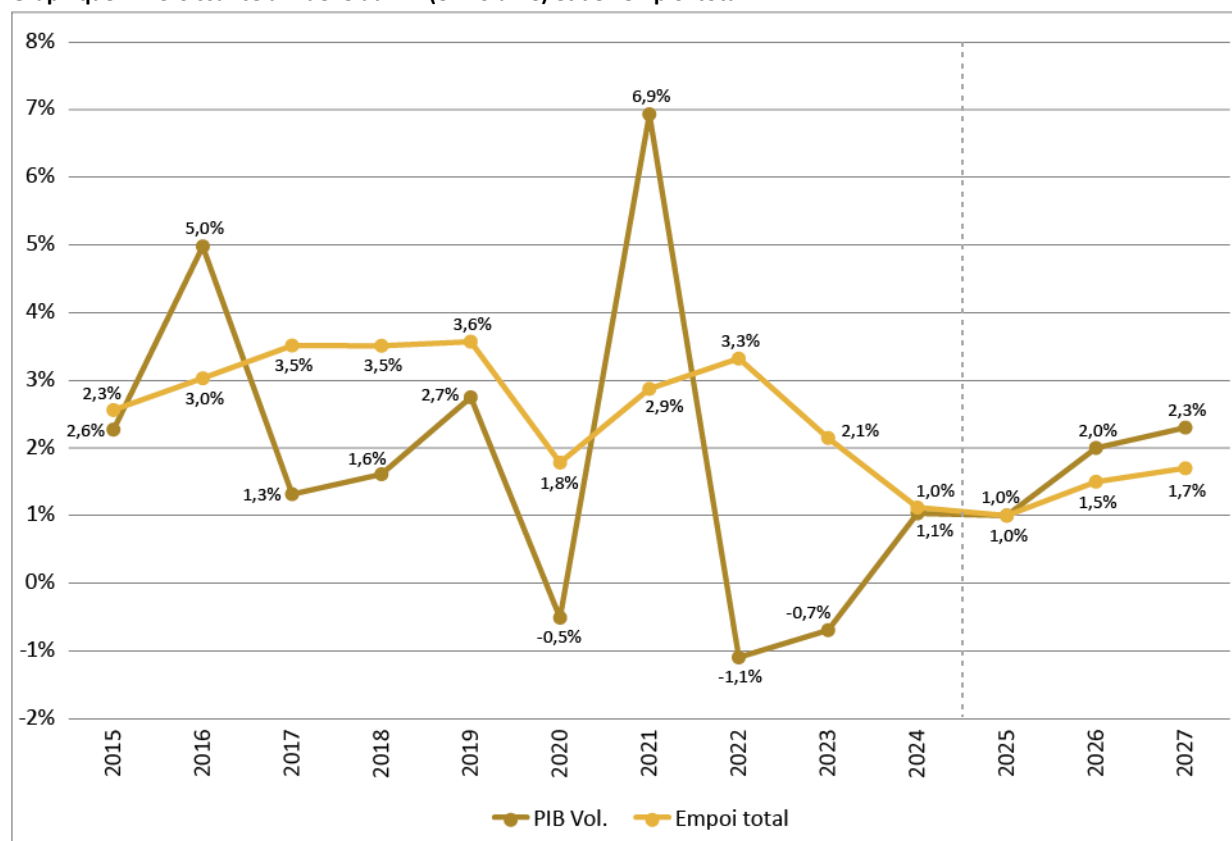
²⁴ <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2021/04/28/a356/jo>

ANNEXE 2 – SITUATION MACRO-ECONOMIQUE DU LUXEMBOURG

1. SITUATION ECONOMIQUE DU PAYS – PROJECTIONS A COURT TERME

Le graphique 4 indique la croissance annuelle du produit intérieur brut (PIB en volume) et de l'emploi total entre 2015 et 2024. Pour ces mêmes paramètres, il présente les prévisions pour les années 2025 à 2027.

Graphique 4 – Croissance annuelle du PIB (en volume) et de l'emploi total



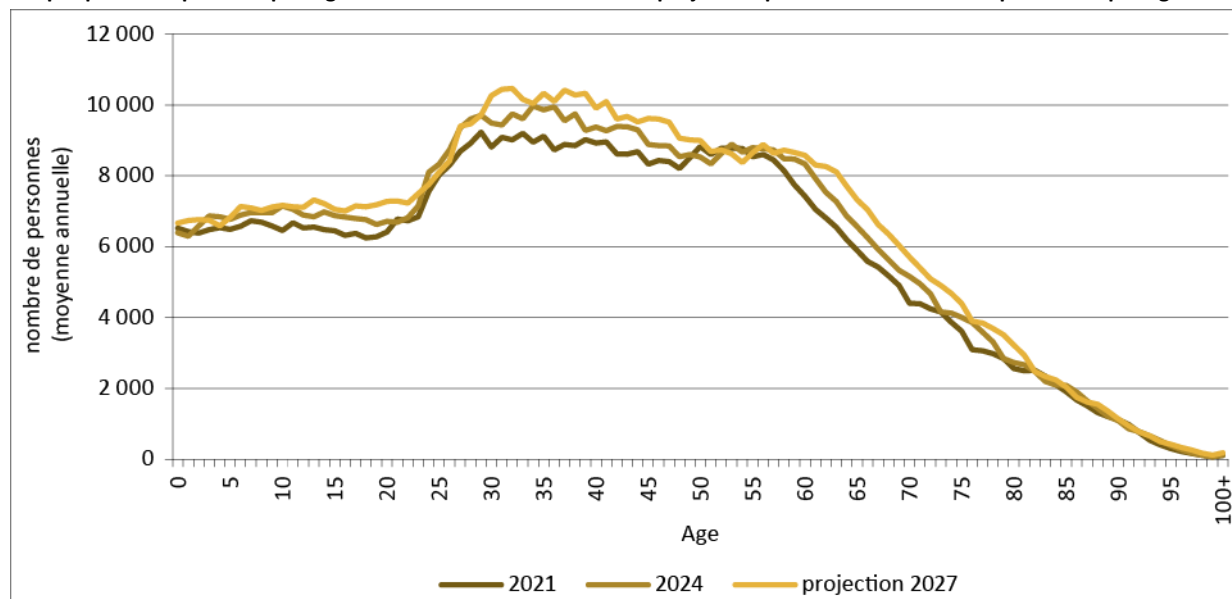
Source : STATEC (Juin 2025)

Entre 2015 et 2024, le PIB a progressé en moyenne de +1,8% par an. Selon les projections du STATEC établies en juin 2025, le PIB devrait également progresser en moyenne de +1,8% par an entre 2024 et 2027.

2. DEMOGRAPHIE NATIONALE – PROJECTIONS A COURT TERME

Le graphique 5 montre l'évolution de la population protégée résidente par âge jusqu'en 2027.

Graphique 5 – Population protégée résidente en 2021 et 2024 et projection pour 2027 - nombre de personnes par âge²⁵



La population protégée résidente augmente, ce qui est lié à un phénomène d'immigration. Le déplacement des courbes vers la droite d'une année à l'autre illustre le vieillissement de la population. Globalement, la population protégée résidente totale (PPR) devrait augmenter annuellement en moyenne de 1,5% entre 2024 et 2027. Trois groupes d'âge sont plus particulièrement concernés par la croissance : ce sont les personnes âgées entre 60 et 74 ans avec une hausse annuelle moyenne de 3,4%, en particulier ces personnes représentent 14,5% de la population protégée en 2024. Le deuxième groupe est celui des personnes âgées entre 75 et 89 ans, qui présente une proportion de 6,1% de la population protégée et qui affiche une croissance annuelle moyenne de 2,4%. Le troisième groupe concerne les personnes âgées entre 30 et 50 ans et connaîtra une hausse moyenne de 2,0%, alors qu'il ne représente que 29,9% de la population protégée en 2024. En 2024, l'âge moyen de la PPR est de 39,9 ans et son âge médian est de 39 ans.

Par conséquent, comme le montrent les projections, la population dépendante résidente va augmenter dans les prochaines années. Son âge moyen est de 72,0 ans et son âge médian est de 80 ans en 2024.

²⁵ Méthodologie : Application à la population protégée résidente des hypothèses de mortalité et de migration établies par EUROSTAT (EUROPOP2023) pour les projections de la population résidente. Notamment les employés et fonctionnaires des institutions européennes ne sont pas couverts par le système national, car ils ont leur propre assurance.

ANNEXE 3 – SITUATION FINANCIERE GENERALE DE L'ASSURANCE DEPENDANCE

Le tableau suivant illustre la situation financière de l'assurance dépendance pour les années 2022 à 2024 ainsi que les projections pour les années 2025 et 2026.

Tableau 27 – Équilibre financier de l'assurance dépendance (en millions d'EUR)

Exercice	Décompte ^a			Estimation	
	2022	2023	2024	2025	2026
<i>Nombre indiciaire du coût de la vie (moyenne annuelle)</i>	871,66	921,63	944,43	962,14	984,17
RECETTES COURANTES					
Contribution dépendance	558,60	614,51	651,12	675,24	703,16
Contribution forfaitaire État	357,79	362,38	394,69	439,34	461,16
Contribution État : mécanisme de compensation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Redevance AD du secteur de l'énergie	1,87	1,83	1,71	1,90	1,90
Autres recettes	1,33	5,94	12,38	11,08	10,88
TOTAL DES RECETTES COURANTES	919,59	984,67	1 059,89	1 127,55	1 177,10
<i>Variation annuelle en %</i>	8,5%	7,1%	7,6%	6,4%	4,4%
DEPENSES COURANTES					
Frais d'administration	19,85	25,59	25,71	28,35	29,27
Prestations en espèces	4,52	4,51	4,36	4,22	4,10
Prestations en nature	852,79	862,53	935,50	1 041,16	1 098,35
Transferts de cotisations	9,53	11,11	11,92	13,29	14,73
Autres dépenses	1,82	0,62	1,75	0,50	0,50
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	888,51	904,36	979,23	1 087,52	1 146,95
<i>Variation annuelle en %</i>	7,2%	1,8%	8,3%	11,1%	5,5%
SOLDE OPERATIONS COURANTES	31,08	80,31	80,66	40,03	30,15
Dotation / prélèvement fonds de roulement	5,97	1,59	7,49	10,83	5,94
Excédent / découvert de l'exercice	25,11	78,72	73,17	29,20	24,20
RÉSERVE GLOBALE	400,79	481,10	561,76	601,79	631,94
<i>Réserve globale/Dépenses courantes</i>	45,1%	53,2%	57,4%	55,3%	55,1%

a. Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la comptabilisation des provisions, y compris les reports.

Sources : Décomptes CNS pour les années 2022-2024 et budget de l'Etat pour les années 2025 à 2026 (mars 2025).

ANNEXE 4 – IMPACT D'UNE NEUTRALISATION DES FORFAITS

Les tables suivantes montrent, par forfait, l'impact d'une neutralisation du résidu y correspondant sur le résidu total du secteur en question.

1. MILIEU STATIONNAIRE

Le tableau suivant montre l'impact d'une neutralisation du résidu dans le milieu stationnaire.

Tableau 28 – Impact d'une neutralisation sur base du résidu d'un forfait PN sur le résidu total en milieu stationnaire (ESC+ESI)

Forfait PN	Minutes du forfait PN	2023		2024 ^a	
		Résidu hebdomadaire moyen	Impact	Résidu hebdomadaire moyen	Impact
1	280	3,07	-0,22	2,94	-0,23
2	420	-1,42	0,11	-2,04	0,17
3	560	-0,26	0,02	-1,24	0,12
4	700	-0,53	0,06	-0,65	0,07
5	840	-5,12	0,58	-4,56	0,52
6	980	3,45	-0,40	1,58	-0,18
7	1120	-0,45	0,04	-0,72	0,07
8	1260	-1,48	0,11	-1,67	0,13
9	1400	5,87	-0,36	8,11	-0,50
10	1540	0,09	0,00	3,00	-0,14
11	1680	2,75	-0,12	0,45	-0,02
12	1820	15,52	-0,43	15,31	-0,44
13	1960	-4,99	0,20	-1,54	0,06
14	2100	26,75	-0,63	25,27	-0,58
15	2230	48,66	-0,05	35,44	-0,04
Résidu total		1,10		1,01	

a. Données non définitives.

En baissant les minutes du forfait 1 de 2,94 minutes en 2024 à 277,06 (= 280 – 2,94) minutes, et en gardant tous les autres forfaits à leur niveau actuel, le résidu total du milieu stationnaire baisserait de 0,23 minute, et s'élèverait à 0,78 (= 1,01 – 0,23) minute.

Le tableau ci-dessus montre qu'aucun des quinze forfaits n'a une forte influence sur le résidu total, qui est de toute façon faible.

2. MAINTIEN A DOMICILE

Tableau 29 – Impact d'une neutralisation sur base du résidu d'un forfait PN sur le résidu total en cas de maintien à domicile (RAS + CSSTA)

Forfait PN	Minutes du forfait PN	2023		2024 ^a	
		Résidu hebdomadaire moyen	Impact	Résidu hebdomadaire moyen	Impact
0	125	22,39	-4,68	19,88	-4,35
1	280	16,94	-6,53	17,92	-6,91
2	420	7,44	-1,16	6,26	-0,98
3	560	2,75	-0,26	3,57	-0,32
4	700	5,94	-0,34	9,22	-0,51
5	840	7,19	-0,25	4,99	-0,17
6	980	5,09	-0,12	6,43	-0,13
7	1120	0,12	0,00	2,22	-0,03
8	1260	0,44	0,00	3,03	-0,04
9	1400	4,38	-0,03	7,89	-0,06
10	1540	-4,33	0,02	6,09	-0,03
11	1680	17,57	-0,06	20,29	-0,04
12	1820	-1,52	0,00	-10,13	0,01
13	1960	-6,08	0,00	4,86	0,00
14	2100	64,50	0,00	53,78	-0,01
15	2230	-71,38	0,01	-80,00	0,01
Résidu total		13,39		13,54	

a. Données non définitives.

En baissant les minutes du forfait 1 de 17,92 minutes en 2024 à 262,08 (= 280 – 17,92) minutes, et en gardant tous les autres forfaits à leur niveau actuel, le résidu total correspondant au maintien à domicile baisserait de 6,91 minutes, et s'élèverait à 6,63 (= 13,54 – 6,91) minutes.

Il ressort clairement du tableau que les résidus correspondant aux forfaits 0, 1 et 2 ont en moyenne pour les années 2023 et 2024 des impacts supérieurs à une minute sur le résidu total. En neutralisant ces forfaits en 2024, le résidu total passerait à 1,29 minute (= 13,54 – 4,35 – 6,91 - 0,98).

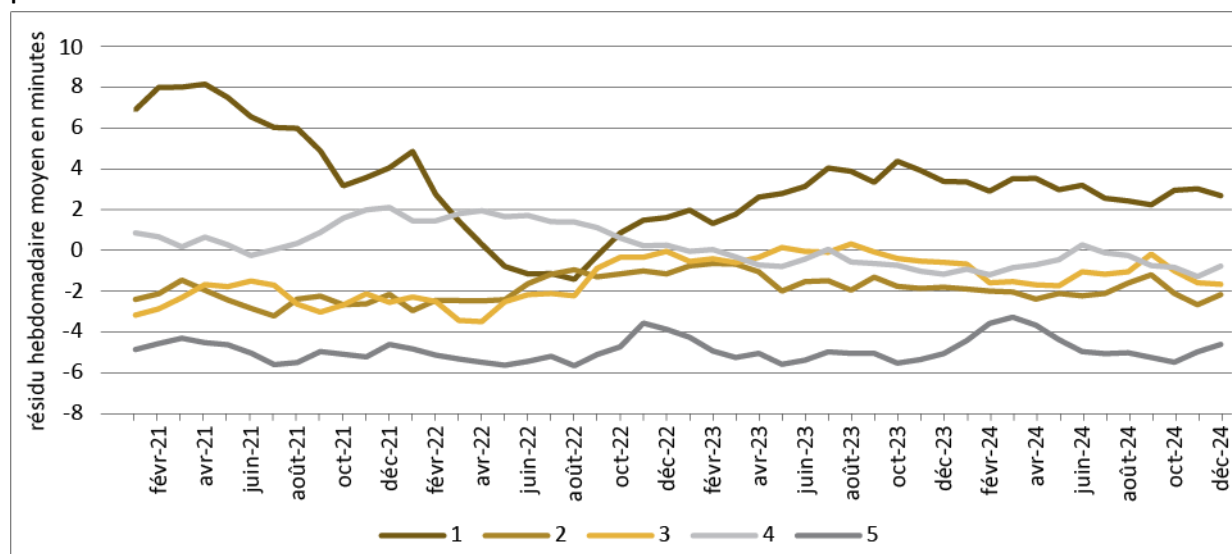
ANNEXE 5 – EVOLUTION MENSUELLE DES RESIDUS HEBDOMADAIRES MOYENS

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

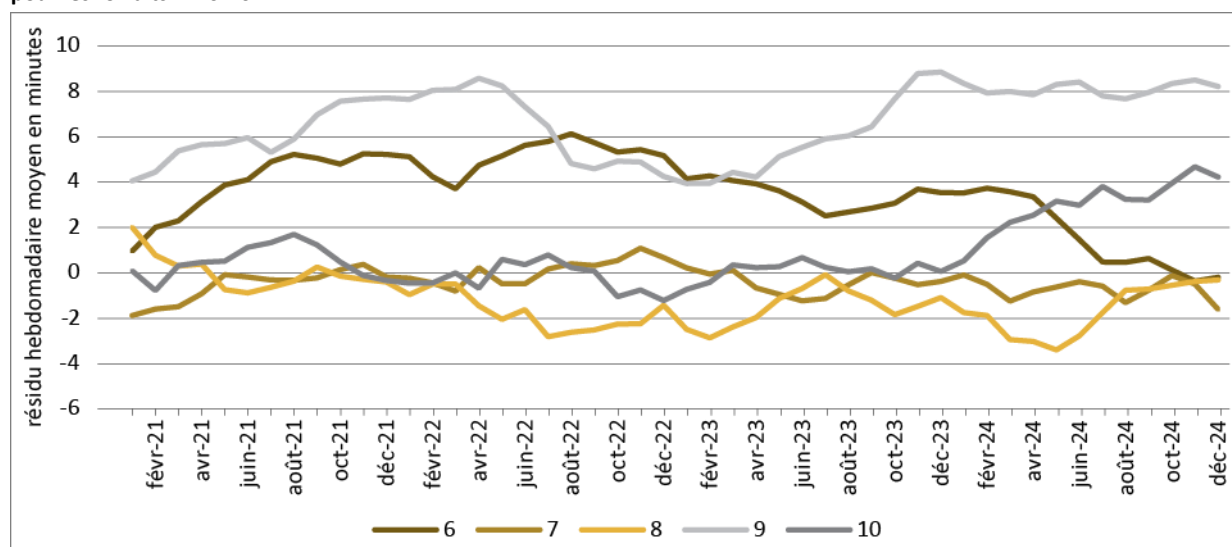
1. MILIEU STATIONNAIRE

Les trois graphiques qui suivent montrent l'évolution mensuelle des résidus entre janvier 2021 et décembre 2024.²⁶

Graphique 6 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre janvier 2021 et décembre 2024 en milieu stationnaire pour les forfaits PN 1-5

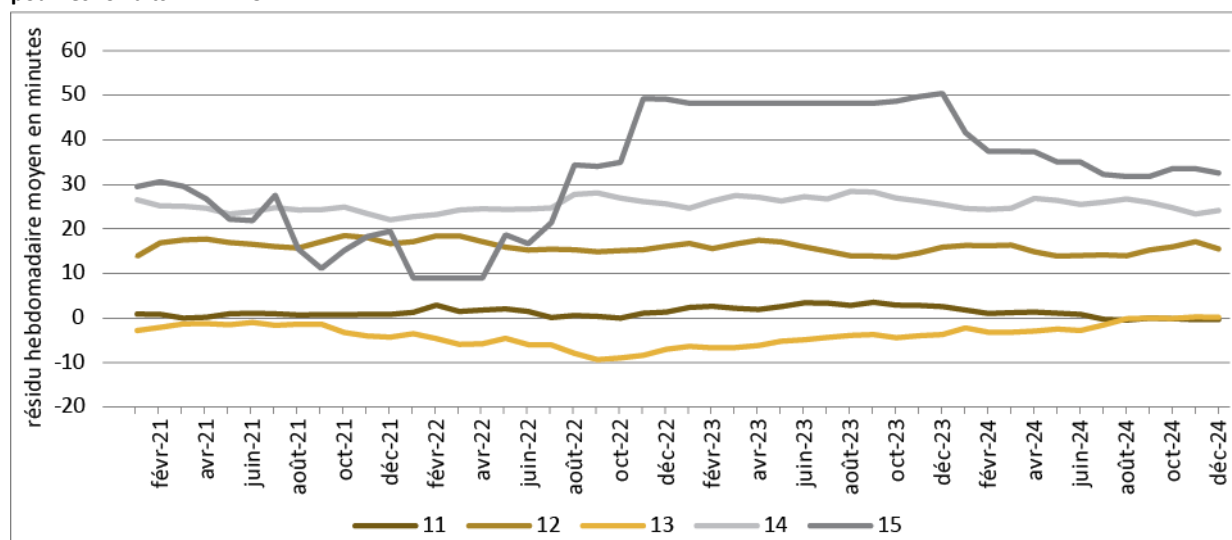


Graphique 7 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre janvier 2021 et décembre 2024 en milieu stationnaire pour les forfaits PN 6-10



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

Graphique 8 – Évolution des résidus mensuels hebdomadaires entre janvier 2021 et décembre 2024 en milieu stationnaire pour les forfaits PN 11-15



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

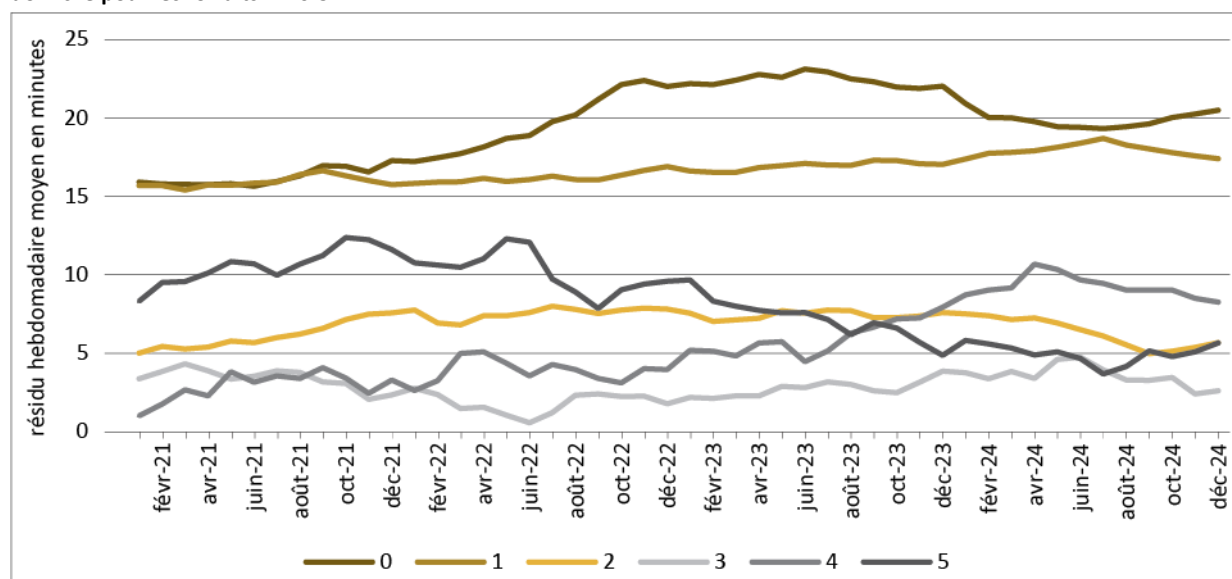
Sur la période analysée, les fluctuations sont plus importantes pour les forfaits dont bénéficient peu de personnes (ex. forfait 15 dont le résidu moyen hebdomadaire varie entre 9,0 minutes et 50,4 minutes) que pour les forfaits dont bénéficient beaucoup de personnes (exemple : forfait 3 dont le résidu moyen hebdomadaire fluctue entre -3,5 minutes et 0,3 minute).

Malgré les fluctuations mensuelles observées, certaines tendances sont visibles pour les différents forfaits. Ainsi, le résidu moyen du forfait 1 est généralement positif (sauf entre mai et août 2022), alors que le contraire s'observe au forfait 5.

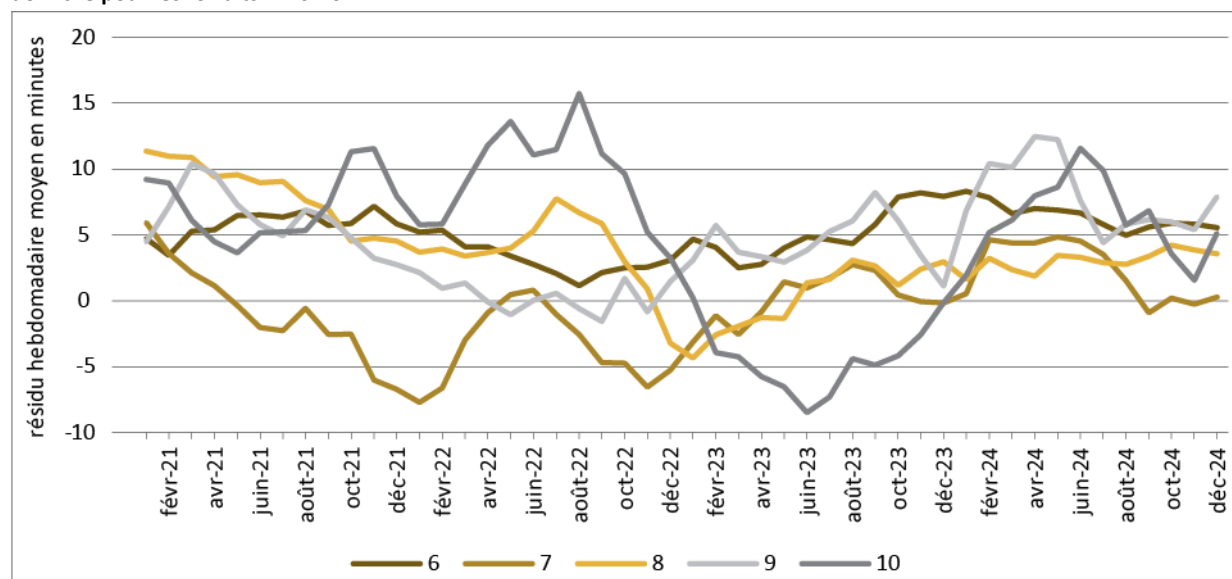
2. MAINTIEN A DOMICILE

Les 3 graphiques qui suivent montrent l'évolution mensuelle entre janvier 2021 et décembre 2024.²⁷

Graphique 9 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre janvier 2021 et décembre 2024 en cas de maintien à domicile pour les forfaits PN 0-5

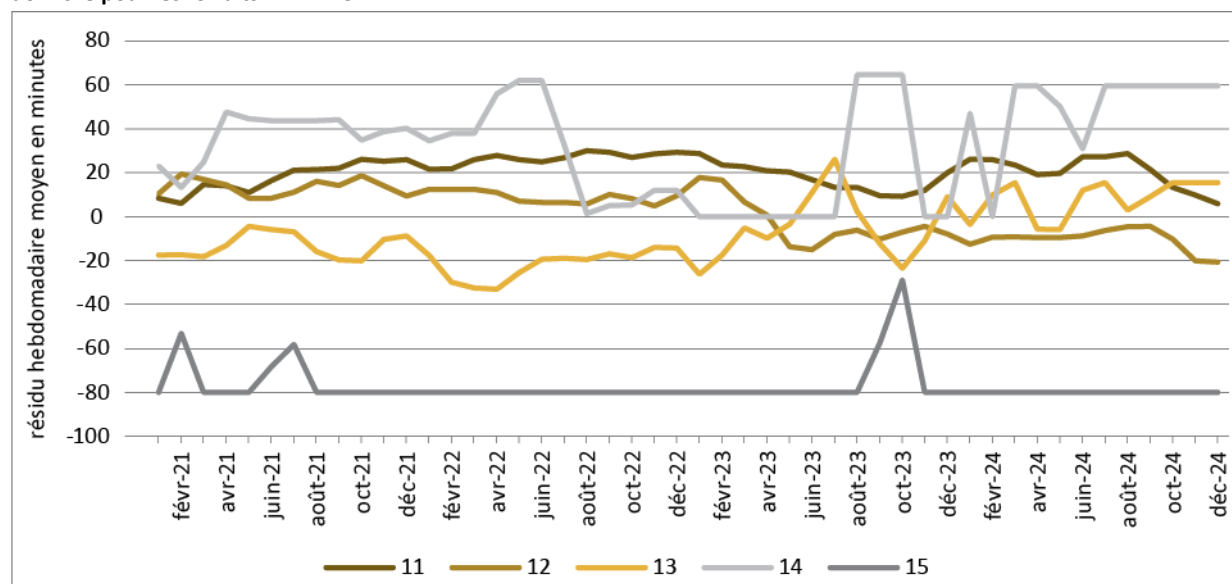


Graphique 10 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre janvier 2021 et décembre 2024 en cas de maintien à domicile pour les forfaits PN 6-10



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

Graphique 11 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre janvier 2021 et décembre 2024 en cas de maintien à domicile pour les forfaits PN 11-15



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

Sur la période analysée, les fluctuations sont plus importantes pour les forfaits dont bénéficient peu de personnes (ex. forfait 14 dont le résidu moyen hebdomadaire varie entre 1,4 minutes et 64,5 minutes) que pour les forfaits dont bénéficient beaucoup de personnes (exemple : forfait 1 dont le résidu moyen hebdomadaire fluctue entre 15,4 minutes et 18,7 minutes).

Malgré les fluctuations mensuelles observées, certaines tendances sont visibles pour les différents forfaits dont bénéficient en moyenne au moins 100 bénéficiaires par mois (forfaits 0-6). Ainsi, les résidus hebdomadaires moyens des forfaits 0 et 1 se situent largement au-dessus des niveaux des résidus des autres forfaits.

ANNEXE 6 – L'ANALYSE DES FORFAITS RELATIFS AUX PRESTATIONS EN NATURE POUR LES AEV – PRISE EN COMPTE UNIQUEMENT DES FORFAITS PN FACTURES

La différence entre l'analyse présentée dans cette annexe (dénommée analyse factures) et celle reprise au chapitre 5 (analyse requis) tient au fait que la présente analyse se limite aux périodes durant lesquelles les prestataires ayant déclaré la prise en charge ont également facturé le forfait PN pour l'AEV concerné.

Ainsi les périodes pendant lesquelles les prestataires ne peuvent pas fournir des prestations du fait que la personne dépendante est hospitalisée, ne sont pas considérées. De même, certaines personnes dépendantes choisissent de bénéficier uniquement des activités de garde, des activités d'assistance à l'entretien du ménage ou des activités d'appui à l'indépendance, sans recourir aux forfaits PN pour AEV. Ces bénéficiaires ne sont pas non-plus pris en compte dans le calcul des résidus.

En 2023, le rapport entre le nombre mensuel moyen de bénéficiaires selon l'analyse factures et l'analyse requis s'élève à 97,6% dans le milieu stationnaire et à 82,4% en cas de maintien à domicile. La majeure différence à domicile résulte des personnes ayant un forfait PN 0 (66,0%).

Les données de 2024 sont indiquées afin de comparer les résultats obtenus selon les 2 méthodes. Or la facturation de 2024 ne peut pas encore être considérée comme clôturée.

Le tableau 30 affiche les résidus hebdomadaires moyens (en minutes) par forfait PN pour les AEV pour les années 2023 et 2024, ainsi que le nombre mensuel moyen de bénéficiaires en milieu stationnaire, c'est-à-dire pour les établissements d'aides et de soins à séjour continu et à séjour intermittent.

Tableau 30 – Résidus hebdomadaires moyens (en minutes) pour les AEV-PN par forfait PN en milieu stationnaire (ESC+ESI)

Forfait PN	Minutes du forfait PN	2023		2024 ^a	
		Résidu hebdomadaire moyen	Répartition selon le nombre mensuel moyen des bénéficiaires	Résidu hebdomadaire moyen	Répartition selon le nombre mensuel moyen des bénéficiaires
1	280	2,96	7,3%	2,82	7,8%
2	420	-1,59	7,8%	-2,06	8,2%
3	560	-0,24	9,7%	-1,21	9,7%
4	700	-0,48	11,1%	-0,67	11,0%
5	840	-4,89	11,3%	-4,38	11,4%
6	980	3,59	11,7%	1,56	11,3%
7	1120	-0,53	8,8%	-0,81	9,0%
8	1260	-1,36	7,5%	-1,85	7,5%
9	1400	6,17	6,2%	8,02	6,2%
10	1540	-0,23	5,1%	2,90	4,7%
11	1680	2,88	4,3%	0,47	4,2%
12	1820	15,06	2,8%	15,04	2,9%
13	1960	-5,24	4,1%	-1,61	3,7%
14	2100	26,69	2,4%	25,34	2,3%
15	2230	48,57	0,1%	36,84	0,1%
TOTAL des forfaits PN		1,11	5 165	0,97	5 245

a. Données non définitives.

En milieu stationnaire, le nombre de minutes rémunérées dépasse de 0,97 minute le nombre de minutes requises selon les synthèses de prises en charge, ceci en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine en 2024. Les forfaits 1 et 6, qui contiennent 7,8% et 11,3% des effectifs, ont un résidu moyen positif de 2,82 minutes, respectivement de 1,56 minute par bénéficiaire AD et par semaine. Aux forfaits 2, 3, 4, 5, 7, 8 et 13 correspond en revanche un résidu moyen négatif pour l'année 2024.

Pour les établissements d’aides et de soins à séjour continu, le résidu moyen en 2024 s’élève à 0,92 minute, et celui des établissements d’aides et de soins à séjour intermittent à 1,40 minute.

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

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

Parmi les 54 établissements à séjour continu (ayant déclaré en moyenne par mois la prise en charge d’au moins cinq personnes dépendantes), 24 présentent un résidu négatif en 2024. Le résidu varie entre -9,69 minutes et 16,51 minutes en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine. Les résidus hebdomadaires totaux par prestataire varient entre -707 minutes et 1 109 minutes.

Parmi les 28 établissements à séjour intermittent (ayant facturé en moyenne par mois la prise en charge d’au moins cinq personnes dépendantes), 15 présentent un résidu négatif. Le résidu varie entre -21,04 et 31,93 minutes en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine. Les résidus hebdomadaires totaux par prestataire varient entre -534 minutes et 221 minutes.

À titre d’illustration, le résidu annuel de 2024 s’élève à 4 435 heures, et correspond à une dépense d’environ 0,30 million d’EUR²⁸.

Le tableau 31 affiche les résidus hebdomadaires moyens (en minutes) par forfait PN pour les AEV pour les années 2023 et 2024 ainsi que le nombre moyen de bénéficiaires par mois dans le cadre du maintien à domicile (réseaux d’aides et de soins et centres semi-stationnaires).

Tableau 31 – Résidus hebdomadaires moyens (en minutes) pour les AEV-PN par forfait en cas de maintien à domicile (RAS + CSSTA)

Forfait PN	Minutes du forfait PN	2023		2024 ^a	
		Résidu hebdomadaire moyen	Répartition selon le nombre mensuel moyen des bénéficiaires	Résidu hebdomadaire moyen	Répartition selon le nombre mensuel moyen des bénéficiaires
0	125	10,20	16,5%	7,14	17,5%
1	280	16,46	39,6%	17,65	39,8%
2	420	6,58	16,7%	6,05	16,8%
3	560	2,51	10,1%	3,34	9,7%
4	700	6,06	6,2%	8,87	5,9%
5	840	7,62	3,9%	4,86	3,6%
6	980	5,14	2,5%	6,35	2,3%
7	1120	0,93	1,4%	3,85	1,4%
8	1260	1,32	1,2%	3,44	1,3%
9	1400	4,94	0,7%	8,64	0,7%
10	1540	-3,64	0,6%	7,02	0,5%
11	1680	19,14	0,3%	19,20	0,2%
12	1820	0,58	0,1%	-10,91	0,2%
13	1960	-5,91	0,1%	7,34	0,0%
14	2100	64,50	0,0%	59,50	0,0%
15	2230	-80,00	0,0%	-80,00	0,0%
TOTAL des forfaits PN		10,45	4 914	10,67	5 177

a. Données non définitives.

²⁸ Estimation par application des coûts horaires (ESC, ESI) en fonction du temps de prise en charge déclaré par les deux types de prestataires. L’estimation ne tient pas compte des différentiels FHL (visant à couvrir le surcoût lié au personnel qui est occupé dans les ESC sous CCT FHL et qui effectue des prestations dans le cadre de l’assurance dépendance) accordés à partir du 1^{er} février 2021 comme supplément à la valeur monétaire de base à certains prestataires.

Le résidu moyen pour les prestataires du maintien à domicile s'élève à 10,67 minutes par bénéficiaire AD et par semaine en 2024, ce qui est beaucoup plus élevé qu'en milieu stationnaire. Ceci s'explique par le fait que le forfait 1 avec l'effectif le plus élevé (39,8% en 2024) a un résidu très positif. De plus, les forfaits 0 et 2, dans lesquels se retrouvent également presque 35% des bénéficiaires affichent des résidus supérieurs à 6,0 minutes en 2024.

À titre de comparaison le résidu pour le forfait 1 en milieu stationnaire est légèrement positif (2,82 minutes), alors que seulement 7,8% des personnes dépendantes séjournant dans un ESC ou ESI avec facturation sont classées dans ce forfait.

Parmi les 28 prestataires du maintien à domicile (réseaux et centres semi-stationnaires - ayant facturé en moyenne par mois la prise en charge d'au moins cinq personnes dépendantes), 6 prestataires présentent un résidu moyen négatif en 2024, alors que tous les autres prestataires ont un résidu moyen positif pour 2024 par bénéficiaire AD et par semaine. Le résidu varie entre – 9,37 minutes et 36,07 minutes en moyenne par bénéficiaire AD et par semaine. Les résidus hebdomadaires totaux par prestataire varient entre -190 minutes et 23 649 minutes. A titre d'illustration, le résidu annuel de 2024 s'élève à 48 025 heures, et correspond à une dépense d'environ 4,38 millions d'EUR²⁹.

Globalement, les forfaits fixés pour le maintien à domicile et le milieu stationnaire permettent de couvrir les prestations AEV prescrites dans les synthèses de prise en charge pour les années 2023 et 2024.

Pour aboutir à un résidu nul en 2024 pour les forfaits PN pour AEV facturés, les forfaits en milieu stationnaire devraient être multipliés par un facteur d'ajustement de 0,9990 et ceux du maintien à domicile par un facteur d'ajustement de 0,9739.

Les résultats obtenus selon les deux méthodes, celle basée sur le requis et celle basée sur la facturation, sont proches et permettent de tirer les mêmes conclusions.

²⁹ Estimation par application des coûts horaires (RAS, CSS) en fonction du temps de prise en charge déclaré par les deux types de prestataires.

ANNEXE 7 – ANALYSE DE LA FACTURATION DES AEV

L'analyse de la facturation des AEV se limite à 2023, étant donné que la facturation relative à 2024 n'est pas encore terminée.

Méthodologie

La présente analyse se réfère aux mêmes bénéficiaires que ceux retenus dans le cadre du calcul des résidus du chapitre 5. Elle regroupe tous les bénéficiaires disposant d'un côté d'une synthèse de prise en charge avec un forfait PN 0-15 pour prestations AEV en vigueur pendant une certaine période en 2023 et de l'autre côté d'une déclaration de prise en charge par un prestataire pendant cette période.

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

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

Le taux de facturation n_f/n_r pour l'année 2023 des synthèses ainsi analysées se situe à un niveau élevé, et ceci aussi bien pour le milieu stationnaire que pour le maintien à domicile :

- pour les établissements d'aides et de soins à séjour continu, il s'élève à 99,4% ;
- pour les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, il s'élève à 98,7% ;
- et pour les réseaux d'aides et de soins à domicile, il s'élève à 85,2%.

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

En 2023, en moyenne 660 personnes bénéficiant de plus de 25 jours de prestations pour AEV à domicile par mois ne font l'objet d'aucune facturation AEV correspondante. Parmi elles, 31,0% recourent à un prestataire pour des prestations en nature autres que les AEV (par exemple AMD-M, AMD-G, AAI) tout en bénéficiant également d'un soutien d'un aidant. 14,4% sollicitent uniquement un prestataire pour des prestations en nature autres que AEV (p.ex. AMD-M, AMD-G, AAI), tandis que 37,3% sont accompagnés exclusivement par un aidant sans recours à un prestataire. Enfin dans 17,4% des cas, aucune facturation n'est enregistrée, ni pour les prestations en nature ni pour les prestations en espèces.

ANNEXE 8 – GLOSSAIRE

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

ANNEXE 9 – EXTRACTION DES DONNEES

L'extraction des données des synthèses date du 11 juillet 2025 et celle des données de facturation date du 9 juillet 2025.

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Évolution du nombre de bénéficiaires de l’assurance dépendance	9
Tableau 2 – Répartition des différents types de synthèses de prise en charge des bénéficiaires résidents affiliés au 31 décembre 2024	10
Tableau 3 – Nombre de bénéficiaires résidents affiliés par niveau de dépendance et lieu de séjour au 31 décembre 2024	11
Tableau 4 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés par niveau de dépendance et par sexe au 31 décembre 2024.....	12
Tableau 5 – Âge moyen et médian des bénéficiaires résidents affiliés par lieu de séjour au 31 décembre 2024	12
Tableau 6 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant en ESC en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2024	13
Tableau 7 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant en ESI au 31 décembre 2024 en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge en vigueur en ESI.....	13
Tableau 8 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant à domicile en fonction de la composition de la synthèse de prise en charge au 31 décembre 2024	14
Tableau 9 – Répartition des bénéficiaires résidents affiliés vivant à domicile en fonction du partage des AEV de la synthèse de prise en charge entre réseaux et aidant au 31 décembre 2024	15
Tableau 10 – Les 10 aides techniques les plus fréquentes mises à disposition selon la norme internationale ISO	16
Tableau 11 – Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique	16
Tableau 12 – Évolution du nombre de titulaires d’une décision positive pour adaptation de logement	17
Tableau 13 – Classification des causes de la dépendance selon l’AEC.....	19
Tableau 14 – Moyennes du temps total requis (en heures) pour les AEV des premières synthèses par année d’évaluation et cause de dépendance principale.....	19
Tableau 15 – Répartition des premières synthèses par année d’évaluation et cause de dépendance principale.....	20
Tableau 16 – Âge moyen des bénéficiaires d’une première synthèse par année d’évaluation et cause de dépendance principale	21
Tableau 17 – Évolution du nombre de prestataires ayant conclu un contrat d’aides et de soins avec la CNS à partir de 2015	22
Tableau 18 – Évolution du nombre de gestionnaires de prestataires par type de prestataire à partir de 2015	22
Tableau 19 – Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée à partir de 2015 (en ETP) ...	23
Tableau 20 – Évolution de la proportion des effectifs par rapport aux effectifs totaux du secteur des soins de longue durée à partir de 2015 (en %).....	24

Tableau 21 – Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée par qualification entre 2022 et 2024 (en ETP).....	26
Tableau 22 – Évolution des effectifs du secteur d’aides et de soins en fonction de la carrière définie selon la CCT-SAS entre 2022 et 2024.....	28
Tableau 23 – Les effectifs du secteur des soins de longue durée par type de prestataire et carrière définie selon la CCT-SAS en 2024 (en ETP).....	29
Tableau 24 – Exemple de calcul d’un forfait PN pour les AEV et de son résidu.....	32
Tableau 25 – Résidus hebdomadaires moyens (en minutes) pour les AEV-PN par forfait PN en milieu stationnaire (ESC+ESI)	33
Tableau 26 – Résidus hebdomadaires moyens (en minutes) pour les AEV-PN par forfait en cas de maintien à domicile (RAS + CSSTA).....	34
Tableau 27 – Équilibre financier de l’assurance dépendance (en millions d’EUR)	44
Tableau 28 – Impact d’une neutralisation sur base du résidu d’un forfait PN sur le résidu total en milieu stationnaire (ESC+ESI)	45
Tableau 29 – Impact d’une neutralisation sur base du résidu d’un forfait PN sur le résidu total en cas de maintien à domicile (RAS + CSSTA).....	46
Tableau 30 – Résidus hebdomadaires moyens (en minutes) pour les AEV-PN par forfait PN en milieu stationnaire (ESC+ESI)	51
Tableau 31 – Résidus hebdomadaires moyens (en minutes) pour les AEV-PN par forfait en cas de maintien à domicile (RAS + CSSTA).....	52

SOMMAIRE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 – Évolution des effectifs du secteur des soins de longue durée à partir de 2015 (en ETP) .	24
Graphique 2 – La répartition des effectifs du secteur des soins de longue durée en 2015 et en 2024 (en %)	25
Graphique 3 - Répartition du personnel du secteur de soins de longue durée par qualification en 2015 et 2024 (en %)	27
Graphique 4 – Croissance annuelle du PIB (en volume) et de l'emploi total	42
Graphique 5 – Population protégée résidente en 2021 et 2024 et projection pour 2027 - nombre de personnes par âge	43
Graphique 6 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre janvier 2021 et décembre 2024 en milieu stationnaire pour les forfaits PN 1-5	47
Graphique 7 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre janvier 2021 et décembre 2024 en milieu stationnaire pour les forfaits PN 6-10	47
Graphique 8 – Évolution des résidus mensuels hebdomadaires entre janvier 2021 et décembre 2024 en milieu stationnaire pour les forfaits PN 11-15	48
Graphique 9 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre janvier 2021 et décembre 2024 en cas de maintien à domicile pour les forfaits PN 0-5	49
Graphique 10 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre janvier 2021 et décembre 2024 en cas de maintien à domicile pour les forfaits PN 6-10	49
Graphique 11 – Évolution mensuelle des résidus hebdomadaires entre janvier 2021 et décembre 2024 en cas de maintien à domicile pour les forfaits PN 11-15	50