



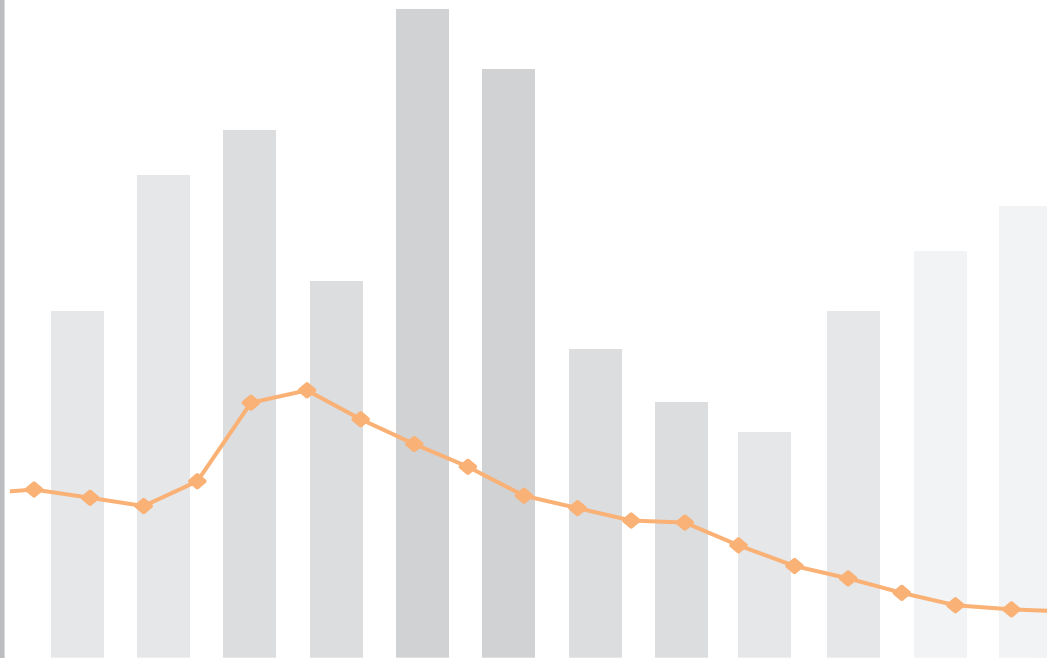
MINISTÈRE
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
Inspection générale de la sécurité sociale



MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
Cellule d'évaluation et d'orientation
de l'assurance dépendance

1999-2013

Dépendance
Bénéficiaires
Evaluation
Loi
5e pilier
Up-to-date?



■ ■ ■ Bilan sur le fonctionnement
et la viabilité financière
de l'Assurance dépendance

2013

SOMMAIRE

INTRODUCTION	11
LES CHIFFRES-CLÉS	13
CHAPITRE 1 CADRE GÉNÉRAL	17
SECTION 1 HISTORIQUE	19
1.1 Les premiers pas	19
1.2 De l'avant-projet à la loi du 19 juin 1998	20
1.3 La mise en place de l'assurance dépendance	21
1.4 Le second bilan et le débat parlementaire du 2 mai 2001	22
1.5 De l'Action concertée au dépôt du projet modifiant la loi du 19 juin 1998	22
1.6 Les modifications de la loi en 2005	23
1.7 La conférence sur les soins de longue durée pour personnes âgées de 2005	24
1.8 L'introduction des modifications légales de 2005	25
1.9 La réorganisation de la Cellule d'évaluation et d'orientation	25
1.10 La qualité dans le cadre de l'assurance dépendance	26
1.11 L'étude en vue de l'établissement d'un schéma de comptabilité analytique dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu	26
1.12 Assurance dépendance, réforme de l'assurance maladie et introduction des soins palliatifs	27
SECTION 2 LE CADRE LÉGAL DES SOINS DE LONGUE DURÉE	28
2.1 Introduction	28
2.2 La loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutiques	28
2.3 La loi créant l'établissement public Centres, Foyers et Services pour personnes âgées	28
2.4 La loi sur l'assurance dépendance	31
2.5 La loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées	34
2.6 La loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit	35
2.7 La loi du 16 avril 1979 portant création d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées	36
2.8 La loi du 22 mai 1989 portant création d'une allocation de soins et organisant le placement dans une maison de soins	36

CHAPITRE 2	L'ÉVALUATION DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	39
INTRODUCTION		41
SECTION 1	LA PROCÉDURE D'ÉVALUATION AU DÉMARRAGE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	42
1.1	L'évaluation de l'autonomie	42
1.2	La détermination des services requis	43
1.3	La réalisation du plan de partage	43
1.4	L'établissement du plan de prise en charge	44
1.5	Commentaires	44
SECTION 2	LA PROCÉDURE ACTUELLE	45
2.1	L'orientation des demandes	45
2.2	La distribution des dossiers aux évaluateurs	45
2.3	L'évaluation et la détermination	46
2.4	La formation	46
2.5	Le guide des prestations	47
2.6	Conséquence de la modification de la procédure d'évaluation	47
SECTION 3	PERSPECTIVES D'AVENIR	49
CHAPITRE 3	LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	53
INTRODUCTION		55
SECTION 1	L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	58
SECTION 2	LA POPULATION DÉPENDANTE SELON LES CRITÈRES DE LA LOI DE 1998	59
2.1	Entre 2000 et 2010, la population dépendante a doublé	59
2.2	Les mouvements dans la population dépendante	65
2.3	L'évolution de la population dépendante comparée à la population protégée	72
2.4	Les bénéficiaires des dispositions particulières	75
CHAPITRE 4	LES PRESTATIONS REQUISES	81
INTRODUCTION		83
SECTION 1	LES PRESTATIONS REQUISES POUR LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE, LES TÂCHES DOMESTIQUES, LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN ET DE CONSEIL	84
1.1	Le temps total requis (déterminé par la CEO)	84
1.2	Le temps requis pour les différents types de prestations	88

SECTION 2 LES AIDES TECHNIQUES	96
2.1 Note méthodologique	96
2.2 Introduction	97
2.3 Les bénéficiaires d'aides techniques	98
2.4 Les aides techniques mises à disposition	102
2.5 Les dépenses	113
SECTION 3 LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT	116
3.1 Introduction	116
3.2 Les bénéficiaires d'adaptations du logement	116
3.3 Les causes de la dépendance et les bénéficiaires d'adaptations du logement	120
3.4 Les bénéficiaires d'adaptations du logement et les prestations d'aides et de soins dans les actes essentiels de la vie	121
3.5 Les types d'adaptations du logement réalisées	123
3.6 Les types d'adaptations du logement et les coûts engendrés	125
3.7 Les adaptations du logement et la durée de traitement des dossiers	128
3.8 Les demandes pour adaptations du logement n'aboutissant pas à la réalisation d'un aménagement	130
SECTION 4 LES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS PALLIATIFS À CHARGE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	133
4.1 Introduction	133
4.2 Le nombre de personnes bénéficiant d'un accord pour bénéficier de soins palliatifs	134
4.3 Le nombre de jours accordés	135
4.4 Le coût des soins palliatifs dispensés dans le cadre de l'assurance dépendance	136
4.5 Les aides techniques accordées aux bénéficiaires de soins palliatifs	137
4.6 Les prestataires de soins palliatifs en milieu extrahospitalier	138
4.7 La procédure d'établissement des plans de prise en charge pour les personnes en fin de vie, arrêtée par la CEO avant l'introduction de la loi sur les soins palliatifs	136
4.8 En guise de conclusion	140
SECTION 5 LES PROJETS D'ACTION EXPÉRIMENTALE	141
5.1 Le projet relatif à la prise en charge en petite unité de vie de personnes souffrant d'une neuro-dépendance	141
5.2 Le projet d'action expérimentale au sujet de la prise en charge de la garde de nuit à domicile	142
5.3 Quelques éléments de réflexion sur la place des projets d'action expérimentale dans le cadre de l'assurance dépendance	146
SECTION 6 LES MÉDICAMENTS DANS LES SOINS DE LONGUE DURÉE	148
6.1 Introduction	148
6.2 La prise en charge de l'administration des médicaments dans le cadre de l'assurance dépendance	148
6.3 La polymédication dans le cadre des soins de longue durée	149
6.4 Conclusion	154

CHAPITRE 5	LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE	155
PRÉAMBULE		157
SECTION 1	CAUSES PRINCIPALES DE LA DÉPENDANCE : ÉVOLUTION DEPUIS 2000	157
1.1	Introduction	159
1.2	2000-2010 : stabilité dans les diagnostics recensés comme la cause principale de la dépendance	161
1.3	Evolution 2000-2010	162
SECTION 2	LES DIAGNOSTICS PRÉSENTÉS COMME CAUSE PRINCIPALE ET SECONDAIRE DE LA DÉPENDANCE	166
SECTION 3	LES MALADIES DÉMENTIELLES DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	168
3.1	La démence dans le contexte européen	168
3.2	La maladie démentielle chez les bénéficiaires de l'assurance dépendance au Luxembourg	169
3.3	En bref...	175
CHAPITRE 6	LES PERSONNES HANDICAPÉES DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE	177
AVANT-PROPOS		179
INTRODUCTION		179
SECTION 1	L'ENVIRONNEMENT LÉGAL POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES AU LUXEMBOURG	181
1.1	La loi modifiée du 12 septembre 2003	181
1.2	La participation de l'Etat au prix de pension et l'accompagnement socio-pédagogique	182
1.3	La complexité du cadre législatif	183
1.4	Le plan d'action des Nations-Unies pour les personnes handicapées	184
SECTION 2	LES PERSONNES HANDICAPÉES DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE	185
2.1	Les personnes handicapées dans l'assurance dépendance	185
2.2	Le groupe des personnes handicapées : définition sur base de l'âge	186
2.3	Le groupe des personnes handicapées : définition sur base de la pathologie	197
2.4	Le paiement ex post	199
SECTION 3	L'ENFANT DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE	201
3.1	La définition de la dépendance de l'enfant	201
3.2	La mesure de la dépendance de l'enfant	201
3.3	Les principales caractéristiques des enfants dans l'assurance dépendance	202
3.4	Les causes de la dépendance chez l'enfant	204
3.5	La prise en charge de l'enfant	210
3.6	Conclusion	216
SECTION 4	L'ALLOCATION POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES	217

CHAPITRE 7 LES PRESTATAIRES DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE 221

SECTION 1 LES VALEURS MONÉTAIRES 224

- 1.1 Base légale 224
- 1.2 Logique de détermination 224
- 1.3 Facteurs structurels expliquant les différences entre les 4 valeurs monétaires 225
- 1.4 Evolution des valeurs monétaires 226
- 1.5 Difficultés rencontrées au niveau de la fixation des valeurs monétaires 227

SECTION 2 LA MISE À DISPOSITION DES AIDES TECHNIQUES PAR VOIE DE LOCATION : LE RÔLE PARTICULIER DU SMA A.S.B.L. (SERVICE DES MOYENS ACCESSOIRES) 230

- 2.1 Historique 230
- 2.2 Convention conclue avec la CNS 230
- 2.3 Le volume des aides techniques gérées par le SMA et le coût y relatif 230
- 2.4 Les ressources à disposition du sma 231
- 2.5 La forme juridique du SMA : ASBL 231
- 2.6 La situation concurrentielle du SMA 231
- 2.7 Le principe de la récupération et du réemploi des aides techniques : la notion de revalorisation des aides techniques 232
- 2.8 Déploiement du principe de valorisation des aides techniques au luxembourg 232

SECTION 3 LE RÔLE DE L'ADAPTH DANS LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT FINANCÉES PAR L'ASSURANCE DÉPENDANCE 233

- 3.1 Historique 233
- 3.2 Missions et activités 233
- 3.3 Les étapes d'une expertise pour l'assurance dépendance 234
- 3.4 Le lien entre la Cellule d'évaluation et d'orientation et l'ADAPTH 234
- 3.5 Conclusion 234

SECTION 4 LES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS 235

- 4.1 Cadre légal 235
- 4.2 Les différents types de prestataires 236
- 4.3 Evolution du nombre de prestataires 239
- 4.4 La capacité de prise en charge 242

SECTION 5 LES RESSOURCES HUMAINES 249

- 5.1 Le résumé comparatif des quatre catégories de prestataires 250
- 5.2 L'effectif des établissements à séjour continu 252
- 5.3 L'effectif des réseaux d'aides et de soins 255
- 5.4 L'effectif des centres semi-stationnaires 258
- 5.5 L'effectif des établissements à séjour intermittent 260

SECTION 6 LA TIERCE PERSONNE ASSURANT À DOMICILE DES AIDES ET SOINS À LA PERSONNE DÉPENDANTE EN DEHORS D'UN RÉSEAU PROFESSIONNEL	261
6.1 Introduction	263
6.2 Les caractéristiques de l'aidant rapportées par l'étude réalisée en 2006 sur la satisfaction des bénéficiaires dépendants à domicile	265
6.3 Les caractéristiques de l'aidant rapportées par l'analyse des données sur la prise en charge des cotisations à l'assurance pension	266
6.4 Réflexions et conclusions	271
 CHAPITRE 8 L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE	 273
INTRODUCTION	275
SECTION 1 LA CAISSE NATIONALE DE SANTÉ	277
1.1 Le comité directeur de la CNS - gestion dépendance	277
1.2 Attributions de la Caisse nationale de santé en matière d'assurance dépendance	277
1.3 L'organisation administrative de la Caisse nationale de santé en matière de gestion de l'assurance dépendance	278
1.4 La surveillance de l'Etat	278
1.5 La compétence liée	278
SECTION 2 LA CELLULE D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION	279
2.1 Les missions de la Cellule d'évaluation et d'orientation	279
2.2 L'organisation de la Cellule d'évaluation et d'orientation	280
2.3 En guise de conclusion	285
SECTION 3 LES ORGANES CONSULTATIFS	286
3.1 La Commission consultative de l'assurance dépendance	286
3.2 La Commission de qualité des prestations	287
SECTION 4 L'ACTION CONCERTÉE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	289
SECTION 5 LA COPAS	290
5.1 Les missions de la COPAS	291
5.2 L'organisation de la COPAS	292
 CHAPITRE 9 LES ASPECTS FINANCIERS	 293
SECTION 1 LES PRESTATIONS FACTURÉES	295
1.1 Remarque méthodologique	295
1.2 Les prestations facturées en général	296
SECTION 2 LES DONNÉES FINANCIÈRES	302
2.1 Le système de financement	302
2.2 La situation financière de l'assurance dépendance	302
2.3 Les recettes et dépenses globales de l'assurance dépendance	304
2.4 La contribution dépendance	305
2.5 La contribution de l'Etat au financement de l'assurance dépendance	305
2.6 Les valeurs monétaires	306

CHAPITRE 10	LES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES ET FINANCIÈRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	309
INTRODUCTION		311
SECTION 1	L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DU LUXEMBOURG À L'HORIZON 2030	312
1.1	Âge et résidence	312
1.2	Morbidité et mortalité	313
1.3	Projections démographiques : population résidente	314
SECTION 2	LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE À L'HORIZON 2030	318
SECTION 3	LA SITUATION FINANCIÈRE ACTUELLE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE	321
SECTION 4	L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE À L'HORIZON 2030	324
CHAPITRE 11	CONCLUSION	327
ANNEXES		339
GLOSSAIRE		389
LISTE DES ABRÉVIATIONS		405
BIBLIOGRAPHIE		407
RÉFÉRENCES LÉGALES		413

INTRODUCTION

Le programme gouvernemental de 2009 annonçait la réalisation d'un bilan sur les "*années de régime de croisière*" de l'assurance dépendance.

En référence aux principes directeurs du législateur de 1998, qui prônait

- la priorité au maintien à domicile ;
- la priorité aux prestations en nature ;
- la priorité aux mesures de réhabilitation et de prévention et
- la garantie d'une continuité de soins

le programme préconisait une évaluation de "*la qualité des prestations fournies*", un examen de "*la viabilité à long terme de l'assurance dépendance, (...) en se basant sur des évaluations et analyses statistiques et financières*".

Cet état des lieux devait constituer une base pour les discussions futures en vue d'une réforme dans le domaine des soins de longue durée.

Le rapport présenté ci-après prend donc sa place dans ce contexte.

Il se compose de dix chapitres qui analysent de manière détaillée des problématiques relatives au fonctionnement et au financement de l'assurance dépendance.

Le *chapitre 1* commence par une chronologie des faits qui ont ponctué son évolution depuis les travaux préparatifs du Gouvernement luxembourgeois en 1994 jusqu'à l'introduction en 1998 et les premières adaptations légales opérées en 2005. Une deuxième section de ce chapitre présente le cadre légal des soins de longue durée qui se situent au carrefour de plusieurs législations : assurance dépendance, loi réglant les relations entre l'Etat et les organismes sociaux, familiaux et thérapeutiques (loi ASFT), loi relative au revenu des personnes handicapées, loi autorisant la participation du Fonds national de solidarité aux prix d'hébergement.

Un second chapitre montre l'évolution, au fil du temps de la procédure d'évaluation du demandeur de prestations ainsi que de la détermination du plan de prise en charge. Le *chapitre 2* présente aussi une approche critique de l'instrument actuel de mesure de la dépendance.

Certaines caractéristiques des bénéficiaires de l'assurance dépendance, notamment celles relatives à l'âge, le sexe, le lieu de séjour, sont étudiés dans le *chapitre 3*. Par une description des mouvements (entrées, décès, sorties), ce chapitre tente d'expliquer l'évolution de la population dépendante et la compare au reste de la population. Une attention particulière est apportée au groupe des bénéficiaires de prestations forfaitaires prévues pour certaines maladies ou déficiences.

Le *chapitre 4* porte sur les prestations requises, c'est-à-dire les prestations accordées à la personne dépendante en fonction des besoins constatés lors de l'évaluation. Il est divisé en six sections :

- Section 1 : Les prestations pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien et de conseil ;
- Section 2 : Les aides techniques ;
- Section 3 : Les adaptations du logement ;
- Section 4 : Les soins palliatifs à charge de l'assurance dépendance ;
- Section 5 : Les projets d'action expérimentale ;
- Section 6 : La polymédication, la prise et l'administration des médicaments.

Le *chapitre 5* analyse les causes de la dépendance et les présente sous trois angles différents :

- La cause principale de la dépendance, à savoir le premier diagnostic donné par le médecin-conseil présenté sur base de classifications ;
- Une analyse basée sur le premier et deuxième diagnostic ;
- Une analyse du groupe des personnes atteintes de maladies démentielles.

Le *chapitre 6* s'occupe de la place des personnes handicapées dans l'assurance dépendance. Après un court exposé de la législation applicable aux bénéficiaires handicapés, il présente une analyse statistique qui se base sur deux approches différentes : la première définit la personne handicapée en fonction de l'âge (bénéficiaires de moins de 60 ans) et la deuxième en fonction des diagnostics. La dernière section de ce chapitre met l'accent sur la prise en charge de l'enfant dans le cadre de l'assurance dépendance.

Le *chapitre 7* est consacré aux prestataires d'aides et de soins. Il aborde aussi la question de la valeur monétaire et de la mise à disposition des aides techniques par le Service des moyens accessoires (SMA).

L'organisation de l'assurance dépendance est détaillée dans le *chapitre 8* qui décrit les deux administrations chargées de la mise en œuvre de l'assurance dépendance, à savoir la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO), qui constate l'état de dépendance, et la Caisse nationale de santé (CNS), organisme gestionnaire. Ce chapitre présente également les organes consultatifs de l'assurance dépendance, Commission consultative et Commission de qualité des prestations ainsi que l'organisme représentatif des prestataires dans le domaine de la dépendance, la COPAS.

Le *chapitre 9* est entièrement dédié aux aspects financiers. Il expose d'abord les prestations, c'est-à-dire les services fournis et facturés à la CNS par les prestataires d'aides et de soins. La seconde partie de ce chapitre analyse l'évolution financière globale de l'assurance dépendance de 2004-2011.

Les résultats des projections démographiques et financières de l'assurance dépendance à l'horizon 2030 sont présentés dans le *chapitre 10*. Les prévisions micro- et macroéconomiques sont basées sur des hypothèses pour le court terme issu du programme de stabilité et de convergence 2012-2015 et du Ageing Working Group de la Direction Générale ECFIN de la Commission européenne pour le long terme. Pour ces prévisions, on a retenu le scénario à morbidité constante, c'est-à-dire le scénario dans lequel le nombre d'années vécues en incapacité reste constant et où l'âge de début de la dépendance est postposé en raison de l'accroissement de la longévité.

Avant de passer au cœur du rapport, il y a lieu de remercier tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail d'équipe, réunissant l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Cellule d'évaluation et d'orientation et la Caisse nationale de santé.

Sont tout particulièrement remerciés :

José Balanzatégui
Isabelle Debourges
Chantal Durant
Fabienne Heitz
Danièle Hengen
Guy Hoffmann
Andrée Kerger
Pascale Kolb
Béatrice Lepêcheur
Marianne Loutsch
Nathalie Rausch
Christiane Rollinger
Marianne Scholl
Raymond Wagener
Laurence Weber
Jacqueline Wester

LES CHIFFRES-CLÉS

DE LA DEMANDE À LA DÉCISION

Durée moyenne du traitement d'une demande :

- 1999 : 13,3 mois
- 2010 : 4,8 mois

LA POPULATION DÉPENDANTE

5 810 personnes au 31 décembre 2000

11 706 personnes au 31 décembre 2010

Age moyen de 72 ans en 2010 : 64 ans chez les hommes, 76,2 ans chez les femmes

49 centenaires en 2010

Taux de dépendance : 1,66% en 2010

Durée moyenne de bénéfice de l'assurance dépendance : 18,2 mois

Causes principales de la dépendance en 2010 :

- (1) Maladies du système ostéo-articulaire
- (2) Démence et troubles des fonctions cognitives
- (3) Maladies du système nerveux

LES PRESTATIONS REQUISES

En 2010 30% des bénéficiaires se partagent 50% des prestations requises

Temps total moyen requis non pondéré en 2010 : 34,3 heures par semaine

- Activités de soutien : 25,1 heures par semaine
- Etablissement : 34,6 heures par semaine
- Domicile : 19,0 heures par semaine

Temps total moyen requis pondéré en 2010 : 20,1 heures par semaine

- Actes essentiels de la vie : 12,4 heures par semaine
- Activités de soutien : 8,0 heures par semaine
- Etablissement : 9,2 heures par semaine
- Domicile : 7,3 heures par semaine

LES AIDES TECHNIQUES

11 927 bénéficiaires en 2010

Evolution toujours importante et non-stabilisée : variation de 8% en 2010

20% des bénéficiaires d'aides techniques ne perçoivent pas d'aides et de soins et ne sont donc pas dépendants au sens de la loi.

Prévalence féminine encore plus marquée que pour la population dépendante : 68% de bénéficiaires féminins

Age moyen nettement supérieur à l'âge moyen des personnes dépendantes : 76,5 ans en 2010

Nombre d'aides techniques mises à disposition en 2010 : 2,7 aides techniques/personne

- Hommes : 3 aides techniques/personne
- Femmes : 2,5 aides techniques/personne

Taux de refus en 2010 : 0,6%

Près de 30 000 aides techniques en location chez les bénéficiaires, à gérer par le Service des moyens accessoires

Coût total en 2010 : 9,9 millions d'euros pour 33 801 aides techniques
Rang 1 des dépenses : les élévateurs d'escaliers avec 2,9 millions d'euros
Le coût moyen de l'aide technique diminue progressivement depuis 2005
Coût moyen en 2010 :

- Par bénéficiaire : 847 euros
- Par aide technique : 292 euros

LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT

152 bénéficiaires en 2010
En 2010, 26% des bénéficiaires ne perçoivent pas d'aides et de soins et ne sont donc pas dépendants au sens de la loi
Coût total en 2010 : 2,3 millions d'euros
798 adaptations du logement réalisées entre 2000 et 2010. Un tiers de ces adaptations n'est plus utilisé par leurs bénéficiaires, qui ont profité pendant 2,5 ans de la réalisation
Rapport équilibré entre hommes et femmes
Age moyen en 2010 : 65 ans
32% des dossiers d'adaptation du logement sont clôturés sur demande de la personne protégée sans réalisation du projet
7% de demandes sont refusées par la CEO

LES SOINS PALLIATIFS

1 205 personnes dépendantes ont reçu un accord pour bénéficier de soins palliatifs en milieu extrahospitalier depuis le changement de la loi en 2009
Nombre moyen de jours accordés : 64,3 jours
Coût des soins palliatifs dispensés dans le cadre de l'assurance dépendance : 2,2 millions d'euros depuis l'application de la loi
Coût moyen journalier d'un bénéficiaire : 155 euros assurance dépendance et 150 euros Ministère de la Famille et de l'Intégration

LES PRESTATIONS FACTURÉES

Coût total des prestations de l'assurance dépendance en 2010 : 416,4 millions d'euros

- Actes essentiels de la vie : 215,5 millions d'euros
- Activités de soutien : 103,5 millions d'euros

Coût moyen annuel en 2010 : 31 469 euros

- Résidents : 31 972 euros
- Non-résidents : 13 011 euros
- Hommes : 28 797 euros
- Femmes : 32 810 euros
- Domicile : 14 454 euros
- Etablissement : 55 352 euros
- Actes essentiels de la vie : 27 855 euros
- Activités de soutien : 3 992 euros

En 2010 le pourcentage de personnes les plus dépendantes engendrent 4,5% des dépenses totales, soit 18,7 millions d'euros pour 161 bénéficiaires

Coût moyen annuel d'un plan de prise en charge en 2010 : 36 171 euros

Coût de la démence (toutes causes de dépendance confondues) en 2010 : 311,3 millions d'euros, soit 74,2% des dépenses totales de l'assurance dépendance

LES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS

Expansion du secteur des aides et soins

- 2000 : 66 prestataires-exécutants d'aides et de soins
3 786 ETP
- 2010 : 159 prestataires-exécutants d'aides et de soins
7 373 ETP

Nombre de lits en établissement à séjour continu pour 1 000 habitants :

- 2000 : 9,90
- 2010 : 11,58

Taux d'occupation moyen :

- Etablissements à séjour continu en 2010 : 97,1%
- Centres semi-stationnaires en 2009 : 66,0%
- Etablissements à séjour intermittent en 2010 - lits : 92,7%
- Etablissements à séjour intermittent en 2010 - chaises : 52,7%

Pourcentage de personnes dépendantes pensionnaires d'un établissement d'aides et de soins :

- 2000 : 56,6%
- 2010 : 70,0%

LES FINANCES

Recettes courantes en 2011 :	539,2 millions d'euros
Dépenses courantes en 2011 :	582,0 millions d'euros
Solde des opérations courantes en 2010 :	-42,8 millions d'euros
Réserve en 2011 :	60,5 millions d'euros
Taux d'équilibre de l'exercice 2011 :	1,62%

LES PROJECTIONS FINANCIÈRES

Déséquilibre financier à partir de 2016

Nombre de bénéficiaires en 2030

- Résidents : 18 088
- Non-résidents : 464
- Domicile : 11 742
- Etablissement : 6 346

Taux d'équilibre de l'exercice 2030 : 1,73%

Emploi intérieur d'équilibre en 2030 : 2,12%

19 juin 1998

Plan de prise en charge

3,5 h/semaine

Plan de partage

1,4%

Requis

35% en 2012

■ ■ Chapitre 1

Cadre général



SECTION 1 HISTORIQUE

Le but du bilan est d'apporter des pistes de réflexion pour l'avenir de l'assurance dépendance. Dans une telle démarche, un retour aux sources et une analyse de l'efficacité de l'assurance dépendance comparée aux objectifs du départ, s'imposent. Reconstituer l'historique de l'assurance dépendance permet de la remettre dans l'ensemble des événements qui l'ont entourée et de recenser les différents facteurs qui ont influencé son évolution. Dans ce chapitre, on présentera un bref aperçu reprenant les événements marquants. Certains sujets pourront être développés davantage à l'occasion des chapitres qui les concernent plus particulièrement.

1.1 LES PREMIERS PAS

La loi sur l'assurance dépendance votée en 1998, en introduisant une nouvelle branche de la sécurité sociale, représente sans nul doute une innovation remarquable. Elle est le résultat d'une longue maturation et se situe dans le droit-fil de réalisations qui ont été introduites progressivement par les gouvernements successifs depuis 1984.

En juillet 1984, le gouvernement, constitué après les élections du mois de juin, mettait au programme de la législature l'élaboration d'un programme national de mesures en faveur des personnes âgées. La priorité au maintien à domicile, par préférence au système de placement en institutions, devait orienter ce programme. En mai 1989, avec le vote de la loi introduisant une allocation de soins destinée à la tierce personne qui maintient à domicile une personne âgée dépendante, le thème de la dépendance était mis à l'ordre du jour. Le gouvernement issu des élections de 1989 se fixa la tâche de réaliser le programme national des personnes âgées. Dans ce contexte, la question de l'opportunité de créer des forfaits-soins couvrant les soins paramédicaux à domicile et en institution a été posée lors de la réforme de la loi sur l'assurance maladie. Ce projet ne fut pas concrétisé mais l'idée ne fut pas abandonnée. En 1992, une étude sur le thème de la dépendance fut confiée à un groupe de chercheurs à l'initiative du gouvernement.

Le rapport¹ établi en 1993 dans le cadre de cette étude se profile comme une étape fondamentale de la construction de l'assurance dépendance en tant que nouvelle branche de la sécurité sociale. Par ailleurs, cette étude ne s'est pas limitée au Luxembourg. Elle a également examiné les réponses données à la dépendance dans d'autres pays de l'Union européenne (Pays-Bas, France, Allemagne). A la lumière des informations recueillies sur les expériences internationales et la situation au Grand-Duché de Luxembourg, cette étude a conclu sur une série de propositions pour une réforme du système luxembourgeois de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Il est intéressant de reprendre ces propositions, qui gardent encore une certaine actualité :

- **Proposition n° 1** : mettre en place un projet global de prise en charge de la dépendance des personnes âgées, fondé sur
 - une évaluation des besoins ;
 - l'affirmation de principes d'intervention ;
 - un nouveau partage des responsabilités entre Ministères
- **Proposition n° 2** : privilégier une coordination souple autour de la personne âgée
- **Proposition n° 3** : créer une formation en gériatrie
- **Proposition n° 4** : mener une réflexion sur la prise en charge de la dépendance psychique
- **Proposition n° 5** : créer des structures hospitalières à destination des personnes âgées dépendantes
- **Proposition n° 6** : réformer l'hébergement des personnes âgées dépendantes
- **Proposition n° 7** : renforcer l'efficacité du maintien à domicile
- **Proposition n° 8** : introduire l'idée d'un forum regroupant tous les acteurs du terrain

1 IGL G., JOEL M.-E., KERSCHEN N., KNIPSCHER K., juillet 1993, " La dépendance des personnes âgées, vol 1 : Prise en charge et financement en Allemagne, en France et aux Pays-Bas ; vol 2 : Bilan du système luxembourgeois et propositions d'évolution ".

A partir de là, le rapport allait dégager deux options pour la réforme de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. La première consistait à généraliser l'allocation de soins en supprimant les critères de ressources et à coordonner plus efficacement les services compétents. La seconde visait la reconnaissance de la dépendance comme un risque social et l'intégrait dans le champ de la sécurité sociale.

Le Gouvernement issu des élections de 1994 allait choisir la seconde voie c'est-à-dire " assurer le financement de l'assistance et des soins par une assurance dépendance, qui protégera les personnes âgées ou handicapées " comme on pouvait lire dans la déclaration gouvernementale de 1994².

La Ministre de la Sécurité sociale de l'époque, Madame Mady DELVAUX allait s'atteler à la tâche en s'entourant de plusieurs groupes de travail chargés d'étudier les différents aspects de la dépendance. Ces travaux furent regroupés en une synthèse intitulée : *La dépendance au Luxembourg. Analyse de l'existant et concept pour l'avenir*³. Ce texte constitua la base des consultations menées avec les partenaires sociaux, les prestataires et les associations œuvrant au service des personnes âgées et handicapées. Ce document énonce les quatre principes-directeurs qui allaient guider la construction de la loi :

- la priorité des mesures de réhabilitation avant la prise en charge de la dépendance ;
- la priorité au maintien à domicile avant l'hébergement en institution ;
- la priorité aux prestations en nature avant les prestations en espèces ;
- la continuité dans la prise en charge de la dépendance.

1.2 DE L'AVANT-PROJET À LA LOI DU 19 JUIN 1998

Le projet de loi 4216, intitulé *Projet de loi portant introduction d'une assurance dépendance* fut déposé le 15 octobre 1996. Ce projet s'était largement inspiré de la loi sur l'assurance dépendance en Allemagne. La classification des personnes dépendantes selon trois degrés, adoptée en Allemagne, fit l'objet de beaucoup de critiques au Luxembourg.

L'avis du Conseil d'Etat du 17 juin 1997⁴ amena le Gouvernement à modifier certains points de la loi. On a donc abandonné l'idée de la classification des personnes dépendantes par paliers (3-Stufenmodell allemand) ainsi que la limitation de l'assurance aux personnes résidentes au Luxembourg.

Le Gouvernement ne retint cependant pas toutes les modifications proposées par le Conseil d'Etat. Il en est ainsi de la prise en charge de la cotisation à l'assurance pension de la personne qui assure les aides et soins à domicile en dehors d'un réseau d'aides et de soins. Le Conseil d'Etat craignait que cette mesure constitue un précédent. Il avait attiré l'attention sur les possibilités d'abus qu'elle pouvait amener. La prise en charge de la cotisation à l'assurance pension a néanmoins été maintenue dans la loi et s'y trouve encore à l'heure actuelle.

Les amendements gouvernementaux furent déposés en date du 8 septembre 1997. La loi fut adoptée par la Chambre le 27 mai 1998. Elle parut au Mémorial du 29 juin 1998 et est entrée en vigueur le premier jour du mois suivant sa publication (Art. XII), à l'exception des articles 353-379 du CAS et les articles VIII et XI qui prennent effet le 1er janvier 1999.

2 Déclaration gouvernementale du 22 juillet 1994.

3 Ministère de la Sécurité sociale, en collaboration avec le ministère du Budget, le ministère de la Famille et le ministère de la Santé, " *La dépendance au Luxembourg. Analyse de l'existant et concept pour l'avenir* ", Luxembourg, le 4 décembre 1995.

4 Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg, Dossier parlementaire N°4216/02, avis du Conseil d'Etat (17.6.1997).

1.3 LA MISE EN PLACE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le 1er juillet 1998, la Cellule d'évaluation et d'orientation était constituée et entamait ses travaux. Les dispositions légales permettaient, en effet, qu'elle puisse commencer les évaluations des personnes dépendantes résidant en établissement avant la date de mise en application de la totalité de la loi. De la sorte, les gestionnaires des établissements ont été informés des montants versés par l'assurance dépendance pour l'année suivante et pouvaient établir un budget en connaissance de cause.

Pour les personnes dépendantes à domicile, la situation se présentait de manière différente étant donné que l'infrastructure des services d'aides et soins à domicile était en construction. Un financement préalable de l'existant s'avérait moins nécessaire. Celui-ci s'adapterait progressivement aux besoins au fur et à mesure de l'application de la loi et du développement des services. Les demandeurs à domicile pouvaient introduire une demande dès le 1er juillet 1998, mais ils ne seraient évalués qu'à partir du 1er janvier 1999. Toutefois, les retards dans les évaluations et la notification des décisions allaient aussi poser des problèmes financiers pour les réseaux. Les avances consenties par l'organisme gestionnaire constitueront une solution limitée. Elle permettra certes de faire face aux besoins immédiats, mais rendra difficile les planifications à moyen terme et engendrera une habitude de retard dans la facturation qui a perduré de manière importante jusqu'en 2010.

Par ailleurs, un crédit-tampon avait été prévu pour les structures prenant en charge les personnes handicapées. En raison de la limitation de l'assurance dépendance au besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie au détriment des besoins d'accompagnement social et éducatif, les responsables de ces structures craignaient en effet que leurs moyens financiers ne soient insuffisants. Il n'en fut rien. Le crédit-tampon ne fut jamais utilisé. Au contraire, les moyens financiers octroyés par l'assurance dépendance aux structures pour personnes handicapées se sont révélés plus élevés que ceux qui étaient accordés par voie de subvention, imposant de la sorte aux prestataires de rembourser des fonds au Ministère de tutelle.

Ceci étant dit, rappelons que la date d'entrée en application de la totalité des dispositions de la loi était fixée au 1er janvier 1999. Le droit aux prestations de l'assurance dépendance commence à cette date, pour les bénéficiaires à domicile, en établissement d'aides et de soins ou dans une structure pour personnes handicapées.

Malgré toutes les précautions prises, la mise en place de l'assurance dépendance fut laborieuse pour tous les intervenants : Cellule d'évaluation et d'orientation, Caisse nationale de santé (à l'époque Union des caisses de maladie), les prestataires et même l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) qui assumait les missions dévolues à l'organisme gestionnaire jusqu'au 1er janvier 1999. C'est l'IGSS qui élaborait le règlement grand-ducal fixant les valeurs monétaires applicables en 1999⁵.

Un premier bilan, demandé par la Chambre des députés lors du vote de la loi, fut déposé le 31 mars 1999 et présenté à la Chambre des députés par Madame Mady DELVAUX en date du 28 avril 1999. Le débat⁶ autour de ce bilan s'attacha aux problèmes du démarrage de l'assurance dépendance. La pénurie de lits de soins fut également un thème abondamment discuté lors de cette séance. Cette préoccupation était en effet tout à fait cruciale à l'époque et l'on rappellera que l'assurance dépendance avait été instaurée pour développer des alternatives à l'hébergement.

Ce débat se clôtura sur un vote de trois motions. La première demandait au gouvernement d'augmenter le personnel de la Cellule d'évaluation et d'orientation de façon à lui permettre de remplir plus rapidement ses missions. La seconde prônait que le recrutement dans les établissements d'aides et de soins se fasse en fonction de la gravité de la dépendance. La troisième attendait du Gouvernement qu'il entame les démarches nécessaires pour garantir que le remboursement des soins par l'assurance dépendance engendre une baisse du prix de pension.

Même s'ils étaient hésitants, les premiers pas des années 1999 et 2000 étaient décisifs pour l'assurance dépendance. C'est le cas des négociations des valeurs monétaires qui étaient menées pour la première fois en 2000 par l'organisme gestionnaire et jetaient les bases de la méthodologie de la valeur monétaire. C'était également le cas de l'ajout à la liste existante d'un certain nombre d'aides techniques qui, à la lumière de l'expérience des premiers mois, se révélèrent nécessaires dans les soins de longue durée. Une première modification de la loi s'imposa **dès décembre 1998** pour permettre la gestion de la période s'écoulant entre la demande et la décision (période transitoire) ainsi que la gestion des prestations pour les personnes décédées avant leur évaluation.

5 Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 déterminant les valeurs monétaires pour les établissements d'aides et de soins dans le cadre de l'assurance dépendance.

6 28 avril 1999 - compte rendu de la 43^e séance de la Chambre députés, pp 2718-2782.

1.4 LE SECOND BILAN ET LE DÉBAT PARLEMENTAIRE DU 2 MAI 2001

Un deuxième bilan, prévu par le programme gouvernemental de 1999, fut réalisé en 2001 après une très large consultation de tous les intervenants dans l'assurance dépendance (Ministères concernés, prestataires, fournisseurs d'aides techniques, Inspection générale des finances et experts des problèmes des populations concernées). Des réunions régulières de la Commission consultative⁷ ont été convoquées de janvier à mars 2001, afin d'en accompagner la rédaction.

Ce bilan fit l'objet d'un débat à la Chambre des députés le 2 mai 2001⁸ sur une interpellation du député Monsieur Lucien LUX.

Dans ce débat, on retrouve des thèmes récurrents lorsqu'il est question de dépendance : retards dans le travail d'évaluation, pénurie de lits de soins de longue durée, nécessité d'une planification des infrastructures de soins de longue durée, manque de coordination entre les acteurs de soins de longue durée, nécessité d'une information du public, inadaptation de l'assurance dépendance au secteur des personnes handicapées.

Mais il est intéressant de relever l'apparition de sujets nouveaux.

Relevons ici la critique de la méthodologie de l'évaluation et plus particulièrement l'importance de l'évaluation individuelle, dont il fut souvent question dans les milieux professionnels, mais qui n'avait jamais été évoquée par les parlementaires. Pour la première fois, on souligna l'importance de l'introduction de critères d'évaluation et la nécessité de créer une commission des normes.

L'accent fut également porté sur l'importance de créer des structures de moyen séjour, des structures à taille réduite et des structures de revalidation.

Citons la place importante donnée à la qualité des soins et la nécessité du contrôle, complémentairement aux contrôles effectués dans le cadre de la loi ASFT, de la qualité et de la quantité des prestations accordées.

Huit motions furent déposées. Six furent rejetées. Deux furent acceptées, dont une après modification. La première motion retenue préconisait une réunion de toutes les parties concernées en vue d'une analyse des moyens de réduire les retards dans le travail d'évaluation. La seconde concernait les personnes en fin de vie et préconisait une analyse des possibilités d'adapter les plafonds de l'assurance dépendance aux besoins très élevés de ces personnes.

Avec le recul, on peut mesurer combien l'établissement de ce bilan était prématuré si l'objectif en était de tirer des conclusions sur le bien-fondé de l'introduction d'une assurance dépendance. L'assurance dépendance ne constitue certes pas la branche la plus importante de la sécurité sociale. Toutefois, elle est une branche complexe, impliquant de nombreux interlocuteurs. De plus, elle touche une fraction limitée de la population et reste mal connue en dehors du public directement concerné. Par manque de distance et de données pour une analyse objective, ce bilan pouvait tout au plus constituer une mesure floue de l'anxiété des acteurs, inhérente à tout démarrage quel qu'il soit.

Ce bilan allait néanmoins constituer une étape intéressante dans l'évolution de l'assurance dépendance. Il fut ainsi à l'origine de la convocation de la première réunion des partenaires de l'Action concertée prévue dans la loi sur l'assurance dépendance.

1.5 DE L'ACTION CONCERTÉE AU DÉPÔT DU PROJET MODIFIANT LA LOI DU 19 JUIN 1998

La première (et la seule) réunion de l'Action concertée de l'assurance dépendance fut convoquée pour le 10 octobre 2001. Cette réunion avait pour objet d'examiner le bilan général présenté à la chambre afin d'en tirer les éventuelles conclusions. Établi en vue d'une amélioration, ce bilan avait cherché à épinglez les aspects qui étaient, à l'époque, perçus comme des limites de la législation existante, ainsi que les changements proposés par les différentes parties concernées.

Ce bilan avait notamment mis en évidence certains problèmes liés à la définition de la dépendance. Ainsi, il avait attiré l'attention sur un nombre élevé de refus chez les personnes démentes dont le besoin d'aide était insuffisant pour satisfaire au seuil et pour qui les prestataires réclamaient des mesures de prévention. De même, nous avons pu relever l'exclusion de certaines personnes présentant des problèmes de mobilité, qui avaient peu de besoins pour les actes essentiels de la vie,

⁷ La Commission consultative instaurée dans le cadre de l'assurance dépendance et dont la fonction est d'aviser le questionnaire médical, le relevé-type d'aides et de soins, les projets d'action expérimentale, ainsi que de proposer des listes d'aides techniques, était composée à l'époque du délégué du Ministre de la Sécurité sociale, de deux membres de la CEO, de membres désignés respectivement par les ministres de la Famille et de la Santé, du Président de l'organisme gestionnaire ou de son délégué, de deux délégués représentant les assurés, de deux délégués représentants des prestataires et de représentants du conseil supérieur des personnes âgées et du conseil supérieur des personnes handicapées.

⁸ 2 mai 2001 - compte rendu de la 48^e séance de la Chambre des députés, pp 1803-1846.

mais auraient eu besoin d'une adaptation du logement et de prestations de conseil. D'un autre côté, le bilan avait attiré l'attention sur les personnes présentant un déficit visuel, auditif ou des troubles de la communication, pour lesquelles la loi prévoit des prestations en espèces, alors qu'elles nécessiteraient d'autres formes d'aides. La place de l'enfant dans l'assurance dépendance, les difficultés rencontrées pour son évaluation et l'apport de prestations adaptées à ses besoins spécifiques constituèrent également des points de réflexion. La place des structures pour personnes handicapées dans un environnement législatif prévu davantage pour des personnes âgées, la nécessité d'une coordination des interventions entre les différents acteurs et l'intégration de l'assurance dépendance dans une politique globale de prise en charge des personnes handicapées avaient été des sujets amplement discutés.

La nécessité d'introduire dans l'assurance dépendance, à l'instar de l'Allemagne, le concept de la qualité des prestations constitua néanmoins le thème le plus largement commenté. L'idée d'une commission des standards et normes dans les soins de longue durée commença à poindre chez plusieurs interlocuteurs. A cela s'ajoutait la nécessité du contrôle de la qualité, mais aussi de la quantité des prestations apportées, tant par les prestataires que par l'aidant informel, rappelant de la sorte l'importance du montant de la prestation en espèces et de la nécessité de son utilisation aux fins prévues par la loi.

Cette réunion de l'Action concertée⁹ constitua la première étape de la modification de la loi sur l'assurance dépendance¹⁰.

1.6 LES MODIFICATIONS DE LA LOI EN 2005

Les modifications de la loi en 2005 ne touchèrent aucun aspect fondamental de la loi de 1998. Comme nous l'avons dit précédemment, il avait été difficile de faire un bilan nuancé et objectif de l'assurance dépendance. En conséquence, il eut été téméraire de toucher aux fondements de la loi. En 2005, les modifications ont surtout consisté en une consolidation d'aspects existants et en ajouts de maillons manquants.

Ainsi, la loi modifiée intègre l'important thème de la qualité des aides et soins, dont il fut souvent question dans le bilan et dans les débats autour du bilan. Elle met l'accent, non seulement sur le contrôle mais aussi sur l'aspect de la promotion de qualité des aides et soins tant dans le chef des soignants professionnels que pour les aidants informels. Un organe nouveau, à savoir la Commission de qualité des prestations, est introduit dans l'ensemble structurel encadrant l'assurance dépendance. La Commission de qualité des prestations aura pour mission de proposer des normes et des standards de référence pour la qualité des aides et soins, des aides techniques et des adaptations du logement. Dans le même contexte, la Cellule d'évaluation et d'orientation se verra attribuer deux nouvelles missions : le contrôle de la qualité des prestations fournies à la personne dépendante et le contrôle de l'adéquation des prestations effectivement dispensées aux besoins de la personne dépendante.

Les modifications de 2005 introduisirent une plus grande souplesse dans l'accès aux prestations. Les adaptations du logement pourront dorénavant être attribuées sans égard au seuil pour les aides et soins, les personnes en rééducation auront droit à des prestations en nature, pour leurs séjours temporaires à domicile, des prestations supplémentaires seront prévues pour les situations de fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance. La loi modifiée permet aussi le dépassement de la limite de vingt-quatre heures et demie pour les actes essentiels de la vie tant à domicile qu'en établissement. Ainsi, dans des cas d'une gravité exceptionnelle, la prise en charge pourra être portée jusqu'à trente-huit heures et demie par semaine.

Au chapitre des prestataires, la loi modifiée apporta une nouveauté en définissant les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent. Ce nouveau type serait réservé aux institutions pour personnes handicapées. Il permettra de mieux répondre au besoin de flexibilité des personnes handicapées alternant des séjours à domicile et en établissement.

9 Un rapport complet de la réunion de l'Action concertée du 10 octobre 2001 peut être consulté au Ministère de la sécurité sociale. Il est daté du 27 novembre 2001.

10 Loi du 23 décembre 2005 modifiant 1. Différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance ; 2. Les articles 12, 92 et 97 du Code des assurances sociales ; 3. La loi du 25 juillet 2005 modifiant 1) le Code des assurances sociales ; 2) la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois ; 3) la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension ; 4. La loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension.
Documents parlementaires n° 5146.

Pour ce qui est des relations entre l'organisme gestionnaire et les prestataires, la loi prévoit la conclusion d'une convention-cadre négociée avec l'organisme représentatif des prestataires, remplaçant les contrats d'aides et de soins proposés à chaque prestataire individuellement.

La loi modifiée introduit deux nouvelles valeurs monétaires qui s'ajouteront aux valeurs existantes et s'adresseront respectivement aux centres semi-stationnaires et aux nouveaux établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.

Enfin, une modification importante a trait à la valeur de la prestation en espèces. Jusqu'à la modification de la loi, la valeur de la prestation en espèces représentait la moitié de la prestation en nature négociée pour les réseaux d'aides et de soins. Le montant s'avérait particulièrement élevé en comparaison du montant du salaire social minimum. A partir du 1er janvier 2006, la valeur de la prestation en espèces allait être décrochée de la valeur de la prestation en nature et fixé à la valeur de 25 euros pour une période indéterminée.

Il faut également mentionner l'abandon du doublement du montant de la prestation en espèces pendant 3 semaines, et de la prise en charge simultanée des prestations en nature lors d'un séjour temporaire en établissement stationnaire.

1.7 LA CONFÉRENCE SUR LES SOINS DE LONGUE DURÉE POUR PERSONNES ÂGÉES DE 2005¹¹

Dans la construction laborieuse du système de l'assurance dépendance, la conférence organisée en mai 2005 sur les soins de longue durée pour personnes âgées, conjointement par la présidence luxembourgeoise de l'Union européenne et par le Comité de protection sociale, fut l'occasion de prendre de la distance et de rappeler des objectifs fondamentaux, parfois oubliés dans les turbulences du démarrage.

La conférence réunit plus de 200 experts des soins de longue durée en Europe. Elle se situa dans la suite des travaux autour des priorités de la stratégie de Lisbonne pour " moderniser le modèle social européen ", par l'application de la méthode ouverte de coordination.

Elle avait pour but de faire le point sur **les soins de longue durée pour personnes âgées** au sein de l'Union européenne, afin de diffuser les approches suivies par les pays membres pour garantir l'accès des personnes âgées aux soins de longue durée.

Le thème fut abordé sous quatre angles :

- *Les besoins des personnes âgées en soins de longue durée*

Ce concept recouvre des contenus différents au niveau européen et dans le contexte national des pays. Un recensement des **définitions données au concept** dans l'Union et dans les différents pays fut présenté. Un même recensement fut établi et présenté pour les procédures d'évaluation des besoins individuels.

- *Les responsabilités*

Celles-ci sont partagées entre l'Etat et la famille. Le rôle de la famille, le poids de ce rôle, les synergies des familles et des professionnels au service de la personne furent au centre des débats. Différents modèles de prise en charge dans l'Union européenne purent ainsi être décrits.

- *La protection sociale*

L'évolution de la protection sociale et ses avantages dans le domaine des soins de longue durée : accroissement, diminution, suppléance des assurances privées à la protection sociale, furent un troisième axe de réflexion.

- *La justice sociale dans les soins de longue durée*

Enfin, une réflexion de fond sur les valeurs d'autonomie, de justice et d'équité, incontournables préalables pour un dialogue intra-européen en vue de définitions communes, s'imposait en conclusion de la conférence.

¹¹ Le rapport complet de cette conférence a été repris dans le Bulletin luxembourgeois des questions sociales, volume 19, association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale, 2005.

1.8 L'INTRODUCTION DES MODIFICATIONS LÉGALES DE 2005

Les modifications légales sont votées en 2005 et entrent en application au 1er janvier 2007 à l'exception du nouveau calcul de la prestation en espèces qui est appliqué dès janvier 2006.

L'année 2006 fut consacrée à la finalisation des règlements grand-ducaux d'exécution de la loi¹².

La convention-cadre destinée à régler les relations entre l'organisme gestionnaire et les différents prestataires de l'assurance dépendance réclame quelques précisions. Cette convention-cadre formalise et officialise un nombre considérable de pratiques, de modes de fonctionnement, de relations et d'échanges qui se sont établis entre les prestataires et les différents organes de l'assurance dépendance depuis l'introduction de la loi en 1998. Relevons notamment toutes les règles relatives à la facturation, la documentation des prestations et la négociation des valeurs monétaires.

Deux points de la convention-cadre méritent une attention particulière :

- le chapitre sur la qualité des prestations qui, tenant compte de l'instauration de la Commission de qualité des prestations, définit les modalités pour l'intégration des propositions de qualité dans la convention-cadre ;
- le chapitre sur la prise en charge coordonnée de la personne dépendante et les modalités d'exécution de la prise en charge qui, tenant compte des nouveaux types de prestataires instaurés par la loi, définit des modalités pour leur collaboration.

Les préparatifs de l'exécution des modifications de la loi en 2007 ont également été accompagnés d'une restructuration du système informatique de gestion de l'assurance dépendance. L'importance du projet et la multiplicité des objectifs ont amené à la définition de priorités dans la réalisation. La première a été donnée aux adaptations permettant le maintien des paiements des prestations en espèces en cours au 1er janvier 2007. Cette restructuration s'étendra sur plusieurs années.

1.9 LA RÉORGANISATION DE LA CELLULE D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION

A partir de 2005, la réduction du retard dans les évaluations devint la première priorité au sein de la Cellule d'évaluation et d'orientation. Après une analyse méticuleuse du traitement des dossiers, des mesures drastiques furent mises en place pour traiter les dossiers avec plus de rapidité tout en préservant la qualité et la rigueur de la démarche. Le mode de distribution des dossiers aux différents évaluateurs a été revu fondamentalement. Il s'agit en fait de sélectionner les différents dossiers pour les orienter vers le professionnel le mieux qualifié pour les traiter de façon à éviter toute intervention superflue.

Les résultats de l'auto-évaluation par la méthode CAF (Common Assessment Framework), réalisée en 2006 par le personnel de la CEO, allaient conforter les initiatives en ce sens.

En effet, cette auto-évaluation aboutit à un plan d'action pour les années 2007 à 2010.

Le premier point de ce plan concernait la diminution des retards dans les évaluations.

En second lieu, on trouvait la nécessité d'introduction de transparence dans le fonctionnement de la CEO par une définition claire des rôles et fonctions de chacun.

La CEO allait s'atteler à une réorganisation fondamentale de son fonctionnement.

En se basant sur une définition de ses missions, des valeurs qui guident sa tâche ainsi que de sa vision, la CEO se donnera des objectifs et les moyens de les atteindre.

12 Ces règlements sont au nombre de six. Nous nous contenterons de les citer. Ils seront présentés de manière plus détaillée lorsqu'il y sera fait allusion dans la suite du bilan (Mémorial A N°240 du 29 décembre 2006).

- Le règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance ;
- Le règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant ;
- Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant : 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3. les produits nécessaires aux aides et soins ;
- Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la Commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales ;
- Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant les conditions, limites et modalités du dépassement du plan de prise en charge en cas de fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance ;
- Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 relatif au fonctionnement de la Commission de qualité des prestations prévue à l'article 387bis du Code des assurances sociales.

En premier lieu, elle se dota d'un nouvel organigramme qu'elle construisit sur la définition des fonctions de chacun dans le suivi d'une demande de prestations. Parallèlement, elle s'attacha à l'élaboration d'un référentiel des compétences qui permettra des recrutements plus judicieux et aussi d'adapter le plan de formation continue aux besoins de l'organisation et des professionnels.

A partir de 2008, elle se lança dans une refonte complète de la procédure d'évaluation de l'état de dépendance et du processus de détermination des prestations accordées.

L'étape suivante fut une description standardisée et une modélisation des différentes procédures en cours à la CEO. Ce travail est toujours en cours.

Enfin, pour garantir une meilleure qualité de service, la CEO se dota en 2009 d'une charte d'accueil et de service.

1.10 LA QUALITÉ DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Comme souligné précédemment, l'un des apports les plus marquants dans la loi en 2005 fut l'introduction du concept de qualité des prestations. La Commission de qualité des prestations prévue par le texte légal fut mise en place en mai 2007. Au fil des années, elle se profile comme une plate-forme de prédilection pour la promotion de la qualité dans les soins de longue durée.

En 2008, la Commission de qualité des prestations se donna un plan de travail pluriannuel mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité de la documentation de l'usager. Ce plan comporte aussi la formalisation de démarches dans le domaine de l'hygiène ainsi que l'élaboration d'un référentiel d'exigences communes à tout le secteur des soins de longue durée, qui permettra une auto-évaluation par chacun des acteurs.

1.11 L'ÉTUDE EN VUE DE L'ÉTABLISSEMENT D'UN SCHÉMA DE COMPTABILITÉ ANALYTIQUE DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'AIDES ET DE SOINS À SÉJOUR CONTINU^{13 14}

Faisant suite aux controverses nées de la suppression de l'intervention de l'assurance dépendance dans les tâches domestiques réalisées chez les bénéficiaires en établissements d'aides et de soins à séjour continu, le gouvernement a lancé, en début d'année 2008, un projet d'analyse scientifique portant sur la quantité et les coûts des prestations dans les établissements à séjour continu au Luxembourg.

L'étude a été prévue pour apporter une plus grande transparence dans la répartition des coûts à charge des différents financeurs d'un établissement à séjour continu : assurance dépendance, assurance maladie, Fonds national de solidarité, personne hébergée, etc.

Après 2011, la méthodologie développée dans cette étude sera utilisée pour la comptabilité dans les établissements d'aides et de soins. Cette méthodologie est basée sur une collecte des tâches réalisées par chaque professionnel.

Afin de permettre cette collecte auprès de chaque professionnel, un questionnaire comportant les prestations en lien direct et les prestations en lien indirect avec le résident, susceptibles d'être réalisés par les professionnels, a été élaboré. Ce questionnaire comporte les catégories de prestations suivantes :

- soins de base (actes essentiels de la vie) ;
- soins infirmiers et traitements ;
- activités de soutien telles que définies dans l'assurance dépendance ;
- prestations socioculturelles telles que définies dans l'accueil gériatrique ;
- prestations administratives ;
- prestations supplémentaires spécifiques à un établissement ;
- tâches domestiques.

13 Fachhochschule IENA, PRICEWATERHOUSECOOPERS LUXEMBOURG, " Manuel relatif à la saisie des activités dans les maisons de retraite et établissements de soins stationnaires luxembourgeois ", Luxembourg, février 2010. Etude commandée par le Gouvernement luxembourgeois.

PRICEWATERHOUSECOOPERS LUXEMBOURG, Fachhochschule IENA, Prof. Dr. Olaf SCUPPIN, " Fachkonzept Kostenträgerrechnung, Entwicklung einer Kostenträgerrechnung für die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen in Luxemburg ", Luxembourg, 2009.

14 Un résumé de l'étude a été présenté dans INSIGHT SantéSécu, Ausgabe 3/2010 - www.mss.public.lu.

De plus, le questionnaire permet de distinguer les bénéficiaires de l'assurance dépendance et les personnes hébergées qui n'en bénéficient pas. L'information est auto-recensée par les différents professionnels. Ceux-ci ont reçu une formation afin de garantir l'homogénéité des pratiques de recensement.

Le recensement des prestations est exécuté de façon uniforme et indépendamment des infrastructures ou concepts de soins. Les données ainsi recensées vont permettre par la suite une ventilation des coûts sur base de prestations réellement fournies par chaque établissement. Couplées au plan comptable qui fournit les informations nécessaires pour le bilan et le compte de résultat, le recensement des prestations fournit les informations pour l'affectation des prestations afin de déterminer les clefs de répartition des coûts et des recettes. On aboutit alors à une comptabilité par unité d'imputation.

Ainsi, grâce au recensement, il sera possible de comparer directement les dépenses engendrées par les prestations avec leur financement, c'est-à-dire de mettre en évidence les financements croisés entre groupes de prestations et résidents.

Le recensement des prestations par chaque établissement vise, en outre, à garantir une prise en compte des caractéristiques spécifiques de l'établissement (tels les profils des résidents, les infrastructures, la composition des effectifs du personnel) par une présentation différenciée des différents types de coûts. Enfin, la comptabilité par unité d'imputation est conçue comme un outil de transparence et une base pour la prise de décisions au service de toutes les parties participant aux négociations sur les prix.

1.12 ASSURANCE DÉPENDANCE, RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE ET INTRODUCTION DES SOINS PALLIATIFS

La loi du 13 mai 2008 introduisant le statut unique pour tous les salariés du secteur privé a entraîné une réforme importante de l'organisation de l'assurance maladie et la création de la Caisse nationale de santé. Celle-ci résulte de la fusion des caisses de maladie du secteur privé. L'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance est dès lors devenu, comme pour l'assurance maladie, la Caisse nationale de santé. Les missions de la Caisse nationale de santé dans le contexte de l'assurance dépendance n'ont pas été modifiées par rapport à l'ancienne Union des Caisses de Maladie. Seul le nom des organes a été modifié. Ainsi, le Conseil d'administration est devenu le Comité-directeur.

La loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie est entrée en vigueur le 1er avril 2009 (sauf Art.10). A cette date, la procédure interne prévue pour octroyer les prestations de l'assurance dépendance aux personnes en fin de vie a été abandonnée.

Bien qu'étant financés à charge du budget de l'assurance dépendance, les soins palliatifs ne relèvent pas de l'organisation de l'assurance dépendance. Les procédures de l'assurance dépendance se révélaient trop pesantes dans le contexte des soins palliatifs. Une procédure plus simple fut mise en place.

Il fut cependant arrêté que les personnes bénéficiaires de l'assurance dépendance nécessitant par la suite des soins palliatifs continueraient à bénéficier des prestations de l'assurance dépendance, dans la mesure où celles-ci leur seraient plus favorables.

SECTION 2 LE CADRE LÉGAL DES SOINS DE LONGUE DURÉE

2.1 INTRODUCTION

Les soins de longue durée se situent au carrefour de plusieurs législations :

- 1 la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique (dite loi ASFT) ;
- 2 la loi du 22 décembre 2000 portant a) reprise de l'établissement public " Centres de gériatrie " par l'établissement public " Centres, Foyers et Services pour personnes âgées " b) modification de la loi du 23 décembre 1998 portant création de deux établissements publics dénommés 1) Centres, Foyers et Services pour personnes âgées et 2) Centres de gériatrie ;
- 3 la loi modifiée du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance et ses différents règlements d'exécution ;
- 4 la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ;
- 5 la loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.

Il y a lieu d'y ajouter deux lois qui ont été abrogées par la loi sur l'assurance dépendance en 1998, mais dont un certain nombre de personnes continuent à bénéficier. Il s'agit de :

- 6 la loi du 16 avril 1979 portant création d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées ;
- 7 la loi du 22 mai 1989 portant création d'une allocation de soins et organisant le placement dans une maison de soins.

La loi sur l'assurance dépendance dispose entre autres dans son Art. VIII que les bénéficiaires en date du 31 décembre 1998 d'une allocation de soins ou d'une allocation pour personnes gravement handicapées continuent à en bénéficier aussi longtemps qu'ils ne recevront pas de prestations de l'assurance dépendance. Le même article précise que l'allocation de soins et l'allocation pour personne gravement handicapée seront augmentées. Cette disposition avait été décidée afin de ralentir l'introduction des demandes auprès de l'assurance dépendance. Les faits en ont décidé autrement.

Il semble utile de présenter brièvement ces différentes législations dans la mesure où la suite du bilan y fera régulièrement référence. Lorsque des explications plus précises seront nécessaires au cours de la présentation des différents chapitres, elles seront données à l'occasion.

2.2 LA LOI MODIFIÉE DU 8 SEPTEMBRE 1998 RÉGLANT LES RELATIONS ENTRE L'ÉTAT ET LES ORGANISMES OEUVRANT DANS LES DOMAINES SOCIAL, FAMILIAL ET THÉRAPEUTIQUES (DITE LOI ASFT)

Cette loi soumet l'exercice de toutes les activités sociales, familiales ou thérapeutiques à la délivrance préalable d'un agrément écrit accordé par le Ministère de tutelle. Cet agrément est obligatoire pour les personnes physiques et morales de droit privé et de droit public.

Sous le titre d'activités sociales, familiales ou thérapeutiques, la loi entend placer les activités suivantes :

- l'accueil ou l'hébergement de jour ou de nuit de trois personnes simultanément ;
- l'offre de services de consultation, d'aide, de prestations de soins, d'assistance, de guidance, de formation sociale, d'animation ou d'orientation professionnelle.

La loi définit les conditions requises et les modalités de l'obtention de l'agrément ainsi que les circonstances et modalités du refus et du retrait.

Les fonctionnaires chargés du contrôle des conditions de l'agrément ont la qualité d'officier de police judiciaire.

La même loi prévoit les modalités selon lesquelles l'Etat peut accorder un soutien financier pour les activités sociales, familiales ou thérapeutiques. Elle définit également quelles dépenses peuvent être prises en compte pour la détermination de cette participation.

Dans le même ordre d'idées, cette loi prévoit la possibilité pour l'Etat de participer aux dépenses d'investissement pour des immeubles destinés aux activités sociales, familiales ou thérapeutiques. Cette participation peut atteindre 50% des dépenses voire 80% et même 100%.

Enfin, cette loi crée une Commission d'harmonisation et un Comité de concertation. Ces organes ont entre autres pour mission d'émettre un avis sur la convention-type conclue en cas de participation financière de l'Etat aux activités régies par la loi mais aussi de surveiller l'application de ces conventions, d'analyser les décomptes des services conventionnés et de faire des recommandations pour la planification et la coordination des activités conventionnées.

Cette loi est particulièrement importante pour l'assurance dépendance dans la mesure où l'agrément constitue l'une des conditions requises pour devenir prestataire.

La loi sur l'assurance dépendance dispose aussi qu'un règlement grand-ducal peut préciser quels sont les agréments requis dans l'assurance dépendance (Art. 389 (2) alinéa 2 du CSS). Un tel règlement n'a jamais été pris. Par ailleurs, il y a lieu de relever que les dispositions de l'agrément ne correspondent pas nécessairement avec les exigences du relevé des aides et soins et de la convention-cadre de l'assurance dépendance. Ces points feront l'objet d'une analyse dans la suite du rapport.

Deux règlements grand-ducaux, précisant les conditions d'application de la loi, concernent plus particulièrement l'assurance dépendance.

2.2.1 LE RÈGLEMENT CONCERNANT L'AGRÉMENT GOUVERNEMENTAL À ACCORDER AUX GESTIONNAIRES DE SERVICE POUR PERSONNES HANDICAPÉES¹⁵

Il précise les conditions pour obtenir l'agrément. Ces conditions ont trait à l'honorabilité du promoteur, aux normes en matière de personnel (nombre et qualification) et en matière d'infrastructure. Il définit les modalités du contrôle et de la demande.

Les sept types de services aux personnes handicapées concernées par l'agrément sont :

- les services d'aide précoce ;
- les services d'assistance à domicile ;
- les services d'hébergement ;
- les services de formation ;
- les services d'emploi ou " atelier protégé " ;
- les services d'activités de jour ;
- les services d'information, de consultation et de rencontre.

¹⁵ Règlement grand-ducal du 23 avril 2004 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées (modifié par le règlement grand-ducal du 19 décembre 2008).

2.2.2 LE RÈGLEMENT GRAND-DUCAL CONCERNANT L'AGRÈMENT GOUVERNEMENTAL À ACCORDER AUX GESTIONNAIRES DE SERVICE POUR PERSONNES ÂGÉES¹⁶

Il précise les conditions pour obtenir l'agrément. Les premières sont des obligations générales portant sur le contenu des différentes activités.

On y trouve les conditions relatives à l'honorabilité du promoteur, aux normes en matière de personnel, tant pour le personnel dirigeant que le personnel d'encadrement (nombre et qualification) et en matière d'infrastructure. Il définit aussi les modalités du contrôle et de la demande.

Les douze types de services aux personnes âgées concernées par l'agrément sont :

- les centres intégrés pour personnes âgées ;
- les maisons de soins ;
- les logements encadrés pour personnes âgées ;
- les centres psycho-gériatriques ;
- les centres régionaux d'animation et de guidance pour personnes âgées ;
- l'aide à domicile ;
- les soins à domicile ;
- le repas sur roues ;
- l'appel-assistance externe ;
- les activités seniors ;
- les centres de récréation, d'orientation, de validation et de réactivation ;
- les centres d'accueil pour personnes en fin de vie.

2.3 LA LOI CRÉANT L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC CENTRES, FOYERS ET SERVICES POUR PERSONNES ÂGÉES

Jusqu'en 1998, l'Etat gérait plusieurs structures d'hébergement pour personnes âgées. Le plan national pour personnes âgées distinguait les centres intégrés pour personnes âgées, qui relevaient de la tutelle du ministère de la Famille et les maisons de soins qui relevaient de la tutelle du ministère de la Santé.

En 1998, l'introduction de l'assurance dépendance imposait que toutes les structures d'hébergement soient mises sur un pied d'égalité. Pour cette raison, il a été décidé que les structures d'hébergement de l'Etat seraient reprises par deux établissements publics. L'établissement public " *Centres, Foyers et Services pour personnes âgées* " regrouperait les structures relevant de la tutelle du ministère de la Famille et en parallèle, l'établissement public " *Centres de gériatrie* " regrouperait les structures relevant de la tutelle du ministère de la Santé. A l'époque, en effet, on considérait que la gérontologie relevait plutôt du ministère de la Famille, alors que la gériatrie incombait au ministère de la Santé.

En 2000, les deux établissements publics ont fusionné. Toutes les anciennes structures étatiques pour personnes âgées relèveront dorénavant d'un seul établissement public, à savoir " *Centres, Foyers et Services pour personnes âgées* " connu sous l'appellation SERVIOR.

¹⁶ Règlement grand-ducal du 8 décembre 1999 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées (modifié par le règlement grand-ducal du 10 décembre 2009 ; texte coordonné : voir Mémorial A N°107 du 13 juillet 2010).

2.4 LA LOI SUR L'ASSURANCE DÉPENDANCE

D'application depuis le 1er janvier 1999, la loi du 19 juin 1998 sur l'assurance dépendance se caractérise par la mise en place des dispositions suivantes :

- création d'une assurance obligatoire ;
- création au profit des personnes protégées d'un droit inconditionnel à des prestations en nature et subsidiairement, à des prestations en espèces pour leur permettre de se procurer des aides et soins dans les actes essentiels de la vie auprès de tierces personnes ;
- institution d'un système d'évaluation, d'orientation et de prise en charge des personnes dépendantes ;
- organisation des relations avec les prestataires d'aides et de soins dans le cadre du maintien à domicile et en établissement ;
- institution d'un système de financement mixte afin de créer une assise financière à la nouvelle forme d'assurance.

2.4.1 DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE

La dépendance est définie comme *" l'état d'une personne qui, par suite de maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature, a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie "*.

La définition adoptée se structure autour de quatre éléments :

- le besoin d'aide doit porter sur les actes essentiels de la vie, à savoir les actes des domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité ;
- le besoin d'aide d'une tierce personne doit présenter une durée minimale. L'assurance dépendance ne concerne pas les dépendances de courte durée, liées à un problème aigu. La durée de l'état de dépendance doit être prévisible pour un minimum de six mois ou être irréversible ;
- le besoin doit être important et régulier. La limite inférieure pour l'accès aux prestations de l'assurance dépendance est fixée à **un minimum de trois heures et demie par semaine** ;
- la dépendance doit être liée à une maladie physique, mentale ou psychique ou une déficience de même nature.

Le besoin d'aide d'une tierce personne **peut s'exprimer sous différentes formes** selon la nature et la gravité de la dépendance : la personne peut ainsi être physiquement totalement ou partiellement incapable de poser l'acte. Elle peut aussi être incapable de poser l'acte en raison de barrières psychiques ou mentales, alors que ses capacités physiques lui permettraient encore de l'exécuter. La loi prévoit ainsi que l'aide apportée peut consister soit en soutien ou surveillance, soit en une aide supplétive.

2.4.2 LE CERCLE DES PERSONNES PROTÉGÉES

Le champ des personnes protégées en assurance dépendance est identique à celui de l'assurance maladie soins de santé.

2.4.3 LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Suivant que la personne dépendante se trouve dans un domicile privé ou dans un établissement d'aides et de soins, les prestations peuvent être différentes. Toutefois, lors des modifications de 2005, un pas vers l'harmonisation entre le domicile et l'établissement a été franchi.

2.4.3.1 PRESTATIONS LORSQUE LA PERSONNE SE TROUVE À DOMICILE

Lorsque la personne à **domicile** est reconnue dépendante par la Cellule d'évaluation et d'orientation, elle pourra avoir droit, en fonction de ses besoins, aux prestations suivantes :

- aides et soins pour les actes essentiels de la vie¹⁷ ;
- aide pour la prise en charge de l'entretien courant du logement et du linge ;
- aide pour les tâches domestiques exceptionnelles liées à des circonstances particulières dans l'état de dépendance ;
- activités de soutien. Les activités de soutien sont, comme toutes les prestations de l'assurance dépendance, centrées sur le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie. Elles pourront consister en une présence au domicile de la personne qui ne peut rester seule, en une aide individuelle spécialisée, un accompagnement pour une sortie ou des courses ou la fréquentation d'un centre semi-stationnaire. Ces activités de soutien peuvent être des activités individuelles ou de groupe ;
- conseils professionnels destinés à préserver le potentiel d'autonomie de la personne et à permettre à l'entourage l'apprentissage de gestes adéquats pour l'aide et les soins ;
- la mise à disposition d'aides techniques (fauteuil roulant, lit adapté, canne d'appui, coques...) ;
- les adaptations du logement nécessaires à une amélioration de l'accessibilité, favorisant ainsi l'autonomie et le maintien à domicile de la personne dépendante ;
- une aide financière pour l'achat de produits nécessaires aux aides et soins ;
- le paiement des cotisations à l'assurance pension pour la personne de l'entourage qui assure à domicile les aides et soins à la personne dépendante.

2.4.3.2 PRESTATIONS LORSQUE LA PERSONNE SE TROUVE EN ÉTABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS

En établissement, la personne dépendante pourra avoir droit, en fonction de ses besoins, aux prestations suivantes :

- aides et soins pour les actes essentiels de la vie ;
- aide pour les tâches domestiques exceptionnelles liées à des circonstances particulières dans l'état de dépendance¹⁸ ;
- activités de soutien ;
- prise en charge des aides techniques reprises sur une liste définie par règlement grand-ducal¹⁹ ;
- le forfait pour produits nécessaires aux aides et soins n'est pas octroyé individuellement dans les établissements d'aides et de soins. Toutefois la valeur monétaire des prestations englobe ces produits. Ainsi la personne dépendante est en droit de recevoir gratuitement les produits nécessaires aux aides et soins lorsqu'elle séjourne en établissement.

17 **la nutrition** : préparation des aliments en vue d'une absorption adaptée ainsi que l'assistance pour cette absorption.

l'hygiène corporelle : assistance pour faire sa toilette, assurer l'hygiène buccale, les soins de la peau et des téguments ainsi que l'aide pour l'élimination.

la mobilité : aide pour l'exécution des transferts, les changements de position, l'aide destinée à maintenir la personne dans une posture adaptée, l'habillage et le déshabillage, les déplacements à l'intérieur du logement, dans les escaliers, aide pour la sortie et l'entrée dans le logement.

18 Le forfait pour tâches domestiques courantes dans les établissements d'aides et de soins a été supprimé, à partir de 2007, lors des modifications légales de 2005, au motif qu'il faisait double emploi avec le prix de base mensuel payé par la personne hébergée. La liste des actes compris dans le prix de l'accueil gérontologique reprenait plusieurs tâches domestiques courantes. Dans l'attente de la finalisation de l'étude sur les tâches domestiques demandée par le Gouvernement, une mesure transitoire dispose que les tâches domestiques au profit des personnes dépendantes séjournant en établissement seront prises en charge par deux forfaits de 1,19 heures par semaine pour les tâches imputables indirectement et 1,38 heures pour les tâches imputables directement aux personnes dépendantes.

19 Art. 16bis du règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant 1. Les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance 2. Les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance 3. Les produits nécessaires aux aides et soins.

2.4.3.3 CONVERSION DES PRESTATIONS EN NATURE EN PRESTATIONS EN ESPÈCES

Lorsque la personne est à domicile, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques peuvent être remplacées partiellement ou intégralement par une **prestation en espèces**, destinée au bénéficiaire afin qu'il puisse avoir recours à une personne de son entourage en mesure de lui apporter les aides et soins en dehors d'un réseau d'aides et de soins.

Le nombre d'heures d'aides et soins susceptibles d'être remplacées par une prestation en espèces a été défini de la façon suivante :

- jusqu'à sept heures d'aides et de soins par semaine, la personne peut remplacer la totalité par une prestation en espèces ;
- entre sept et quatorze heures, seule la moitié peut être remplacée par une prestation en espèces, à condition que la personne soit disposée à accepter une aide professionnelle pour l'autre moitié ;
- au-delà de quatorze heures, le remplacement n'est plus possible.

La personne dépendante peut aussi combiner des prestations en nature avec des prestations en espèces et recourir à la fois à un réseau d'aides et de soins et à une personne de son entourage.

La valeur monétaire horaire de la prestation en espèces est de 25 EUR. Cette prestation n'est pas indexée.

2.4.3.4 PLAFOND DES PRESTATIONS

- Pour les domaines des **actes essentiels de la vie**, la prise en charge des aides et soins ne peut dépasser vingt-quatre heures et demie par semaine ;
- Cette prise en charge peut être augmentée jusqu'à 38,5 heures par semaine pour des situations exceptionnelles, constatées par la Cellule d'évaluation et d'orientation ;
- La prise en charge peut être majorée de deux heures et demie pour **les tâches domestiques**. Ce forfait peut être augmenté d'une heure et demie pour des besoins exceptionnels.
- **Les activités de soutien** peuvent être prises en charge pour un maximum de quatorze heures par semaine ;
- **Les conseils** sont accordés en début de prise en charge. Ils ne constituent pas des prestations récurrentes.

2.4.3.5 FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Les ressources nécessaires au financement de l'assurance sont constituées (Art. 375 (2) du CSS) :

- par une contribution à charge du budget de l'Etat²⁰ représentant 35% des dépenses pour l'année 2012 et 40% pour l'année 2013 ;
- par une contribution spéciale consistant dans le produit de la taxe " électricité " ;
- pour le restant par une contribution dépendance à charge des contribuables ;
- l'assiette de la contribution est constituée par les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine ;
- le taux de la contribution dépendance est fixé à 1,4%.

20 La loi de 1998 fixait la participation de l'état à 45% des dépenses. Le taux de cotisation correspondait à 1% de l'ensemble des revenus. Ensuite, la contribution de l'Etat a été revue et diminuée à 40% des dépenses.

La loi du 22 décembre 2006 promouvant le maintien dans l'emploi et définissant des mesures spéciales en matière de sécurité sociale et de politique de l'environnement (Mémorial A N° 239 du 29 décembre 2006) a fixé le taux de cotisation à 1,4% (article 33-2) et la contribution de l'Etat à 140 millions d'euros (article 34). Cet article précisait toutefois que la contribution de l'Etat serait augmentée si les 140 millions représentaient moins de 40% des dépenses (au 31 décembre de l'année 2009).

Pour le budget 2012, conformément à l'article 34 de la loi du 22 décembre 2006 et afin d'éviter un déficit à court terme, le gouvernement a décidé de fixer la participation de l'Etat pour l'exercice 2012 à 35% et pour l'exercice 2013 à 40% des dépenses courantes.

2.5 LA LOI MODIFIÉE DU 12 SEPTEMBRE 2003 RELATIVE AUX PERSONNES HANDICAPÉES

La loi du **12 septembre 2003** traite du revenu des personnes handicapées. Elle s'adresse aux personnes ayant atteint l'âge de dix-huit ans.

Jusqu'à l'âge de dix-huit ans avec une prolongation éventuelle jusqu'à l'âge de 27 ans, la personne handicapée reçoit les prestations familiales et l'allocation spéciale supplémentaire²¹. Elle peut, le cas échéant bénéficier d'une pension d'orphelin.

La loi du 12 septembre 2003 définit la qualité de travailleur handicapé et le droit au revenu pour personnes gravement handicapées qui ne peuvent travailler.

Une personne a la qualité de travailleur handicapé si elle présente une diminution de sa capacité de travail de 30% au moins, survenue par suite d'un accident de travail, d'événements de guerre ou d'une déficience physique mentale sensorielle ou psychique et est reconnue apte à exercer un emploi salarié sur le marché du travail ordinaire ou dans un atelier protégé.

Une Commission médicale est compétente pour la procédure de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (TH).

Cette Commission médicale est également compétente pour décider que la personne handicapée n'est pas en mesure de travailler et qu'elle est dès lors en droit de prétendre au revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH).

L'évaluation médicale se fait soit sur base d'un rapport médical du médecin traitant soit par une consultation médicale de la personne concernée réalisée par la Commission médicale. Seules les personnes adultes, en âge de travailler, sont évaluées par cette Commission.

La Commission d'orientation et de reclassement professionnel est compétente pour l'orientation, soit vers le marché du travail ordinaire, soit vers les ateliers protégés.

Si la personne est orientée vers l'atelier protégé, son salaire est au moins égal au taux horaire du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié.

Si la personne est orientée vers le marché du travail ordinaire, son salaire ne pourra être inférieur à celui des autres travailleurs.

Pour garantir au travailleur, une rémunération équivalente à celle d'un travailleur à rendement normal, une **participation de l'Etat** peut être allouée sur avis de la Commission d'orientation et de reclassement professionnel. Cette participation est calculée en fonction de la perte de rendement du travailleur handicapé par rapport à un rendement normal. Ainsi, si un TH apporte une plus-value de 40% sur le marché de travail ordinaire ou protégé (elle serait de 100% chez un travailleur normal => il y a une perte de 60%), la perte de rendement de 60% est couverte par une participation de l'Etat versée à l'employeur par le Fonds pour l'emploi.

Les personnes présentant un handicap grave, empêchant toute possibilité de travail, peuvent prétendre au revenu pour personnes gravement handicapées.

De même, une personne handicapée qui ne trouve pas de poste adapté à sa compétence peut demander le RPGH.

21 L'article 272 alinéa 4 du CSS dispose que tout enfant âgé de dix-huit ans, atteint d'une ou plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou diminution permanente d'au moins cinquante pour cent de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge a droit à une allocation spéciale supplémentaire de 185,60 euros (article 2, 20° de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, qui a introduit le livre V dans le CSS).

2.6 LA LOI DU 30 AVRIL 2004 AUTORISANT LE FONDS NATIONAL DE SOLIDARITÉ À PARTICIPER AUX PRIX DES PRESTATIONS FOURNIES DANS LE CADRE DE L'ACCUEIL AUX PERSONNES ADMISES DANS UN CENTRE INTÉGRÉ POUR PERSONNES ÂGÉES, UNE MAISON DE SOINS OU UN AUTRE ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL ASSURANT UN ACCUEIL DE JOUR ET DE NUIT

Cette loi définit les conditions d'intervention du Fonds national de solidarité (FNS) pour payer un complément aux prix des prestations apportées aux personnes âgées. Lorsque la personne ne peut payer le prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gériatrique, le Fonds national de solidarité est autorisé à verser un complément.

Le règlement grand-ducal d'exécution du 27 septembre 2004 (modifiée par le règlement grand-ducal du 17 décembre 2010) détermine quant à lui les modalités du calcul de l'intervention et de la restitution du complément. Il définit également le contenu de *l'accueil gériatrique*, c'est-à-dire les actes qui sont à prêter obligatoirement dans le cadre de l'accueil gériatrique.

2.6.1 LE CONCEPT D'ACCUEIL GÉRIATRIQUE

Pour comprendre le système d'intervention du FNS, il est nécessaire de préciser ce qu'il faut entendre par accueil gériatrique. Le concept d'accueil gériatrique définit tous les actes qui doivent être prestés au service des personnes accueillies. Il comprend l'hébergement dans une chambre individuelle meublée de 12 m² au minimum, comportant le chauffage central et le raccordement à l'eau chaude et froide. Il comprend aussi la prestation d'un certain nombre d'actes d'aides à la personne.

Citons entre autres :

- certains actes du domaine de l'hôtellerie (repas, boissons, collations, logement et mobilier adéquats, entretien du logement, éclairage, chauffage, etc.) ;
- certains actes relevant de la santé et de la sécurité (permanence d'assistance, assistance aux soins corporels non requis par l'assurance dépendance, constitution d'un dossier individuel, documentation des aides et soins, gestion des médicaments, etc.) ;
- certains actes d'assistance dans la vie quotidienne (contrat d'hébergement, conseils pour l'hygiène personnelle, la tenue vestimentaire, conseils de prévention, assistance pour l'organisation de déplacements, etc.) ;
- certains actes d'animation socioculturelle, la promotion des compétences individuelles, l'assistance philosophique et religieuse.

Le coût de l'ensemble de ces actes constitue la référence pour le calcul de l'intervention du FNS.

2.6.2 MONTANT DE LA PARTICIPATION DU FONDS NATIONAL DE SOLIDARITÉ AU COÛT DE L'ACCUEIL GÉRIATRIQUE

- Le montant est déterminé en fonction d'un montant maximal mensuel du coût des prestations par service. Ce montant peut être modulé en fonction de critères de qualité. Un surplus qualité (calculé sur base de points) vient en augmentation du montant minimum mensuel de référence.
- Il permet ainsi d'augmenter le prix de référence à concurrence duquel le FNS peut intervenir et sur base duquel il versera le complément. Le montant de base est actuellement fixé à 248,48 euros par personne (n.i. 100).
- Le complément ne peut pas dépasser le montant facturé par l'établissement.
- Le complément tient compte des **ressources personnelles** du bénéficiaire.
- Les créances alimentaires dues par les débiteurs d'aliments sont prises en compte pour le calcul des ressources du bénéficiaire. Si elles n'ont pas été fixées par le juge ou si le débiteur ne s'en acquitte pas, le FNS peut demander au bénéficiaire de faire valoir ses droits.
- Une part de ces ressources, destinée à couvrir les besoins personnels du bénéficiaire est immunisée. Le montant de cette part est fixé par règlement grand-ducal (règlement grand-ducal du 27 septembre 2004, modifié par règlement grand-ducal du 17 décembre 2010).
- Dans le cas d'un couple, si l'un des conjoints doit être hébergé, la participation du FNS à son hébergement est calculée de façon à laisser à l'autre conjoint, un revenu équivalent au montant du revenu minimum garanti.

2.6.3 RESTITUTION DES MONTANTS VERSÉS PAR LE FNS

- Le bénéficiaire revenu à meilleure fortune doit restituer les montants reçus du FNS (une tranche de 2 500 euros ne peut lui être réclamée) ;
- Après le décès du bénéficiaire, les montants versés sont réclamés aux successeurs. Aucune restitution ne peut être demandée sur la première tranche de l'actif de la succession fixée à 29 747 euros.

2.7 LA LOI DU 16 AVRIL 1979 PORTANT CRÉATION D'UNE ALLOCATION SPÉCIALE POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES

La loi sur l'allocation pour personnes gravement handicapées avait pour objectif d'octroyer une aide financière aux personnes dont les fonctions physiques ou mentales étaient diminuées de façon telle qu'elles ne pouvaient subsister sans l'aide d'une tierce personne. L'octroi de cette prestation était subordonné à une condition d'âge et de résidence. L'allocation était octroyée à partir de l'âge de trois ans et ne prenait pas en considération les infirmités acquises après l'âge de soixante-cinq ans. La personne devait obligatoirement résider au Luxembourg depuis au moins dix ans et y être domiciliée.

L'allocation pour personnes gravement handicapées a été supprimée lors de l'introduction de la loi sur l'assurance dépendance. Toutefois, une disposition transitoire avait prévu que les personnes bénéficiant de cette loi continuaient à en bénéficier aussi longtemps que des prestations de l'assurance dépendance ne leur étaient pas accordées, pour la même période à leur demande²². Cette disposition prévoyait aussi qu'aucune nouvelle demande ne pourrait être introduite.

La même disposition prévoyait une augmentation²³ du montant de l'allocation pour personnes gravement handicapées, afin de dissuader les personnes atteintes d'une dépendance légère et bénéficiaires d'une allocation pour personnes gravement handicapées, d'introduire une demande auprès de l'assurance dépendance. Par cette mesure, le législateur pensait éviter un afflux massif de demandes à l'assurance dépendance qui freineraient le travail de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance rembourse mensuellement le montant de cette allocation au Fonds national de solidarité (FNS).

Depuis le 1er janvier 1999, les demandes concernant le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie relèvent du champ d'application de l'assurance dépendance.

2.8 LA LOI DU 22 MAI 1989 PORTANT CRÉATION D'UNE ALLOCATION DE SOINS ET ORGANISANT LE PLACEMENT DANS UNE MAISON DE SOINS

La loi sur l'allocation de soins avait pour objectif d'octroyer une aide financière aux personnes âgées de soixante-cinq ans au moins dont les fonctions physiques ou mentales étaient diminuées de façon telle qu'elles ne pouvaient subsister sans l'assistance ou les soins constants d'une tierce personne. L'octroi de cette prestation était subordonné à une condition d'âge (au minimum soixante-cinq ans), à une condition de revenu (disposer seul ou avec son conjoint d'un revenu inférieur à deux et demie fois le salaire social minimum) et de résidence au Grand-Duché de Luxembourg (dix ans au cours des quinze années précédant la demande).

Une disposition transitoire de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance a prévu que les personnes bénéficiant de cette loi continuaient à en bénéficier aussi longtemps que des prestations de l'assurance dépendance ne leur seraient pas accordées, pour la même période, à leur demande. Toutefois, aucune nouvelle demande ne pourrait être introduite. Les demandes concernant le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie relèvent du champ d'application de l'assurance dépendance.

A l'instar de ce qui a été décidé en matière d'allocation pour personnes gravement handicapées et pour la même raison, le montant de l'allocation de soins a été porté à 3 600 Flux soit 89,24 euros (indice 100), lors de l'introduction de l'assurance dépendance²⁴. L'allocation de soins est versée à la personne qui assure les aides et soins au requérant.

²² Article VIII, alinéa 2 de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance.

²³ Le montant a été porté à 3 600 Flux, soit 89,24 euros n.i. 100. Ce montant correspondait au double du montant payé jusqu'alors.

²⁴ Article VIII, alinéa 3 de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance.

Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance assure le paiement des allocations de soins.

La loi portant création d'une allocation de soins prévoyait également des dispositions pour les admissions en maison de soins. La commission chargée de proposer au Ministre de la Santé, l'octroi d'une allocation de soins était également compétente pour aviser le caractère d'urgence des demandes d'admission en maison de soins et fixer un ordre de priorité pour les admissions. Ces missions ont été, dans le cadre de la loi de 1998, dévolues de façon beaucoup plus large (elles portaient sur l'ensemble des établissements d'aides et de soins) à la Cellule d'évaluation et d'orientation. Cette dernière n'a cependant jamais pu les exercer en raison de l'opposition des prestataires qui voyaient dans cette disposition une intolérable ingérence dans leur gestion.

Guides

Nécessaire et suffisant

Standards

Référent unique

2006

4,8 mois

Interdisciplinarité

■ ■ ■ **Chapitre 2**

**L'évaluation dans le cadre
de l'assurance dépendance**



INTRODUCTION

L'évaluation est une démarche centrale dans le cadre l'assurance dépendance et des missions de la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO). Le règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance, modifié à trois reprises depuis 1998, définit les différents formulaires à utiliser mais donne très peu de consignes quant à la marche à suivre pour procéder à l'évaluation. Même le concept de **multidisciplinarité** qui était à la base de la constitution de la Cellule d'évaluation et d'orientation et qui avait guidé toutes les réflexions sur la constatation de l'état de dépendance, n'était pas évoqué explicitement dans la loi de 1998. Il fut introduit dans la loi lors des modifications en 2005.

La démarche suivie pour la réalisation de l'évaluation et la détermination des aides et soins relève dès lors de la responsabilité de la CEO. Pour autant que la CEO utilise les formulaires réglementaires et peut justifier ses avis par rapport aux différents éléments de la définition, elle garde une certaine liberté quant à la marche à suivre pour recueillir les informations sur l'état de la personne qui demande les prestations mais aussi sur la façon de passer du recueil des données à l'établissement du plan de prise en charge. Et même, pour les formulaires utilisés, le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 autorise une souplesse certaine, en laissant à la CEO, l'habilitation d'élaborer des *"versions dans différentes langues des questionnaires prévus aux articles 1er et 7, et d'adapter ceux-ci en vue de leur utilisation sur support informatique (article 8)."*

Cette liberté importante a certes permis à la CEO de s'adapter progressivement en tenant compte de ses expériences et des critiques et pressions extérieures sur le rythme et la qualité du travail.

Elle eut aussi des conséquences moins positives et engendra principalement les premières années, beaucoup de tâtonnements dans la recherche de la démarche la plus appropriée pour réaliser une constatation de l'état de dépendance, à la fois objective, équitable, pragmatique et rapide.

Ainsi, les premières années (jusqu'en 2005) après l'introduction de l'assurance dépendance, on a assisté à une alternance de mesures destinées les unes, à accélérer la procédure, les autres, à garantir l'homogénéité dans les évaluations et les déterminations. Les différentes stratégies se sont succédées à un rythme relativement rapide et se sont souvent neutralisées les unes les autres.

A partir de 2005, la CEO s'attacha à remodeler plus lentement, plus systématiquement mais aussi plus sûrement le processus d'évaluation, en tenant compte de la nécessité de capitaliser les étapes successives.

Il résulte de cette recherche du *"mieux faire"* que les pratiques d'évaluation ont changé au fil du temps, entraînant d'éventuels changements dans l'appréciation des bénéficiaires.

Une description détaillée de l'évolution des pratiques d'évaluation serait fastidieuse dans le contexte de ce bilan. Toutefois, la compréhension en serait difficile si l'on n'y faisait pas mention de l'évaluation. Aussi, nous allons illustrer le chemin parcouru en décrivant la procédure d'évaluation telle qu'elle avait été conçue au départ et telle qu'elle se présente maintenant.

En annexe, le lecteur qui souhaite davantage d'informations pourra trouver un tableau reprenant les grandes étapes de l'évolution, présentées de manière chronologique, ainsi que les différents standards qui ont été appliqués au fil des années. Ces informations pourraient faciliter, si le besoin s'en faisait sentir, une analyse de l'impact des différentes mesures prises depuis le démarrage, sur l'évolution des bénéficiaires, des plans de prise en charge et des coûts.

SECTION 1 LA PROCÉDURE D'ÉVALUATION AU DÉMARRAGE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La Cellule d'évaluation et d'orientation a été mise en place six mois avant la date d'entrée en vigueur de la loi. Elle se présentait comme une équipe multidisciplinaire composée de 16 personnes : administratifs, médecins, psychologues, assistants-sociaux, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmiers et infirmiers psychiatriques.

Tous avaient reçu une formation taillée sur mesure tant en matière de législation que pour la pratique de leur mission dans l'assurance dépendance.

En outre, afin de faire face à l'énormité de la tâche, la CEO s'est assurée l'aide d'un groupe de vacataires, médecins et professionnels de la santé. Ce groupe de vacataires secondait la CEO dans sa mission de constatation de l'état de dépendance. Le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de détermination de la dépendance a été pris après quelques mois de fonctionnement de la CEO.

On rappellera que l'instrument de mesure utilisé s'était inspiré d'un instrument québécois, le CTMSP¹, prévu pour le calcul des budgets à allouer aux structures de long séjour.

La démarche convenue pour passer de la constatation de l'état de dépendance à l'établissement d'un plan de prise en charge était initialement la suivante :

1.1 L'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

L'évaluation de l'autonomie consistait en une double démarche. Une évaluation médicale et une évaluation de base.

L'évaluation médicale était réalisée dans l'une des trois antennes régionales de la CEO ou au domicile de la personne si elle ne pouvait se déplacer. Dans le cas où la personne se trouvait en établissement, l'évaluation médicale était réalisée dans l'établissement.

Le médecin de la CEO rassemblait les éléments cliniques nécessaires à la détermination de la cause de la dépendance et l'appréciation du pronostic de durée. L'évaluation médicale pouvait s'appuyer en cas de besoin sur des examens complémentaires ou des avis médicaux de médecins spécialistes dans les domaines de la pédiatrie, de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle, de l'oto-rhino-laryngologie et de l'ophtalmologie.

Le médecin de la CEO donnait aussi son avis quant aux délais de révision des prestations.

L'évaluation de base était une tâche centrale dans l'ensemble de la procédure. Elle devait permettre à l'équipe multidisciplinaire qui n'avait pas vu le demandeur de dresser son portrait bio-psycho-social et de déterminer ensuite les services requis dans le cadre de l'assurance dépendance.

Elle était réalisée en établissement d'aides et de soins ou au domicile de la personne à l'aide d'un questionnaire² qui comprenait différentes parties :

- Une **partie générale** qui avait pour objectif de réaliser une description de l'environnement et de l'entourage familial du demandeur et de préciser les conditions et l'équipement du logement ;
- Une partie destinée au **demandeur** ;
- Une partie destinée à une **personne significative**, bien informée de la situation du demandeur.

Dans les établissements d'aides et de soins, la personne significative était un soignant. A domicile, la personne significative pouvait être un membre de la famille, un proche, un ami ou un soignant. Cette personne était désignée par le demandeur lui-même sur le formulaire

1 Le système CTMSP (CLASSIFICATION PAR TYPES EN MILIEU DE SOINS ET SERVICES PROLONGES) a été élaboré en 1976 par l'équipe de recherche opérationnelle en Santé (EROS) de l'Université de Montréal.

Cet instrument permet, sur base d'une identification des besoins d'une personne en perte d'autonomie, de déterminer la nature et l'intensité des services requis. Les besoins des personnes sont identifiés sur les plans physique, psychique, social et environnemental.

La démarche du CTMSP est une démarche en deux étapes : évaluation et détermination des ressources requises. Il est construit autour de deux notions fondamentales : la notion de service et la notion de service requis.

2 L'intégralité du questionnaire figure à l'annexe I du règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

de demande. Afin de garantir un maximum d'objectivité, l'évaluation se faisait d'abord avec le demandeur seul ;

- Une partie destinée à **l'évaluateur** qui reprenait ses observations sur les aptitudes cognitives, l'état affectif et le comportement de la personne. Elle comprenait une synthèse des problèmes relevés dans les différents domaines. Cette partie permettait aussi à l'évaluateur de faire des recommandations par rapport à la situation de la personne, de demander un bilan psychologique ou une expertise d'un ergothérapeute ou d'un kinésithérapeute ;
- **L'évaluation des enfants** était réalisée moyennant un questionnaire spécifique. Elle était réalisée avec les parents de l'enfant et, le cas échéant, avec les professionnels qui l'avaient en charge. L'objectif était de mesurer les aides et soins supplémentaires requis par rapport à un enfant du même âge en bonne santé ;
- Des **expertises complémentaires** pouvaient également être réalisées. L'intervention de l'ergo- ou kinésithérapeute pouvait être demandée si la personne avait besoin d'une aide technique ou d'une adaptation du logement. L'expert dressait un bilan fonctionnel en vue d'une réadaptation ou d'une compensation et proposait des solutions pratiques pour modifier l'environnement matériel ou architectural. Les expertises étaient réalisées par des membres de la CEO ou des experts externes ;
- Une démarche analogue était à l'occasion réalisée par **un psychologue**. Elle pouvait concerner l'aidant informel ou la personne dépendante. Pour le diagnostic et le pronostic, le psychologue pouvait s'appuyer sur des tests psychométriques.

La démarche d'évaluation était très élaborée mais aussi très laborieuse.

1.2 LA DÉTERMINATION DES SERVICES REQUIS

La détermination des services requis était réalisée en équipe multidisciplinaire. Un référent était désigné pour chaque dossier. Le référent restait la personne de contact du demandeur, tout au long de sa prise en charge. L'équipe multidisciplinaire se réunissait quand toutes les informations indispensables à la détermination étaient rassemblées.

Un membre de l'équipe faisait la lecture du dossier. Les autres membres de l'équipe prenaient les notes qui leur étaient nécessaires.

L'équipe devrait ensuite s'accorder sur la situation de dépendance du requérant sur les plans physique, psychique, comportemental et fonctionnel.

A l'aide d'un formulaire de synthèse, l'équipe recensait les besoins fondamentaux perturbés du bénéficiaire et déterminait des objectifs pour la prise en charge.

Elle se trouvait alors en mesure d'identifier pour chaque personne dépendante, le type et la quantité, exprimée en minutes, des aides et soins hebdomadaires requis, les produits nécessaires aux aides et soins, les aides techniques et les adaptations du logement requis. Elle les consignait dans le relevé-type.

La détermination des aides techniques était réalisée par les ergothérapeutes et kinésithérapeutes de la CEO en se référant à la liste des aides techniques définies par règlement grand-ducal.

1.3 LA RÉALISATION DU PLAN DE PARTAGE

La loi de 1998 permet de remplacer des prestations en nature par des prestations en espèces, dans le cadre du domicile. Elle donne également les limites dans lesquelles ce remplacement peut s'opérer et précise que les décisions relatives à ce remplacement doivent être prises sur avis motivé de la Cellule d'évaluation et d'orientation. L'opération de partage des tâches devait au départ être faite conjointement par le référent, le demandeur, l'aidant informel et le réseau d'aides et de soins.

Rapidement, la CEO a décidé de laisser l'établissement du partage aux soins du réseau et du demandeur de prestations car cette démarche représentait une charge de travail trop lourde. Le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 n'avait pas prévu de document pour le partage des prestations. Cette étape sera intégrée dans la loi, lors des modifications en 2005 et le plan de partage sera défini par règlement grand-ducal en 2006.

1.4 L'ÉTABLISSEMENT DU PLAN DE PRISE EN CHARGE

Le relevé-type reprenant l'ensemble des aides et soins requis pour le demandeur était transmis sur support informatique à l'organisme gestionnaire pour prise de décision (fichier EXCEL).

1.5 COMMENTAIRES

- Particulièrement détaillée, cette procédure complexe avait été élaborée par opposition à la procédure allemande et principalement aux degrés de dépendance (Drei-Stufen-Modell) qui avaient fait l'objet de très vives critiques des prestataires et des partenaires sociaux lors du dépôt du premier projet de loi.
- De plus, elle avait été construite ainsi pour répondre aux missions dévolues à la CEO, qui dépassaient largement le cadre de la constatation de l'état de dépendance. Pour les concepteurs du projet de loi, la CEO devait jouer un rôle de plaque-tournante de la politique de soins de longue durée. Son nom est évocateur à cet égard : l'évaluation de la dépendance devait constituer une sorte de bilan global de la personne qui demandait les prestations de façon à permettre son orientation dans l'ensemble des structures. La quantité et surtout le flux continu des demandes de prestations ont freiné ces intéressantes ambitions qui devraient être rappelées dans ce bilan.
- L'approche multi-dimensionnelle devait aussi être une garantie d'équité dans l'évaluation.
- Mais, ce qui se présentait comme l'avantage de ce type d'évaluation s'est rapidement révélé comme une source d'inconvénients importants :
 - Rien n'a jamais permis de démontrer que cette procédure garantissait l'équité dans le traitement des demandeurs. Au contraire, les prestataires ont régulièrement reproché à la procédure de ne pas traiter les situations avec l'équité voulue. On ne peut certes les considérer comme des témoins absolument objectifs. Toutefois, il faut leur reconnaître la possibilité de comparer les situations ;
 - Malgré plusieurs renforcements en personnel, la Cellule d'évaluation et d'orientation demeurait incapable de traiter les demandes dans un délai raisonnable. Lorsqu'en 2006, la question a été posée aux bénéficiaires à domicile du délai acceptable pour le traitement d'une demande, la réponse avait été de 2,5 mois. Or, les premières années, l'assurance dépendance (Cellule d'évaluation et d'orientation et Caisse nationale de santé) avait pris parfois une année pour être en mesure d'adresser une décision au demandeur. En 2005, le délai moyen restait de six mois³ ;
 - La multiplication des intervenants n'était pas nécessairement appréciée par les demandeurs qui comprenaient difficilement que plusieurs professionnels leur posent les mêmes questions ;
 - De plus, malgré cette multiplicité d'intervenants, il était régulièrement reproché à la CEO d'avoir mal évalué, d'avoir pris insuffisamment l'avis de l'entourage et de s'être laissé convaincre par le demandeur qui surestimait ses capacités.

L'investissement très important consenti pour cette procédure est apparu progressivement comme plutôt inefficace. Au cours des années suivantes, elle ne sera pas fondamentalement remise en question. Elle sera ponctuellement modifiée pour s'adapter à la quantité des demandes et à la rapidité de décision exigée par les demandeurs et des prestataires, mais le fondement lui-même ne sera pas remis en question jusqu'en 2006.

3 CEPS-INSTEAD, " L'assurance dépendance, les personnes vivant à domicile : évaluation de leur satisfaction ", Luxembourg, septembre 2007, page 21.

SECTION 2 LA PROCÉDURE ACTUELLE

Comme on l'a dit précédemment, la procédure d'évaluation et de détermination fut réorganisée systématiquement à partir de 2006. Cette réorganisation de la procédure a coïncidé avec une réorganisation générale de la CEO. Cette réorganisation sera détaillée plus amplement dans le chapitre consacré à l'organisation et le fonctionnement de l'assurance dépendance (chapitre 8).

Le retard dans le travail d'évaluation, qui ne se résorbait pas malgré l'adjonction de personnel supplémentaire, fut le point de départ de ces réorganisations.

Ainsi, la réorganisation entamée à partir de 2006 se structura en fonction de trois objectifs primordiaux :

- simplification du flux de traitement des demandes, de manière à éviter les blocages et les répétitions de tâches ;
- réduction du nombre de tâches autour d'un dossier, notamment appels téléphoniques et démarches doublées ;
- instauration d'un flux de traitement progressif de manière à éviter les mouvements d'aller et retour d'un même dossier.

Ces objectifs devaient également tenir compte d'un certain nombre de contraintes :

- la CEO avait un passé qu'on ne pouvait ignorer pour une réorganisation ;
- l'évaluation devait gagner en qualité ou à tout le moins conserver sa qualité antérieure ;
- les différents agents de la CEO devaient gagner en compétence pour assumer des tâches nouvelles ;
- parallèlement, les différents agents de la CEO devaient aussi y trouver chacun une possibilité d'épanouissement de leurs qualifications professionnelles respectives.

2.1 L'ORIENTATION DES DEMANDES

Les demandes transmises par la CNS transitent par une étape d'orientation, que l'on a pris l'habitude de nommer " *le tri* ".

Cette étape a pour objectif d'analyser la demande sur base du contenu du formulaire de demande et du rapport du médecin traitant de façon à les orienter vers la filière de traitement adéquate.

L'analyse des demandes introduites permet :

- d'identifier leur type : première demande, révision des prestations, demande en provenance d'une personne en établissement, d'une personne à domicile ;
- d'identifier les demandes à traiter de façon prioritaire : maladie évolutive, pronostic vital défavorable, demande d'adaptation du logement, aides techniques spécifiques requises ;
- d'identifier le professionnel le mieux qualifié pour décrire la situation de dépendance ;
- d'identifier les demandes où des informations médicales sont indispensables pour compléter le dossier ;
- de repérer les demandeurs dont l'autonomie reste suffisante pour se déplacer et être évalués dans les locaux de la Cellule d'évaluation et d'orientation ;
- de commander d'emblée certaines aides techniques simples, mentionnées sur le rapport du médecin traitant et qui ne nécessitent pas une visite à la personne.

Divers sigles sont attribués aux dossiers de façon à permettre aux professionnels chargés de la distribution du dossier de l'attribuer en connaissance de cause.

2.2 LA DISTRIBUTION DES DOSSIERS AUX ÉVALUATEURS

Elle est assurée par des agents administratifs. Compte tenu des indications fournies lors de l'étape d'orientation, le dossier est distribué pour la réalisation de l'évaluation à un évaluateur de la qualification retenue. L'agent de distribution tient également compte du nombre d'évaluations que chaque évaluateur doit réaliser endéans une période de deux semaines en fonction de son horaire de travail.

Enfin, la distribution s'opère en fonction de critères géographiques. Afin de permettre entre autres une rationalisation des déplacements, la CEO a défini quatre zones géographiques qui ont été attribuées chacune à une équipe d'évaluateurs. La distribution est ainsi réalisée par zones géographiques.

2.3 L'ÉVALUATION ET LA DÉTERMINATION

Le **questionnaire** d'évaluation a été revu. Compte tenu de la définition de la dépendance, son contenu reste très proche des questionnaires précédents, même si certaines formulations ont été modifiées. Les principales innovations concernent la forme, le style de recueil des informations et le mode de passation.

Dorénavant, il n'existe plus de questionnaire spécifique pour l'évaluation médicale et l'évaluation des besoins d'aide, les aides techniques et le cadre architectural.

Un seul questionnaire regroupe toutes les informations nécessaires à la constatation de l'état de dépendance et à la détermination de toutes les prestations, qu'il s'agisse des données médicales, des données relatives à l'état de besoin pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques, les aides techniques et les adaptations du logement. A l'exclusion du recueil des données purement médicales, chaque professionnel est capable de l'administrer dans son ensemble. La CEO dispose dès lors d'un questionnaire **unique et universel** dans le sens où il peut toucher à toutes les situations de dépendance et être administré par tous les professionnels de la CEO.

Ce questionnaire répond aux caractéristiques suivantes :

- il est simple dans l'utilisation ;
- il favorise un recueil homogène des données par une plus grande standardisation des questions ;
- il favorise l'efficacité du recueil des données par une formulation plus précise des questions ;
- il renforce l'efficacité de l'évaluateur par une présentation plus conviviale ;
- il contribue à la traçabilité des informations recueillies par des exigences de justifications .

Le questionnaire est administré à **un seul interlocuteur**, en l'occurrence le demandeur de prestations qui peut être assisté ou remplacé lorsqu'il n'est plus en mesure de s'exprimer lui-même sur ces besoins.

Pour la procédure d'évaluation et de détermination, on a retenu le principe du référent unique.

Dès le moment où le dossier a été **orienté** au niveau de l'opération du tri, le référent traite le dossier dans sa totalité, évalue et détermine toutes les prestations requises (aides et soins, aides techniques, adaptation du logement...). Les consignes qui ont décidé de l'orientation sont données dans un chapitre du questionnaire, permettant ainsi au référent de profiter dès le départ des réflexions de ses prédécesseurs dans le traitement du dossier.

Si des compétences spécifiques sont nécessaires pour la détermination des prestations, le dossier peut être transmis à un autre référent qui se chargera de recueillir les données supplémentaires afin d'élaborer le plan de prise en charge le plus adapté à la réalité des besoins.

Pour les révisions des prestations, la CEO continue de recourir à l'aide des prestataires, tel que prévu dans le règlement grand-ducal de 2006. Le questionnaire de révision (tableau A3) est sollicité lorsque le demandeur est aidé par un prestataire. Ce questionnaire est visé par la CEO qui établit ensuite le plan de prise en charge.

Cette procédure fait actuellement l'objet d'une analyse destinée à en apprécier les forces et les faiblesses. Elle continuera d'être appliquée aussi longtemps que cette analyse ne sera pas clôturée.

2.4 LA FORMATION

La démarche du référent unique présente des avantages évidents tels que :

- l'acquisition d'une vue d'ensemble des besoins ;
- un fonctionnement sans rupture dans l'approche d'évaluation et de détermination ;
- un gain de temps important dans les différentes étapes du traitement d'un dossier ;
- une responsabilisation du référent par rapport à sa tâche.

L'introduction de cette démarche a cependant exigé un investissement important dans la formation des différents professionnels de la CEO afin de compléter les compétences des évaluateurs de façon à ce que chacun devienne capable de réaliser une évaluation dans son ensemble. Ainsi, les référents ont reçu plusieurs formations destinées à leur expliquer les modalités du nouveau questionnaire, à leur permettre l'évaluation des besoins en aides techniques et à les initier aux modalités de leur commande.

Les différentes formations se sont également adressées aux médecins vacataires.

Certains dossiers portant sur des adaptations du logement et les évaluations des enfants restent réservées à des référents disposant d'une formation spécifique.

Les formations font à chaque fois l'objet d'une évaluation de la satisfaction des bénéficiaires de façon à les adapter de mieux en mieux aux besoins et souhaits.

En outre, chaque référent est accompagné d'un "buddy"⁴ auquel il peut s'adresser lorsqu'il rencontre des difficultés dans sa tâche.

2.5 LE GUIDE DES PRESTATIONS

Compte tenu de ce nouveau mode de fonctionnement, l'adaptation du guide des prestations fut indispensable.

Le guide "Description des prestations à déterminer dans le cadre de l'assurance dépendance" constitue une fusion des deux documents "Les prestations de l'assurance dépendance - définition des actes essentiels de la vie et des tâches domestiques et règles de détermination" et "Les prestations de l'assurance dépendance - définition des actes de soutien et de conseil".

En regroupant ces deux documents, la Cellule d'évaluation et d'orientation souhaite que l'accès à l'information sur la démarche de détermination devienne plus simple mais aussi que l'information elle-même devienne plus transparente pour l'ensemble des professionnels impliqués dans l'assurance dépendance.

Ce guide, daté du 1er juillet 2011, constituera dorénavant la seule référence de la Cellule d'évaluation et d'orientation pour la détermination des prestations.

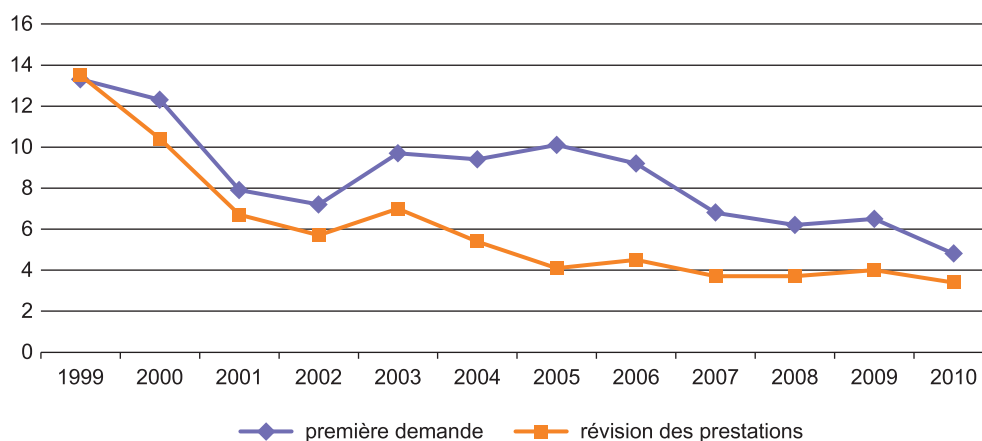
Le guide existe en langue française ainsi qu'en langue allemande. Il sera revu tous les ans en concertation avec la COPAS.

2.6 CONSÉQUENCE DE LA MODIFICATION DE LA PROCÉDURE D'ÉVALUATION

La principale conséquence de cette modification est la diminution de la durée de traitement des dossiers.

Le graphique suivant montre l'évolution de la durée moyenne du traitement d'une demande de 1999 à 2010.

GRAPHIQUE 1. - ÉVOLUTION 1999-2010 DE LA DURÉE MOYENNE ENTRE LA DATE DE LA DEMANDE ET LA DATE DE LA DÉCISION - COMPARAISON DES PREMIÈRES DEMANDES AVEC LES DEMANDES EN RÉVISION (EN MOIS)



La diminution du délai de traitement des demandes, qui atteint sa valeur la plus basse en 2010, est évidente à la lecture de ces données.

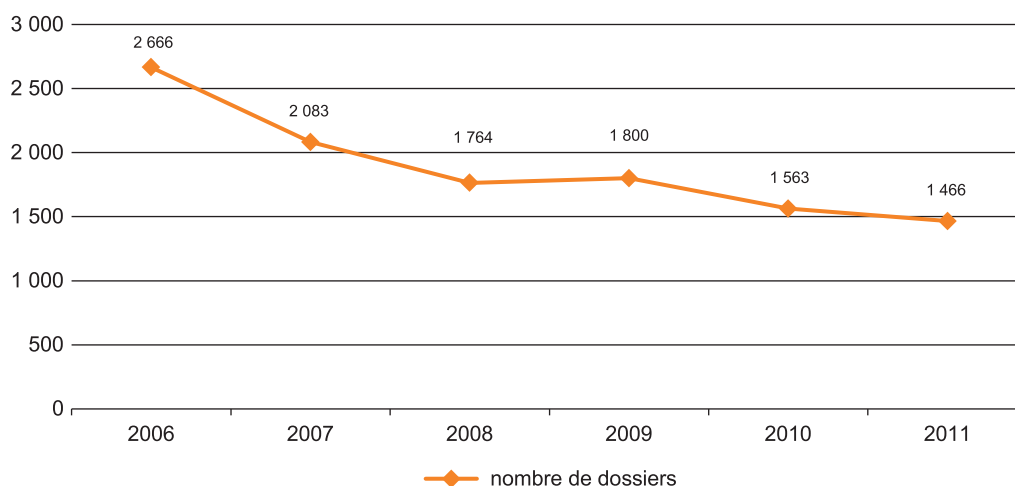
⁴ "Buddy" en référence à la plongée sous-marine où le plongeur est toujours accompagné pour garantir sa sécurité.

La réorganisation de la CEO et la modification de la procédure d'évaluation ne sont pas les seuls facteurs qui soient intervenus dans cette diminution de la durée de traitement. L'augmentation importante des effectifs de la CEO, une meilleure organisation de la CNS (il est question ici de la durée entre la demande et la décision) constituent également des facteurs importants jusqu'en 2005. Il faut néanmoins constater que le délai de traitement des dossiers se réduit significativement à partir de 2007. A partir de cette date, le facteur le plus important est la réorganisation progressive de la CEO et la simplification de la procédure d'évaluation.

Ainsi lorsqu'on examine les demandes pour aides et soins en attente d'évaluation à partir de 2006, on peut constater que le stock diminue de façon drastique, entre 2006 et 2011.

En 2011, les dossiers en attente représentent 55% du stock de 2006.

GRAPHIQUE 2. - EVOLUTION DU STOCK DES DOSSIERS EN ATTENTE, DEPUIS 2006



Source : données du monitoring CEO.

Ces résultats encourageants ne doivent toutefois pas distraire de la nécessité de continuer le travail de simplification de la procédure d'évaluation car, la balance entre le nombre de demandes introduites et le nombre d'avis transférés continue de pencher en faveur des demandes introduites.

Le tableau ci-dessous établit une comparaison entre les demandes introduites et les plans de prise en charge transférés pour décision à la CNS entre 2006 et 2011.

TABEAU 1. - COMPARAISON ENTRE LE NOMBRE DE DEMANDES INTRODUITES ET LES PLANS DE PRISE EN CHARGE TRANSFÉRÉS POUR DÉCISION - ÉVOLUTION 2006-2011

	Nombre de demandes introduites	Nombre de plans de prise en charge transférés	Solde
2006	5 748	4 776	972
2007	5 856	5 772	84
2008	5 748	5 280	468
2009	5 652	4 716	936
2010	5 760	5 688	72
2011	6 312	5 304	1 008

Source : données du monitoring CEO.

Ces constatations quant aux conséquences de la modification de la procédure d'évaluation ne sont déduites que par rapport à l'objectif fixé d'améliorer le fonctionnement de la CEO et la rapidité de traitement des dossiers. Dans d'autres chapitres (prestations requises et dépenses notamment), on pourra trouver d'autres constatations concernant l'impact de ces modifications.

SECTION 3 PERSPECTIVES D'AVENIR

La CEO a pour mission de garantir à chaque assuré, un accès simple et facile à des prestations de longue durée ajustées au mieux à ses besoins, tant en quantité qu'en qualité.

La description et les réflexions qui viennent d'être présentées montrent que la CEO a eu le souci, tout au long des années, de s'améliorer pour garantir une mesure de la dépendance toujours plus juste et équitable.

La réorganisation de la CEO⁵ ainsi que la modification de la procédure d'évaluation ont permis une accélération évidente du traitement des demandes. Dans ce sens, on peut dire que l'efficacité du nouveau mode de fonctionnement est démontrée.

Cependant, les chiffres qui viennent d'être montrés doivent inciter la CEO à poursuivre les démarches entamées. A terme, il est nécessaire que la balance penche à l'avantage des avis transférés afin qu'il soit possible de dégager du personnel pour les nouvelles missions introduites lors des modifications légales de 2005, à savoir la promotion et le contrôle de la qualité des prestations.

Tirer des conclusions positives en matière de qualité de l'évaluation et de la détermination reste un défi. Des points de repères manquent encore pour conclure sur ce point. Néanmoins, des travaux sont en cours afin de définir des indicateurs de mesure de la qualité dans ces domaines.

La mesure de la dépendance constitue le défi suivant qu'il n'est pas facile de relever car il implique des interrogations et remises en question qui ne relèvent pas uniquement de la CEO mais impliquent également de nombreux autres acteurs.

La première interrogation concerne le **concept de la dépendance et la définition de la dépendance.**

La dépendance est actuellement définie par le besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie, en raison d'une cause médicale. On peut se poser la question des fondements de cette définition. Qu'en serait-il si des actes étaient ajoutés ou supprimés ? Compte tenu de la définition de la Santé prônée par l'OMS " *état de complet bien-être physique mental et social* " n'y aurait-il pas lieu de réfléchir à d'autres causalités de la dépendance ? Mais cette question dépasse de toute évidence les responsabilités de la Cellule d'évaluation et d'orientation. On ne peut cependant l'éluder dans le cadre de ce bilan car chaque question concernant la mesure de la dépendance dépend de la réponse à cette question préliminaire.

Ensuite, l'instrument de mesure de la dépendance actuellement utilisé, reste un instrument qui n'est pas validé. Y réfléchir et y travailler demeure une tâche primordiale car l'objectif de l'assurance dépendance est de financer des soins de longue durée adaptés aux besoins du bénéficiaire, prodigués dans les règles de l'art et économiquement soutenables par la population. **Cet objectif ne peut être atteint sans un instrument de mesure de la dépendance valide. Cet aspect doit incontestablement figurer dans les conclusions de ce bilan.**

La révision d'un tel instrument de mesure doit tenir compte des limites de l'instrument actuel qui permet difficilement de neutraliser la part de subjectivité intervenant dans l'évaluation et probablement inhérente au concept de dépendance lui-même. **La mesure de la dépendance est actuellement basée en grande partie sur ce que le demandeur et les témoins, soignants professionnels et informels, en disent et d'autre part sur ce que l'évaluateur en perçoit⁶.**

Il est important de rechercher un instrument de mesure de la dépendance qui diminue cette part de subjectivité.

5 Il en sera plus amplement question dans le chapitre concernant l'organisation de l'assurance dépendance.

6 L'évaluation actuelle comporte trop de texte libre et manque de standardisation. Elle représente un coût élevé en termes de temps de traitement des informations. L'exploitation statistique des données recensées est difficile. L'instrument offre peu de données chiffrées et permet mal la visualisation du résultat. Constaté la dépendance d'une personne constitue un processus d'intégration simultanée de nombreuses informations. Ce processus est exposé à diverses sources d'erreurs potentielles, dues à l'information elle-même ou à l'évaluateur. De nombreuses variables peuvent influencer la dépendance et aussi la vue qu'on en a (par exemple la technique d'entretien, les compétences professionnelles et communicatives de l'évaluateur, l'attitude du demandeur par rapport à sa situation clinique, coping, l'attitude de son entourage familial, sa situation personnelle, la constellation architecturale de son logement, les aides techniques à disposition et l'empressement du demandeur à les utiliser, la génération à laquelle il appartient et le type de socialisation qui y est associé, son âge, sa culture, son sexe et le type de problèmes médicaux provoquant la dépendance etc. L'information reçue peut être interprétée de manière erronée par l'évaluateur (généralisation, jugements extrêmes, jugements consensuels, mémoire sélective ...).

Cet instrument devrait présenter les qualités suivantes :

- **Garantir la fidélité et la fiabilité des données recueillies** : les données collectées dans le cadre des évaluations doivent être fiables et décrire avec beaucoup de fidélité, l'état de la personne évaluée ;
- **Garantir l'équité** : il est indispensable que toutes les situations soient évaluées de la même façon et qu'elles puissent avoir un traitement équivalent au niveau de la détermination des prestations. L'issue de la procédure ne peut dépendre que de la situation de dépendance de la personne. Aucun autre facteur ne devrait interférer dans les avis émis par la CEO ;
- **Garantir la transparence des décisions** : chaque citoyen doit être en mesure de comprendre les raisons pour lesquelles il reçoit ou non, la prestation qu'il sollicite. Il doit être en mesure de comprendre pour quelle raison il est reconnu dépendant ;
- **Simple dans l'utilisation** : l'expérience a montré que la complexité de l'instrument utilisé au début de l'assurance dépendance n'apportait pas une plus-value aux informations collectées. La suppression progressive de certaines phases de l'évaluation n'a pas été préjudiciable aux bénéficiaires. Il en va de même de la lourdeur de la détermination des prestations. Toute l'énergie investie dans le raisonnement complexe mené pour élaborer le plan de prise en charge concourt-elle à atteindre la finalité décrite dans la loi, à savoir constater l'état de dépendance et retenir les prestations requises ? Un instrument simple serait mieux accueilli et permettrait un gain de temps considérable ;
- **Standardisé pour permettre la collecte d'informations homogènes** : la standardisation de l'instrument constitue sans nul doute une garantie de validité. Dans la mesure où les informations sont recueillies et notées de la même manière, la place laissée aux facteurs "parasites" sera beaucoup moins grande. Par ailleurs, la standardisation permet aussi d'utiliser les données recueillies sur la population dépendante à des fins d'études qui permettront une meilleure connaissance et une meilleure approche de la population dépendante. La standardisation de l'instrument de mesure de la dépendance permettra aussi d'ouvrir des portes pour les autres missions de la CEO, à savoir le contrôle de la qualité des prestations et leur adéquation aux besoins du bénéficiaire ;
- **Efficace et efficient** : un instrument de mesure plus simple et plus transparent permettra d'atteindre plus vite l'objectif en économisant des moyens.

Enfin, cet instrument doit recueillir une adhésion de toutes les parties concernées : bénéficiaires, prestataires, professionnels de la CEO, organisme gestionnaire.

Un deuxième point est **l'établissement du plan de prise en charge**. Jusqu'à présent la détermination du plan de prise en charge a été basée sur " **les aides et soins requis** ". Ce qui est demandé dans le travail auprès de la CEO est de décrire, d'analyser, puis de déterminer des aides et soins qui doivent être apportés par d'autres, sans intervenir soi-même. Cette démarche réclame une distance qui n'est pas évidente et qui n'est pas donnée a priori. Pourtant c'est précisément, cette distance qui était voulue lorsque le législateur a introduit le concept " **d'aides et soins requis** ".

Le " requis " ne s'oppose pas au presté. Il n'est pas non plus une méfiance par rapport au " presté ". Le requis était vu comme une norme idéale que l'on pourrait aussi appeler **le nécessaire et le suffisant** au regard des besoins de la personne.

Le concept **d'aides et soins requis** était un passage obligé pour promouvoir l'essor des structures de soins de longue durée. A l'introduction de l'assurance dépendance, les services d'aide à domicile étaient très peu développés, les établissements d'aides et de soins étaient insuffisants et les centres semi-stationnaires étaient rares. L'introduction du concept de soins requis a permis de mesurer l'écart entre les aides et soins dont la personne aurait théoriquement besoin et le personnel disponible pour les apporter. Les plans de prise en charge permettaient de montrer ce qui manquait, quantitativement et qualitativement, aux structures pour répondre aux besoins. De plus, des prestations telles que les activités de soutien permettaient aux différentes structures d'introduire en leur sein des professionnels d'autres disciplines, qui allaient jeter un autre regard et amener une autre approche de la personne dépendante. Il donnait, en outre, à tous les prestataires, les mêmes chances de se développer. Et l'on se doit de constater que cet objectif est atteint. **De plus, il est atteint à partir d'un examen systématique du besoin individuel de chaque personne qui a introduit une demande de prestations. Peu de systèmes peuvent se prévaloir de tels fondements.**

L'expérience n'a pas été tentée avec " le presté " mais il est peu probable qu'il ait donné les mêmes résultats. Il est en tout cas certain qu'il n'aurait pas donné à tous les prestataires les mêmes chances de développement.

Afin de disposer de tous les éléments objectifs pour des réflexions sur l'avenir du modèle actuellement en place, il faut cependant se donner les moyens de vérifier les conséquences d'une détermination d'un plan de prise en charge sur base du " presté ".

On conclura ces réflexions sur l'évaluation et la mesure en soulignant l'importance de **la multidisciplinarité**. Elle constitue un élément qui ne peut en aucun cas être remis en question dans le cadre des soins de longue durée et plus concrètement pour la composition de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

La dépendance se développe dans un contexte de morbidité et même de **poly-morbidité**. Pourtant, elle ne relève pas uniquement de la compétence du médecin. Son lien **avec la maladie elle-même n'est pas évident** : une même maladie, en raison de son évolution, de la personne qui la présente peut entraîner une dépendance d'intensité très différente. De plus, certaines maladies, même très graves, n'entraînent pas nécessairement une dépendance pour les actes essentiels de la vie. La dépendance est "*multi-variée*". L'incapacité de réaliser les actes essentiels de la vie se présente sous des formes **diverses** et procède à des limitations d'origines **diverses** : physiques, psychiques, mentales, cognitives, sociales.

La multidisciplinarité doit rester une pierre d'angle dans le domaine des soins de longue durée et **la base de l'organisation de la CEO**. Mieux encore : **l'ambition de la CEO est de dépasser la multidisciplinarité pour fonctionner en interdisciplinarité et donner ainsi à chaque profession la possibilité de s'enrichir de l'apport des autres, dans l'intérêt de la personne dépendante**. Certes, les dossiers individuels ne sont plus examinés à chaque fois sous l'angle spécifique de chaque profession représentée à la CEO. Il n'en reste pas moins que le concept du référent unique n'a de sens que dans la mesure où chacun peut compter avec le savoir des autres référents. Ainsi, chacune des professions représentées à la CEO devient indispensable à son fonctionnement.

En outre, comme on l'a déjà dit précédemment, la CEO n'a pas pour seule mission de constater l'état de dépendance sous le strict aspect individuel. Son rôle dépasse largement cet aspect.

Pour cette raison, les différents professionnels de la CEO sont appelés à interagir pour élaborer une réponse collective au problème de la dépendance dans ses formes multiples.

Au vu de l'expérience accumulée au cours des quinze dernières années, l'approche interdisciplinaire par l'échange des connaissances et des expériences se confirme comme la meilleure voie pour atteindre cet objectif.

19 juin 1998

Population standardisée

11 706 personnes

49 centenaires

1,66%

72 ans

35% en 2012

■ ■ Chapitre 3

**Les bénéficiaires
de l'assurance dépendance**



INTRODUCTION

Dans un bilan sur l'assurance dépendance, l'intégration d'un chapitre sur les bénéficiaires semble évidente car ils représentent la justification du système.

Avant toute chose, on doit cependant se demander ce que signifie être bénéficiaire de l'assurance dépendance en 2012. Le bénéfice de la loi répond-t-il toujours aux mêmes conditions qu'au moment de son introduction en 1998 ?

Au sens de la loi de 1998, la dépendance est définie comme étant l'état d'une personne qui en raison d'une maladie physique, psychique ou mentale ou d'une déficience de même nature présente un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

La majorité des bénéficiaires, près de 85%, répond à cette définition.

Toutefois, la loi ouvre aussi le bénéfice à certaines prestations de l'assurance dépendance pour des personnes qui ne répondent pas à ces critères ou seulement à certains de ces critères.

Les modifications de 2005, puis l'introduction de la loi sur les soins palliatifs ont étendu ces possibilités.

Ainsi, on peut être bénéficiaire de l'assurance dépendance à des titres divers.

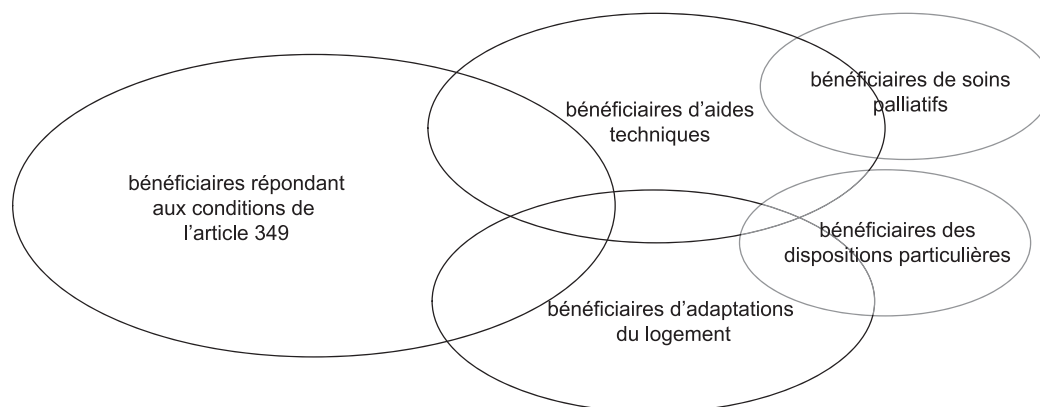
Le tableau suivant présente les différentes possibilités de bénéficier de tout ou d'une partie des prestations de l'assurance dépendance.

TABEAU 1. - LES DIFFÉRENTES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE ET LES CONDITIONS REQUISES POUR EN BÉNÉFICIER

Groupe	Pour bénéficier...	Il est nécessaire de présenter un besoin d'aide ...
I	de l'ensemble des prestations (aides et soins pour les actes essentiels de la vie, tâches domestiques, activités de soutien, activités de conseil, produits nécessaires aux aides et soins, prise en charge des cotisations à l'assurance pension de la personne qui assure les aides et soins) ;	- d'une tierce personne pour les actes des domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité ; - d'au moins égal à 3,5 heures par semaine ; - pour une durée prévisible de six mois au moins ; - en raison d'une maladie, d'un handicap ou d'un déficit de même nature ; Articles 348 et 349 du CSS.
I bis	de prestations en espèces forfaitaires en raison de dispositions particulières ;	- l'objet du besoin d'aide n'est pas défini ; - et présenter une réduction grave de la capacité auditive ou une aphasie ou une dysarthrie grave ou une laryngectomie ou un déficit visuel important ou une forme de spina bifida ; Article 350, paragraphe 3, alinéa 2 du CSS ; Articles 2, 3, 4 du RGD du 18 décembre 1998.
II	d'aides techniques ;	- pour maintenir ou accroître l'autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle ou de la nutrition ou de la préparation des repas ou de la mobilité à l'intérieur ou à l'extérieur du logement ou de l'habillage ou des tâches domestiques ou des courses ou de la communication verbale ou écrite ou en matière de sécurité ou de prévention et de soulagement des douleurs ou pour faciliter la tâche des personnes qui assurent les aides et soins ; - pour une durée prévisible de six mois au moins ; - en raison d'une maladie, d'un handicap ou d'un déficit de même nature ; Article 356 du CSS.
III	d'adaptations du logement ;	- pour maintenir ou accroître l'autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle ou de la préparation des repas ou de la mobilité à l'intérieur ou à l'extérieur du logement ou pour faciliter la tâche des personnes qui assurent les aides et soins ; - pour une durée prévisible de six mois au moins ; - en raison d'une maladie, d'un handicap ou d'un déficit de même nature ; Article 356 du CSS.
IV	de la prise en charge de soins palliatifs.	- en soins palliatifs reconnu par le Contrôle médical de la sécurité sociale, sur prescription du médecin traitant ; Article 350 paragraphe (6) du CSS.

Schématiquement, en combinant les conditions d'obtention et les prestations auxquelles elles donnent accès, on peut présenter les différents groupes de bénéficiaires de la façon suivante :

GRAPHIQUE 1. - LES DIFFÉRENTS TYPES DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE, SELON LES CONDITIONS ET LES PRESTATIONS OCTROYÉES



Les bénéficiaires de l'assurance dépendance peuvent se répartir en 13 groupes, selon le type de prestations qu'ils reçoivent :

1. les bénéficiaires dépendants sans aides techniques ni adaptations du logement ;
2. les bénéficiaires dépendants avec aides techniques sans adaptation du logement ;
3. les bénéficiaires dépendants avec aides techniques et adaptations du logement ;
4. les bénéficiaires dépendants sans aides techniques et avec adaptations du logement ;
5. les bénéficiaires en vertu de dispositions particulières sans aides techniques ni adaptations du logement ;
6. les bénéficiaires en vertu de dispositions particulières avec aides techniques sans adaptation du logement ;
7. les bénéficiaires en vertu de dispositions particulières avec aides techniques et d'adaptations du logement ;
8. les bénéficiaires en vertu de dispositions particulières sans aides techniques et avec adaptations du logement ;
9. les bénéficiaires d'aides techniques non dépendants ;
10. les bénéficiaires d'adaptations du logement non dépendants ;
11. les bénéficiaires d'aides techniques et d'adaptations du logement non dépendants ;
12. les bénéficiaires de soins palliatifs sans aides techniques ;
13. les bénéficiaires de soins palliatifs avec aides techniques.

Ce schéma met en évidence que le groupe des bénéficiaires de l'assurance dépendance en 2012 dépasse le groupe des personnes présentant un besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

Au fil du temps et des besoins qui se découvraient, l'objet de l'assurance dépendance s'est étendu et nuancé.

Dans la loi de 1998, seules deux prestations pouvaient être octroyées sans atteindre le seuil. Il s'agissait des aides techniques et des prestations en espèces forfaitaires en raison de dispositions particulières.

Les dispositions particulières ont souvent été remises en question. En revanche, l'exception faite pour les aides techniques a quant à elle été élargie aux adaptations du logement.

Par ailleurs, en 2010, le bénéfice de l'ensemble des prestations de l'assurance dépendance a été accordé à charge du budget de l'assurance dépendance aux personnes nécessitant des soins palliatifs, sans se trouver dans un établissement hospitalier. Dans ce dernier cas, ils sont à charge de l'assurance maladie.

Pour des raisons de rapidité, la procédure d'octroi des soins palliatifs est tout à fait différente de la procédure d'octroi des aides et soins liés à la dépendance de longue durée. Cette procédure se rapproche davantage des procédures appliquées dans le cadre de l'assurance maladie.

Il ne fait pas de doute qu'il est légitime de répondre à ces différents besoins. Toutefois, on peut se demander si l'assurance dépendance est l'environnement le plus adéquat pour y répondre. Ce créneau introduit dans le paysage social en 1998 ne deviendrait-il pas progressivement une sorte de panacée, en raison de sa nouveauté ou des moyens financiers qui ont été mis jusqu'ici à sa disposition ?

Par ailleurs, s'il s'avère que l'assurance dépendance constitue la réponse appropriée pour les différents besoins auxquels elle répond actuellement, n'y aurait-il pas lieu de redéfinir son objet pour donner une cohérence plus grande au système ? N'y aurait-il pas lieu également de revoir l'organisation de l'ensemble de façon à pouvoir répondre à ces besoins qui se ressemblent, certes, mais qui sont néanmoins différents ?

Dans la suite de ce chapitre, nous tenterons de donner quelques éléments de réponse à ces questions.

Après avoir rapidement présenté l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance dépendance, quelle que soit la prestation reçue, nous nous attacherons à décrire l'évolution du groupe des bénéficiaires qui répondent au besoin d'aides et soins pour les actes essentiels de la vie et de dispositions particulières.

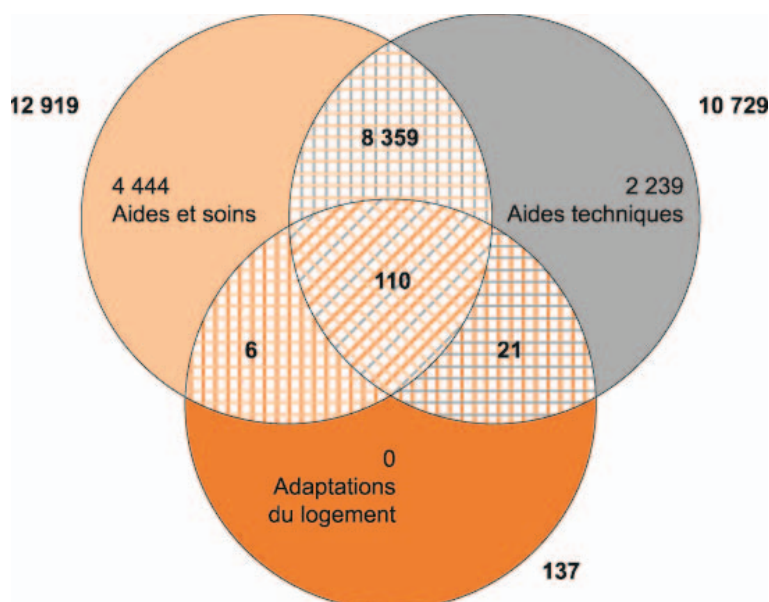
SECTION 1 L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Sur l'année 2009, on a compté 15 179 bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance. Les bénéficiaires de soins palliatifs ne sont pas inclus dans le schéma¹ suivant. Une section leur sera consacré dans le chapitre sur les prestations requises.

Les bénéficiaires se répartissaient de la manière suivante, selon la combinaison des prestations accordées :

- a. **4 444** bénéficiaires d'aides et soins uniquement² ;
- b. **8 359** bénéficiaires d'aides et soins et aides techniques ;
- c. **6** bénéficiaires d'aides et soins et adaptations du logement ;
- d. **110** bénéficiaires d'aides et soins, aides techniques et adaptations du logement ;
- e. **21** bénéficiaires d'aides techniques et adaptations du logement ;
- f. **2 239** bénéficiaires d'aides techniques uniquement ;
- g. **Aucun** bénéficiaire d'adaptations du logement uniquement.

GRAPHIQUE 2. - LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS EN 2009 - RÉPARTITION PAR TYPE DE PRESTATION ACCORDÉE^{a)}



Source : Calcul IGSS.

a) Nombre annuel.

¹ Les bénéficiaires de soins palliatifs ne figurent pas dans ce graphique. La loi a été votée le 16 mars 2009 et est entrée en application le 1er avril 2009. De plus, le bénéfice de prestations supplémentaires aux soins pour les actes essentiels de la vie (activités de soutien et aides techniques) a été ouvert aux personnes en soins palliatifs seulement à partir du 1er janvier 2011 par une modification de la loi sur l'assurance dépendance, intervenue le 17 décembre 2010. Enfin, même si elles sont les mêmes que celles de l'assurance dépendance et sont à charge du budget de l'assurance dépendance, les prestations ne sont pas accordées suivant la même procédure que les prestations spécifiquement prévues pour les personnes dépendantes. L'accord pour leur octroi est donné par le Contrôle médical de la sécurité sociale, sur prescription du médecin traitant.

² Les bénéficiaires de dispositions particulières sont inclus dans l'ensemble des bénéficiaires d'aides et soins. Ils étaient au nombre de 419 à la date du 31 décembre 2009.

SECTION 2 LA POPULATION DÉPENDANTE SELON LES CRITÈRES DE LA LOI DE 1998

Remarque méthodologique :

Les données de cette section se rapportent aux personnes qui, à la date du 31 décembre de l'année concernée (sauf indication contraire), détiennent une décision positive en matière d'aides et de soins. Chaque personne s'y retrouve une seule fois avec la dernière décision relative à son dossier. Ces chiffres ne concernent que les bénéficiaires en vie à la date du 31 décembre de l'année donnée.

Dans cette section, il sera question :

- des bénéficiaires de l'assurance dépendance qui répondent à la définition de la dépendance et qui ont accès, en fonction de leur besoin, à l'ensemble des prestations offertes par l'assurance dépendance (groupe de bénéficiaires répondant aux conditions des articles 348 et 349 du CSS³).
- des bénéficiaires présentant un temps requis de six heures par semaine en raison d'une maladie ou d'une déficience définie par règlement grand-ducal, sans toutefois que leur besoin d'aide ait été constaté. Par la suite nous les désignerons par l'expression " *bénéficiaires des dispositions particulières* " (groupe des bénéficiaires répondant à la disposition de l'alinéa 2 du paragraphe 3 de l'article 350 du Code de la sécurité sociale). Ces personnes ont droit à une prestation en espèces forfaitaire, à la prise en charge de la cotisation assurance pension pour la personne qui assure les aides et soins, à des aides techniques et des adaptations du logement. Elles peuvent être assimilées aux bénéficiaires qui choisissent de recevoir uniquement une prestation en espèces. Une sous-section leur sera consacrée.

Les deux groupes décrits ci-dessus représentent, jusqu'à présent, la part la plus importante des bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance.

2.1 ENTRE 2000 ET 2010, LA POPULATION DÉPENDANTE A DOUBLÉ

Au 31 décembre 2010, la population dépendante représente **11 706 personnes**. Elles étaient 5 810 en 2000. **Ainsi, le nombre de bénéficiaires a doublé en dix ans.**

2.1.1 COMPARAISON AVEC L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION PROTÉGÉE GLOBALE

La population **protégée globale (incluant résidents et non-résidents)** pour sa part, a augmenté de 31% entre 2000 et 2010.

En 2000, les bénéficiaires de l'assurance dépendance représentaient 1,1% de la population protégée. Ils en représentent 1,7% en 2010.

Après une croissance rapide au cours des premières années, **l'augmentation** de la population dépendante se stabilise autour de 5% à partir de 2006 mais continue néanmoins sa progression.

La croissance rapide des premières années doit probablement être imputée à la connaissance progressive de la loi par le public.

Mais, même après 2006 où l'on peut raisonnablement considérer que l'existence de l'assurance dépendance est connue par le grand public, l'augmentation de la population dépendante reste plus importante que l'augmentation de la population protégée.

2.1.2 COMPARAISON AVEC LA POPULATION RÉSIDENTE

La population dépendante augmente aussi beaucoup plus rapidement que **la population résidente**⁴.

Entre **2001 et 2010**, l'augmentation de la population résidente représente 15,3%. L'augmentation de la population dépendante représente 76,5%.

En 2001, comparées à la population du Luxembourg, les personnes dépendantes représentaient 1,5%. En 2010, elles représentent 2,3%.

3 Besoin important, régulier et à long terme d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie pour une durée d'au moins 3,5 heures par semaine.

4 Cette comparaison est très légèrement biaisée car, la population des bénéficiaires sous revue comprend également un très faible pourcentage de non-résidents alors que la population protégée de référence à la base de ces calculs se compose uniquement de résidents. Toutefois il n'est pas possible de considérer la population protégée globale (résidents et non-résidents) comme population de référence pour calculer le taux de dépendance ou d'autres indicateurs, même si cette approche semblerait logique. En effet tous les indicateurs seraient fortement biaisés, si on se référait à la population protégée globale, étant donné que pour des raisons exposées dans le texte, la proportion de personnes dépendantes parmi la population protégée non-résidente est infime en comparaison à celle parmi la population résidente.

TABEAU 2. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DÉPENDANTS - COMPARAISON AVEC L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION PROTÉGÉE ET DE LA POPULATION RÉSIDENTE (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)

	Population dépendante		Population protégée		Population résidente ^{a)}	
	Nombre	Variation	Nombre	Variation	Nombre	Variation
2000	5 810		535 424		439 000	
2001	6 632	14,1%	553 660	3,4%	444 000	1,1%
2002	7 422	11,9%	566 406	2,3%	448 300	1,0%
2003	8 250	11,2%	578 433	2,1%	455 000	1,5%
2004	8 966	8,7%	592 817	2,5%	461 200	1,4%
2005	9 528	6,3%	607 917	2,5%	469 100	1,7%
2006	9 857	3,5%	624 167	2,7%	476 200	1,5%
2007	10 249	4,0%	643 880	3,1%	483 800	1,6%
2008	10 621	3,6%	666 314	3,5%	493 500	2,0%
2009	11 156	5,0%	681 958	2,3%	502 100	1,7%
2010	11 706	4,9%	699 569	2,6%	511 800	1,9%

a) Chiffres du STATEC.

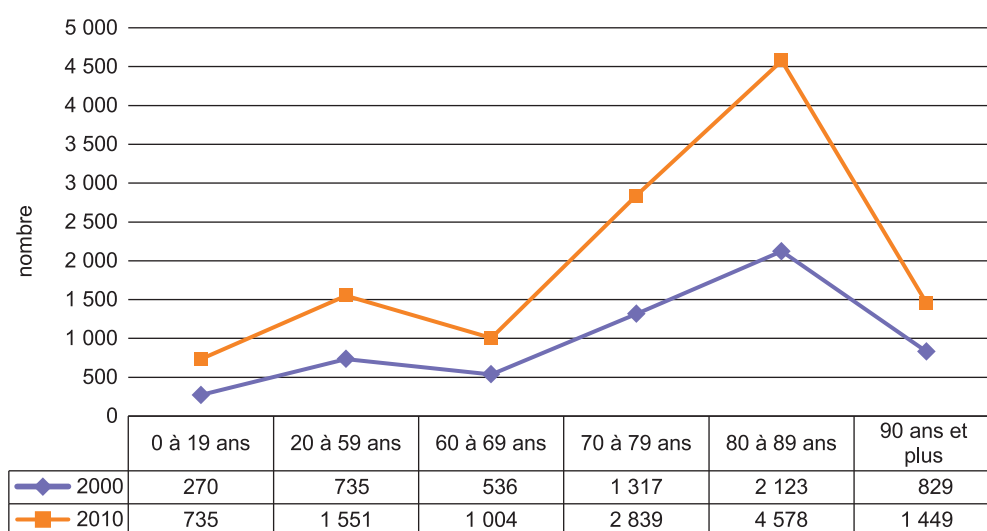
Certes, la population dépendante a augmenté, mais a-t-elle changé au cours de ces dix années ?

Les caractéristiques démographiques⁵ de la population dépendante se sont-elles modifiées au cours de ces dix années ? Le paragraphe suivant va tenter de répondre à cette question.

2.1.3 EVOLUTION DES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION DÉPENDANTE ENTRE 2000 ET 2010

2.1.3.1 IMPORTANTE AUGMENTATION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DANS LES GROUPES D'ÂGE ÉLEVÉ - DIMINUTION DE LA MOYENNE D'ÂGE

GRAPHIQUE 3. - EVOLUTION 2000/2010 DE LA POPULATION DÉPENDANTE PAR GROUPE D'ÂGE



La répartition par groupe d'âge est similaire en 2000 et en 2010.

Par ailleurs, vu l'augmentation massive de l'ensemble, il est peu surprenant de constater une augmentation significative du nombre de bénéficiaires pour tous les groupes d'âge. Toutefois, certaines tendances observées en 2000 se sont accentuées en 2010.

- Tout d'abord, on relève l'augmentation massive des bénéficiaires âgés de 80 ans et plus. En 2000, elles représentaient 50,8% de l'ensemble. En 2010, cette proportion atteint 51,4% de l'ensemble ;
- L'effectif de la classe d'âge de 80 à 89 ans a plus que doublé entre 2000 et 2010 ;

⁵ En l'absence, d'autres variables disponibles, la description se limitera à l'âge, au sexe et au lieu de séjour.

- La population dépendante de 2010 compte 49 centenaires. Ils n'étaient que 11 en 2000 ;
- Les changements les moins spectaculaires concernent les groupes de 60 à 79 ans et le groupe des 90 ans et plus (exception faite des centenaires dont le chiffre absolu a quadruplé mais dont l'impact global est faible).

Deux autres chiffres attirent également l'attention :

- Même s'il reste peu important dans l'ensemble, l'effectif du groupe de 0 à 19 ans a presque triplé ;
- L'effectif du groupe de 20 à 59 ans quant à lui, a doublé.

L'augmentation des deux derniers chiffres cités peut s'expliquer par une combinaison de facteurs légaux, psychologiques et administratifs.

En effet, l'ancienne allocation pour personnes gravement handicapées, qui allait être remplacée à terme par les prestations dépendance, n'était pas accordée avant l'âge de trois ans. De nombreux professionnels dans le domaine de l'enfance ont cru que la même condition prévalait en matière d'assurance dépendance et n'ont pas ou mal informé les éventuels demandeurs, de sorte que peu de demandes ont été formulées. De plus, l'étendue de l'assurance dépendance aux enfants avait été très mal acceptée par les professionnels qui estimaient que l'enfant n'y avait pas sa place. D'une manière générale, d'ailleurs, un grand nombre de services d'aide aux personnes handicapées avaient réagi de manière réticente à l'introduction de l'assurance dépendance par crainte d'une restriction des moyens financiers. En conséquence, l'implémentation de l'assurance dépendance a été plus lente dans le secteur du handicap.

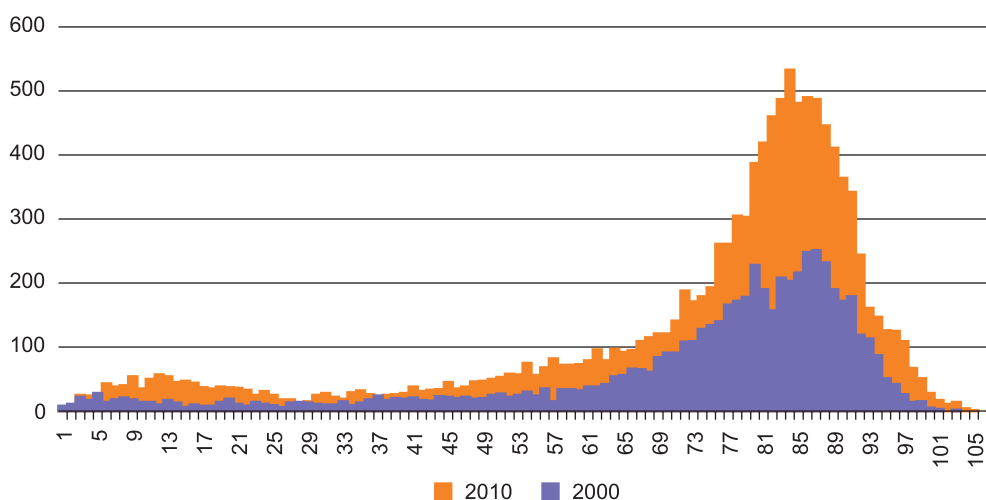
Enfin, simultanément à l'introduction de l'assurance dépendance, l'allocation pour personnes gravement handicapées avait été majorée afin de dissuader certains demandeurs d'introduire une demande alors qu'ils disposaient déjà d'une aide et d'éviter ainsi un engorgement des services au démarrage de l'assurance dépendance.

Pourtant, malgré l'impact des groupes d'âge élevé, l'âge moyen des personnes dépendantes diminue. Il était de 73,1 ans en 2000 pour reculer à 72,0 ans en 2010.

Que ce soit en 2000 ou 2010, la médiane reste inchangée et se situe à 80 ans.

Le graphique ci-dessous illustre à la fois le phénomène de l'augmentation entre 2000 et 2010 mais aussi cette distribution tout à fait particulière des âges de la population dépendante : la courbe s'étire lentement de 0 à 75 ans pour s'élever ensuite très rapidement jusqu'à 85 ans puis décroître brutalement. On remarque qu'en 2010, la courbe s'étend davantage vers la droite, marquant ainsi une présence plus importante de bénéficiaires très âgés. Les distributions de 2000 et 2010 présentent aussi quelques autres différences. En 2000, on relève presque une horizontalité jusqu'à 56 ans. En 2010, on remarque une augmentation plus importante chez les personnes très jeunes pour trouver une quasi-égalité avec le niveau de l'année 2000 pour les 30 et 46 ans et une reprise de l'augmentation pour les personnes à partir de 51 ans.

GRAPHIQUE 4. - DISTRIBUTION PAR ÂGE DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE - COMPARAISON 2000/2010



Lorsque l'on examine la distribution par décile, on relève en 2000 10% de bénéficiaires en-dessous de 41 ans et 10% au-dessus de 90 ans.

En 2010, ils sont 10% à avoir moins de 37 ans et 10% à avoir plus de 89 ans.

TABEAU 3. - AGE DE LA POPULATION DÉPENDANTE PAR DÉCILES - COMPARAISON 2000/2010

Année	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
2000	41	63	71	75	79	82	85	87	90
2010	37	59	70	75	79	81	84	86	89

On peut en conclure que l'assurance dépendance a concerné un nombre plus important de personnes plus jeunes en 2010 qu'en 2000. En comparant l'année 2000 et l'année 2010, on constate que les limites d'âge sont inférieures pour tous les déciles, à l'exception des déciles 4 et 5 où elles restent les mêmes.

2.1.4 UNE POPULATION FÉMININE LARGEMENT MAJORITAIRE. TOUTEFOIS, AUGMENTATION DE LA PROPORTION DES HOMMES ENTRE 2000 ET 2010

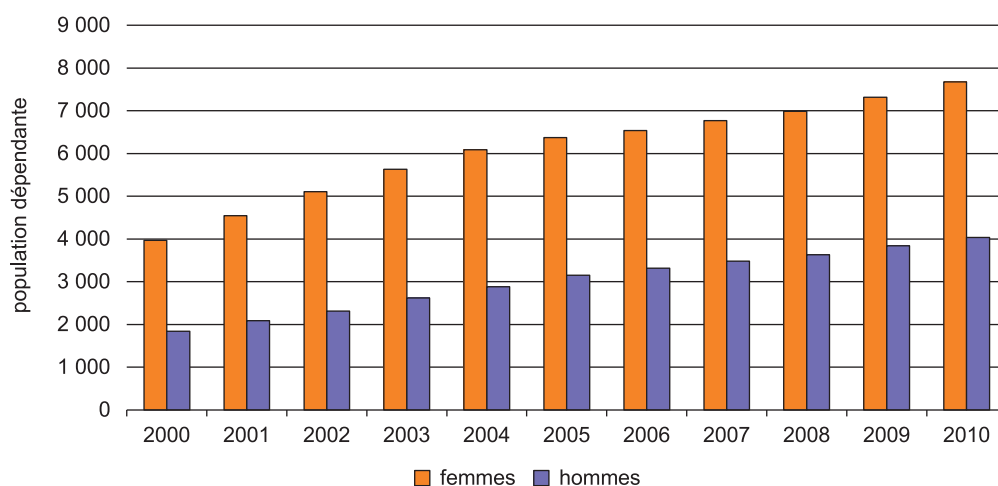
Dans l'ensemble de la population dépendante, depuis 1999, la proportion de femmes dépasse largement celle des hommes.

Toutefois, lorsqu'on compare la population de 2010 avec celle de 2000, on constate que la proportion d'hommes tend à augmenter plus rapidement que celle des femmes. Si le nombre des femmes a presque doublé entre 2000 et 2010 (augmentation de 93,7%), celui des hommes a plus que doublé (augmentation de 119,2%).

Ainsi la répartition femmes/ hommes s'est modifiée à l'avantage des hommes, lorsqu'on compare 2000 et 2010.

Les femmes représentent maintenant 65,6% des bénéficiaires et les hommes en représentent 34,4%.

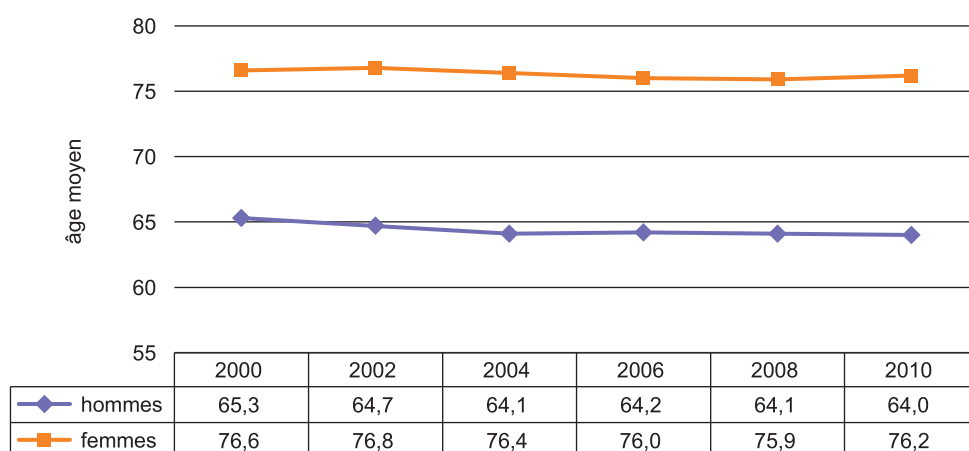
GRAPHIQUE 5. - ÉVOLUTION 2000-2010 DE LA POPULATION DÉPENDANTE PAR SEXE



Comme on le remarquait précédemment, l'âge moyen diminue dans l'ensemble. Il diminue néanmoins plus fortement chez les hommes que chez les femmes. Il était de 65,3 ans pour les hommes en 2000. Il est de 64 ans en 2010. Pour les femmes, il était de 76,6 ans en 2000 et 76,2 en 2010. Ainsi, la différence hommes/ femmes du point de vue de l'âge se creuse avec les années. De 11,3 ans en 2000, elle a augmenté à 12,2 ans en 2010.

Le graphique ci-dessous montre l'accroissement progressif de l'écart entre l'âge moyen des hommes et des femmes.

GRAPHIQUE 6. - EVOLUTION 2000-2010 DE L'ÂGE MOYEN DES HOMMES ET DES FEMMES



2.1.5 AUGMENTATION PLUS RAPIDE DE LA POPULATION DÉPENDANTE À DOMICILE QU'EN ÉTABLISSEMENT

Comme on l'a déjà dit précédemment, l'assurance dépendance a démarré dans un contexte de pénurie de lits dans les établissements de soins de longue durée, assortie d'une mauvaise gestion des priorités.

L'un des principes directeurs de l'assurance dépendance était d'accorder la priorité au maintien à domicile, par l'introduction de nouvelles opportunités : développement des réseaux, soutien à l'aidant informel...

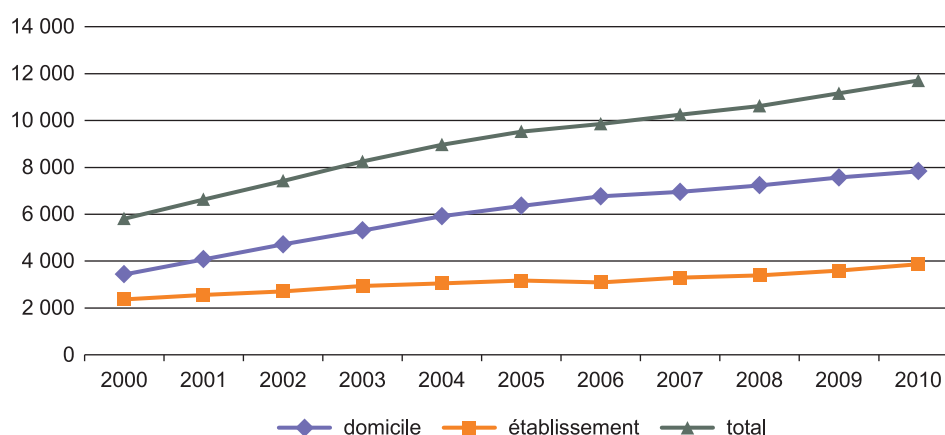
Ces opportunités octroyées aux services d'aide à domicile, n'ont cependant pas freiné la construction de nouveaux établissements et la création de nombreux lits de soins. Ainsi, le nombre de places disponibles en établissement d'aides et de soins à séjour continu a augmenté d'environ 26% entre 2000 et 2010 (3 800 en 2000 / 4 790 en 2010).

Dans la même période, la population dépendante en établissement a augmenté quant à elle de 61%. On peut dire qu'en 2010, environ 80% des lits disponibles en établissement sont occupés par des personnes dépendantes. Cette proportion était de 67% en 2001. On peut dès lors conclure que non seulement les nouvelles places créées en établissement ont été mises à disposition de personnes dépendantes mais aussi que de plus en plus de lits en établissement sont destinés à des personnes dépendantes.

Il n'empêche que la population dépendante à domicile a quant à elle, augmenté de 128%.

Au 31 décembre 2000, les personnes dépendantes à domicile représentaient 59% de l'ensemble des personnes dépendantes. Elles représentent 67% en 2010.

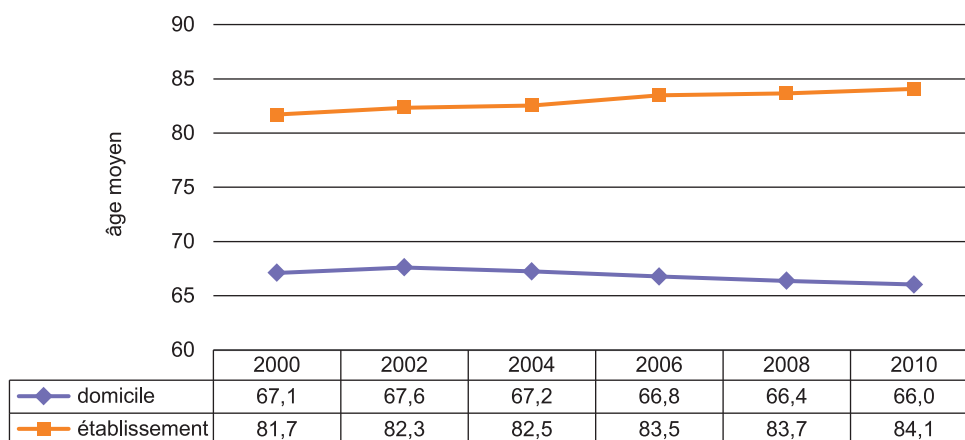
GRAPHIQUE 7. - EVOLUTION 2000-2010 DE LA POPULATION DÉPENDANTE PAR LIEU DE SÉJOUR



On constate dès lors une augmentation de la population dépendante, tant en établissement qu'à domicile, toutefois l'augmentation la plus importante se situe à domicile.

Pour ce qui est de l'âge des bénéficiaires en fonction du lieu de séjour, on constate qu'entre 2000 et 2010, la moyenne d'âge diminue d'un peu plus d'un an à domicile. Elle augmente de 2,4 ans en établissement.

GRAPHIQUE 8. - EVOLUTION 2000-2010 DE L'ÂGE MOYEN DES BÉNÉFICIAIRES - COMPARAISON DOMICILE ET ÉTABLISSEMENT



2.1.6 LA PROPORTION DES BÉNÉFICIAIRES NON-RÉSIDENTS EST EN AUGMENTATION, TOUT EN RESTANT RELATIVEMENT PEU IMPORTANTE

Le tableau ci-dessous décrit l'évolution d'année en année, en comparant résidents et non-résidents.

La proportion de bénéficiaires non-résidents est très faible dans l'ensemble. En 2010, elle représente 2,8%.

Entre 2000 et 2010, la CNS a signifié 203 refus administratifs à des personnes non-résidentes.

Il est dès lors probable que les dispositions communautaires garantissant la coordination des régimes de sécurité sociale ne soient pas étrangères au petit nombre de non-résidents que nous relevons dans l'ensemble des bénéficiaires⁶.

⁶ La dépendance touche majoritairement des personnes d'un âge avancé et partant des personnes retraitées. Le règlement 883/2004 dispose que pour les personnes disposant d'une retraite dans deux ou plusieurs pays de l'Union européenne, l'Etat de résidence devient l'Etat compétent en matière de sécurité sociale. Il en résulte que pour beaucoup d'anciens travailleurs qui résident dans leur pays d'origine lorsqu'ils sont retraités, l'Etat compétent n'est plus le Luxembourg mais l'Etat de résidence.

De manière absolue l'augmentation du nombre de bénéficiaires entre 2000 et 2010 est cependant très importante chez les non-résidents, où le nombre a quadruplé. Par ailleurs, l'augmentation des bénéficiaires non-résidents est moins régulière que celle des bénéficiaires résidents.

TABEAU 4. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'AIDES ET DE SOINS - COMPARAISON RÉSIDENTS ET NON-RÉSIDENTS (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)

Année	Nombre	Variation en %	Dont résidents	En % du total	Dont non-résidents	Variation en %
2000	5 810		5 735	98,7%	75	
2001	6 632	14,1%	6 533	98,5%	99	32,0%
2002	7 422	11,9%	7 292	98,2%	130	31,3%
2003	8 250	11,2%	8 078	97,9%	172	32,3%
2004	8 966	8,7%	8 776	97,9%	190	10,5%
2005	9 528	6,3%	9 303	97,6%	225	18,4%
2006	9 857	3,5%	9 612	97,5%	245	8,9%
2007	10 249	4,0%	9 985	97,4%	264	7,8%
2008	10 621	3,6%	10 328	97,2%	293	11,0%
2009	11 156	5,0%	10 855	97,3%	301	2,7%
2010	11 706	4,9%	11 376	97,2%	330	9,6%

2.1.7 EN BREF

La population dépendante augmente dans son ensemble. Dans les groupes d'âge élevé l'augmentation est proportionnellement plus forte que dans les groupes d'âge plus jeunes. La moyenne d'âge quant à elle, diminue d'un peu plus d'une année entre 2000 et 2010. Les femmes représentent près de deux tiers de la population dépendante. La proportion d'hommes a toutefois tendance à augmenter dans l'ensemble. Leur âge moyen diminue davantage que chez les femmes.

En ce qui concerne le lieu de séjour, on relève que deux tiers de la population dépendante se trouvent à domicile alors qu'un tiers se trouve en établissement d'aides et de soins. La proportion de personnes dépendantes maintenues à domicile a augmenté plus rapidement que la population en établissement.

La comparaison résidents/non-résidents amène à conclure que la part de bénéficiaires non-résidents augmente fortement entre 2000 et 2010 mais l'impact sur le nombre total de bénéficiaires reste néanmoins très faible (2,8% en 2010).

Ceci porte à penser que la population dépendante augmente mais aussi que sa composition change progressivement.

Que s'est-il passé au cours de ces dix années pour amener ces changements ?

2.2 LES MOUVEMENTS DANS LA POPULATION DÉPENDANTE

La variation dans la population dépendante peut être due à quatre éléments :

- les entrées ;
- les décès ;
- les sorties de la dépendance ;
- la durée de l'état de dépendance.

2.2.1 LES ENTRÉES DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Au total, on compte 22 333 entre 2000 et 2010, ce qui représente **une moyenne annuelle de 2030 entrées**.

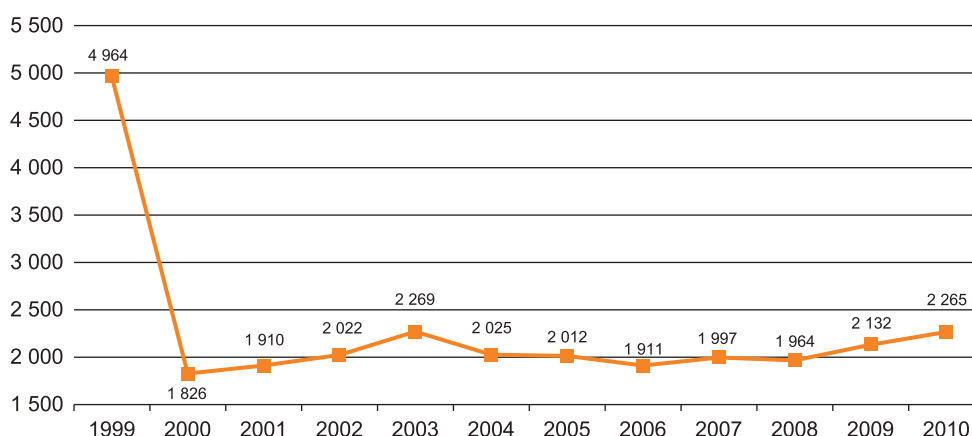
Le nombre d'entrées dans l'assurance dépendance n'évolue pas de manière régulière depuis 2000.

L'augmentation a été très forte durant les premières années pour diminuer et se stabiliser entre 2004 et 2008. Après 2008, on a pu constater une reprise de la croissance des entrées.

Il est difficile de trouver des explications aux irrégularités dans l'évolution des entrées. Pour les premières années, il s'agit probablement de la connaissance progressive de l'existence de ce droit par les professionnels du secteur et par le grand public. Pour les années suivantes, la situation s'explique plus difficilement avec les données actuellement disponibles.

Au total, sur l'ensemble de la période, ce mouvement de variations dans les entrées se solde par une croissance de 31% entre 2000 et 2010. L'augmentation de la population dépendante représente quant à elle, 101% entre 2000 et 2010.

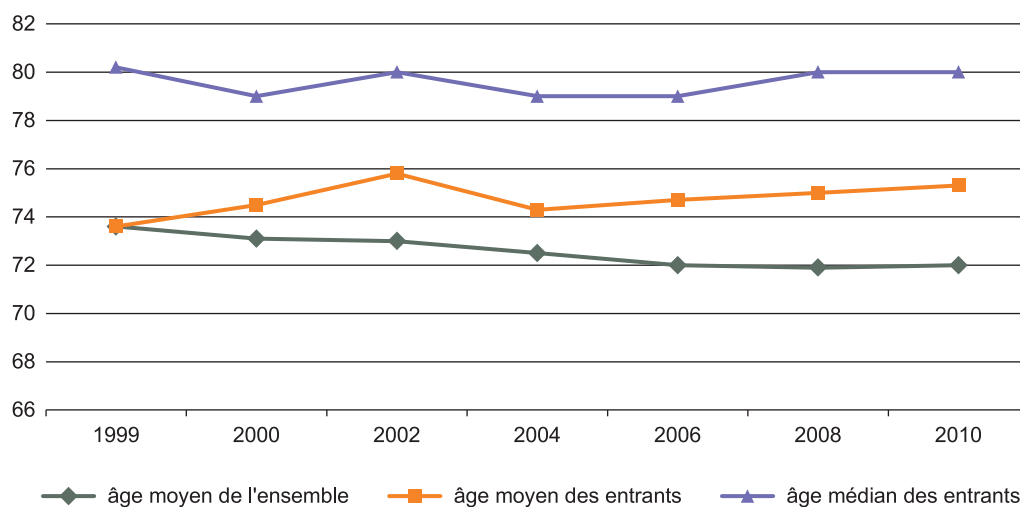
GRAPHIQUE 9. - LES ENTRÉES DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE - ÉVOLUTION 1999-2010



L'âge moyen des nouveaux arrivants dans l'assurance dépendance est plus élevé que l'âge moyen de la population dépendante dans l'ensemble. Après avoir augmenté fortement en 2002 puis diminué en 2004, il présente depuis 2006 une tendance à augmenter lentement. Il était de **74,5 ans** en 2000, il est de **75,3 ans** en 2010.

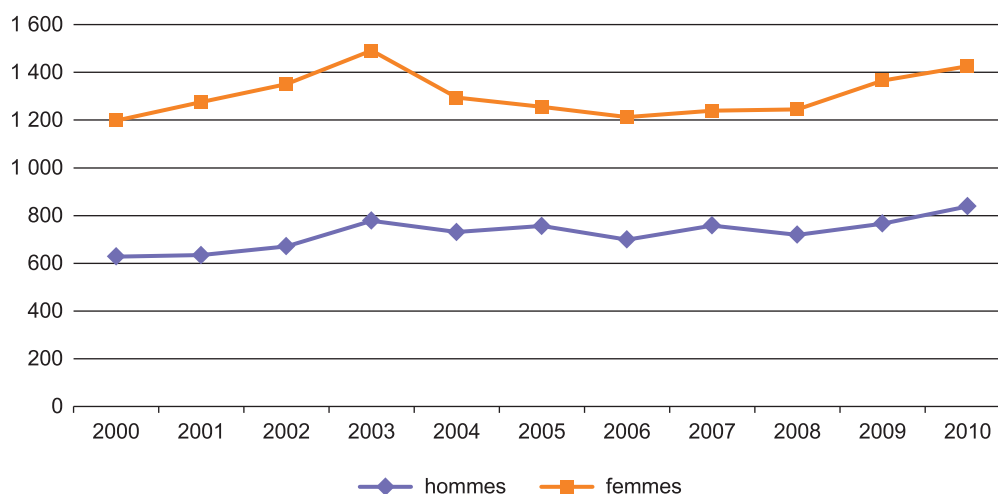
On rappellera que l'âge moyen dans l'ensemble a diminué de 1,1 année entre 2000 et 2010 et se situe à **72 ans**. **La majorité des nouveaux arrivants dans l'assurance dépendance sont donc d'un âge élevé.**

GRAPHIQUE 10. - LES ENTRÉES DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE - COMPARAISON DES MOYENNES D'ÂGE DES NOUVEAUX ARRIVANTS ET DE LA POPULATION DÉPENDANTE - ÉVOLUTION 1999-2010



La médiane pour les nouveaux arrivants varie entre 79 ans et 80 ans sur l'ensemble de la période.

GRAPHIQUE 11. - LES ENTRÉES DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE - COMPARAISON HOMMES ET FEMMES - ÉVOLUTION 2000-2010

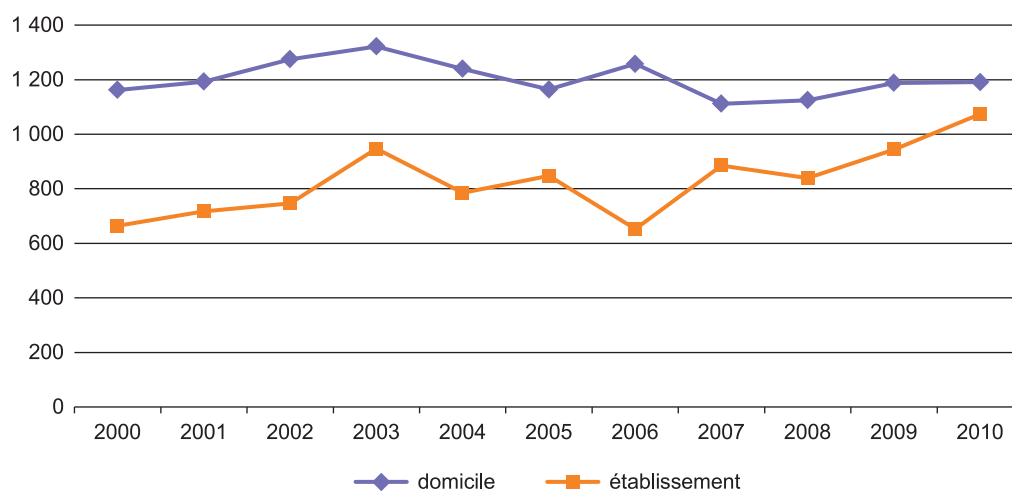


Compte tenu du contexte démographique national, il est peu surprenant de constater que les nouveaux arrivants sont davantage de sexe féminin. Pourtant, sur l'ensemble de la période, les hommes ont représenté 35,7% des nouveaux arrivants, alors qu'ils ne représentent que 34,4% de l'ensemble des bénéficiaires. D'ailleurs, on a pu constater précédemment que la proportion d'hommes augmentait dans l'ensemble.

Il n'est pas non plus surprenant de constater que l'assurance dépendance compte davantage de nouvelles entrées dans le cadre du maintien à domicile que de l'établissement⁷. Le nombre annuel moyen s'élève à 1203 entrées à domicile. En établissement, le nombre annuel moyen s'élève à 828, soit 40,8% du total.

⁷ En effet, les bénéficiaires à domicile présentent sur l'ensemble de la période 66% et les pensionnaires des établissements d'aides et de soins 34% de la population dépendante.

GRAPHIQUE 12. - LES ENTRÉES DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE - COMPARAISON DOMICILE ET ÉTABLISSEMENT - ÉVOLUTION 2000-2010

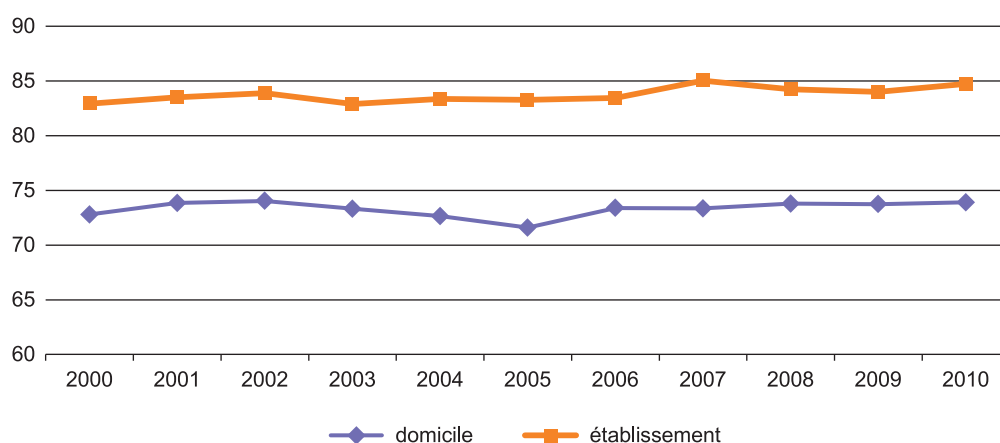


En ce qui concerne l'âge d'entrée dans le système de l'assurance dépendance, on obtient des résultats sensiblement différents, selon que la personne est maintenue à domicile ou admise en établissement.

L'âge moyen d'entrée dans la dépendance est de **74,8** ans. Toutefois, il est de **73,3** ans pour les bénéficiaires maintenus à domicile et de **83,8** ans lorsque la personne se trouve en établissement. Il est vrai, comme cela a été dit ci-dessus, que la grosse majorité des premières demandes provient du domicile.

Il faut ajouter qu'il est très exceptionnel que des personnes âgées de moins de soixante ans soient admises dans les établissements d'aides et de soins. De ce fait il est logique que la moyenne d'âge y soit plus élevée.

GRAPHIQUE 13. - AGE MOYEN D'ENTRÉE DANS LA DÉPENDANCE - COMPARAISON DOMICILE ET ÉTABLISSEMENT - ÉVOLUTION 2000-2010

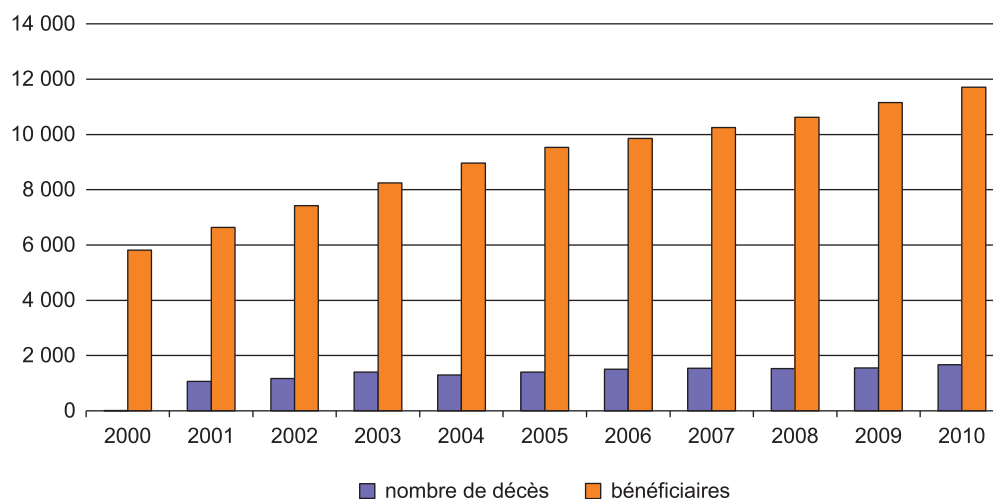


2.2.2 LES DÉCÈS DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE

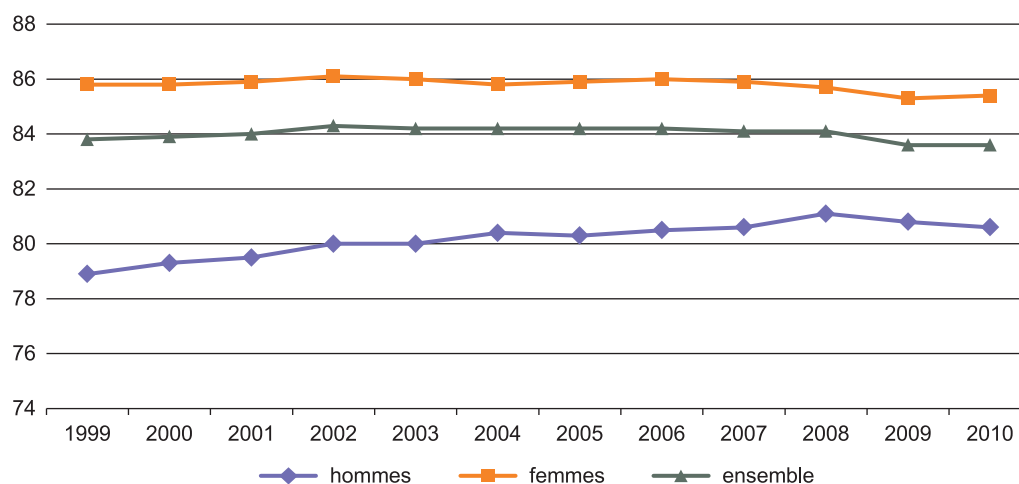
Parmi les bénéficiaires de l'assurance dépendance, on relève un total de 14 142 décès au cours de la période allant de 2000 à 2010, soit une moyenne annuelle de 1 286 décès. Rappelons que le nombre d'entrées était de 22 333. Le nombre d'entrées dépasse donc le nombre de décès de 8 191 unités.

Sur les dix années, l'âge moyen au décès varie entre 81,5 ans et 82,9 ans. L'âge moyen au décès des bénéficiaires féminins est beaucoup plus élevé que pour l'ensemble et donc forcément supérieur à celui des hommes. Pour la période observée, l'écart le plus élevé entre hommes et femmes est de six ans. Le plus bas est de 3,7 ans.

GRAPHIQUE 14. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE DE DÉCÈS AU 31 DÉCEMBRE DE L'ANNÉE CONSIDÉRÉE - COMPARAISON AVEC L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES

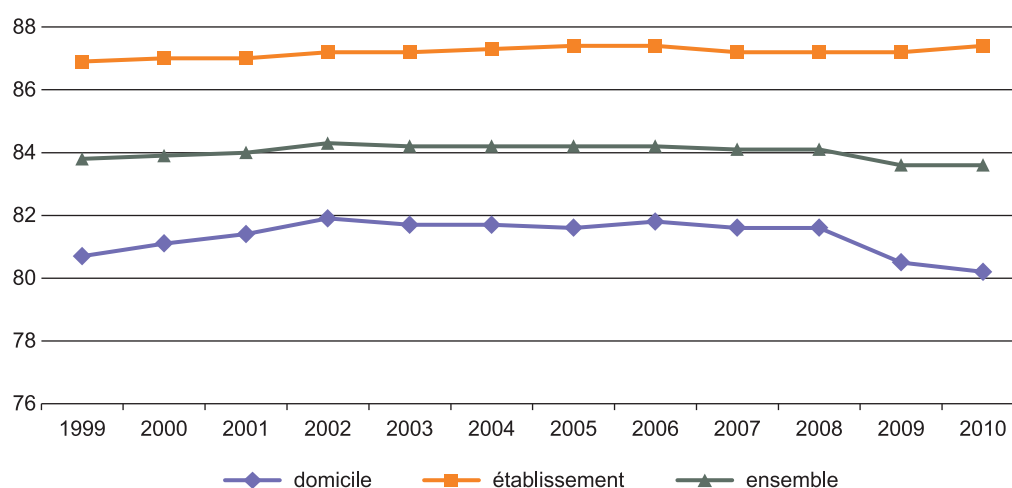


GRAPHIQUE 15. - EVOLUTION 1999-2010 DE L'ÂGE MOYEN AU DÉCÈS - COMPARAISON HOMMES ET FEMMES



En ce qui concerne la comparaison établissement-domicile, on relèvera que l'âge moyen au décès en établissement est beaucoup plus élevé qu'à domicile et dans l'ensemble. En établissement, il varie entre 85,9 ans et 86,5 ans. A domicile, il varie entre 79,2 ans et 81,0 ans.

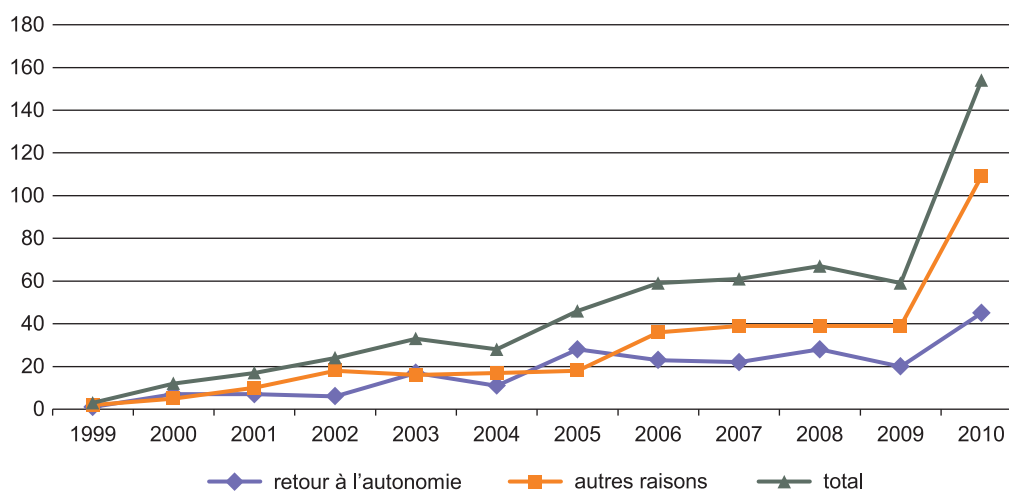
GRAPHIQUE 16. - EVOLUTION 1999-2010 DE L'ÂGE MOYEN AU DÉCÈS - COMPARAISON DOMICILE ET ÉTABLISSEMENT



2.2.3 LES SORTIES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Sur l'ensemble de la période, on relève un total de 563 sorties de l'assurance dépendance. Parmi elles, on relève 38% de retours à l'autonomie tandis que 62% sont dues à d'autres raisons, principalement à la fin de l'affiliation.

GRAPHIQUE 17. - LES SORTIES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE - ÉVOLUTION 1999-2010



2.2.4 LA DURÉE DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE

A côté des entrées, des décès et des autres sorties, un quatrième facteur doit être considéré si l'on veut décrire l'augmentation des bénéficiaires entre 2000 et 2010 : il s'agit de la durée de l'état de dépendance. La durée dans la dépendance n'est pas la même pour tous. Pour calculer la durée, il faut analyser un ensemble fermé. Ainsi, les calculs sur la durée de la dépendance concerneront seulement des personnes décédées⁸.

- La période d'observation s'étend de 1999 à 2010 ;
- La durée est exprimée en mois ;
- La durée considérée part de la date de la demande complète jusqu'au décès du bénéficiaire ;
- Seuls sont considérés les bénéficiaires recevant uniquement des aides et soins. Les bénéficiaires à la fois d'aides techniques et d'aides et soins, ont été éliminés. Il est en effet très probable que ce groupe comporte des bénéficiaires ayant reçu antérieurement seulement des aides techniques.

	Durée moyenne du bénéfice de l'assurance (en mois)	Nombre de bénéficiaires
Plan de prise en charge comportant uniquement des aides et soins	18,2	9 365

Si l'on compare hommes et femmes, on relève que la durée du bénéfice de l'assurance dépendance est beaucoup plus importante pour les femmes que pour les hommes. En moyenne, la différence représente six mois.

	Durée moyenne du bénéfice de l'assurance (en mois)		
	Hommes	Femmes	Total
Plan de prise en charge comportant uniquement des aides et soins	14,0	20,2	18,2
Nombre de bénéficiaires	3 807	5 558	9 365

La comparaison sur base du lieu de séjour amène à des observations plutôt inattendues. En effet, la durée moyenne du bénéfice de l'assurance est beaucoup plus longue pour les bénéficiaires en établissement que pour les bénéficiaires à domicile.

Ainsi que le montre le tableau ci-dessous, les personnes qui commencent à bénéficier de l'assurance dépendance, lorsqu'elles sont déjà en établissement en bénéficient pour une durée moyenne de deux ans et trois mois. Pour les personnes à domicile, cette durée n'atteint pas l'année.

La durée la plus longue concerne les personnes qui commencent à bénéficier de l'assurance dépendance à domicile et rejoignent ensuite un établissement d'aides et de soins. Dans ce cas, la durée dans la dépendance représente trois ans.

	Durée moyenne du bénéfice de l'assurance (en mois)			
	Etablissement	Domicile	Transfert domicile/établissement	Sans indication ^{a)}
Plan de prise en charge comportant uniquement des aides et soins	27,0	11,2	36,2	
Nombre de bénéficiaires	2 459	5 014	1 157	735

a) Il s'agit des bénéficiaires décédés avant évaluation pour qui un plan de prise en charge forfaitaire a été établi.

⁸ Ont été considérés dans l'échantillon tous les bénéficiaires de l'assurance dépendance décédés au moment de l'extraction du fichier.

2.2.5 EN BREF

Entre 2000 et 2010, la population dépendante a plus que doublé et on assiste à des changements structurels. Par rapport à l'âge, on observe peu de différence entre 2000 et 2010. En revanche, on constate que le nombre de personnes dépendantes à domicile augmente. On constate aussi une augmentation du nombre d'hommes dépendants.

La population dépendante a été décimée par un nombre important de décès mais le nombre de nouveaux arrivants a largement dépassé les décès, expliquant ainsi l'augmentation de la population dépendante.

De plus, les 18,2 mois de bénéfice de l'assurance représentent une durée moyenne plutôt longue.

Il est évident que la population dépendante, de par ses différentes caractéristiques, se distingue de la population dans son ensemble.

On peut cependant se demander dans quelle mesure, les changements que nous venons de décrire lui sont spécifiques ? Dans quelle mesure reflètent-ils des changements qui ont affecté l'ensemble de la population protégée ?

Ainsi dans le paragraphe suivant, nous allons la comparer à l'ensemble de la population protégée et à la population protégée résidente. Une telle comparaison présente une double utilité :

- elle permet de mettre le phénomène de la dépendance en perspective ;
- elle permet de souligner l'aspect atypique de la population dépendante.

2.3 L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION DÉPENDANTE COMPARÉE À LA POPULATION PROTÉGÉE

Cette comparaison présente un certain nombre de limites, mais comparaison n'est pas raison et il n'est pas dans les intentions d'apporter des preuves. Il importe davantage de donner des éléments de réflexion et d'approche du phénomène.

2.3.1 LE TAUX DE DÉPENDANCE

Le **taux de dépendance** est un indicateur qui rend compte du rapport entre l'effectif de personnes prises en charge dans le cadre d'une branche de la sécurité sociale et l'effectif de la population protégée par la même branche. Il se calcule en rapportant le nombre de bénéficiaires au nombre total de personnes protégées.

En 2002, le taux de dépendance était de 1,3%. En 2009, il est de 1,63%. L'augmentation du taux de dépendance représente 0,33% entre 2002 et 2009, soit une augmentation de 25%.

Dans chaque branche de la sécurité sociale, le taux rend compte d'une situation différente, propre à la branche considérée. Bien entendu, la sécurité sociale est destinée à couvrir un risque de la vie qui peut toucher tout un chacun. Toutefois, la probabilité de l'échéance du risque varie sensiblement selon la branche considérée. Ainsi, la probabilité pour un assuré d'avoir besoin de l'assurance maladie est-elle beaucoup plus importante que celle d'avoir besoin des prestations de l'assurance dépendance.

Pour l'assurance dépendance, le cercle des bénéficiaires est le même que pour l'assurance maladie mais les conditions d'octroi des prestations sont telles que le grand âge est un facteur important lié à la dépendance.

De plus, les personnes non-résidentes sont nombreuses dans l'ensemble de la population protégée et sont particulièrement rares dans la population dépendante.

Ces deux aspects constituent les principales limites de la comparaison avec la population protégée.

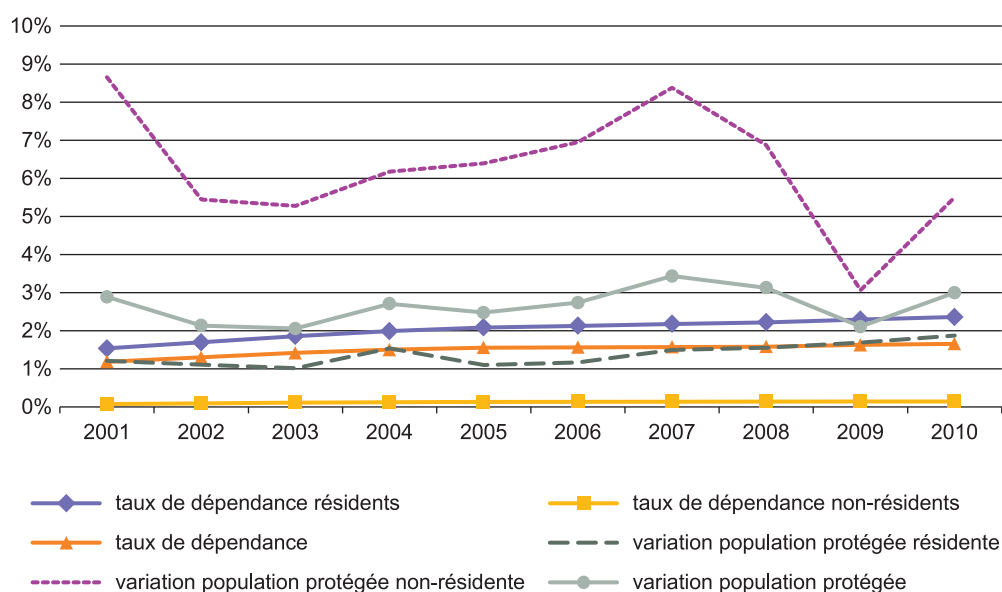
2.3.2 L'INCIDENCE DE LA RÉSIDENCE DANS LA COMPARAISON POPULATION DÉPENDANTE ET POPULATION PROTÉGÉE

Dans le graphique ci-dessous, nous allons présenter l'évolution du taux de dépendance en distinguant le cas des résidents et des non-résidents.

Le graphique suivant présente simultanément six phénomènes :

- la variation de la population protégée totale ;
- la variation de la population protégée résidente ;
- la variation de la population protégée non-résidente ;
- en parallèle, il présente l'évolution du taux de dépendance, à la fois pour la population protégée totale, pour la population protégée résidente et la population protégée non-résidente.

GRAPHIQUE 18. - EVOLUTION 2001-2010 DE LA POPULATION PROTÉGÉE ET DU TAUX DE DÉPENDANCE - COMPARAISON RÉSIDENTS ET NON-RÉSIDENTS



Le graphique appelle plusieurs commentaires :

- **Au niveau de la population protégée**

Après une progression de 2005 à 2007, la croissance de la population protégée diminue sensiblement en 2009. La crise économique qui a débuté en 2007 montre ses premières répercussions à partir de 2008. A partir du 2^e trimestre 2010 une reprise économique favorise une évolution plus positive du marché de l'emploi et par conséquent une augmentation des personnes protégées par l'assurance maladie.

Le ralentissement de la croissance de la population protégée en 2008 se marque beaucoup plus fort au niveau des non-résidents. Les assurés frontaliers sont les premiers touchés par la crise, notamment parce qu'ils ont des contrats de travail intérimaire et à courte durée. On sait que les frontaliers constituent 80% de la population bénéficiant de tels contrats.

La population protégée résidente croît très modérément à partir de 2006. Les effets de la crise sont moins perceptibles dans la population protégée résidente car, même si les résidents ont perdu leur emploi, le bénéfice du chômage maintient leur affiliation à l'assurance maladie. Il faut savoir aussi que le secteur de l'administration publique occupe principalement des assurés résidents (environ 37 000 salariés en 2010).

- **Au niveau du taux de dépendance**

Le taux de dépendance est plus élevé pour la population protégée résidente comparée à la population protégée non-résidente (en fonction notamment des différences concernant l'âge moyen respectif).

Le taux de dépendance est plus élevé pour la population protégée résidente comparée à la population protégée totale.

A partir de 2008, le taux de dépendance pour les personnes protégées résidentes augmente plus vite que celui de la population protégée totale.

Pour les non-résidents, malgré une croissance importante du nombre de personnes dépendantes et l'augmentation modérée de la population protégée non-résidente, le taux de dépendance reste stable sur toute la période. Etant donné que le nombre de bénéficiaires non-résidents est très faible comparé à l'importance de la population protégée non-résidente, l'impact de la croissance du nombre de bénéficiaires sur le taux de dépendance est insignifiant (loi du petit nombre).

Pour comparer la population dépendante à la population protégée, on peut aussi faire l'opération inverse et déterminer le nombre de personnes protégées par personne dépendante.

Cette opération permet de montrer qu'en 2000, on comptait 92 personnes protégées pour une personne dépendante. En 2010, on compte seulement 60 personnes protégées pour une personne dépendante.

Si l'on effectue le même type d'opération en comparant population résidente et non-résidente, on obtient des chiffres très surprenants :

Nombre de personnes protégées pour une personne dépendante		
	2000	2010
Population résidente	78	48
Population non-résidente	1 196	472

2.3.3 L'INCIDENCE DE L'ÂGE DANS LA COMPARAISON POPULATION DÉPENDANTE ET POPULATION PROTÉGÉE

Comme on l'a dit précédemment, la seconde limite dans la comparaison population dépendante / population protégée relève de l'âge de la population dépendante.

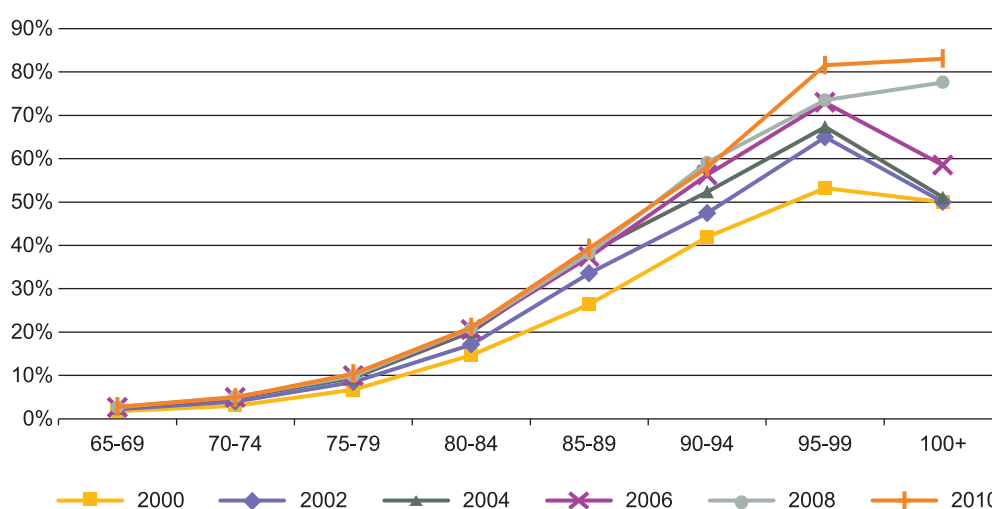
Pour évaluer l'importance du biais, nous allons limiter la comparaison aux deux groupes d'âge équivalents, à savoir la population de soixante-cinq ans et au-delà.

Année	Population protégée âgée de 65 ans et au-delà	Population dépendante âgée de 65 ans et au-delà	Taux de dépendance
2000	60 910	4 601	7,55%
2001	61 863	5 265	8,51%
2002	62 900	5 892	9,37%
2003	63 701	6 494	10,19%
2004	65 123	7 026	10,79%
2005	66 099	7 409	11,21%
2006	66 906	7 638	11,42%
2007	67 924	7 899	11,63%
2008	68 990	8 169	11,84%
2009	70 291	8 552	12,17%
2010	71 384	8 977	12,58%

Le taux de dépendance de la population 65 ans et plus augmente de 66% sur la période de 2000 à 2010 alors que celui défini par rapport à la population protégée totale évolue de 25% seulement. Le rapport entre le taux de dépendance des personnes âgées en 2000 et 2010 s'avère plus élevé que celui que nous avons constaté pour la population protégée totale.

Le graphique ci-dessous permet une comparaison pour les années 2000, 2002, 2004, 2006, 2008 et 2010 entre la population dépendante de 65 ans et plus par groupe d'âge et la population protégée des mêmes groupes d'âge.

GRAPHIQUE 19. - ÉVOLUTION 2000-2010 DU TAUX DE DÉPENDANCE PAR GROUPE D'ÂGE DANS LA POPULATION DES PERSONNES ÂGÉES (65 ANS ET PLUS)



Ce graphique met en évidence que le taux de dépendance évolue peu dans les groupes d'âge en-dessous de 75 ans. Au-delà le taux évolue progressivement pour tous les groupes jusqu'à 95 ans où il diminue jusqu'en 2006.

A partir de 2006, dans le groupe d'âge au-delà de 95 ans, la tendance s'inverse pour suivre une courbe ascendante.

2.3.4 LE TAUX DE DÉPENDANCE STANDARDISÉ

On obtient le taux de dépendance standardisé en **neutralisant** les effets de la structure de la population dépendante (âge, sexe). On détermine quel serait le nombre total de personnes dépendantes, en 2010, si leur nombre par âge et sexe, était resté identique à celui de 2001. On obtient ainsi un indicateur qui rend compte de l'évolution de la population dépendante s'il n'y avait pas eu de changement démographique dans la population protégée.

Ainsi, sans effet de structure, on constate que le nombre de bénéficiaires d'un plan de prise en charge se situerait, en 2010, à 9 299 alors qu'il est en fait de 11 706, soit une différence de 21%. Cette différence de 21 % indique que d'autres facteurs que les changements dans la structure démographique sont intervenus dans l'augmentation de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Le tableau suivant compare l'évolution du taux de dépendance et du taux de dépendance standardisé.

TABEAU 5. - ÉVOLUTION 2002-2010 DU TAUX DE DÉPENDANCE STANDARDISÉ - COMPARAISON AVEC LE TAUX DE DÉPENDANCE CONSTATÉ

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Taux de dépendance standardisé	1,28%	1,37%	1,41%	1,43%	1,40%	1,36%	1,33%	1,34%	1,32%
Taux de dépendance	1,30%	1,42%	1,50%	1,56%	1,57%	1,58%	1,59%	1,63%	1,66%
Différence	0,03%	0,06%	0,09%	0,13%	0,17%	0,22%	0,26%	0,30%	0,34%

On constate que le taux de dépendance est supérieur au taux de dépendance standardisé. Cette différence s'accroît au fil des années.

Ceci permet de conclure que la population dépendante augmente en raison des changements liés à l'âge et au genre.

Mais, ceci permet aussi de conclure que le besoin en soins de longue durée augmente en partie pour d'autres raisons que le changement démographique.

Des hypothèses peuvent être avancées : une meilleure connaissance de l'assurance par la population amenant un plus grand nombre de demandes, une augmentation de certaines causes entraînant la dépendance, etc.

Il reste à vérifier à quels autres facteurs on peut attribuer cette augmentation du besoin de soins de longue durée.

2.4 LES BÉNÉFICIAIRES DES DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Les chiffres que nous venons de présenter englobent un groupe particulier de bénéficiaires. Ils ne répondent pas aux conditions du besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie mais sont atteints de certaines maladies ou handicaps définis sur base réglementaire.

En effet, l'article 350 §3 alinéa 2 dispose qu'un règlement peut définir de manière forfaitaire, le temps requis pour certaines maladies ou handicaps.

Cette disposition légale a été appliquée dans le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998, fixant les modalités de la détermination de la dépendance. Elle cite dans ses articles 2, 3 et 4, plusieurs pathologies qui sont " *présumée(s) relever au minimum du seuil d'entrée donnant droit aux prestations de l'assurance dépendance, soit d'un temps requis hebdomadaire de prise en charge de six heures dans un ou plusieurs domaines définis à l'article 348 alinéa 2* ".

Ces pathologies sont les suivantes :

- les personnes atteintes de baisse de l'acuité auditive ;
- les personnes atteintes de baisse de l'acuité visuelle ;
- les personnes présentant " *une aphasie de type Broca, Wernicke ou globale, une dysarthrie grave, (...), sans déficit associé* " ;
- les personnes présentant une laryngectomie, sans déficit associé ;
- les personnes atteintes d'une forme de spina bifida.

Ainsi, le règlement du 18 décembre 1998 introduit des dispositions que l'on peut, au vu de l'objet de l'assurance dépendance défini par la loi, qualifier d'exceptionnelles.

Mais avant d'émettre des réflexions quant à ces dispositions, qui posent quelques problèmes par rapport au concept de dépendance et dans l'application quotidienne, il nous faut décrire rapidement ce groupe.

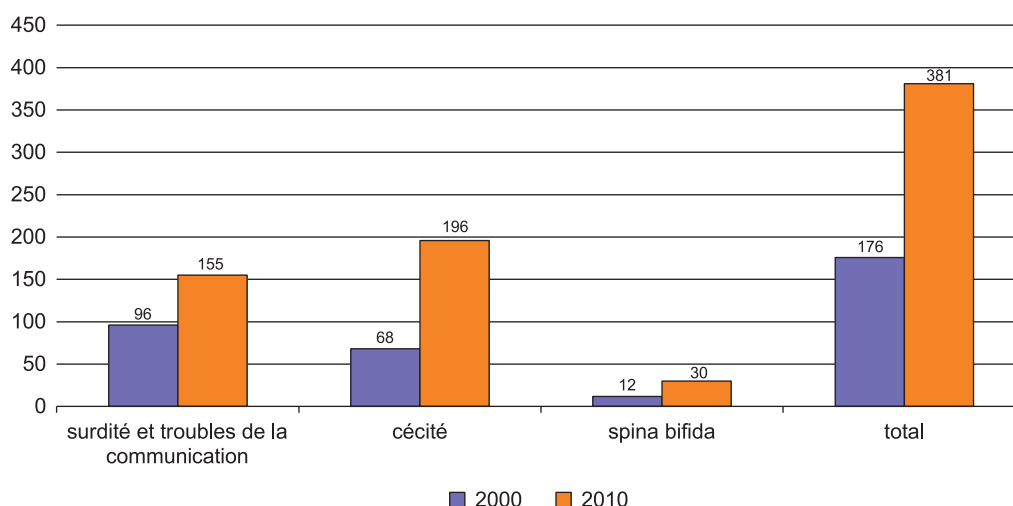
2.4.1 CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

On constate que le nombre a plus que doublé entre 2000 et 2010.

Au 31 décembre 2010, les bénéficiaires de dispositions particulières étaient au nombre de 381 contre 176 en 2000.

Il importe cependant de se demander en premier lieu comment ces bénéficiaires se répartissent en fonction des trois groupes de maladies qui ont été retenues dans le règlement grand-ducal.

GRAPHIQUE 20. - LES BÉNÉFICIAIRES DE DISPOSITIONS PARTICULIÈRES PAR TYPE DE PRESTATION - COMPARAISON 2000/2010 (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



Les bénéficiaires de dispositions particulières en raison de cécité sont actuellement les plus nombreux. Ce n'était pas le cas en 2000 où leur nombre était inférieur aux bénéficiaires atteints de surdité. L'augmentation entre 2000 et 2010 a cependant été beaucoup moins importante que pour les bénéficiaires atteints de cécité dont le nombre a presque triplé entre 2000 et 2010. Les bénéficiaires de prestations en raison de spina bifida sont les moins représentés.

Il est toutefois très difficile de tirer des conclusions à partir de ces chiffres quant à l'incidence de ces pathologies dans la population générale. Une telle généralisation présenterait plusieurs biais :

- tout d'abord, la définition de la cécité ou de la surdité dans les traités de médecine ne correspondent pas forcément à celles de l'assurance dépendance ;
- ensuite, une fois qu'elles deviennent dépendantes au sens des articles 348 et 349 du CSS, les personnes aveugles ou malentendantes, passent en général du régime forfaitaire des dispositions particulières à ce que l'on pourrait appeler le " régime normal " de prestations d'aides et de soins (et sortent par là même des statistiques sur les dispositions particulières) ;
- enfin, il existe toujours des bénéficiaires de prestations pour personnes gravement handicapées, notamment des personnes aveugles, qui existaient avant l'introduction de l'assurance dépendance et qui échappent ainsi aux statistiques sur les dispositions particulières.

On peut toutefois relever que les bénéficiaires de dispositions particulières présentent des caractéristiques démographiques quelque peu différentes de l'ensemble des bénéficiaires de prestations.

- Ce sont des bénéficiaires d'un âge moyen largement inférieur aux bénéficiaires dans l'ensemble : l'âge moyen était de 52,7 ans en 2000. Il augmente à 54,2 ans en 2010.
- Les bénéficiaires atteints de spina bifida sont en moyenne les plus jeunes. Les bénéficiaires admis en raison d'un état de cécité présentent l'âge moyen le plus élevé que ce soit en 2000 ou en 2010. On remarque toutefois qu'à l'inverse de tous les autres bénéficiaires admis en raison de dispositions particulières, la moyenne d'âge des bénéficiaires admis en raison d'un état de cécité diminue. Ceci porte à confirmer le constat émis ci-dessus : un certain nombre de ces personnes continuent à bénéficier de l'ancienne allocation et plusieurs d'entre elles quittent les dispositions particulières à partir du moment où elles présentent un besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie au sens des dispositions générales.

TABEAU 6. - ÂGE MOYEN DES BÉNÉFICIAIRES DES DISPOSITIONS PARTICULIÈRES PAR TYPE DE PRESTATION - COMPARAISON 2000/2010

Type de prestation	2000	2010
Surdité/troubles de communication	45,0	51,1
Cécité	69,3	61,1
Spina Bifida	20,2	27,4
Total	52,7	54,2

- On y relève un nombre plus élevé d'hommes que de femmes. En 2000, on comptait 80 femmes pour 96 hommes, soit 83,3%. En 2010, on relève 184 femmes pour 197 hommes, soit 93,4%. La proportion de femmes aurait dès lors tendance à augmenter.
- On notera aussi que le nombre de femmes est plus élevé dans le groupe des personnes atteintes d'une spina bifida.

2.4.2 LES QUESTIONS POSÉES PAR LES DISPOSITIONS PARTICULIÈRES DANS LE CADRE DE LA LOI

- Les personnes qui remplissent les critères du RGD pour bénéficier de ces prestations forfaitaires parce qu'elles sont atteintes de " *baisse de l'acuité auditive, les personnes présentant une aphasie de type Broca, Wernicke ou globale, une dysarthrie grave, (...), sans déficit associé* " ainsi que *celles présentant une laryngectomie, sans déficit associé ne sont quasiment jamais dépendantes au sens de l'article 348 du CSS* par le biais de ces pathologies *seules et prises isolément*, c'est-à-dire sans pathologie intercurrente associée.
- La même situation existe pour les personnes atteintes *de baisse de l'acuité visuelle ainsi que les personnes atteintes d'une forme de spina bifida* lorsqu'elles sont autonomes pour les actes essentiels de la vie. Il arrive toutefois que **ces pathologies mènent à une dépendance** au sens de l'article 348. Se pose alors la question des prestations prioritaires, notamment pour les personnes présentant un besoin d'aides et de soins pour les actes essentiels de la vie entre 3,5 heures et 6 heures par semaine ?

Il arrive aussi que certaines personnes atteintes de baisse de l'acuité visuelle ou de spina bifida n'aient pas besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie.

- En ce qui concerne l'application de la disposition en faveur des personnes atteintes de troubles auditifs se pose une question d'ordre pratique : le règlement du 18 décembre 1998 prévoit que *"toute personne, dont la capacité auditive de la meilleure oreille avec correction par appareillage permanent, à moins que celle-ci ne puisse être réalisée, est réduite de plus de ou égale à 75DB, est présumée relever au minimum du seuil d'entrée donnant droit aux prestations de l'assurance dépendance, soit d'un temps requis hebdomadaire de prise en charge de 6 heures dans un ou plusieurs domaines définis à l'article 348 alinéa 2. La réduction auditive est à établir en prenant la moyenne arithmétique de la perte auditive au seuil des quatre fréquences conversationnelles 512, 1024, 2048 et 4096 HZ. Pour la fréquence où la perte auditive n'est pas mesurable pour une de ces quatre fréquences, il est admis que le seuil se situe à 120DB (...)"*.

Le texte prévoit que l'audition doit être mesurée par la réalisation d'un **audiogramme tonal** mesurant la capacité auditive avec correction par un appareillage permanent.

Or, en matière d'appareillage, il y a lieu de distinguer entre l'appareil auditif classique, et le dispositif appelé **implant cochléaire**.

La mise en place d'un implant cochléaire est assez récente par rapport à la rédaction du RGD de 1998. En effet, les indications de l'implant cochléaire n'ont fait l'objet d'un consensus international qu'en 1995. Etablies par le *National Institute of Health*, elles ont été reprises par la *Haute Autorité de Santé* (en France) dans son rapport de 2007, intitulé *"Traitement de la surdité par pose d'implants cochléaires ou d'implants du tronc cérébral"*. Les experts proposent dès lors les limites audiométriques indiquant l'implantation pour l'enfant sourd (il existe des recommandations analogues pour l'adulte sourd) :

- dans le cas d'une **surdité profonde**, l'implantation cochléaire est indiquée dès lors que le gain prothétique ne permet pas le développement du langage par insuffisance de perception linguistique ;
- dans le cas d'une **surdité sévère**, l'implantation cochléaire est indiquée lorsque la discrimination est inférieure ou égale à 50%, lors de la réalisation de tests d'audiométrie vocale adaptés à l'âge de l'enfant. Les tests doivent être pratiqués à 60 DB, en champ libre, avec des prothèses bien adaptées sans lecture labiale ;
- en cas de **fluctuations**, il y a indication à une implantation cochléaire lorsque les critères sus-cités sont atteints plusieurs fois par mois, et/ou lorsque les fluctuations retentissent sur le langage de l'enfant.

On voit donc bien que les tests audiométriques pour poser l'indication d'un implant cochléaire se basent sur la compréhension du langage (exprimé en pourcentage) à 60 DB en **audiométrie vocale**. Or, les critères du RGD du 18 décembre 1998 prévoient la réalisation d'une **audiométrie tonale**.

Par ailleurs, il se trouve que, après une rééducation consécutive à un implant cochléaire, les résultats de l'audiogramme tonal pratiqué en champ libre avec l'implant cochléaire indiquent souvent une amélioration des résultats. Ceci ne va cependant pas de pair avec **une amélioration de la compréhension du langage**. En d'autres termes, le handicap de la personne présentant une baisse de l'acuité auditive, c'est-à-dire une non-compréhension du langage, objectivable par l'audiogramme vocal, peut toujours persister après implantation cochléaire, alors que les tests de l'audiométrie tonale rendent un résultat meilleur qui fait perdre aux patients le bénéfice des prestations prévues à l'article 2 du RGD.

Pour rencontrer ce problème, on pourrait envisager, en concertation avec les spécialistes du domaine, une nouvelle stratégie. Ainsi, il faudrait :

- soit définir de nouveaux critères d'attribution pour ces prestations se basant sur l'audiogramme vocal, seulement pour les personnes implantées ;
- soit réfléchir à de nouveaux critères mesurables mais qui pourraient s'appliquer de façon équitable à toutes les personnes atteintes de baisse de l'acuité auditive ou de surdité (implantées ou appareillées) et qui tiendraient davantage compte de leur handicap *"réel et objectif"*.

Ceci lèverait par la même occasion la confusion qui existe actuellement dans la terminologie du RGD du 18 décembre 1998. En effet, d'aucuns ont tendance à l'interpréter en arguant que la notion de *capacité auditive avec correction par un appareillage permanent* concerne uniquement les appareils auditifs classiques et non les implants cochléaires.

- Pour la lecture de l'alinéa 3 de l'article 2 qui concerne les personnes présentant une aphasie, une dysarthrie ou laryngectomie se pose un problème de sémantique. Le paragraphe 3 est en effet libellé ainsi : " *Peut bénéficier par ailleurs de cette disposition, toute personne qui présente une aphasie de type Broca, Wernicke ou globale, une dysarthrie grave, ou une laryngectomie, sans déficit associé.* " Une incertitude persiste quant aux termes " *sans déficit associé* ". S'appliquent-ils uniquement à la laryngectomie, ou bien, comme ils sont précédés d'une virgule, à toutes les pathologies énumérées dans la proposition principale ? La CEO a retenu la deuxième interprétation.
- Enfin, en application de l'article 356§5 du CSS qui prévoit que des aides techniques peuvent être prises en charge pour permettre à la personne de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines (...) de la communication verbale ou écrite, le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006⁹ prévoit toute une série d'aides techniques à destination des personnes atteintes de baisse de l'acuité visuelle et auditive essentiellement. On peut se poser légitimement la question de la raison d'être de ces aides techniques au sein de l'assurance dépendance, alors que par exemple les aides visuelles de base telles que les lunettes ainsi que les prothèses auditives de base (appareils auditifs et implants cochléaires) sont opposables à l'assurance maladie.

En conclusion, on peut dire que les dispositions des articles 2, 3 et 4 du règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 interpellent à plusieurs égards :

- **La majorité de ces bénéficiaires présente sans aucun doute un handicap réel mais ne présente pas de besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie.**
- **On peut se demander s'il n'y a pas *discrimination positive* des personnes atteintes de ces maladies par rapport à des personnes atteintes d'autres maladies non énumérées par le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998.**
- **Les critères d'attribution, en particulier pour les personnes atteintes de baisse de l'acuité auditive, présentent certaines ambiguïtés.**

Enfin, les critères d'attribution, en particulier des prestations pour personnes atteintes de baisse de l'acuité auditive, mériteraient d'être revus et adaptés.

⁹ Il s'agit du règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant : 1.les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2.les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3.les produits nécessaires aux aides et soins.

35 jours

Polymédication

26 000 euros

2 216 218 euros

PAEX

292 euros/AT

Elévateur d'escalier

■ ■ ■ Chapitre 4

Les prestations requises



INTRODUCTION

Ce chapitre est consacré à une présentation détaillée **des prestations requises**¹.

Il y a lieu d'opérer une distinction entre les **prestations requises** et les **prestations facturées**.

Les **prestations requises** sont les prestations qui sont accordées à la personne dépendante en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation.

Les **prestations facturées** sont les prestations que les prestataires de l'assurance dépendance ont effectivement apportées au bénéficiaire et facturées à la CNS.

Dès lors, il n'y a pas une correspondance parfaite entre les prestations requises et les prestations facturées et remboursées par la CNS. Ceci s'explique notamment pour les raisons suivantes :

- tous les aides et soins requis ne sont pas consommés par le bénéficiaire ou apportés par le prestataire, qui dès lors ne les facture pas ;
- il faut tenir compte de la possibilité de conversion en espèces qui est plafonnée et n'impose pas un respect strict du plan de prise en charge.

Les prestations facturées seront présentées dans le chapitre portant sur les données financières.

Pour présenter le temps requis on privilégiera la présentation du temps pondéré. Toutefois, à l'un ou l'autre moment, la présentation se référera au temps non pondéré. En effet, les deux formes présentent un intérêt différent :

- Le temps non pondéré d'aides et de soins pour les trois domaines des actes essentiels de la vie (AEV), les tâches domestiques (TD) et les activités de soutien (SO), présente **la durée réelle** des prestations accordées au bénéficiaire. Il permet de mettre en évidence le volume du temps accordé au bénéficiaire.
- Le **temps pondéré**, quant à lui, est la référence légale pour les durées minimales et maximales des prestations. Il permet aussi d'évaluer **le coût**² des prestations accordées au bénéficiaire. Pour ce calcul, on tient compte de deux coefficients ; le coefficient de qualification et le coefficient d'intensité. Et enfin, il permet les comparaisons entre les types de prestations (actes essentiels de la vie et activités de soutien).

Aux prestations requises, on ajoutera une présentation portant sur des prestations très proches des soins de longue durée : les soins palliatifs en milieu extrahospitalier qui sont payés dans le cadre de l'assurance dépendance, un aperçu sur les projets d'action expérimentale qui ont été menés dans le cadre de l'assurance dépendance, et enfin une présentation du phénomène de polymédication, dans la mesure où il touche les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Section 1 : Les prestations pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien et de conseil

Section 2 : Les aides techniques

Section 3 : Les adaptations du logement

Section 4 : Les soins palliatifs à charge de l'assurance dépendance

Section 5 : Les projets d'action expérimentale

Section 6 : La polymédication, la prise et administration de médicaments

¹ Il est question ici des prestations requises pour les personnes résidentes et non-résidentes, y compris les prestations forfaitaires en raison de dispositions particulières, sauf indication contraire.

² La valeur monétaire des prestations est pondérée par deux coefficients : le coefficient de qualification et le coefficient d'intensité.

SECTION 1 LES PRESTATIONS REQUISES POUR LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE, LES TÂCHES DOMESTIQUES, LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN ET DE CONSEIL

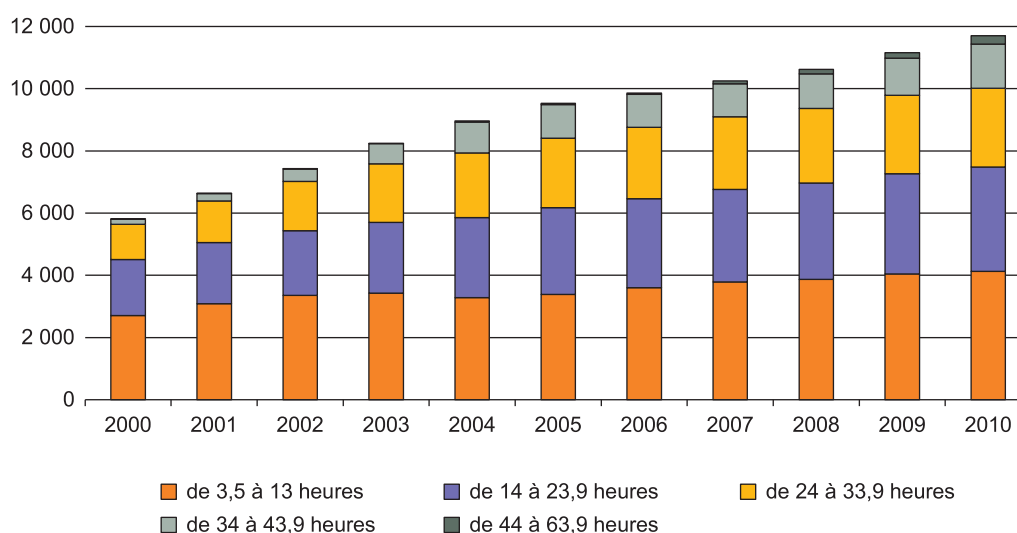
1.1 LE TEMPS TOTAL REQUIS (DÉTERMINÉ PAR LA CEO)

Depuis les modifications de la loi introduites en 2005 (application à partir de 2007) le temps total qu'il est possible d'accorder dans le cadre de l'assurance représente 56,5 heures par semaine.

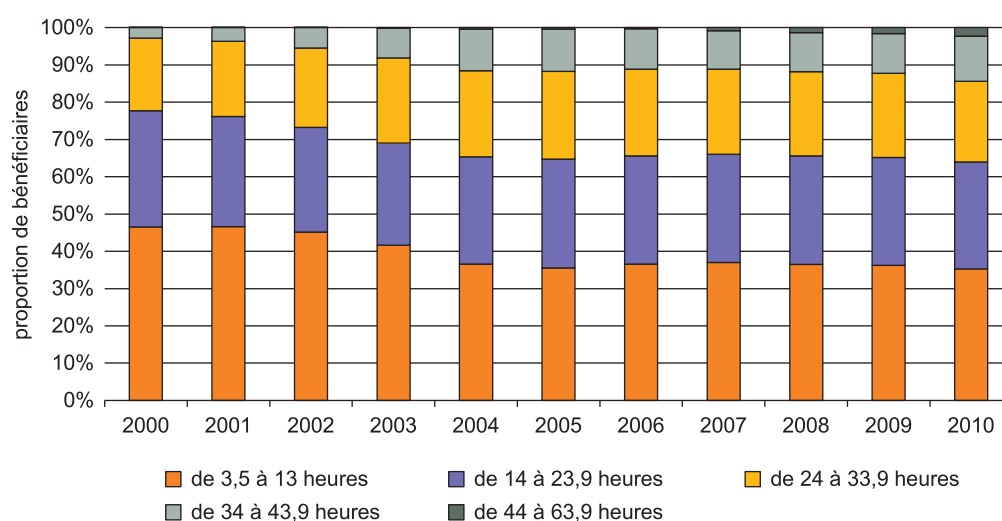
De 1998 à 2006, il représentait 40,5 heures à domicile et 47,5 heures en établissement d'aides et de soins.

Les deux graphiques suivants portent sur l'évolution du nombre de bénéficiaires par classe de temps requis.

GRAPHIQUE 1. - RÉPARTITION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES SELON LE TEMPS TOTAL PONDÉRÉ REQUIS PAR SEMAINE (EN HEURES, REGROUPEMENT PAR CLASSES)- ÉVOLUTION 2000-2010 (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



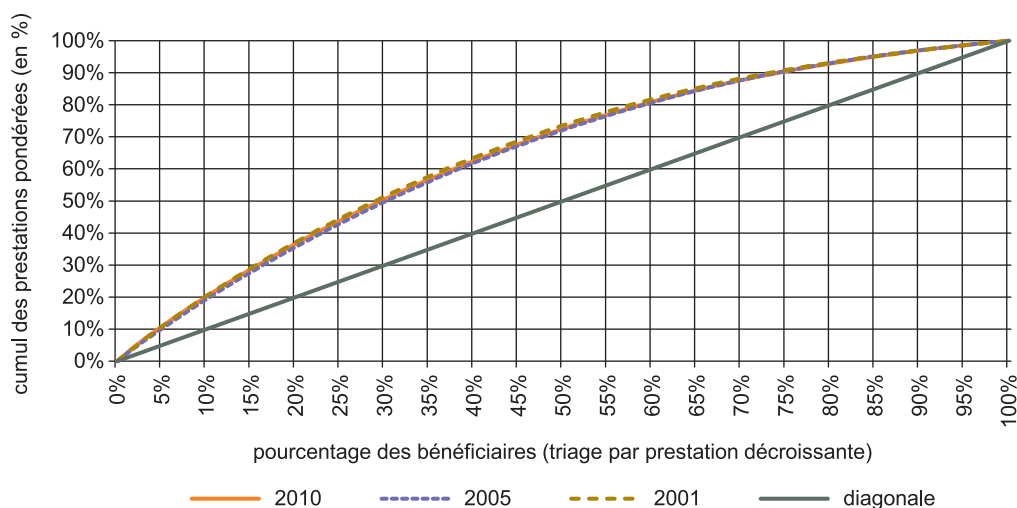
GRAPHIQUE 2. - PROPORTION DE BÉNÉFICIAIRES PAR CLASSE DE TEMPS TOTAL PONDÉRÉ REQUIS PAR SEMAINE



Il y a lieu de relever que la répartition des bénéficiaires dans les différentes classes de **temps total pondéré requis est relativement stable depuis 2004**. Cependant, on remarque que la proportion de bénéficiaires dans les classes au-delà de 34 heures augmente, surtout à partir de 2007.

Après cette présentation générale de l'évolution du volume des prestations de 2000 à 2010, on peut se demander comment ce volume de prestations mis à disposition dans les plans de prise en charge se répartit entre les différents bénéficiaires³.

GRAPHIQUE 3. - RÉPARTITION DES PRESTATIONS PONDÉRÉES REQUISES EN FONCTION DU POURCENTAGE DE BÉNÉFICIAIRES - COMPARAISON 2001/2005/2010 (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



Le pourcentage des bénéficiaires est indiqué en abscisse et le pourcentage du total des prestations pondérées qui leur correspond est repris en ordonnée. Si tous les bénéficiaires avaient les mêmes prestations, la courbe obtenue serait la diagonale. Cette distribution égalitaire n'est certainement pas celle qui avait été voulue par le législateur de 1998.

Au contraire, l'assurance dépendance a été introduite pour corriger un système qui ne garantissait pas une adéquation entre l'intensité du besoin et d'aide reçue. Le législateur a même abandonné le premier avant-projet de loi basé sur des degrés de dépendance pour passer à une mesure continue, montrant ainsi de façon évidente, sa volonté d'adapter les prestations aux besoins de la personne.

En 2010, on constate que 30% des bénéficiaires se partagent 50% des prestations requises. Cette répartition des prestations requises est très stable depuis 2001.

Quelles sont les caractéristiques de ces bénéficiaires - que l'on appellera les plus dépendants ? Où se trouvent-ils et quels types de prestations reçoivent-ils ?

³ Pour présenter cette répartition, nous aurons recours à une courbe de LORENZ, représentation graphique destinée à décrire l'inégalité d'une distribution. Pour tracer cette courbe, on cumule les ressources disponibles et on les rapporte à la proportion de sujets qui les détiennent. Dans le cas présent, on cumule les prestations requises et on les rapporte au pourcentage de bénéficiaires qui en disposent.

Le tableau suivant montre à quel groupe appartiennent les bénéficiaires qui reçoivent le plus et le moins de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance.

TABEAU 1. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES PAR TYPE^{a)} ET DÉCILES DE PRESTATIONS REQUISES (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2010)

Type de prestation	Nombre de bénéficiaires se partageant ...% de l'ensemble des prestations										Total
	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90-100	
Dispositions particulières										355	355
Domicile prestations mixtes	136	156	181	239	339	415	536	698	990	1 099	4 789
Domicile prestations en espèces				3	13	10	10	53	231	814	1 134
Domicile prestations en nature	32	101	64	78	85	106	148	183	179	266	1 242
Établissement	367	367	443	434	398	415	388	363	323	372	3 870
Prestations en espèces exportées				6	15	17	31	45	70	132	316
Total	535	624	688	760	850	963	1 113	1 342	1 793	3 038	11 706
Pourcentage de l'ensemble des bénéficiaires	5%	5%	6%	6%	7%	8%	10%	11%	15%	26%	100%

a) Type de prestations requises : lorsque le bénéficiaire est à domicile, le type de prestations est davantage un choix du bénéficiaire qu'un requis de la Cellule d'évaluation et d'orientation. A l'exclusion des situations pour lesquelles il est évident qu'il n'y a pas d'aidant informel en mesure d'apporter les aides et soins, le choix des prestations en espèces, nature ou mixte est laissé au bénéficiaire qui décide en fonction de son organisation personnelle et des possibilités du réseau d'aides et de soins.

- Parmi les 30% de bénéficiaires qui se partagent 50% des prestations requises, on retrouve **58,9% de l'ensemble des bénéficiaires en établissement et 16% de l'ensemble des bénéficiaires à domicile**. On peut dès lors dire que les bénéficiaires les plus dépendants ou, à tout le moins, ceux qui ont le requis le plus élevé se trouvent en établissement.
- En outre, **la distribution entre les déciles est très différente** suivant qu'il s'agit **du domicile ou de l'établissement**. A domicile, le nombre de bénéficiaires augmente au fur et à mesure que l'on avance dans les déciles, et ceci qu'il s'agisse des prestations en espèces, des prestations en nature ou des prestations mixtes. En établissement, en revanche, la répartition est à peu près équilibrée entre les déciles. On peut en conclure que la plupart des personnes gravement dépendantes rejoignent l'établissement mais pas toutes. On peut aussi dire que les établissements accueillent également et dans les mêmes proportions, des personnes avec un requis peu élevé.

En continuant sur la comparaison établissement/domicile, on peut se demander comment les prestations requises dans l'un et l'autre lieu de séjour, ont évolué depuis 2001. On peut aussi se demander comment le volume accordé à la personne (temps non pondéré) a évolué tant à domicile qu'en établissement.

Le tableau 2 compare l'évolution du **temps total moyen pondéré** et du **temps moyen total non pondéré** pour les AEV, TD et SO entre l'établissement et le domicile.

TABEAU 2. - EVOLUTION DU TEMPS MOYEN REQUIS PAR SEMAINE DEPUIS 2001 - DISTINCTION PAR LIEU DE SÉJOUR

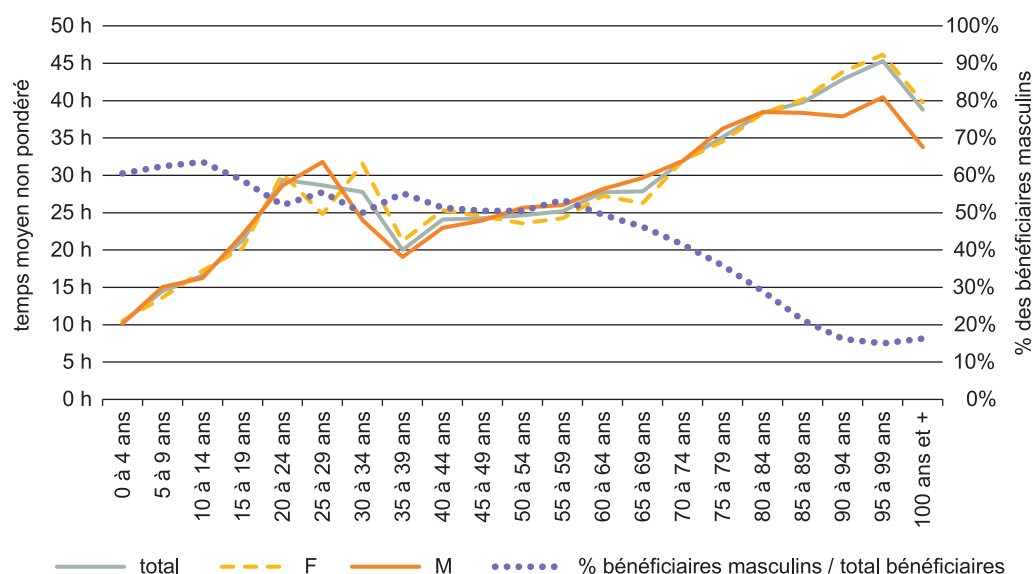
Lieu de séjour	Année	Nombre de bénéficiaires	Temps total moyen requis non pondéré	Variation en %	Temps total moyen requis pondéré	Variation en %
Domicile	2001	4 075	19,1		13,6	
	2002	4 714	20,0	4,6%	14,0	3,1%
	2003	5 306	21,2	6,1%	14,8	5,4%
	2004	5 912	22,6	6,5%	16,4	11,0%
	2005	6 358	23,3	3,2%	16,8	2,3%
	2006	6 764	23,7	1,8%	16,8	0,2%
	2007	6 955	23,9	0,9%	16,7	-0,4%
	2008	7 232	24,7	3,1%	16,8	0,3%
	2009	7 566	25,2	1,9%	16,7	-0,2%
	2010	7 836	26,1	3,9%	17,0	1,3%
Etablissement	2001	2 557	21,6		20,0	
	2002	2 708	22,8	5,5%	21,3	6,2%
	2003	2 944	24,3	6,7%	23,0	7,9%
	2004	3 054	30,4	25,0%	24,5	6,8%
	2005	3 170	34,5	13,5%	24,6	0,4%
	2006	3 093	35,9	4,1%	24,2	-1,5%
	2007	3 294	39,7	10,5%	24,3	0,3%
	2008	3 389	44,2	11,4%	25,1	3,2%
	2009	3 590	47,2	6,7%	25,5	1,5%
	2010	3 870	50,9	7,9%	26,4	3,5%
Total	2001	6 632	20,1		16,1	
	2002	7 422	21,0	4,7%	16,7	3,7%
	2003	8 250	22,3	6,2%	17,7	6,2%
	2004	8 966	25,2	13,1%	19,2	8,3%
	2005	9 528	27,0	7,1%	19,4	1,2%
	2006	9 857	27,5	1,9%	19,1	-1,2%
	2007	10 249	29,0	5,3%	19,2	0,1%
	2008	10 621	30,9	6,6%	19,4	1,4%
	2009	11 156	32,2	4,3%	19,6	0,6%
	2010	11 706	34,3	6,4%	20,1	2,6%

On voit ainsi que depuis 2001, le temps moyen requis des personnes en établissement a toujours été plus important que celui des personnes à domicile.

Mais, on voit aussi qu'au fil des années, le temps moyen augmente plus vite dans les établissements qu'à domicile !

On peut ajouter à cette description générale, quelques commentaires se référant à l'âge et au sexe des bénéficiaires.

GRAPHIQUE 4. - TEMPS TOTAL MOYEN REQUIS NON PONDÉRÉ PAR GROUPE D'ÂGE ET SEXE ET POURCENTAGE DES BÉNÉFICIAIRES MASCULINS PARMI LES BÉNÉFICIAIRES (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2010)



- A partir de 50 ans jusqu'à 84 ans, le temps moyen requis non pondéré des hommes est légèrement supérieur ou égal, à celui des femmes. La différence maximale de temps moyen requis entre hommes et femmes se situe autour de 3 heures entre 50 et 84 ans.
- A partir de 85 ans, le temps moyen requis pour les femmes dépasse celui des hommes, et le dépasse de plus en plus avec l'avancement en âge.

En d'autres termes,

- entre 50 et 85 ans, hommes et femmes présentent un besoin d'une intensité à peu près équivalente ;
- au-delà de 85 ans, la proportion d'hommes parmi les bénéficiaires diminue fortement ;
- au-delà de 85 ans, l'intensité du besoin d'aide des hommes est inférieure à celui des femmes.

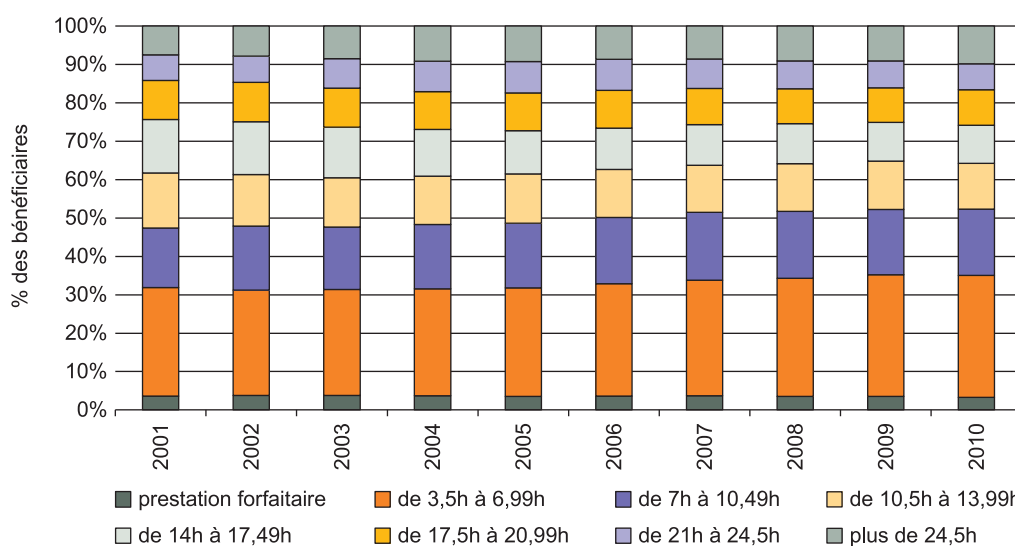
1.2 LE TEMPS REQUIS POUR LES DIFFÉRENTS TYPES DE PRESTATIONS

1.2.1 LES PRESTATIONS POUR LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE

Pour se faire une première idée de l'évolution du temps requis pour les actes essentiels de la vie, on peut examiner la répartition des bénéficiaires par classes. Les classes ont été construites par paliers de 3,5 heures. Ce choix est justifié par la référence à des paliers de même valeur dans l'assurance dépendance (besoin minimum, calcul de la prestation en espèces...).

Dans l'ensemble, on peut conclure à une certaine stabilité dans l'évolution du temps requis pour les actes essentiels de la vie. Certes, on relève de petites variations de la proportion des effectifs dans les différentes classes de temps. Mais, comme le montre le graphique suivant, alors que le nombre de bénéficiaires a connu une hausse de 77% en 10 ans (de 6 632 bénéficiaires en 2001 à 11 706 bénéficiaires en 2010), **on ne relève aucune différence significative dans la répartition par classe de temps requis au cours des dix années.**

GRAPHIQUE 5. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES PAR CLASSE DE TEMPS REQUIS POUR LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE



Le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie se situe à 12,4 heures au 31 décembre 2010. Il s'agit d'une moyenne très stable depuis 2001 (sur les dix années, le maximum a été de 12,7 heures et le minimum de 12,3 heures).

Le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie **se situe à 12,4 heures** au 31 décembre 2010. Il s'agit d'une moyenne très stable depuis 2001 (sur les dix années, le **maximum a été de 12,7 heures et le minimum de 12,3 heures**).

1.2.2 LES PRESTATIONS POUR TÂCHES DOMESTIQUES

On rappellera que la loi distingue deux forfaits pour les tâches domestiques. Le premier est destiné à couvrir les tâches domestiques normales. Il correspond à 2,5 heures par semaine. Le second est destiné à couvrir des tâches domestiques exceptionnelles liées à l'état de dépendance. Il est de 1,5 heures par semaine.

On peut dire que le forfait normal est une prestation accordée à presque tous les bénéficiaires, à l'exception des bénéficiaires de dispositions particulières.

On remarque ainsi que ce forfait est accordé à 96,2% des bénéficiaires d'aides et soins.

Parmi ceux-ci, on retrouve 2,9% de bénéficiaires qui reçoivent le forfait pour tâches domestiques exceptionnelles.

1.2.3 LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN

En comparant l'offre de prestations existant dans d'autres pays, on peut dire que les activités de soutien constituent une originalité de l'assurance dépendance du Grand-Duché de Luxembourg.

Elles ont pour objectif de maintenir voire de restaurer les capacités de la personne à exécuter les actes essentiels de la vie de façon autonome. Dans un certain nombre de situations, lorsque le bénéficiaire séjourne à domicile, elles ont également pour but de permettre à l'aidant informel de prendre du répit.

Elles ont été redéfinies en 2006. Leur contenu a été centré sur les actes essentiels de la vie et la qualité du soin plutôt que sur la qualité de vie. De plus, l'octroi des activités spécialisées a été subordonné à la fixation d'un objectif.

Les activités de soutien sont les prestations les plus concernées par les pondérations dont il a été question au début du chapitre.

Actuellement, on distingue quatre catégories de prestations de soutien.

	Spécialisées	Non spécialisées
Individuelles	- Activités de soutien à l'hygiène corporelle - Activités de soutien à la nutrition - Activités de soutien à la mobilité	- Surveillance / garde à domicile - Accompagnement pour des courses et démarches administratives
En groupe	- Activités spécialisées de soutien en groupe (groupes de quatre personnes guidées par un soignant)	- Activités non spécialisées de soutien en groupe (groupes de huit personnes guidées par un soignant)

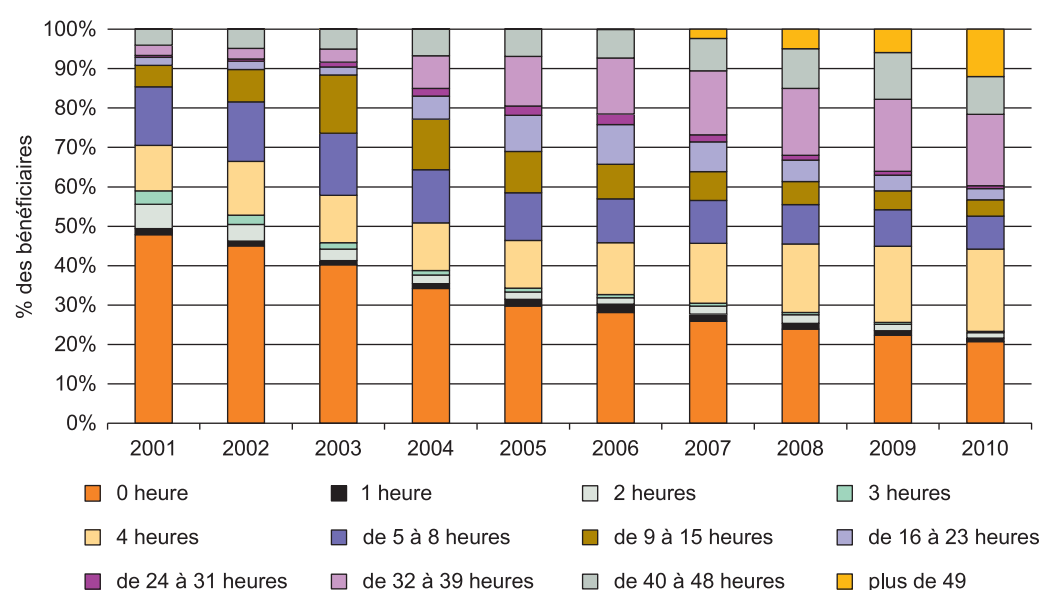
Les activités de soutien en groupe sont concernées par les coefficients d'intensité (**0,25 pour les activités spécialisées et depuis 2007, 0,125 pour les activités non spécialisées**).

Les activités de soutien individuelles sont quant à elles, concernées par les coefficients de qualification (1,5 et 1,9 pour les activités individuelles spécialisées et 0,7 pour les courses et démarches administratives).

1.2.3.1 DEPUIS 2001, AUGMENTATION CONSTANTE DE LA PROPORTION DES BÉNÉFICIAIRES D'ACTIVITÉS DE SOUTIEN

- Au 31 décembre 2001, 52% des personnes dépendantes bénéficiaient d'activités de soutien ;
- Au 31 décembre 2010, 79% des bénéficiaires de l'assurance dépendance bénéficient d'activités de soutien, soit une augmentation de 52% par rapport à 2001 ;
- Le pourcentage de personnes dépendantes dont le temps (non pondéré) dépasse 32 heures est en constante augmentation (22% en 2006 et 40% en 2010) ;
- Le nombre de bénéficiaires en établissement faisant partie de la classe de plus de 48 heures a connu une augmentation de 247% de 2009 à 2010. En comparaison, le nombre de bénéficiaires à domicile de la même classe a augmenté de 43% ;
- En 2010, on constate une légère augmentation des bénéficiaires dans la classe de 3 à 4 heures, et une forte augmentation dans la classe de plus de 48 heures. Toutes les autres classes connaissent des baisses. Or, en 2010, la Cellule d'évaluation et d'orientation a introduit une modification des standards de détermination qui pourrait expliquer ce phénomène.

GRAPHIQUE 6. - PROPORTION DE BÉNÉFICIAIRES PAR CLASSE DE TEMPS NON PONDÉRÉ REQUIS PAR SEMAINE POUR LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN (EN HEURES) (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



1.2.3.2 AUGMENTATION DU TEMPS MOYEN REQUIS POUR LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN, PRINCIPALEMENT EN ÉTABLISSEMENT

Le temps moyen requis pour les activités de soutien augmente depuis l'entrée en application de l'assurance dépendance. Le tableau suivant montre cette progression entre 2008 à 2010. Cette progression se fait particulièrement sentir au niveau du temps requis non pondéré.

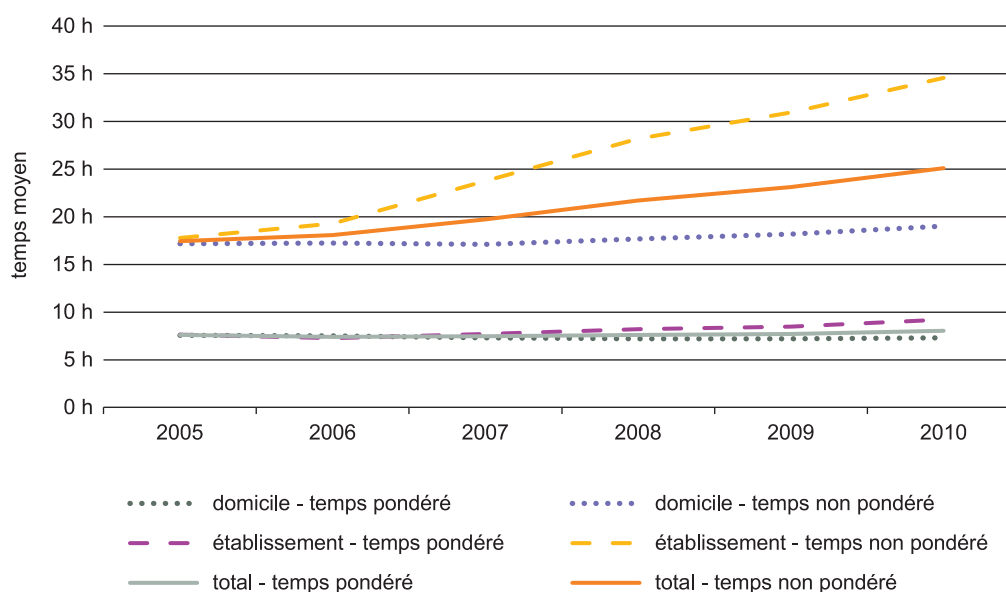
TABEAU 3. - TEMPS MOYEN REQUIS PONDÉRÉ ET NON PONDÉRÉ POUR LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN - ÉVOLUTION 2008-2010

Temps moyen requis	2008		2009		2010	
	Pondéré	Non pondéré	Pondéré	Non pondéré	Pondéré	Non pondéré
Domicile	7,2	17,7	7,2	18,2	7,3	19,0
Etablissement	8,2	28,2	8,5	30,9	9,2	34,6
Total	7,6	21,7	7,7	23,1	8,0	25,1

Pour illustrer davantage le phénomène de l'augmentation du temps requis, nous recourrons au graphique 7, qui présente l'évolution du temps requis pondéré et non pondéré de 2005 à 2010.

On rappellera que les modifications réglementaires en matière de coefficient d'intensité introduites en 2007 avaient pour objectif de modérer la croissance du requis en matière d'activités de soutien ou à tout le moins les dépenses pour les activités de soutien. Il faut cependant ajouter qu'en parallèle, il a été décidé d'élever le plafond des activités de soutien de 12 à 14 heures, afin de permettre aux personnes à domicile de bénéficier, lorsque cela s'avère nécessaire d'une prise en charge de sept jours sur sept en centre de jour spécialisé. Les analyses montrent que cette seconde mesure a probablement annulé les effets de la première.

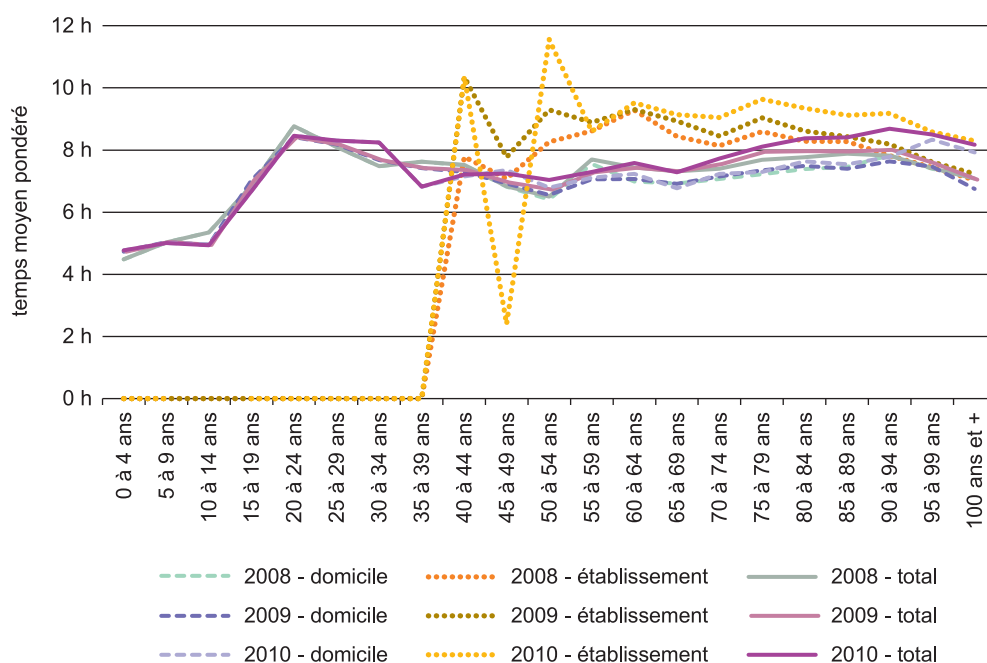
GRAPHIQUE 7. - ÉVOLUTION DU TEMPS MOYEN REQUIS PONDÉRÉ ET NON PONDÉRÉ POUR LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN EN FONCTION DU LIEU DE SÉJOUR (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



- Pour l'ensemble, on constate une **augmentation du temps moyen requis pondéré et non pondéré**. Cette augmentation est due principalement au poids de l'établissement.
- A domicile, on constate une certaine stabilité des prestations requises en matière d'activités de soutien, entre 2005 et 2010, que ce soit pour le temps pondéré ou non pondéré.
- En établissement, en revanche, on constate que les prestations qu'elles soient pondérées ou non, augmentent.
- On constate aussi que l'augmentation est beaucoup plus marquée pour le temps non pondéré. Il y a dès lors lieu de conclure que les bénéficiaires ont reçu davantage de prestations sans que les coûts n'augmentent dans la même proportion.

- Le temps moyen pondéré et le temps moyen non pondéré pour les activités de soutien des bénéficiaires à domicile n'augmentent que lentement depuis 2008. Au niveau des établissements, on constate que le temps moyen pondéré progresse d'une année à la suivante. **L'écart pour le temps moyen des activités de soutien en fonction du lieu de séjour continue ainsi à se creuser : en temps pondéré, il représentait 1 heure en 2008. Il représente près de 2 heures (1,9) en 2010.**
- On constate que le temps non pondéré en établissement a presque doublé entre 2005 et 2010 et l'on peut s'interroger sur la légitimité de cette augmentation qui repose principalement sur les requis d'activités de groupe. Dans les intentions du législateur, les activités de soutien s'adressaient à la personne dépendante mais elles avaient aussi pour objectif d'accorder du répit à l'aidant informel. Ceci était surtout le cas des activités en centre de jour spécialisé devenues par la suite les activités de soutien en groupe. De là, il y a lieu de se demander quelle est la fonction de l'activité en groupe en établissement et s'il y a lieu de la financer dans une telle mesure dans le cadre de la sécurité sociale.
- Enfin, ainsi que montré par le graphique 8, on relèvera que contrairement aux actes essentiels de la vie, le temps requis pour les activités de soutien diminue avec l'âge.

GRAPHIQUE 8. - TEMPS MOYEN REQUIS PONDÉRÉ POUR LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PAR GROUPE D'ÂGE ET LIEU DE SÉJOUR (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



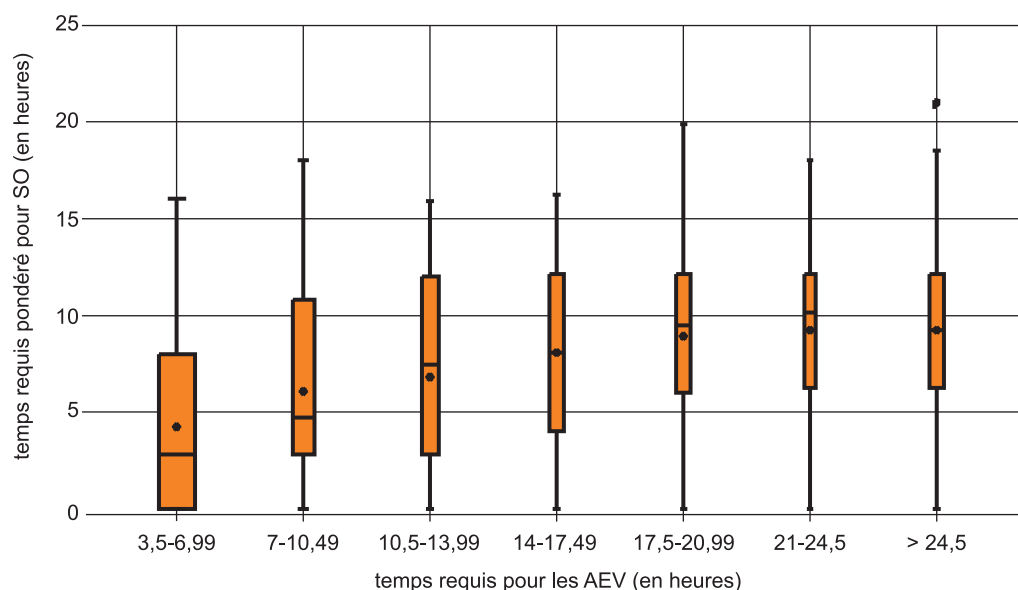
1.2.3.3 LIEN ENTRE LES PRESTATIONS POUR LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE ET LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN

Une question fondamentale reste celle du lien entre les activités de soutien et les actes essentiels de la vie.

L'objet de la loi est la réponse au besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie. Lors des modifications de la loi en 2005 et des travaux de redéfinition en 2006, les activités de soutien ont été explicitement liées aux actes essentiels de la vie et centrées sur la qualité du soin plutôt que sur le concept plus global de qualité de vie.

Ceci se traduit-il dans le requis ? Relève-t-on une corrélation entre les actes essentiels de la vie et les activités de soutien et laquelle ?

GRAPHIQUE 9. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES EN FONCTION DU TEMPS PONDÉRÉ REQUIS POUR LES SO ET DU TEMPS REQUIS POUR LES AEV (EN HEURES) (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2010)



Le graphique 9 montre que la moyenne et la médiane pour le temps requis pondéré pour les activités de soutien augmentent lorsque le temps requis pour les actes essentiels de la vie augmente.

Il est intéressant de relever cette constatation qui permettrait de dire que le temps requis pour les activités de soutien augmenterait avec la dépendance pour les actes essentiels de la vie. Ceci n'est cependant vrai que pour le temps moyen. Lorsque l'on regarde le croisement des deux distributions (temps pondéré pour les actes essentiels de la vie et temps pondéré pour les activités de soutien), il devient impossible de tirer cette conclusion.

1.2.4 LES ACTIVITÉS DE CONSEIL

Les activités de conseil sont des prestations spécifiques au maintien à domicile. De plus, tout comme les activités de soutien, elles sont étroitement liées aux trois domaines des actes essentiels de la vie, mais sont requises temporairement, pour une période limitée.

Leur objectif est d'apporter à la personne dépendante, les apprentissages nécessaires pour réaliser certains actes de la vie quotidienne de façon autonome ou permettre une utilisation efficace d'une aide technique. Elles peuvent aussi apporter à l'aidant informel un apprentissage pour une prise en charge adaptée.

Au 31 décembre 2010, 318 personnes sont titulaires d'une décision comportant des activités de conseil.

On est interpellé par la rareté du recours aux activités de conseil et l'on peut se demander si cette prestation trouve sa place dans l'assurance dépendance.

TABEAU 4. - ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES D'ACTIVITÉS DE CONSEIL

Temps requis	2008	En % du total	2009	En % du total	2010	En % du total
1 h	4	0,1%	2	0,0%	2	0,0%
2 h	18	0,2%	11	0,1%	17	0,2%
3 h	3	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
4 h	36	0,5%	29	0,4%	24	0,3%
Plus de 4 h	293	4,1%	289	3,8%	275	3,5%
Sous-total	354		332		318	
Aucune prestation	6 878	95,1%	7 234	95,6%	7 518	95,9%
Total	7 232	100,0%	7 566	100,0%	7 836	100,0%

1.2.5 LES PRESTATIONS EN NATURE ET LES PRESTATIONS EN ESPÈCES

Il est intéressant d'examiner comment le temps requis est distribué suivant qu'il s'agit de prestations en espèces ou en nature.

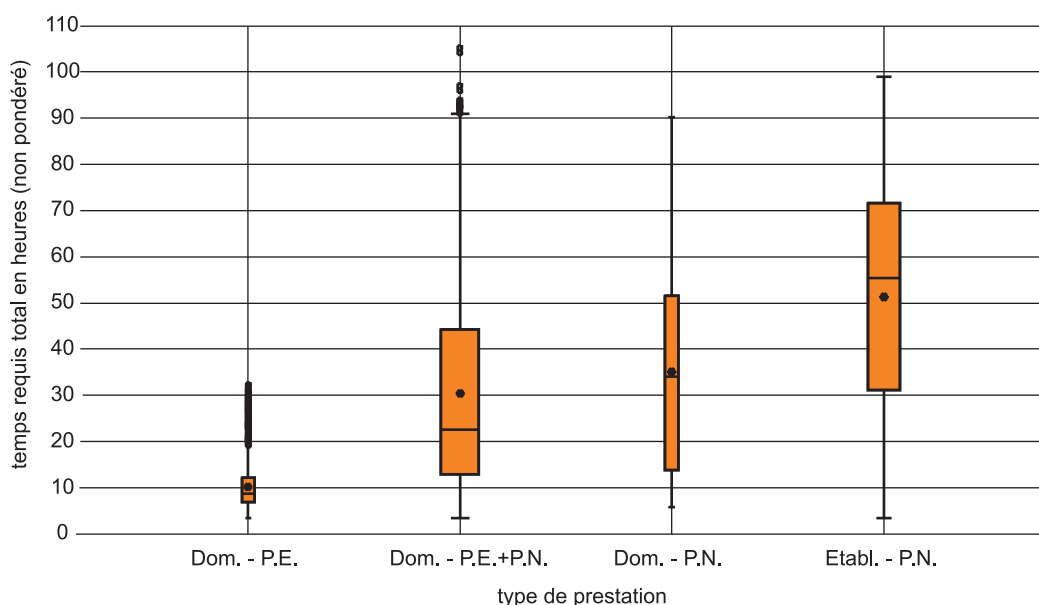
La conversion en prestations en espèces est seulement possible à domicile. En établissement, le bénéficiaire reçoit toujours des prestations en nature.

Le maximum qu'un bénéficiaire peut recevoir sous forme de prestations en espèces représente 10,5 heures par semaine. Il existe une possibilité de combinaison entre prestations en nature et en espèces.

Dans le graphique 10, on peut une fois de plus constater combien le temps requis en établissement est supérieur au temps requis à domicile.

Pour le domicile, la forme des prestations la plus fréquente est la combinaison espèces/ nature. En ce qui concerne les prestations en nature seules, on relève, pour le domicile, que la moyenne est plus élevée que pour les prestations mixtes. Elle reste néanmoins inférieure aux prestations en nature en établissement.

GRAPHIQUE 10. - DISTRIBUTION DU TEMPS REQUIS NON PONDÉRÉ PAR TYPE DE PRESTATION^{a)} (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2010)



a) Les prestations forfaitaires et à l'étranger ne sont pas considérées.

1.2.6 EN BREF

- La répartition des bénéficiaires dans les différentes classes de temps requis est relativement stable depuis 2004. Cependant, on relève une augmentation des bénéficiaires de plus de 34 heures. Les modifications légales de 2005 ont élevé le plafond des activités de soutien à 14 heures ainsi que la limite supérieure des actes essentiels de la vie. Alors qu'elle était de 31,5 heures par semaine pour les personnes en établissement, elle a été portée à 38,5 heures par semaine pour les personnes en établissement et à domicile.
- En 2010, 30% des bénéficiaires se partagent 50% des prestations requises. Dans ces 30%, on retrouve près des deux tiers des bénéficiaires en établissement et 16% des bénéficiaires à domicile.
- Entre 2001 et 2010, le temps moyen requis augmente. Il augmente plus vite en établissement qu'à domicile. Par ailleurs, il a toujours été plus élevé en établissement qu'à domicile.
- Le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie est stable depuis 2001. Il se situe à 12,4 heures. Sur les dix années, la variation maximale a été de 0,4 heures (24 minutes).
- La proportion de bénéficiaires potentiels d'activités de soutien augmente de façon constante depuis 2001. En 2010, près de 80% des bénéficiaires de l'assurance ont un requis dans le domaine des activités de soutien.
- Le temps moyen requis pour les activités de soutien augmente. Cette augmentation de la moyenne totale est due aux établissements. A domicile, la moyenne est relativement stable.
- L'observation du temps moyen non pondéré permet de conclure que l'augmentation constatée pour les établissements est due aux activités de soutien en groupe et surtout en activités de groupe non spécialisées.
- Le temps requis pour les activités de soutien augmente avec la dépendance pour les actes essentiels de la vie.

SECTION 2 LES AIDES TECHNIQUES

2.1 NOTE MÉTHODOLOGIQUE

2.1.1 SOURCE DE DONNÉES

Les analyses de ce chapitre portent sur des données en provenance de deux sources :

- Les analyses concernant la **gestion des aides techniques** portent sur des données en provenance d'une base construite et alimentée progressivement à partir de 2003 par la CNS, la CEO et le SMA. Pour cette raison, ces analyses n'ont pas été possibles avant 2005. En conséquence, les analyses sur la gestion des aides techniques concerneront la période de 2005 à 2010.
- Les analyses concernant **les dépenses pour aides techniques** portent sur des données de facturation de toutes les prestations de l'assurance dépendance. Elles sont extraites de la base de données de la CNS. Il s'agit de fichiers administratifs alimentés en continu. Pour cette raison, leur analyse nécessite un certain recul dans le temps si l'on attend des résultats cohérents. Plus le recul est important, plus les données observées sont stables.

2.1.2 PÉRIODE DE RÉFÉRENCE DES ANALYSES

Les données sont analysées par année de calendrier.

Les aides techniques en acquisition sont comptées dans l'année où elles ont été acquises (année au cours de laquelle elles ont été comptabilisées par la Caisse nationale de santé).

Les aides techniques en location sont comptées aussi longtemps qu'elles restent à disposition du bénéficiaire (aussi longtemps que la CNS prend en charge le loyer).

Un inconvénient de la présentation annuelle est la possibilité de doubles comptages de certains bénéficiaires notamment en raison de changements de lieu de séjour en cours d'année (domicile/établissement).

Toutefois, cette référence à l'année a été préférée à la référence utilisée dans le Rapport général sur la sécurité sociale où les données ont toujours été présentées à une date fixe, généralement au 31 décembre.

Ce recensement à une date fixe empêche le double comptage de bénéficiaires.

En revanche, il présente le désavantage de donner une vision biaisée du volume des aides techniques, surtout dans la comparaison entre les modes de mise à disposition.

Rappelons que la loi distingue deux modes de mise à disposition des aides techniques :

- la mise à disposition par voie d'acquisition ;
- la mise à disposition par voie de location.

Lors de l'acquisition, la loi permet d'accorder une subvention à la personne dépendante pour acquérir les aides techniques répondant à ses besoins spécifiques (article 356 (2) alinéa 3). Cette subvention peut être soumise à l'obligation de rétrocéder l'aide technique au SMA, à la fin de son utilisation (article 356 (2) alinéa 6). Il en résulte qu'à partir du moment où une aide technique a été acquise par un bénéficiaire, elle continue de figurer dans les fichiers de la CNS.

En conséquence, le mode de présentation au 31 décembre tel que réalisé dans le rapport général, cumulait le nombre d'aides techniques en acquisition qui étaient donc surestimées par rapport aux aides techniques en location.

Le mode de présentation sur l'année permet de donner une vue plus équilibrée du rapport entre le volume des aides techniques en location et le volume des aides techniques en acquisition.

L'ensemble des bénéficiaires d'aides techniques peut être réparti dans différents groupes en fonction de leur combinaison avec les autres types de prestations perçues. On parlera :

- des bénéficiaires d'aides techniques sans autre prestation ;
- des bénéficiaires d'aides techniques et d'adaptations du logement ;
- des bénéficiaires d'aides techniques et de prestations forfaitaires en raison de dispositions particulières ;
- des bénéficiaires d'aides techniques et de prestations pour aides et soins ;
- des bénéficiaires d'aides techniques, d'adaptations du logement et de prestations pour aides et de soins.

Dans la suite du chapitre, nous ferons référence tantôt à l'ensemble des bénéficiaires d'aides techniques, tantôt à l'un ou l'autre des différents groupes lorsqu'une analyse détaillée est nécessaire.

2.2 INTRODUCTION

Les aides techniques, appelées aussi produits d'assistance dans les classifications plus récentes, peuvent être définies comme étant *" tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, à compenser, à contrôler, à soulager ou à neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap. "*⁴

De nombreuses aides techniques peuvent venir en aide aux personnes ayant des incapacités et améliorer leur qualité de vie. Néanmoins, avant l'introduction de l'assurance dépendance, une prise en charge très restreinte d'aides techniques existait par le biais de l'assurance maladie. La délivrance d'appareils était liée à l'accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et nécessitait pour la plupart un *" avis technique "* du Service des moyens accessoires, conventionné alors par le Ministère de la santé et chargé à cet effet par l'assurance maladie. Il s'agissait d'aides techniques *" pour personnes alitées "*⁵ (lit d'hôpital, chaise-percée, matelas alternant, soulève-personnes), *" d'appareillages pour personnes handicapées "* (chaise roulante, coussin anti-escarres, siège coquille, buggy, vélo thérapeutique, système de verticalisation) et *" d'appareils d'aide à la marche "* (cadre de marche, canne tri/quadrupode, béquille, canne simple). Les aides techniques étaient en général remboursées sur base d'un prix de référence ; il s'agissait soit de prestations uniques, soit d'aides techniques renouvelables selon un délai fixé. Certaines aides techniques pouvaient également être subventionnées par le Ministère de la santé sur avis de l'Adaph, dont l'objectif principal était à l'époque le développement d'aides techniques pour personnes en situation d'handicap et qui disposait d'un centre de ressources essentiellement pour aides à la communication.

Les aides techniques pouvant être prises en charge étaient donc peu nombreuses et ne couvraient dans aucune mesure les besoins rencontrés sur le terrain. Ainsi, le financement d'une aide technique plus onéreuse dépendait souvent de l'intervention d'œuvres sociales.

Lors de l'élaboration de la loi sur l'assurance dépendance, des groupes de réflexion comprenant les experts dans le domaine des aides techniques (l'Adaph, le Service orthoptique et pléoptique, le Service audiophonologique et le Service des Moyens Accessoires), ainsi que les représentants de l'UCM et de la CEO ont essayé d'identifier les appareils qui incombait à l'assurance maladie et ceux qui pourraient entrer dans le cadre de l'assurance dépendance. La norme ISO 9999, qui était déjà utilisée à l'époque dans différentes bases de données européennes d'aides techniques, servait de base pour les analyses du groupe de travail.

Au vu des lacunes existantes en matière de mise à disposition d'aides techniques et dans l'optique qu'une aide technique peut compenser dans certaines situations un besoin et rendre une aide humaine superflue, **l'octroi des aides techniques n'a pas été lié au seuil de 3,5 heures pour les actes essentiels de la vie.**

Inspiré du modèle conceptuel de la valorisation des aides techniques élaboré au Québec fin des années 90 et des systèmes de prêt de matériel existant dans les pays nordiques, notamment en Suède et au Danemark, **la mise à disposition d'aides techniques par l'assurance dépendance a été orientée vers le prêt d'aides techniques par un fournisseur spécialisé**⁶, le SMA en l'occurrence.

Les objectifs poursuivis par l'instauration d'un système de récupération et de réutilisation d'aides techniques étaient multiples. Le premier étant d'ordre économique : en effet, la remise en circulation des aides techniques devait permettre d'augmenter leur durée de vie utile et de limiter les nouvelles acquisitions et donc les dépenses publiques. Un autre souci était la centralisation et la facilitation de l'accès aux aides techniques pour les demandeurs. Pour les professionnels de la Cellule d'évaluation et d'orientation il importait de disposer de matériel en stock pour réaliser des essais avec le demandeur et d'améliorer ainsi l'adéquation aux besoins relevés. S'inscrivant dans une politique de gestion durable, le concept de la valorisation des aides techniques devait assurer une meilleure utilisation des ressources et une diminution des déchets.

4 Norme ISO 9999 - Aides techniques pour personnes atteintes d'incapacités : Classification et terminologie (Version 2002).

5 Fichier B2 valable le premier janvier 1998.

6 Article 356, paragraphe (2) du Code de la sécurité sociale : *" Les aides techniques sont mises à disposition aux personnes dépendantes à charge de l'assurance dépendance sur base d'une location conformément aux conditions et modalités déterminées à l'article 394. "*

Pour les aides techniques, qui pour des raisons hygiéniques ou techniques ne peuvent être recyclées, une prise en charge par voie d'acquisition a été prévue.

La loi de juin 1998 est restée très vague par rapport aux champs d'application des aides techniques et la liste des appareils à prendre en charge par l'assurance dépendance annexée au règlement grand-ducal du 23 décembre 1998 couvre **des domaines allant bien au-delà des actes essentiels de la vie** tels que définis par la loi.

Au fil des années, la pratique de la Cellule d'évaluation et d'orientation a fait ressentir **le besoin de préciser davantage les limites dans lesquelles l'assurance dépendance prend en charge les aides techniques**. Des règles internes relatives aux domaines d'intervention des aides techniques (comme par exemple la mise à disposition d'aides techniques en rapport avec les loisirs), à la détermination des aides techniques et aux frais pouvant être engendrés par les différents types d'appareils ont été élaborées progressivement et transcrites lors des modifications de la loi et du règlement grand-ducal déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance. Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 portait introduction notamment d'un montant d'intervention maximal et d'un délai de renouvellement pour certaines aides techniques. Les appareils considérés comme fourniture standard (exemples : brosse à dents électrique, ordinateur, fax) ou faisant double emploi avec les prestations de l'assurance maladie (exemple : appareils auditifs) ont été enlevés de la liste. Le chien-guide pour personnes aveugles a été introduit comme nouvelle prestation.

Malgré les précisions légales apportées, les aides techniques continuent à évoluer dans un contexte d'octroi plus large que les prestations d'aides et de soins, et il importe de faire le point par rapport aux bénéficiaires d'aides techniques, au nombre d'aides techniques allouées et aux dépenses engendrées.

2.3 LES BÉNÉFICIAIRES D'AIDES TECHNIQUES

Le nombre de bénéficiaires d'aides techniques a augmenté de manière considérable depuis 2005 avec une variation de 60% entre 2005 et 2010. **Alors que la croissance de la population dépendante se stabilise entre 4 et 5% à partir de 2006, l'évolution du nombre de bénéficiaires d'aides techniques continue à augmenter de manière plus importante (8% en 2010).**

TABEAU 5. - ÉVOLUTION 2005-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'AIDES TECHNIQUES PAR GROUPES^{a)}

Année	Ensemble des bénéficiaires AT	AT	AT/LO	Dispositions particulières et AT	AT/AS	AT/AS/LO
2005						
2006	13,9%	28,0%		17,0%	10,8%	87,5%
2007	11,4%	15,6%		9,1%	10,4%	18,7%
2008	9,0%	17,3%	400,0%	13,3%	7,1%	13,5%
2009	7,3%	5,8%	90,0%	38,2%	7,6%	7,9%
2010	8,0%	4,4%	73,7%	21,3%	8,9%	-3,7%

a) LO = adaptation de logement.

AT = aide technique.

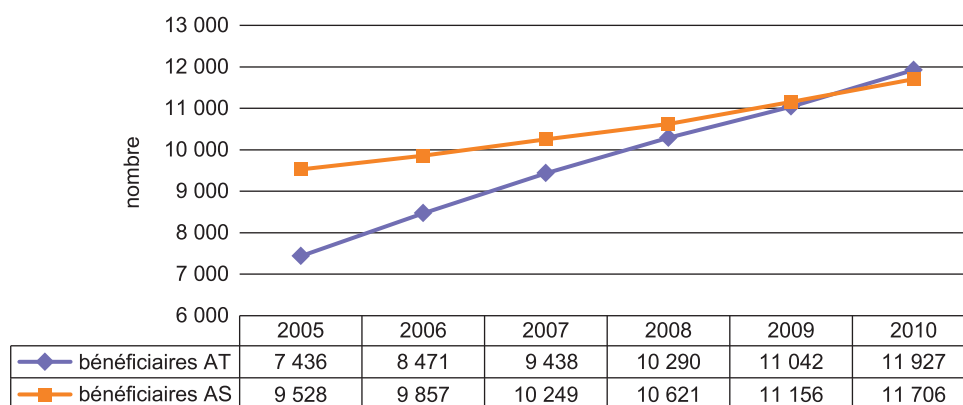
AS = bénéficiaire de prestations en nature ou en espèces.

L'évolution la plus marquée se situe dans le groupe des bénéficiaires d'aides techniques et d'adaptations du logement⁷, suivi du groupe des bénéficiaires d'aides techniques et de dispositions particulières. Le groupe des bénéficiaires d'aides techniques sans autre prestation associée connaît l'évolution la moins prononcée et se rapproche depuis 2009 de l'évolution de la population dépendante, avec 4,4% en 2010.

En 2005, le nombre de bénéficiaires d'aides et de soins était bien supérieur au nombre de bénéficiaires d'aides techniques, mais **cette différence s'estompe progressivement pour s'inverser en 2010 avec légèrement plus de bénéficiaires d'aides techniques**.

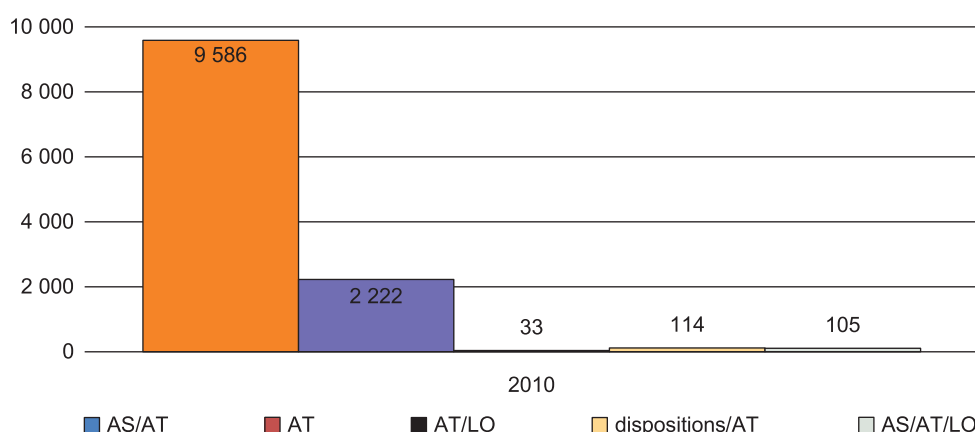
⁷ Voir Section 3 Les adaptations du logement : Les bénéficiaires d'une adaptation du logement sans prestation d'aides et de soins.

GRAPHIQUE 11. - COMPARAISON ENTRE L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'AIDES TECHNIQUES ET L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'AIDES ET DE SOINS - 2005-2010



Si on analyse le nombre de bénéficiaires d'aides techniques en fonction des prestations associées, on constate que **le groupe des bénéficiaires d'aides techniques et d'aides et soins est le plus volumineux et constitue 80% de l'ensemble des bénéficiaires d'aides techniques en 2010.**

GRAPHIQUE 12. - NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'AIDES TECHNIQUES PAR TYPE DE PRESTATIONS ASSOCIÉES EN 2010



La proportion des bénéficiaires d'aides techniques exclusivement a peu variée depuis 2005 et s'est stabilisée autour de 18% de la population totale des bénéficiaires d'aides techniques. Les bénéficiaires des dispositions particulières et d'aides techniques ne représentent que 1% et les bénéficiaires d'aides techniques et d'adaptations du logement sont marginaux.

On constate donc que **près de 20% de bénéficiaires d'aides techniques ne perçoivent pas de prestations d'aides et de soins** et ne sont donc en principe pas dépendants au sens de la loi. La mise à disposition d'aides techniques répond pour ce type de population aux objectifs du maintien de l'autonomie de vie⁸ et de la prévention de la dépendance.

La question se pose néanmoins si un financement de ces aides techniques par l'assurance dépendance se justifie. Dans d'autres pays, notamment en Allemagne, l'assurance dépendance prend en charge uniquement les aides techniques, qui ne sont pas dues en cas de maladie ou d'handicap⁹. Le désavantage d'un tel système étant cependant l'intervention d'interlocuteurs différents et un manque de transparence par rapport aux modalités et aux montants de prise en charge.

⁸ Art.356, Paragraphe (1).

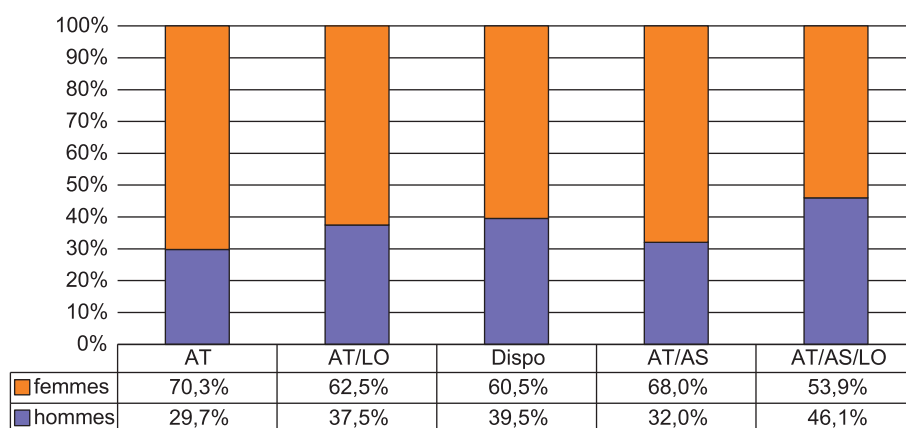
⁹ Sozialgesetzbuch elftes Buch, Paragraph 40: (1) "Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen Leistungsträgern zu leisten sind."

2.3.1 LE SEXE DES BÉNÉFICIAIRES

La répartition des bénéficiaires d'aides techniques par sexe est stable depuis 2005 avec 31,7% de bénéficiaires masculins (par rapport à 34,4% pour la population dépendante en 2010) et 68,3% de bénéficiaires féminins (par rapport à 65,6% pour la population dépendante en 2010).

Si on analyse le sexe par groupes de bénéficiaires, on constate que la **prévalence féminine s'accroît pour les bénéficiaires d'aides techniques exclusivement (70%)**. Le rapport entre les sexes est plus équilibré pour les bénéficiaires d'aides techniques, d'adaptations du logement et d'aides et soins avec 53% de femmes et 47% d'hommes¹⁰.

GRAPHIQUE 13. - SEXE PAR GROUPE DE BÉNÉFICIAIRES - MOYENNE 2005-2010

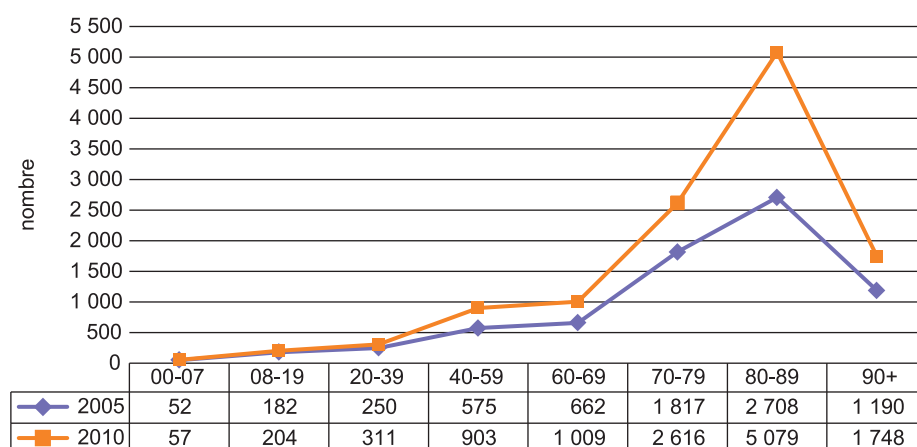


2.3.2 L'ÂGE DES BÉNÉFICIAIRES

2.3.2.1 LES GROUPES D'ÂGE DES BÉNÉFICIAIRES

Le groupe d'âge de 80 à 89 ans regroupe de loin le plus de bénéficiaires d'aides techniques (43% de l'ensemble des bénéficiaires d'aides techniques en 2010) et près de 80% des bénéficiaires d'aides techniques en 2010 sont âgés de plus de 70 ans.

GRAPHIQUE 14. - COMPARAISON DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'AIDES TECHNIQUES PAR GROUPE D'ÂGE - 2005-2010



Si, entre 2005 et 2010, on constate une augmentation très importante du nombre de bénéficiaires âgés de 80 à 89 ans, le nombre de bénéficiaires enfants et adolescents varie très peu.

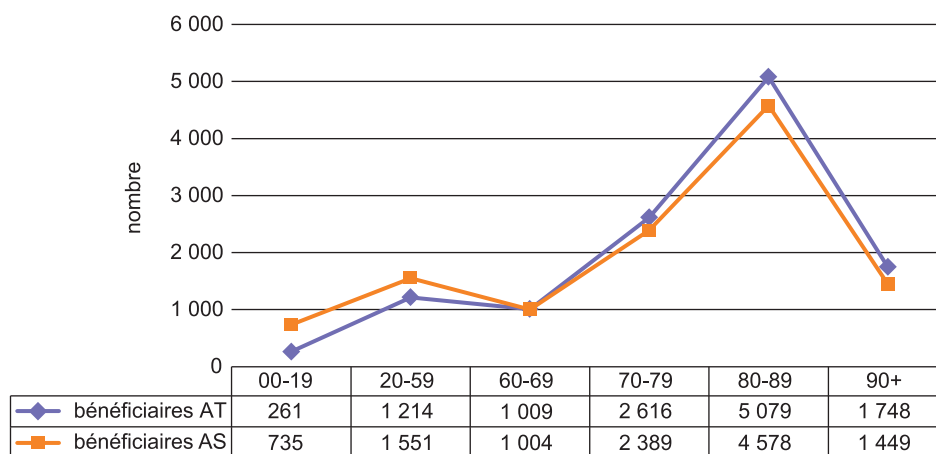
Les **enfants** ne constituent d'ailleurs en moyenne que **0,6% de l'ensemble des bénéficiaires d'aides techniques**. Uniquement 28% des bénéficiaires enfants d'aides et de soins avaient également un

¹⁰ Voir Section 3. Les adaptations du logement : Le sexe.

besoin d'aides techniques en 2010. 10% des bénéficiaires enfants d'aides techniques ne perçoivent pas de prestations pour aides et soins.

Si on compare la répartition des bénéficiaires d'aides techniques en fonction des groupes d'âge à celle de la population dépendante, on constate qu'elle suit le même mouvement.

GRAPHIQUE 15. - COMPARAISON DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'AIDES TECHNIQUES ET DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'AIDES ET SOINS PAR GROUPE D'ÂGE EN 2010



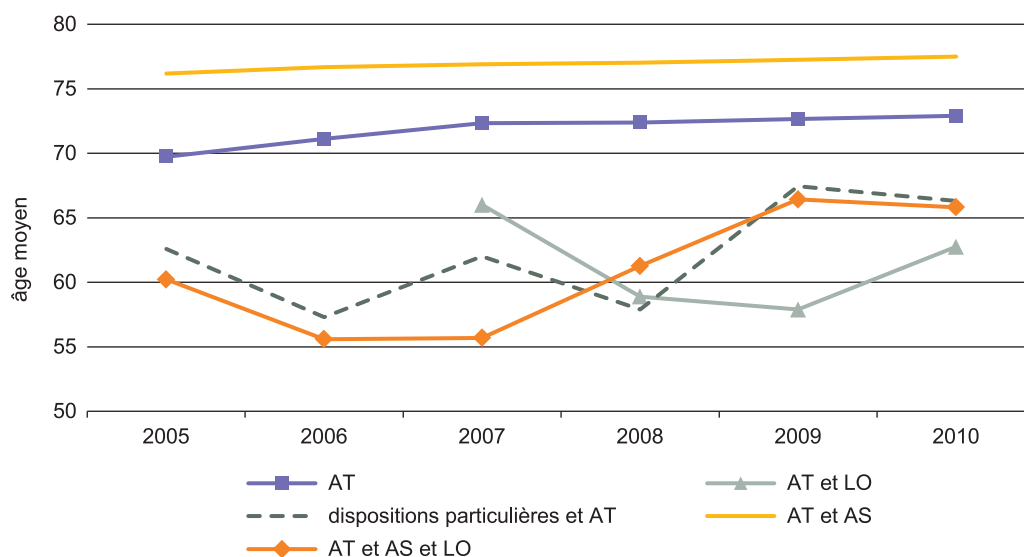
Cependant, pour les groupes d'âge plus jeunes, on constate que le nombre de bénéficiaires d'aides techniques est inférieur au nombre de bénéficiaires d'aides et soins. Le groupe des 60 à 69 ans comporte quasi le même nombre de bénéficiaires et pour les groupes de 70 ans et plus, le nombre de bénéficiaires d'aides techniques est plus élevé que le nombre de bénéficiaires d'aides et de soins.

2.3.2.2 L'ÂGE MOYEN DES BÉNÉFICIAIRES

L'âge moyen de l'ensemble des bénéficiaires d'aides techniques est de 76,5 ans en 2010 et a augmenté de plus d'une année depuis 2005. Il est donc nettement supérieur à l'âge moyen des personnes dépendantes, qui s'est stabilisé autour de 72 ans depuis 2007.

Si on analyse l'âge moyen des bénéficiaires d'aides techniques en fonction des prestations associées, on constate que les bénéficiaires d'aides techniques et d'aides et soins sont les plus âgés avec 77,5 ans en 2010, suivi des bénéficiaires d'aides techniques exclusivement avec 72,9 ans en 2010.

GRAPHIQUE 16. - ÂGE MOYEN PAR GROUPE DE BÉNÉFICIAIRES D'AIDES TECHNIQUES

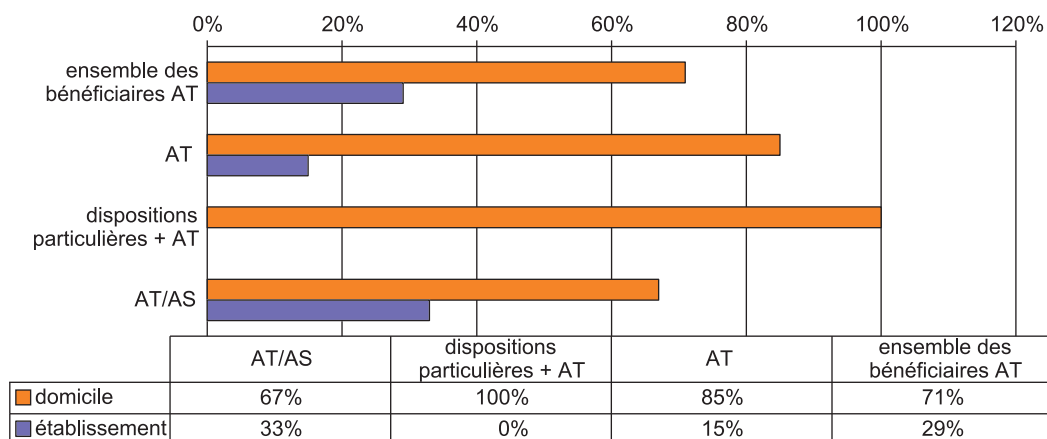


D'autre part, en 2010 l'âge moyen le plus bas se trouve chez les bénéficiaires d'aides techniques et d'adaptations du logement avec 62,8 ans, suivi des bénéficiaires d'aides techniques, d'adaptations du logement et d'aides et soins avec un âge moyen de 65,8 ans et des bénéficiaires d'aides techniques et de dispositions particulières avec 66,3 ans.

2.3.3 LE LIEU DE SÉJOUR DES BÉNÉFICIAIRES

La grande majorité des bénéficiaires d'aides techniques séjourne à domicile avec 71% en 2010 (par rapport à 67% pour la population dépendante), prédominance qui a d'ailleurs très peu variée entre 2005 et 2010.

GRAPHIQUE 17. - LIEU DE SÉJOUR PAR GROUPE DE BÉNÉFICIAIRES D'AIDES TECHNIQUES EN 2010



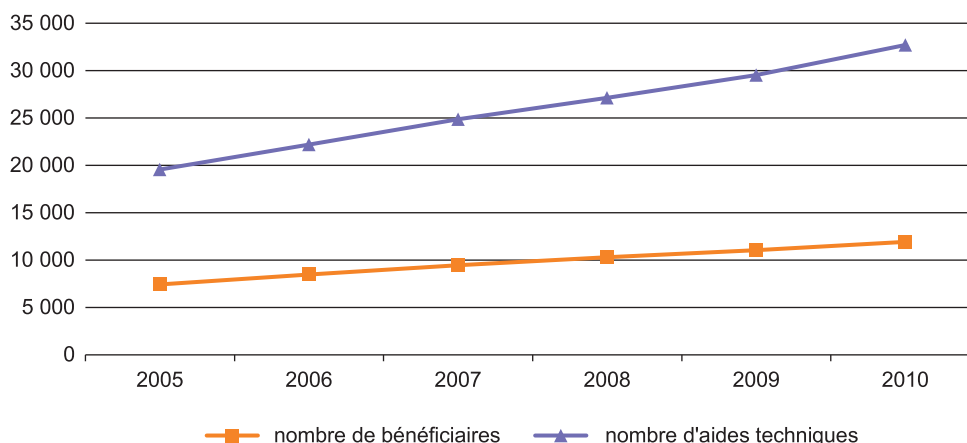
Chez les bénéficiaires d'aides techniques exclusivement, on constate que la prévalence du domicile est très marquée avec 85% en 2010. Les bénéficiaires de dispositions particulières et d'aides techniques séjournent à 100% à domicile.

Les bénéficiaires d'aides techniques et d'adaptations du logement de même que les bénéficiaires d'aides techniques, d'adaptations du logement et d'aides et soins ne peuvent bénéficier d'une adaptation du logement que s'ils séjournent à domicile ou en établissement à séjour intermittent.

2.4 LES AIDES TECHNIQUES MISES À DISPOSITION

Le nombre d'aides techniques mises à disposition a augmenté de 67% entre 2005 et 2010 et atteint 32 704 exemplaires en 2010. La variation du nombre de bénéficiaires d'aides techniques est de 60% pour cette même période.

GRAPHIQUE 18. - EVOLUTION 2005-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES ET DU NOMBRE D'AIDES TECHNIQUES

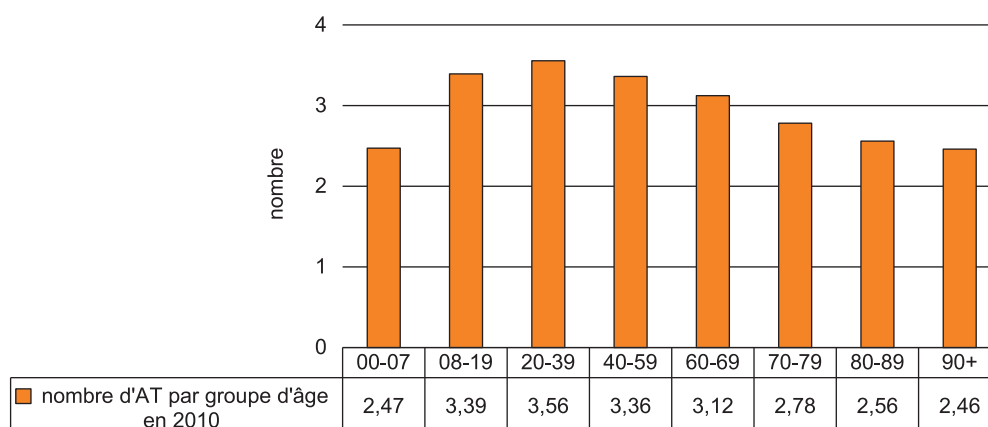


2.4.1 LE NOMBRE D'AIDES TECHNIQUES PAR BÉNÉFICIAIRE

Entre 2005 et 2010, la quantité d'aides techniques mises à disposition en moyenne par bénéficiaire varie très peu avec 2,6 en 2005 et 2,7 en 2010.

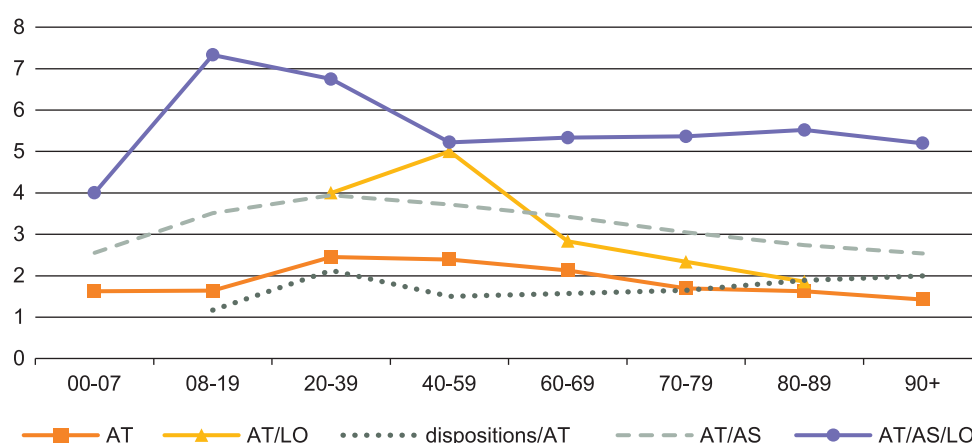
Si on analyse le nombre d'aides techniques par groupe d'âge, on constate que les personnes situées au-dessus de 70 ans, qui constituent la large majorité des bénéficiaires, disposent en moyenne de moins d'aides techniques que **les personnes comprises entre 8 et 69 ans**. En effet, ce groupe de bénéficiaires **possède plus de 3 aides techniques en moyenne**, avec un maximum de 3,6 pour le groupe d'âge situé entre 20 et 39 ans.

GRAPHIQUE 19. - NOMBRE D'AIDES TECHNIQUES PAR GROUPE D'ÂGE POUR L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES D'AIDES TECHNIQUES EN 2010



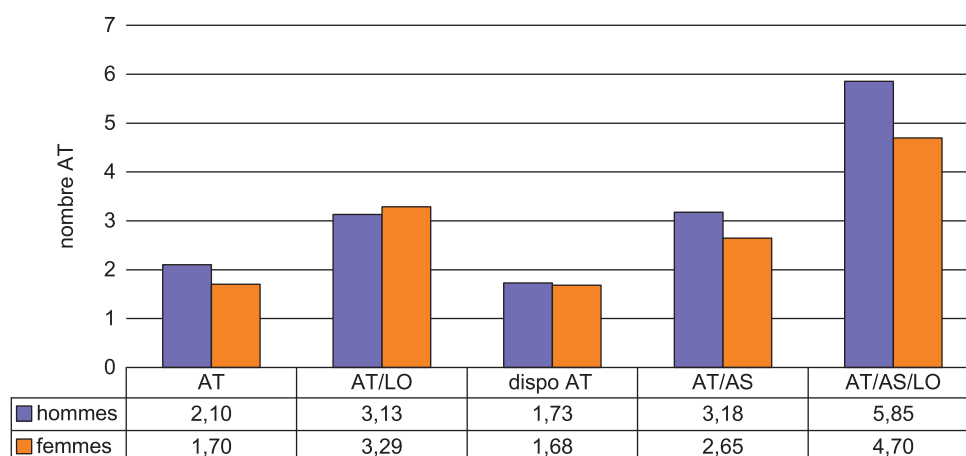
L'examen du nombre d'aides techniques en fonction des différents groupes de bénéficiaires met en évidence que **les bénéficiaires d'aides techniques, d'aides et de soins et d'adaptations du logement disposent du nombre d'aides techniques le plus important avec en moyenne plus de 5 aides techniques par bénéficiaire** et un pic de 7 aides techniques pour les groupes d'âge de 8 à 39 ans.

GRAPHIQUE 20. - NOMBRE D'AIDES TECHNIQUES MISES À DISPOSITION PAR GROUPE DE BÉNÉFICIAIRES EN 2010



Suivent les bénéficiaires d'aides techniques et d'adaptations du logement de même que les bénéficiaires d'aides techniques et d'aides et de soins avec en moyenne 3 aides techniques. Les bénéficiaires d'aides techniques exclusivement et les bénéficiaires des dispositions particulières et d'aides techniques restent en moyenne en-dessous de 2 aides techniques.

GRAPHIQUE 21. - NOMBRE D'AIDES TECHNIQUES PAR SEXE ET GROUPE DE BÉNÉFICIAIRES EN MOYENNE 2005-2010



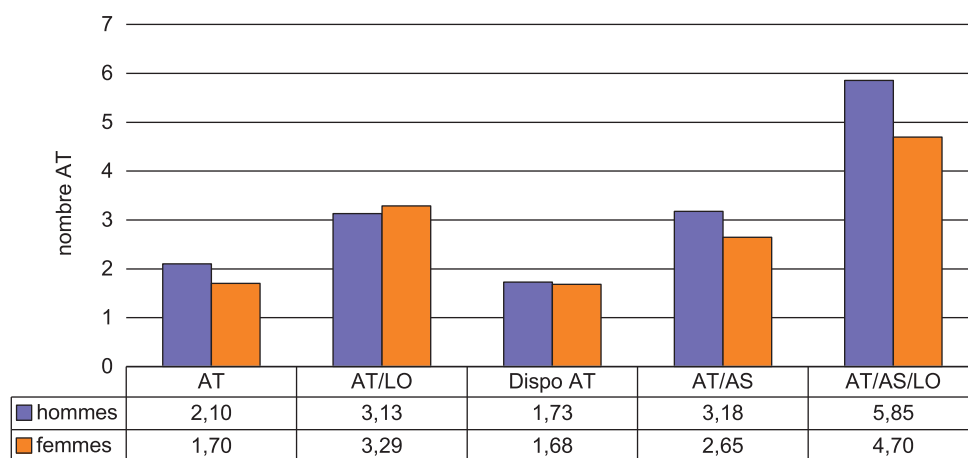
On constate que le nombre d'aides techniques mises à disposition aux hommes est plus élevé avec en moyenne 3 aides techniques pour les hommes et 2,5 pour les femmes. Cette différence est la plus marquée pour les bénéficiaires d'aides techniques, d'aides et soins et d'adaptations du logement avec 5,9 aides techniques pour les hommes et 4,7 pour les femmes. Chez les bénéficiaires de dispositions particulières et d'aides techniques et les bénéficiaires d'aides techniques et d'adaptations du logement il n'y a quasi pas de différence entre le nombre d'aides techniques mises à disposition des hommes et celui des femmes.

2.4.2 LE NOMBRE D'AIDES TECHNIQUES ET LES MODES DE MISE À DISPOSITION PAR LOCATION OU PAR ACQUISITION

2.4.2.1 LES AIDES TECHNIQUES EN LOCATION

Le nombre d'aides techniques en location par année¹¹ augmente de 36% entre 2005 et 2010. Cependant, si on considère l'évolution de l'ensemble des aides techniques en location¹² à gérer par le fournisseur spécialisé assurant le prêt des aides techniques, le Service des Moyens Accessoires, on constate que ce volume a augmenté de 67% entre 2005 et 2010 avec près de 30 000 aides techniques en 2010, par rapport à près de 18 000 en 2005.

GRAPHIQUE 22. - EVOLUTION 2005-2010 DES AIDES TECHNIQUES MISES À DISPOSITION PAR VOIE DE LOCATION



¹¹ Les aides techniques en location qui ont été mises à disposition au courant de l'année analysée.

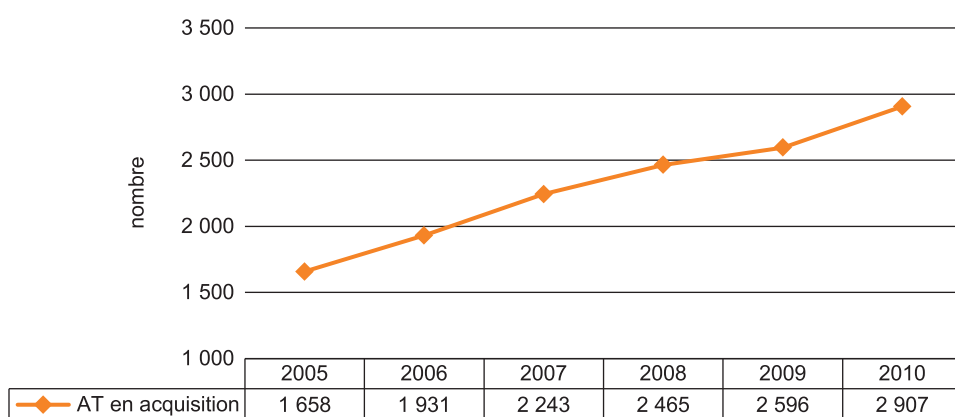
¹² Comprend aussi les aides techniques mises à disposition antérieurement à l'année analysée et qui sont toujours en prêt chez le bénéficiaire.

Comme le système de valorisation des aides techniques inclut aussi des interventions pour la réparation et la reprise, le nettoyage et la désinfection de même qu'une révision technique du matériel, la charge de travail du SMA a évolué de manière considérable au courant des dernières années. Une professionnalisation de ce service, comprenant un support en logistique et en gestion de stock performant s'impose, afin de lui permettre d'assurer un système de prêt efficient.

2.4.2.2 LES AIDES TECHNIQUES EN ACQUISITION

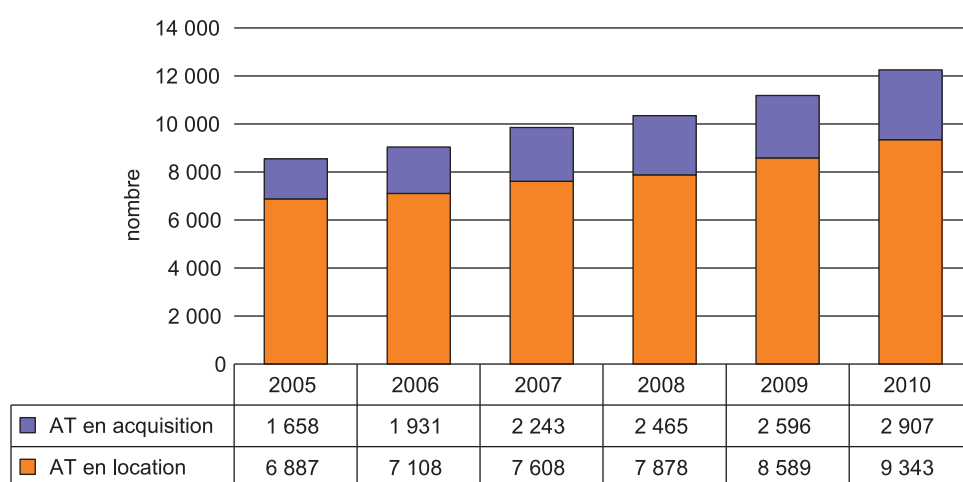
L'évolution du nombre d'aides techniques en acquisition, subventionnées par année connaît une augmentation encore plus importante que les aides techniques en location, avec une variation de 75% entre 2005 et 2010.

GRAPHIQUE 23. - EVOLUTION 2005-2010 DU NOMBRE D'AIDES TECHNIQUES EN ACQUISITION - DÉTERMINATIONS PAR ANNÉE



2.4.2.3 RAPPORT ENTRE LES AIDES TECHNIQUES MISES À DISPOSITION PAR LOCATION ET PAR ACQUISITION

GRAPHIQUE 24. - COMPARAISON DU NOMBRE D'AIDES TECHNIQUES EN LOCATION ET EN ACQUISITION DÉTERMINÉES PAR ANNÉE - 2005-2010



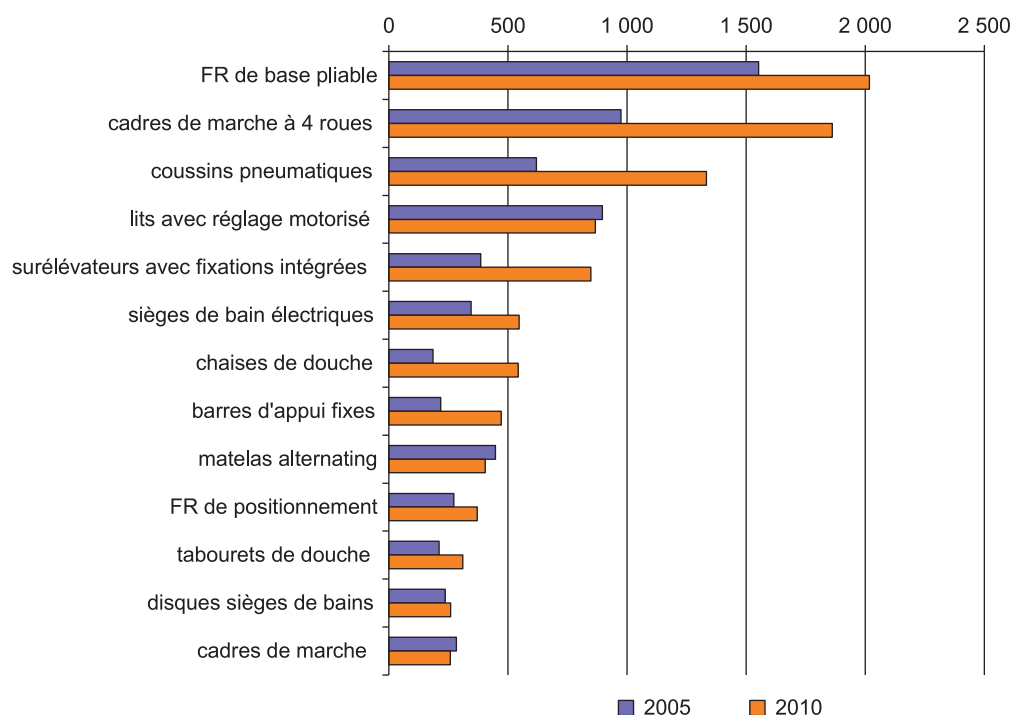
On constate que la proportion des aides techniques **mises à disposition par voie de location est largement majoritaire** avec 80% du total en 2005. Cette prévalence diminue légèrement pour se stabiliser aux environs de **76% depuis 2008**.

L'évolution très importante du nombre d'aides techniques mises à disposition entre 2005 et 2010 impose une remise en question des critères d'attribution de ce type de prestation. En effet, dans un souci de service au client et face à des retards importants dans le traitement des demandes pour aides techniques, la Cellule d'évaluation et d'orientation a fait des grands efforts au cours des dernières années pour faciliter l'accès aux appareils. Il faut relever notamment la mise en place d'une help-line spécifique pour toute question en rapport avec les aides techniques. Cette help-line connaît un énorme succès et la commande de matériel standard est assurée en majeure partie par le biais de cet outil de communication. Si les effets pour le demandeur sont certainement très positifs, **la question se pose cependant si l'accès aux aides techniques n'est pas devenu trop facile, et ceci d'autant plus que le matériel fourni ne demande en général pas de participation personnelle**.

2.4.3 LES AIDES TECHNIQUES LES PLUS SOLLICITÉES

Depuis 2005, 13 types d'aides techniques se sont relayés pour constituer le top-ten des mises à disposition, et **depuis 2008 les 7 aides techniques les plus fréquemment demandées n'ont pas changé de rang**. Le fauteuil roulant de base occupe le premier rang des aides sollicitées depuis 2005, suivi des cadres de marche à 4 roues.

GRAPHIQUE 25. - AIDES TECHNIQUES LES PLUS SOLLICITÉES - COMPARAISON 2005/2010

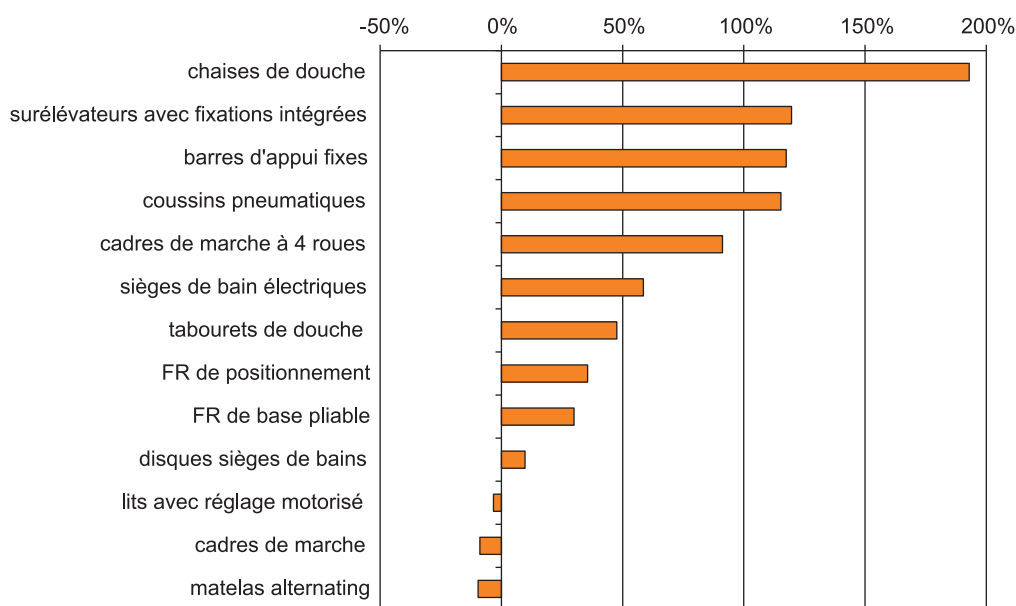


On constate **que le top-ten est composé de matériel standard permettant de pallier un déficit dans les déplacements et transferts, de faciliter et de sécuriser les actes de l'hygiène corporelle et de prévenir des lésions cutanées**.

L'élévateur d'escalier, qui constitue de loin le premier poste des dépenses en 2010¹³, est situé en position 13 des aides techniques sollicitées en 2010.

¹³ Voir Section 2.5.2 Le top-ten des dépenses.

GRAPHIQUE 26. - EVOLUTION 2005-2010 DES DEMANDES POUR LES " TOP-TREIZE " DES AIDES TECHNIQUES - VARIATION EN %



Pour certaines aides techniques, à savoir les **lits d'hôpitaux, les matelas alternating et les cadres de marche, on remarque qu'il y a eu une évolution négative** avec moins d'attributions en 2010 qu'en 2005. Pour d'autres, l'évolution a été extrêmement importante avec **en premier lieu les chaises de douche où on observe une croissance de près de 200% entre 2005 et 2010. Suivent les sur-élévateurs de WC, les barres d'appui et les coussins pneumatiques avec une variation de plus de 100%.**

Le top-ten des fournitures pour les **bénéficiaires d'aides techniques exclusivement** comprend les mêmes aides techniques que le top-ten pour l'ensemble des bénéficiaires, à l'exception des élévateurs d'escaliers¹⁴ et des disques sièges de bain. Les fauteuils roulants de positionnement, de même que les matelas alternating ne se retrouvent pas dans le top-ten de ce groupe, ce qui s'explique par la relative autonomie de cette population.

Pour les **bénéficiaires de dispositions particulières**, le top-ten comprend 6 aides techniques liées au déficit visuel, avec néanmoins les fauteuils roulants de base en rang 3. D'autre part, les vidéo-agrandisseurs, les loupes électroniques, les filtres de lumière et les loupes transportables mises à disposition en 2010 à des bénéficiaires de dispositions particulières constituent moins d'un quart de la totalité des aides optiques mises à disposition. Uniquement le logiciel qui convertit du texte écrit en texte parlant a été attribué majoritairement à des bénéficiaires de dispositions particulières (86%).

¹⁴ Voir Section 2.5.2 Le top-ten des dépenses : Elévateurs d'escaliers mis à disposition des bénéficiaires d'aides techniques exclusivement.

TABEAU 6. - TOP-TEN DES AIDES TECHNIQUES DÉTERMINÉES EN 2010 - PAR GROUPE DE BÉNÉFICIAIRES

AT exclusivement	Dispositions particulières	Enfants
1. Cadres de marche à 4 roues	1. Systèmes vidéo agrandissant l'image	1. Sièges de bain pour enfants
2. Sur-élévateurs WC	2. Loupes électroniques transportables	2. Poussettes
3. Fauteuils roulants de base pliable	3. Fauteuils roulants de base pliable	3. Coques sur mesure
4. Sièges de baign électriques	4. Tables de lecture	4. Déambulateurs avec assise
5. Barres d'appui fixes	5. Filtres de lumières (filtres absorbants)	5. Sièges de voiture pour enfants
6. Chaises de douche	6. Loupes transportables avec éclairage incorporé	6. Rails
7. Elévateurs d'escaliers	7. Cadres de marche à 4 roues	7. Châssis de chaise haute pour coque
8. Lits avec réglage motorisé	8. Lits avec réglage motorisé	8. Divers
9. Coussins anti-escarres pneumatiques	9. Sur-élévateurs WC	9. Corsets/Sièges
10. Disques de transfert bain	10. Logiciel qui convertit du texte écrit en langage parlé	10. Châssis de fauteuil roulant pour coque

Les aides techniques **mis à disposition des enfants** comprennent évidemment du matériel très spécifique, notamment les coques et corsets/sièges qui doivent être confectionnés sur mesure, ainsi que leurs adaptations (" Divers ").

2.4.4 LES AIDES TECHNIQUES ET LES CLASSES DE TEMPS REQUISES DANS LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE (AEV)

Une analyse des aides techniques les plus fréquemment attribuées, par classe de temps requise pour les AEV, montre que **les classes de 3,5 à 17,49 heures comportent les mêmes aides techniques. Ce n'est que leur niveau de fréquence qui varie en fonction des classes**, avec un nombre plus élevé de matériels anti-escarres mis à disposition dans la classe de 14 à 17,49 heures.

TABEAU 7. - FRÉQUENCE DES ATTRIBUTIONS D'AIDES TECHNIQUES PAR CLASSE DE TEMPS REQUIS DANS LES AEV EN 2010

Rang	de 3,5 à 6,99h	de 7 à 10,49h	de 10,5 à 13,99h	de 14 à 17,49h	de 17,5 à 20,99h	de 21 à 24,49h	de 25 à 38,5h
1.	FR de base	FR de base	FR de base	FR de base	FR de base	FR de base	FR de base
2.	Rollator	Lit d'hôpital	Lit d'hôpital	Lit d'hôpital	Lit d'hôpital	Lit d'hôpital	Lit d'hôpital
3.	Lit d'hôpital	Rollator	Rollator	Rollator	Matelas alternating	Matelas alternating	Matelas alternating
4.	Siège de bain	Siège de bain	Siège de bain	Matelas alternating	Rollator	Coussin pneumatique	Coussin pneumatique
5.	Disque (bain)	Disque (bain)	Disque (bain)	Coussin pneumatique	Coussin pneumatique	Siège de bain	Lève-personnes passif
6.	Sur-élévateur WC	Coussin pneumatique	Coussin pneumatique	Siège de bain	Siège de bain	Rollator	FR positionnement
7.	Coussin pneumatique	Sur-élévateur WC	Matelas alternating	Disque (bain)	Disque (bain)	Disque (bain)	Siège de bain
8.	Cadre de marche	Cadre de marche	Cadre de marche	Cadre de marche	Cadre de marche	Lève-personnes passif	Rollator
9.	Chaise de douche	Matelas alternating	Sur-élévateur WC	Sur-élévateur WC	Sur-élévateur WC	FR positionnement	Cadre de marche
10.	Chaise-percée	Chaise-percée	Chaise douche	Chaise douche	Lève-personnes passif	Cadre de marche	Disque (bain)
11.	Matelas alternating	Chaise de douche	Chaise-percée	Chaise-percée	Chaise-percée avec roues	Rail	Rail

La classe de 17,5 à 20,99 heures se situe à cheval entre les classes avec la survenue en rang 10 du lève-personnes passif et la sortie du classement de la chaise de douche.

Pour les classes de 21 à 38,5 heures, le fauteuil roulant de positionnement et le rail télescopique viennent s'ajouter aux aides techniques les plus fréquentes et remplacent les aides techniques plus " légères " telles que le sur-élévateur de WC et la chaise-percée.

2.4.5 LES AIDES TECHNIQUES ET LEUR LIEN AVEC LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE

Un encodage systématique des pathologies à la base du besoin d'aides techniques n'est actuellement pas réalisé. Nous ne disposons du diagnostic de la maladie ou du handicap uniquement pour les personnes bénéficiant à la fois d'aides techniques et d'aides et soins.

Une analyse portant sur le lien entre les différentes formes de pathologies et les types d'aides techniques fournies n'a cependant révélé aucune corrélation systématique.

2.4.6 LES AIDES TECHNIQUES JAMAIS ATTRIBUÉES

Une trentaine d'aides techniques inscrites dans la liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance n'ont jamais été attribuées entre 2005 et 2010 et une réflexion quant au bien-fondé du maintien de ces appareils dans la liste s'impose.

TABEAU 8. - LES AIDES TECHNIQUES JAMAIS DÉTERMINÉES - 2005-2010

Code ISO	Libellé
090606	Aides pour protéger les yeux et le visage
090609	Aides pour protéger les oreilles et l'audition
091215	Sur-élévateurs de WC (avec fixation rapportées)
093327	Aides pour raccourcir la longueur ou la profondeur de la baignoire
122121	Fauteuils roulants à moteur commandés par un accompagnateur
122715	Crawlers et planches à roulettes pour se déplacer
122718	Brancards avec roues
123606	Lève-personnes sur roues avec siège rigide (position assise)
150924	Coquetiers
150927	Appareils pour manger
151512	Aiguilles à tricoter, crochets, aiguilles pour coudre et repriser
151518	Dés à coudre
151524	Machines à repasser et fers à repasser
181204	Lits et sommiers amovibles non réglables
181207	Lits et sommiers amovibles avec réglage manuel
212409	Guides pour signer et tampons-signatures
213618	Aides pour composer les numéros
213630	Supports d'écouteurs téléphoniques
213924	Systèmes de transmission de fréquence de radio
214206	Tableaux de lettres et/ou symboles comprenant logiciels
214806	Avertisseurs d'ouverture de porte
240912	Pédales (non électriques)
240915	Volants et manivelles
240924	Tableaux-commutateurs
241818	Lampes directionnelles
242109	Prolongateurs sans fonction de préhension
242703	Ventouses à deux faces
242709	Serre-joints à vis
242715	Etaux
243606	Jeux de roulettes

2.4.7 LES AIDES TECHNIQUES REFUSÉES PAR LA CEO

Ce n'est que depuis 2009 qu'une procédure claire pour le refus d'une aide technique est définie et la CNS établit depuis lors un relevé systématique des décisions de refus. Néanmoins, il est extrêmement rare que la CEO refuse la mise à disposition d'une aide technique.

En effet, des refus ont été émis pour moins de 1% de l'ensemble des demandes pour aides techniques (0,8% en 2009, 0,6% en 2010 et 0,4% en 2011).

Depuis 2009, 121 avis de prise en charge négatifs pour aides techniques ont été émis par la CEO.

GRAPHIQUE 27. - LES AIDES TECHNIQUES REFUSÉES PAR LA CEO - ÉVOLUTION 2009-2011



La majorité des refus (68%) concerne les demandes d'aides techniques pour lesquelles **le référent de la CEO estime qu'une prise en charge dépasse le cadre de l'assurance dépendance**, comme par exemple la mise à disposition d'un élévateur d'escalier donnant accès à la cave.

TABLEAU 9. - TOP-3 DES AIDES TECHNIQUES NON-REQUISES - 2009-2011

Année	Voiture > 100 000km	Élévateur d'escalier	Main-courante
2009	2	16	3
2010	2	18	6
2011	1	14	1

En effet, au vu du nombre élevé et toujours croissant de demandes pour compensations de niveaux et après de longues réflexions sur les prestations dues dans le cadre de la sécurité sociale, la CEO a conclu que l'assurance dépendance doit intervenir exclusivement pour assurer l'accès de la personne à son domicile, ainsi qu'aux lieux de vie. La CEO considère que l'assurance dépendance n'a pas à intervenir pour rendre accessible des pièces telles que la buanderie, le garage ou le grenier, ou encore assurer l'accès au jardin, la terrasse ou le balcon parce que cela dépasse le cadre d'une assurance sociale.¹⁵

Les **refus d'une prise en charge rétroactive d'une aide technique (32% des avis négatifs)** se basent sur l'article 4 du règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 qui précise que " *la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance n'est possible que sur avis préalable de la Cellule d'évaluation et d'orientation* ". On constate que ce type de refus diminue depuis 2009, ce qui peut être dû à une amélioration de l'orientation des demandes, de même qu'à une meilleure information du demandeur.

TABLEAU 10. - TOP-3 DES REFUS DE PRISE EN CHARGE RÉTROACTIVE D'UNE AIDE TECHNIQUE - 2009-2011

Année	Boîte automatique	Élévateur d'escalier	Main-courante
2009	7	3	4
2010	3	0	3
2011	2	3	0

¹⁵ Voir Section 3. Les adaptations du logement : Les demandes pour adaptations du logement refusées par la CEO.

2.5 LES DÉPENSES

Entre 2005 et 2010, les dépenses liées aux aides techniques ont augmenté de 27% pour atteindre près de 10 millions d'euros en 2010. Malgré cette évolution, **les coûts engendrés par les aides techniques se situent toujours largement en-dessous des dépenses pour les activités de soutien** (102,3 millions d'euros en 2010) **et même nettement en-dessous des frais résultant des tâches domestiques** (25,3 millions d'euros en 2010).

TABEAU 11. - ÉVOLUTION 2005-2010 DU COÛT DES AIDES TECHNIQUES, DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES ET DU NOMBRE D'AIDES TECHNIQUES

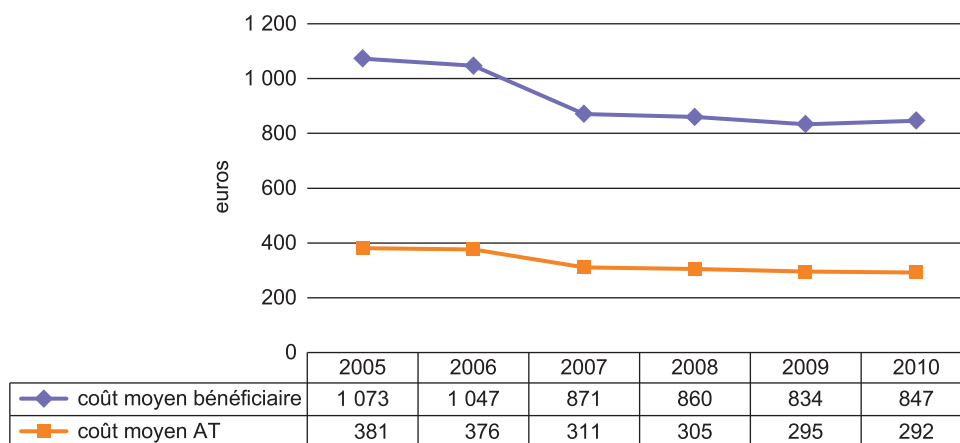
Année	Montant (en euros)	Variation en %	Nombre bénéficiaires	Variation en %	Nombre AT	Variation en %
2005	7 746 992		7 218		20 313	
2006	8 565 676	10,6%	8 183	13,4%	22 781	12,2%
2007	8 014 902	-6,4%	9 205	12,5%	25 812	13,3%
2008	8 622 460	7,6%	10 029	9,0%	28 245	9,4%
2009	8 945 105	3,7%	10 731	7,0%	30 276	7,2%
2010	9 875 966	10,4%	11 664	8,7%	33 801	11,6%

On constate qu'il n'existe **pas de lien direct entre l'évolution des frais et l'évolution du nombre de bénéficiaires ou l'évolution du nombre d'aides techniques**. A l'exception de l'année 2010, l'évolution des frais se situe toujours en-dessous de l'évolution du nombre de bénéficiaires et du nombre d'aides techniques.

La diminution des dépenses en 2007 peut s'expliquer par la modification réglementaire du 22 décembre 2006 portant introduction d'un montant d'intervention maximal pour certaines aides techniques en acquisition.

2.5.1 LE COÛT MOYEN DE L'AIDE TECHNIQUE

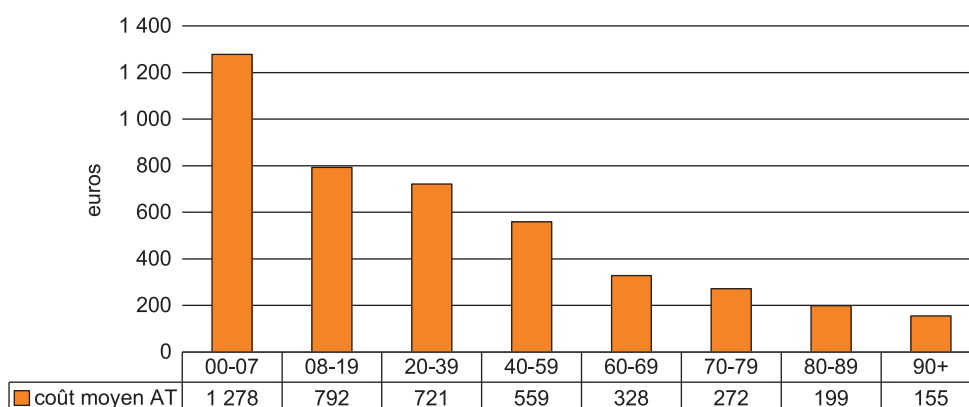
GRAPHIQUE 28. - ÉVOLUTION 2005-2010 DU COÛT MOYEN PAR BÉNÉFICIAIRE ET DU COÛT MOYEN DE L'AIDE TECHNIQUE



On constate que **le coût moyen de l'aide technique diminue progressivement depuis 2005 avec une baisse plus prononcée en 2007**. Le coût moyen par bénéficiaire montre la même tendance, avec cependant une légère augmentation en 2010.

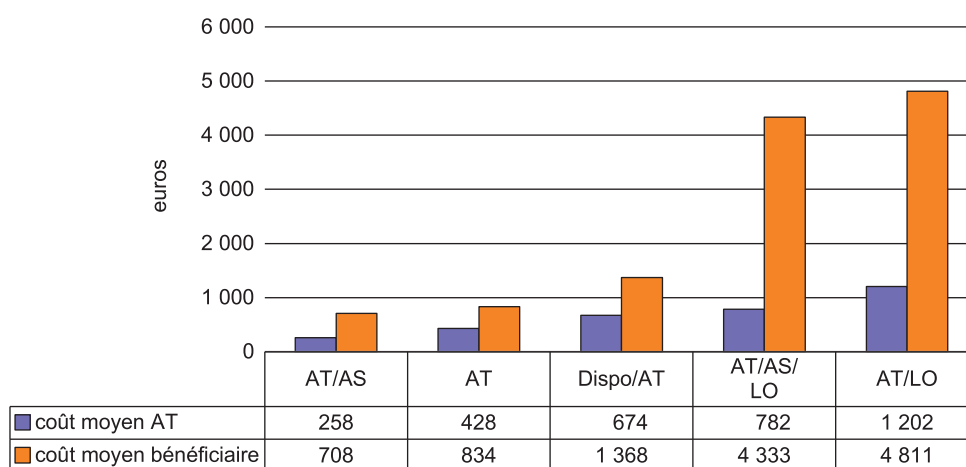
Le coût moyen de l'aide technique diffère en fonction du sexe du bénéficiaire : en 2010 le coût moyen de l'aide technique a été de 346 euros pour les hommes et de 262 euros pour les femmes.

GRAPHIQUE 29. - COÛT MOYEN DE L'AIDE TECHNIQUE PAR GROUPE D'ÂGE EN 2010



Le coût moyen de l'aide technique le plus important est observé pour le groupe des enfants. Il diminue progressivement en fonction de l'âge. En effet, le matériel mis à disposition des enfants doit le plus souvent être spécifiquement adapté à la morphologie de l'enfant et nécessite une modification en fonction de la croissance de l'enfant. De même, les aides techniques standards en général ne suffisent pas pour subvenir aux besoins des jeunes personnes handicapées et une personnalisation du matériel est le plus souvent indispensable.

GRAPHIQUE 30. - COÛT MOYEN PAR BÉNÉFICIAIRE ET COÛT MOYEN DE L'AIDE TECHNIQUE, PAR GROUPE DE BÉNÉFICIAIRES EN 2010



Le coût moyen le plus bas pour aides techniques se retrouve chez les bénéficiaires d'aides techniques et d'aides et soins avec 258 euros en 2010. Le top-ten des aides techniques mises à disposition de ce groupe de bénéficiaires montre qu'il s'agit de **matériel standard, majoritairement en location**.

En deuxième place ascendante on trouve le coût moyen des appareils pour bénéficiaires d'aides techniques exclusivement avec 428 euros. Le top-ten des fournitures à ce groupe montre qu'il s'agit également de matériel standard. Viennent cependant s'ajouter les élévateurs d'escaliers, en rang 7 en 2010, qui expliquent le coût moyen plus élevé pour ce groupe de bénéficiaires.

La majorité des aides optiques fournies aux bénéficiaires de dispositions particulières sont actuellement en mode d'acquisition avec rétrocession. Le recyclage de ces aides optiques n'est pas systématisé, ce qui explique un coût moyen relativement élevé.

Les aides techniques intervenant dans le cadre des adaptations du logement sont généralement plus spécifiques (exemples : portes de douche divisibles, lève-personnes avec rail au plafond, barres d'appui relevables). Elles doivent composer avec des contraintes architecturales données et elles sont pour la plupart en acquisition.

On constate donc que plus le matériel mis à disposition est standardisé et remis dans le circuit de valorisation (recyclé), plus le coût moyen de l'aide technique diminue.

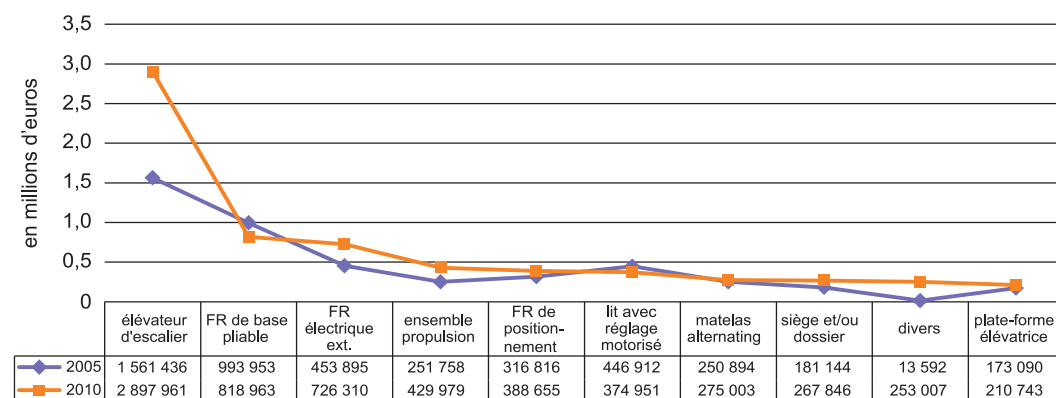
2.5.2 LE TOP-TEN DES DÉPENSES

TABEAU 12. - COMPARAISON ENTRE LE TOP-TEN DES DÉPENSES ET LE TOP-TEN DES AIDES TECHNIQUES ATTRIBUÉES EN 2010

Dépenses	Mises à disposition
1. Elévateur d'escalier	1. FR de base pliable
2. FR de base pliable	2. Cadre de marche à 4 roues
3. FR électrique d'extérieur	3. Coussin pneumatique
4. Ensemble de propulsion	4. Lit avec réglage motorisé
5. FR de positionnement	5. Sur-élévateur avec fixations intégrées
6. Lit avec réglage motorisé	6. Siège de bain électrique
7. Matelas alternating	7. Chaise de douche
8. Siège et/ou dossier	8. Barre d'appui fixe
9. Divers	9. Matelas alternating
10. Plate-forme élévatrice	10. FR de positionnement

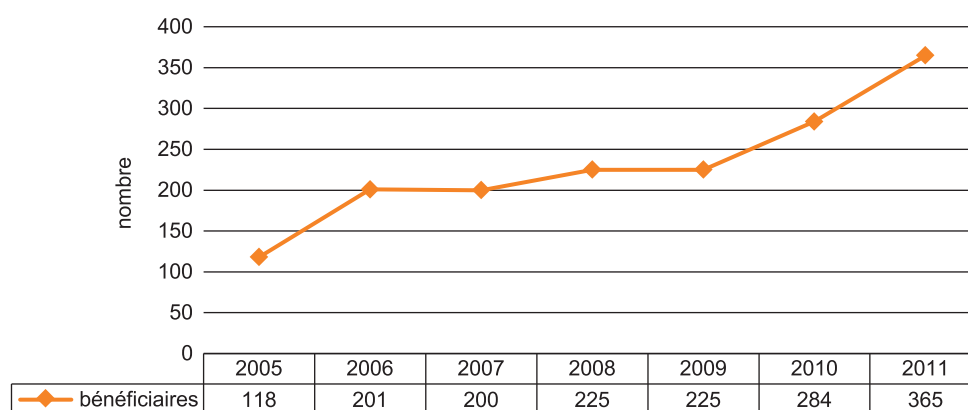
Si on compare le top-ten des aides techniques allouées au top-ten des postes de frais, on constate **qu'il n'y a pas de lien direct entre la fréquence de la mise à disposition de l'aide technique et l'importance des dépenses.**

GRAPHIQUE 31. - COMPARAISON ENTRE LE TOP-TEN DES POSTES DE FRAIS EN 2005 ET 2010



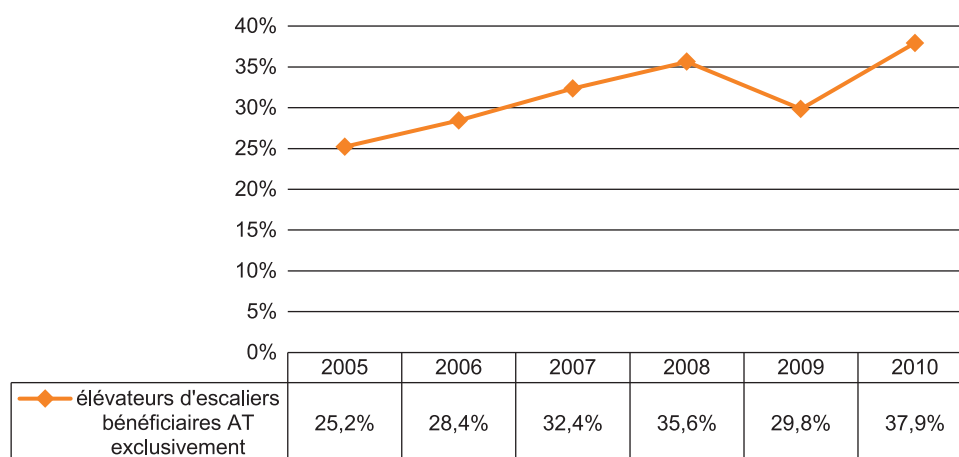
On constate que **les élévateurs d'escaliers engendrent de loin les dépenses les plus importantes, avec près de 30% du total des frais pour aides techniques en 2010.** Sont compris dans ces frais les acquisitions de nouveaux élévateurs, ainsi que la réparation et l'entretien des élévateurs d'escaliers achetés avant le 1er janvier 2007. Depuis le 1er janvier 2007 les élévateurs d'escaliers sont mis à disposition par voie d'acquisition, le bénéficiaire devient propriétaire de l'aide technique et les frais d'entretien et de réparation sont à sa charge. Néanmoins, **l'évolution des frais entre 2005 et 2010 est considérable avec 85,6%.**

GRAPHIQUE 32. - EVOLUTION 2005-2011 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'ÉLEVATEURS D'ESCALIERS



Après une stabilisation entre 2006 et 2009, le nombre de bénéficiaires d'élévateurs d'escaliers augmente de nouveau de manière importante depuis 2010 et ce malgré le fait que **la mise à disposition des élévateurs d'escaliers soit restreinte à l'accès au domicile et aux lieux de vie**. Afin de vérifier si cette tendance se confirme, une analyse des données de 2011 a été réalisée et montre que **le nombre de bénéficiaires continue à augmenter de manière très importante avec une croissance de 28% entre 2010 et 2011. Le nombre de ce type d'installation est trois fois plus élevé en 2011 qu'en 2005.**

GRAPHIQUE 33. - ÉLEVATEURS D'ESCALIERS MIS À DISPOSITION DES BÉNÉFICIAIRES D'AIDES TECHNIQUES EXCLUSIVEMENT - EN POURCENTAGE DU TOTAL DES ÉLEVATEURS D'ESCALIERS MIS À DISPOSITION



Si on analyse la mise à disposition des élévateurs d'escaliers en fonction des différents types de bénéficiaires, on constate que la part des bénéficiaires ne disposant pas de prestations d'aides et de soins augmente depuis 2005 (à l'exception de l'année 2009) et atteint 38% en 2010.

D'autre part, on s'aperçoit qu'entre 2005 et 2010 les bénéficiaires d'élévateurs d'escaliers représentent de manière stable 2% de la population totale des bénéficiaires d'aides techniques.

Près de 30% des dépenses pour aides techniques sont donc " consommées " par une minorité de bénéficiaires, dont une part importante n'est pas dépendante au sens de la loi. En outre, la gestion de ces dossiers est très chronophage pour la CEO, tenue de garantir une solution techniquement correcte et fonctionnelle pour le bénéficiaire.

Une réflexion par rapport à la prise en charge de ce type d'aide technique s'impose, vu l'importance des frais et leur évolution. Un examen des critères d'attribution des élévateurs d'escaliers en général et en rapport à la population non-dépendante, de même qu'une réflexion quant à une participation financière du bénéficiaire seront incontournables.

Au 2e rang des dépenses se situent les fauteuils roulants de base, qui constituent 8% des dépenses en 2010. **Ce qui frappe est l'importance de l'écart (plus de 2 millions d'euros) entre les dépenses pour élévateurs d'escaliers et les frais engagés pour les fauteuils roulants de base.**

Un autre fait remarquable c'est que les dépenses pour fauteuils roulants de base et pour lits d'hôpitaux ont diminué depuis 2005. Cela s'explique par la baisse du coût unitaire en raison d'une pratique d'achats groupés pour ce matériel standard, ainsi que d'une pratique de récupération et de recyclage plus systématique par le SMA.

Les dépenses pour les fauteuils roulants électriques, de même que pour les ensembles de propulsion (en 3e et 4e rang des dépenses en 2010) ont connu une augmentation importante entre 2005 et 2010, ce qui entre autres est dû au fait que ces aides techniques sont actuellement encore achetées individuellement. **Il importera d'étendre la pratique des achats groupés** aux ensembles de propulsion qui constituent du matériel absolument standard, de même qu'aux fauteuils roulants électriques " de base ", ainsi qu'à tout autre matériel standard non-repris dans cette analyse des top-ten des dépenses.

En ce qui concerne la position " **divers** " située en rang 9 des dépenses et qui a connu une augmentation extrêmement importante entre 2005 et 2010, **il importera de clarifier le contenu de cet item, utilisé actuellement comme " fourre-tout "** pour toute facture difficilement enregistrable sous un code ISO précis (comme par exemple les adaptations de certaines aides techniques).

SECTION 3 LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT

3.1 INTRODUCTION

Les adaptations du logement représentent **le type de prestation à domicile engageant le moins de dépenses** (2,3 millions d'euros en 2010 - décompte CNS 2010).

Cependant, les modalités suivant lesquelles un aménagement du logement par l'assurance dépendance peut et doit avoir lieu sont très formalisées et strictes. Se basant sur l'expérience dans le domaine des aménagements du logement de l'Adapth, asbl créée en 1985 et conventionnée par le Ministère de la Famille et de l'Intégration depuis le 1er janvier 2000, la CEO a élaboré un mode de traitement de ces dossiers. Le premier règlement grand-ducal déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance du 5 novembre 1999 a déjà été assez développé, si on le compare au premier règlement grand-ducal des aides techniques¹⁶. Ce dernier est resté beaucoup plus vague et laissant bien plus de liberté d'interprétation à la CEO.

Une des raisons pour cette rigueur a pu consister dans la crainte d'abus. La loi portant introduction d'une assurance dépendance du 19 juin 1998 prévoyait par ailleurs une prise en charge restrictive en ouvrant ce type de prestation uniquement aux personnes reconnues dépendantes. Ce n'est que depuis le 1er janvier 2007 qu'une adaptation du logement peut être accordée sans que la personne doive présenter le besoin minimum d'aides et de soins dans les actes essentiels de la vie.

La cause principale de cette formalisation de la procédure pour adaptation du logement consiste cependant dans la préoccupation d'installer une solution qui soit vraiment fonctionnelle et optimale pour le bénéficiaire. Cette approche se distingue clairement des aides au logement prévues par le Ministère du Logement, qui peut accorder une participation sur base des factures présentées, sans vérification et prise en compte de la fonctionnalité du projet réalisé.

Une autre raison pour la rigueur procédurale se trouve dans le souci d'équité de traitement des demandes. En effet, sans élaboration au préalable d'un cahier des charges fonctionnel et technique, il est difficile de décider par la suite quels ont été les travaux indispensables, d'analyser les factures et d'estimer le montant d'intervention requis.

Vu que ce type de prestation concerne un nombre restreint de bénéficiaires et que les dépenses engagées sont modiques comparées aux coûts des autres prestations, les données concernant les adaptations du logement ont été peu exploitées jusqu'à présent.

Les données à la base de l'analyse suivante portent sur les années de 2000 à 2010 et proviennent de l'IGSS pour les tableaux 13 et 14 et les graphiques de 34 à 42. Sauf indication contraire, les données des graphiques de 43 à 54 proviennent d'une analyse réalisée par la CEO en 2010 sur base de 665 dossiers d'adaptations du logement.

3.2 LES BÉNÉFICIAIRES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT

TABEAU 13. - EVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT DEPUIS 2000

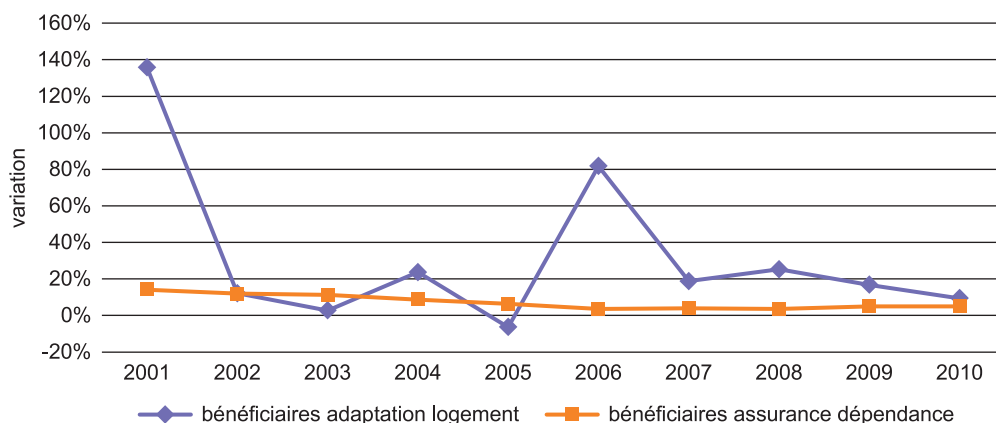
Année	Nombre	Variation en %
2000	14	
2001	33	135,7%
2002	37	12,1%
2003	38	2,7%
2004	47	23,7%
2005	44	-6,4%
2006	80	81,8%
2007	95	18,8%
2008	119	25,3%
2009	139	16,8%
2010	152	9,4%

Le tableau se base sur la facturation des adaptations du logement à la CNS et représente le nombre d'adaptations réalisées par année. Entre 2000 et 2010, 798 adaptations du logement ont été réalisées. En 2010, le nombre de bénéficiaires d'adaptations du logement est presque 11 fois plus élevé qu'en 2000.

¹⁶ Règlement grand-ducal du 23 décembre 1998 et modifié le 18 octobre 2000.

31% des bénéficiaires sont décédés et ceci en moyenne 2 ans après la réalisation de l'adaptation. 8% ont intégré un établissement à séjour continu et ceci en moyenne 2,8 ans après l'aménagement. **Quasi un tiers du total des adaptations réalisées entre 2000 et 2010 ne sont donc plus utilisées par leurs bénéficiaires, qui ont profité pendant environ 2 ans et demi de la réalisation.**

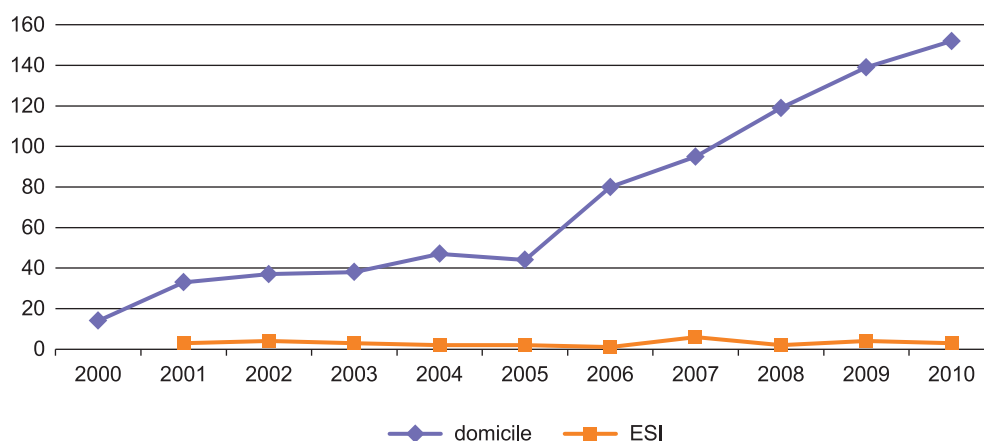
GRAPHIQUE 34. - COMPARAISON ENTRE L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE ET L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT



L'évolution du nombre de bénéficiaires d'adaptations du logement ne suit pas l'évolution générale de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance. La croissance du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance s'est stabilisée depuis 2006 entre 3,5% et 5%, alors que la croissance du nombre de bénéficiaires d'adaptations du logement est sensiblement plus élevée.

L'évolution du nombre d'adaptations du logement réalisées a toujours été fortement tributaire du personnel disponible pour le traitement de ces dossiers très spécifiques. La variation importante observée entre 2005 et 2006 s'explique en grande partie par l'engagement de personnel aussi bien au sein de la CEO qu'au niveau de l'ADAPTH.

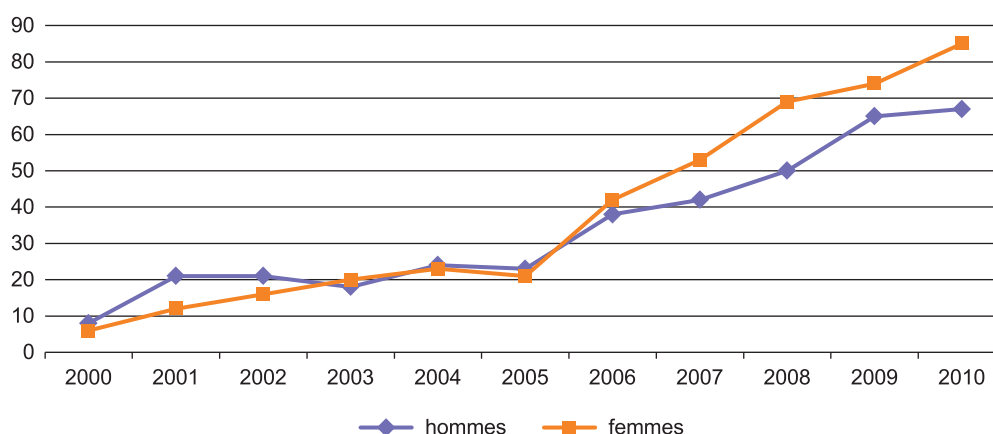
GRAPHIQUE 35. - ÉVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PAR LIEU DE SÉJOUR



Une intervention de l'assurance dépendance en matière d'adaptation du logement ne peut être accordée qu'en vue du maintien à domicile du bénéficiaire (article 23 du règlement grand-ducal du 22 décembre 2006). Cependant, l'article 358 alinéa (1) de la loi portant introduction d'une assurance dépendance précise que lorsque la personne dépendante reçoit les aides et soins dans un établissement d'aides et de soins à séjour intermittent, elle a droit aux prestations visées à l'article 357 pour les périodes de séjour dans cet établissement et aux prestations visées aux articles 353 à 356 pour les périodes de séjour à domicile.

Uniquement 30 adaptations du logement, soit **4% du total des adaptations réalisées entre 2000 et 2010 ont eu lieu pour des bénéficiaires hébergés en ESI en semaine, mais rentrant régulièrement à domicile pendant le week-end et les vacances.**

GRAPHIQUE 36. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT PAR SEXE

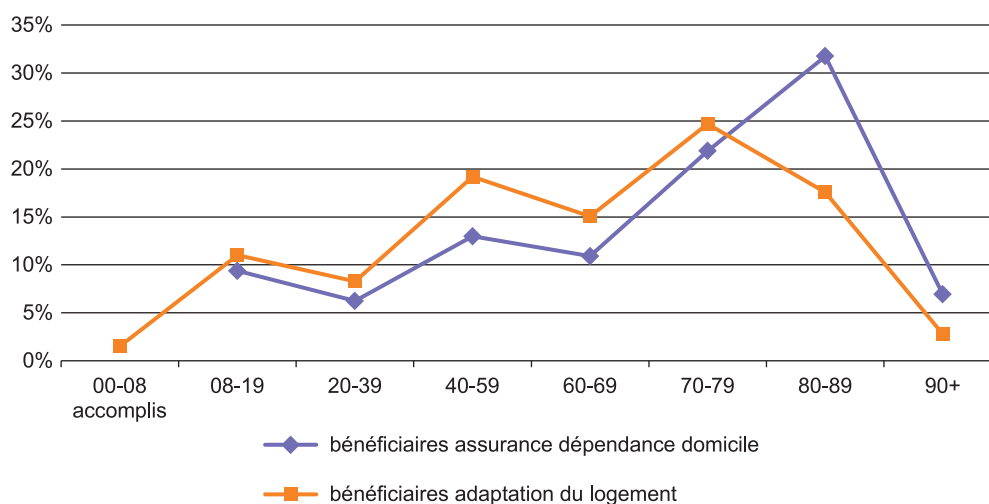


Alors que pour l'ensemble des bénéficiaires à domicile les femmes représentent 60%, **le rapport entre les sexes est plus équilibré pour les bénéficiaires d'adaptations du logement avec 53% de femmes et 47% d'hommes.**

Une explication pouvant être que la moyenne d'âge des bénéficiaires d'adaptations du logement est plus basse que pour le total des bénéficiaires (cf. âge moyen des bénéficiaires d'adaptations du logement). Or, dans la population totale du Luxembourg et pour les groupes d'âge de 0 à 64 ans, les hommes sont plus nombreux que les femmes. Ce n'est qu'à partir de l'âge de 65 ans que les femmes deviennent majoritaires.¹⁷

Pour les bénéficiaires d'adaptations du logement hébergés en ESI, le rapport est inversé avec 53% d'hommes pour 47% de femmes.

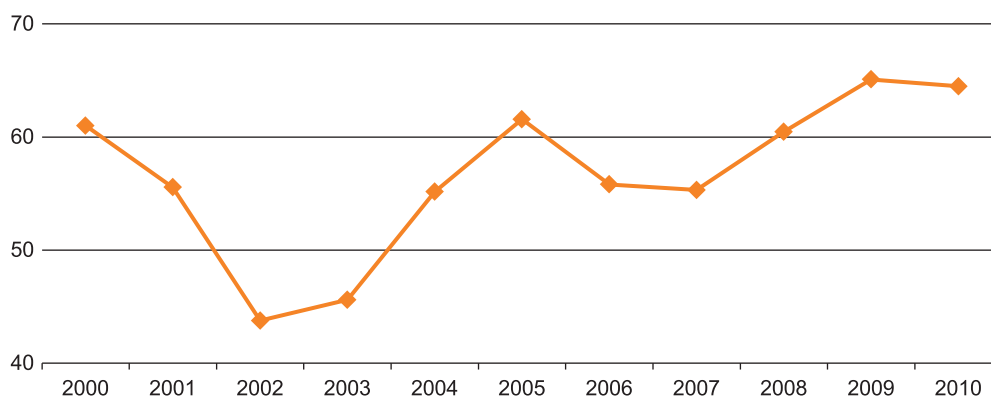
GRAPHIQUE 37. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES PAR GROUPE D'ÂGE : COMPARAISON ENTRE LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE À DOMICILE ET LES BÉNÉFICIAIRES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT EN 2010



Le graphique reflète l'âge du bénéficiaire lors du mois de facturation de l'adaptation du logement à la CNS. **Le nombre de bénéficiaires d'adaptation du logement est le plus élevé pour le groupe d'âge de 70 à 79 ans**, alors que pour les prestations aides et soins à domicile en 2010 le groupe d'âge de 80 à 89 ans comprend le plus de bénéficiaires. **Uniquement 12 adaptations du logement, soit 1,5% ont été réalisées pour la population enfants (0 à 8 ans accomplis).** Les bénéficiaires d'adaptations du logement hébergés en ESI ont moins de 60 ans, avec 1 adaptation entre 0 et 8 ans accomplis, 8 entre 8 et 19 ans, 16 entre 20 et 39 ans et 5 entre 40 et 59 ans.

¹⁷ Population par âge et sexe au 1er janvier 2001 - 2011 / www.statistiques.public.lu

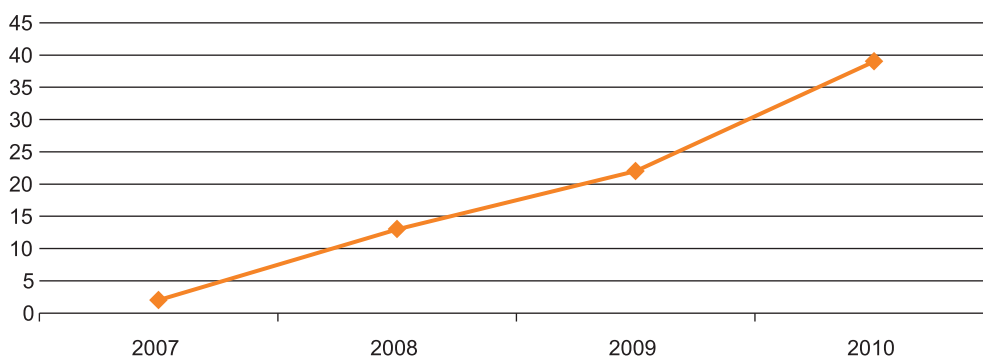
GRAPHIQUE 38. - AGE MOYEN DES BÉNÉFICIAIRES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT



L'âge moyen des bénéficiaires d'une adaptation du logement a fortement varié entre 2000 et 2010. Il a été très bas pendant les premières années de l'assurance dépendance avec 44 ans en 2002 et 46 ans en 2003. Il est resté en-dessous ou légèrement au-dessus de 60 ans jusqu'en 2008 et ce n'est que depuis 2009 que l'âge moyen se situe aux environs de 65 ans.

L'âge moyen des bénéficiaires d'adaptations du logement est donc inférieur à l'âge moyen des bénéficiaires de l'assurance dépendance à domicile qui a été de 66,2 en 2010. Si on considère l'âge moyen de tous les bénéficiaires d'adaptation du logement depuis 2000, cette différence s'accroît avec un âge moyen de 56,7 ans et donc une différence de 10 ans par rapport à un âge moyen assez stable pour la population totale de l'assurance dépendance à domicile. Une explication pouvant être que les adaptations du logement sont envisagées en général par rapport à un projet de maintien à domicile à long terme, ce qui est plus évident pour la population plus jeune des bénéficiaires.

GRAPHIQUE 39. - ÉVOLUTION 2007-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT SANS PRESTATION D'AIDES ET DE SOINS



Depuis le 1er janvier 2007, une adaptation du logement peut être accordée sans que la personne doive présenter le besoin minimum d'aides et de soins dans les actes essentiels de la vie.

76 personnes ont depuis lors tiré parti de cette modification de la loi. Ce type de bénéficiaire constitue déjà 9,5% du total des bénéficiaires d'adaptations du logement¹⁸, avec une évolution qui est toujours en augmentation. D'ailleurs, si on considère uniquement les années de 2007 à 2010, on constate que les bénéficiaires sans prestations d'aides et de soins constituent 15% du total des bénéficiaires d'adaptations du logement. On peut en conclure que la modification de la loi a été bénéfique pour ces personnes protégées. On constate aussi que le nombre d'aides au logement accordées par le Ministère du Logement, qui a toujours été modeste est extrêmement limité depuis 2007 avec une prestation par an¹⁹.

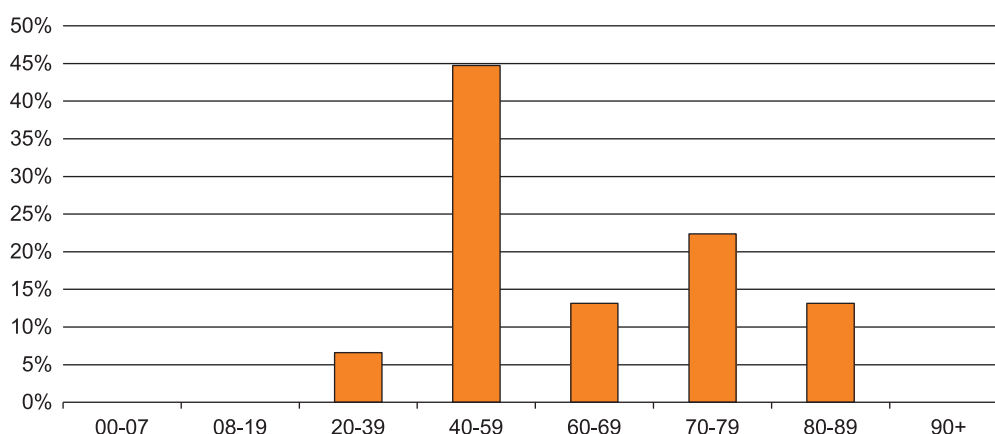
¹⁸ Graphique 42 - Répartition des bénéficiaires par classes de temps requis pour les actes essentiels de la vie.

¹⁹ Rapports d'activités annuels du Ministère du Logement.

Un transfert des demandes a eu lieu en partie, ce qui est compréhensif vu que le montant d'intervention de l'assurance dépendance est plus élevé (26 000 euros versus 15 000 euros) et que les critères de revenu n'existent pas au niveau de l'assurance dépendance.

Néanmoins, **vu la croissance importante du nombre de ces bénéficiaires, une observation de cette évolution et une analyse plus approfondie de ce type de bénéficiaires s'impose.** Il serait intéressant de connaître les pathologies de ces bénéficiaires, qui ne sont actuellement pas relevées systématiquement pour les bénéficiaires d'adaptations du logement sans prestations d'aides et de soins. De même, une analyse à plus longue échéance devrait permettre de montrer si l'objectif poursuivi pour ce type de population, à savoir une prévention de la dépendance, a été atteint par l'adaptation du logement.

GRAPHIQUE 40. - NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT SANS PRESTATIONS D'AIDES ET DE SOINS, PAR GROUPE D'ÂGE ET DEPUIS 2007



On constate que 44,7% des bénéficiaires d'adaptations du logement sans prestations d'aides et de soins se situent dans la catégorie d'âge de 40 à 59 ans et 51,3% de ces bénéficiaires ont moins de 60 ans. **Ce qui peut étonner, c'est que 13,2% de ces bénéficiaires d'adaptations du logement qui n'ont pas de prestations d'aides et de soins se trouvent dans la catégorie d'âge de 80 à 89 ans.**

62% des bénéficiaires d'adaptations du logement sans prestation d'aides et soins sont de sexe féminin et uniquement 38% sont des hommes.

3.3 LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE ET LES BÉNÉFICIAIRES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT

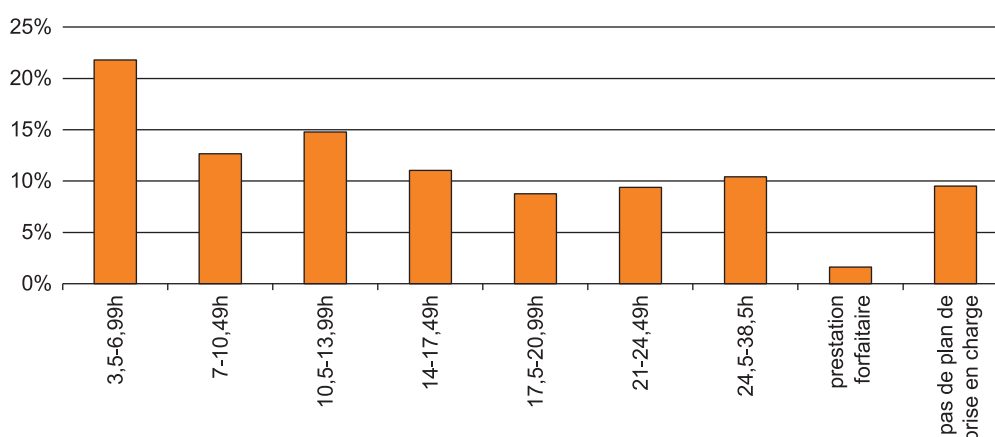
TABLEAU 14. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT PAR CAUSE DE DÉPENDANCE PRINCIPALE ET SEXE DEPUIS 2000 - TOP-3

Classification CEO	Total	Femmes	Hommes	ESI
Groupe 4. Maladie du système nerveux	35%	25%	46%	30%
Groupe 6. Maladie du système ostéo-articulaire	20%	28%	12%	0%
Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	13%	13%	13%	60%

Les causes les plus fréquentes de la dépendance chez les bénéficiaires d'adaptations du logement sont les maladies du système nerveux (troisième cause de la dépendance pour les bénéficiaires d'aides et de soins en 2010), suivies des maladies du système ostéo-articulaire (première cause de la dépendance pour les bénéficiaires d'aides et de soins en 2010) et des malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental (quatrième cause de la dépendance pour les bénéficiaires d'aides et de soins en 2010). **Les démences et troubles des fonctions cognitives**, qui représentent 20,3% en 2010 et donc la deuxième cause de la dépendance des bénéficiaires d'aides et de soins, **ne sont retrouvées que pour 5% des bénéficiaires d'adaptations du logement**. Une explication pouvant être qu'il s'agit d'une pathologie nécessitant un encadrement important, avec une prise en charge préférentielle en établissement à séjour continu. **Avec 46%, la proportion de maladies du système nerveux chez les bénéficiaires masculin d'adaptations du logement est très élevée** (24,6% chez les bénéficiaires masculins d'aides et de soins à domicile en 2010). Les malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental constituent la cause de dépendance la plus élevée pour les bénéficiaires d'adaptations du logement hébergés en établissement à séjour intermittent.

3.4 LES BÉNÉFICIAIRES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT ET LES PRESTATIONS D'AIDES ET DE SOINS DANS LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE

GRAPHIQUE 41. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES PAR CLASSE DE TEMPS REQUIS POUR LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE

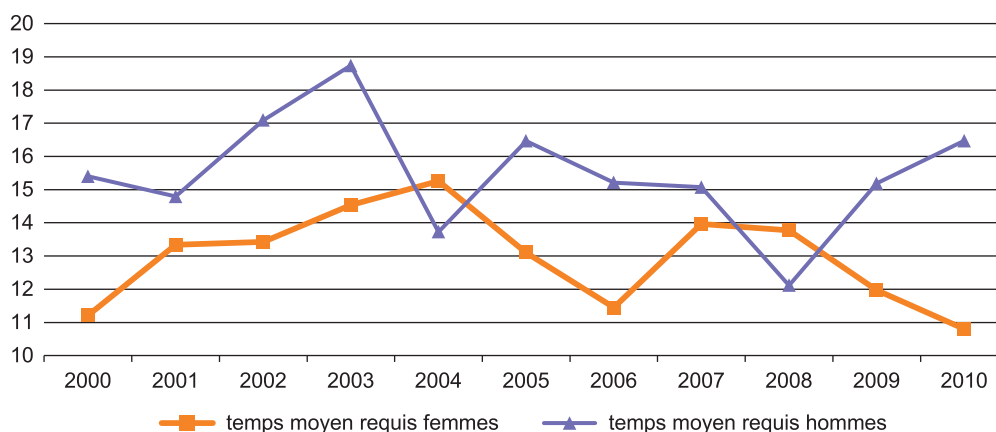


Le graphique reprend le plan actif du bénéficiaire au moment du mois de facturation de l'adaptation du logement à la CNS.

De même que pour les bénéficiaires d'aides et de soins, la classe de temps la plus fréquente pour les bénéficiaires d'adaptations du logement est la classe de 3,5 à 6,99 heures. On constate que 49,3% des bénéficiaires se situent en-dessous de 14 heures, 9,5% des bénéficiaires n'ont pas de prestations d'aides et de soins et 1,6% bénéficient des dispositions particulières. On peut supposer que pour cette majorité des bénéficiaires, l'objectif principal poursuivi par une adaptation du logement a été de *"permettre à la personne de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la préparation des repas et de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement"*. Pour les 39,6% de bénéficiaires se situant entre 14 et 38,5 heures, dont **10,4% au-dessus de 24,5 heures** (*"situations d'une gravité exceptionnelle"*), un aménagement du logement vise essentiellement à *"(...) faciliter la tâche des personnes qui assurent les aides et soins"*.²⁰ Cependant, **il n'existe à l'heure actuelle pas de données par rapport à l'impact des adaptations du logement sur le niveau d'autonomie des bénéficiaires, les prestations d'aides et de soins et la satisfaction des bénéficiaires et des personnes aidantes**. Une réévaluation systématique de la dépendance des personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement a lieu uniquement depuis automne 2011, et il sera intéressant dans l'avenir d'analyser dans quelle mesure les objectifs poursuivis par une adaptation du logement ont pu être atteints.

²⁰ Article 356, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.

GRAPHIQUE 42. - LES BÉNÉFICIAIRES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT ET LE TEMPS MOYEN REQUIS POUR LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE EN HEURES PAR SEMAINE - ÉVOLUTION 2000-2010



Les personnes ne bénéficiant pas de plan de prise en charge des actes essentiels de la vie au moment de la facturation de l'adaptation du logement ne sont pas prises en compte.

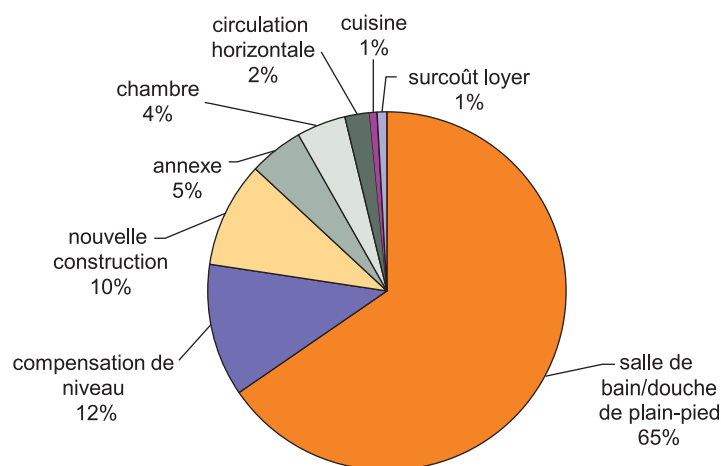
Le temps moyen requis dans les actes essentiels de la vie des bénéficiaires d'adaptations du logement est très variable entre 2000 et 2010 et diffère fortement entre les sexes. En effet, **à l'exception des années 2004 et 2008, le temps moyen requis des hommes a toujours été nettement supérieur à celui des femmes. En 2010 cette différence s'accroît avec un plus de 5,7 heures pour les hommes. Si on regarde l'ensemble des bénéficiaires d'adaptations du logement, le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie en heures par semaine est de 14,3 heures. Le temps moyen requis est plus élevé que pour le total des bénéficiaires à domicile (12,4 heures en 2010).**

Pour les bénéficiaires d'adaptations du logement hébergés en ESI, le temps moyen requis est de 19,5 heures par semaine.

3.5 LES TYPES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT RÉALISÉES

Les bases de données de la CEO et de la CNS contiennent très peu de données relatives aux types d'adaptations du logement réalisées. Un travail d'analyse a été réalisé par la CEO en 2010 sur base de 665 dossiers d'adaptations du logement, soit 62% des dossiers clôturés alors. Pour des raisons d'ordre pratique, uniquement les dossiers des personnes en vie ont été examinés.

GRAPHIQUE 43. - LES TYPES D'ADAPTATIONS RÉALISÉES

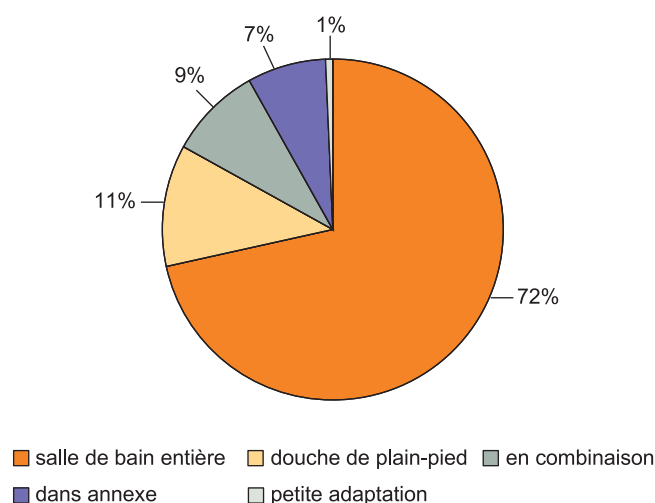


Ce n'est qu'avec la modification de la loi entrée en vigueur le 1er janvier 2007, que les domaines d'application pour les adaptations du logement ont été définis. L'article 356, alinéa 1 précise que " *des adaptations de son logement peuvent être prises en charge pour permettre à la personne de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la préparation des repas et de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement* " et " *la mise à disposition des aides techniques ainsi que l'adaptation du logement peuvent en outre être réalisées pour faciliter la tâche des personnes qui assurent les aides et soins.* "

On constate que **la majorité des adaptations réalisées concernent le domaine de l'hygiène (65%). Suivent les compensations de niveaux avec 12% des aménagements réalisés et 10% des adaptations concernent des nouvelles constructions.** Une annexe au logement existant a été construite dans 5% des cas et l'aménagement d'une chambre à coucher a été requis dans 4% des cas. 2% des adaptations ont visé une amélioration de la circulation horizontale et 1% des adaptations a concerné la cuisine. Une prise en charge du surcoût de loyer, engendré par le déménagement de la personne dépendante dans un logement adapté ou adaptable a été retenue dans 1% des dossiers.

3.5.1 LES ADAPTATIONS DE LA SALLE DE BAIN

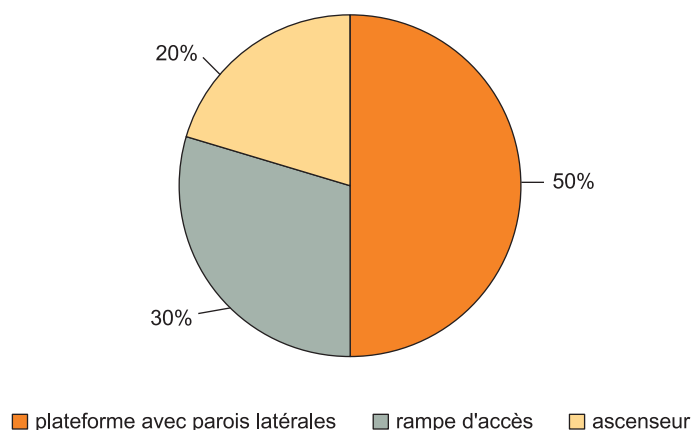
GRAPHIQUE 44. - LES ADAPTATIONS DE LA SALLE DE BAIN : DÉTAIL DES AMÉNAGEMENTS RÉALISÉS



En ce qui concerne les adaptations de la salle de bain, on remarque que dans la majorité des cas (72%) la salle de bain entière a été adaptée. Viennent s'ajouter les situations (7%) où la construction d'une annexe a été nécessaire pour pouvoir y installer une salle de bain adaptée et les dossiers où d'autres adaptations ont été réalisées en même temps que l'aménagement de la salle de bain (9%). **Dans uniquement 11% des aménagements visant les soins d'hygiène, l'installation isolée d'une douche de plain-pied a eu lieu, sans autres modifications de la salle de bain.** Ce constat peut étonner et on peut se demander pourquoi une transformation entière de la salle de bain est presque de règle. Une raison pouvant être des problèmes d'accessibilité en général des différents éléments de la salle de bains. D'un autre côté on peut se demander si les critères permettant aux référents de la CEO de trancher entre la détermination de l'adaptation d'une salle-de-bain entière ou l'aménagement isolé d'une douche de plain-pied sont suffisamment clairs.

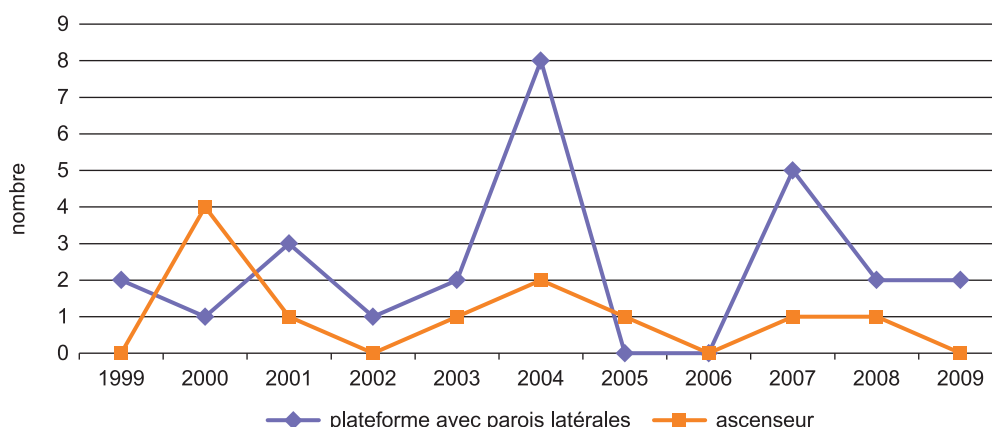
3.5.2 LES COMPENSATIONS DE NIVEAUX

GRAPHIQUE 45. - LES COMPENSATIONS DE NIVEAUX : DÉTAIL DES ADAPTATIONS RÉALISÉES



Le graphique reprend les types de compensations de niveaux tels que retrouvés dans le cadre des dossiers d'adaptations du logement analysés par la CEO. Il est clair que si l'on considère toutes les compensations de niveaux mises à disposition par l'assurance dépendance, donc aussi les aides techniques, les élévateurs d'escaliers seront de loin majoritaires. Les compensations de niveaux regroupent différents types de solutions permettant de pallier aux différences de niveaux rencontrées à l'entrée ou à l'intérieur du logement. **L'installation d'une plateforme avec parois latérales est plus fréquente (50% des compensations de niveaux retrouvées dans l'étude) que l'installation d'un ascenseur classique (20%).**

GRAPHIQUE 46. - ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ASCENSEURS ET DE PLATEFORMES AVEC PAROIS LATÉRALES



L'évolution depuis 1999 montre que les ascenseurs ont connu un pic en 2000 et ne sont installés actuellement que rarement. Ceci s'explique par la plus grande facilité d'implantation et le peu de travaux de maçonnerie que requiert l'installation d'une plateforme avec parois latérales. Pendant les premières années de l'assurance dépendance, une série de questions concernant les aspects techniques et légaux de ces plateformes ont dû être clarifiées avant que l'Inspection du Travail et des Mines n'accepte ces installations au Luxembourg. Depuis novembre 2006 les plateformes à parois latérales sont considérées comme des aides techniques par la CEO et elles sont prises en charge par le budget des aides techniques. La législation applicable est le règlement grand-ducal du 8 janvier 1992 relatif aux machines²¹ et la prescription ITM-CL 295 Appareils élévateurs à plateforme pour personnes conçus d'après la directive 98/37/CE relative aux machines. Ceci constitue certainement un argument important en faveur de l'implantation des plateformes à parois latérales, car comme cette solution n'empiète pas sur le montant disponible pour une adaptation du logement, elle permet de combiner une compensation de niveau avec une autre adaptation nécessaire et de diminuer ainsi la participation personnelle du bénéficiaire.

Les rampes d'accès au logement (17 installations) traitées dans le cadre des dossiers d'adaptations du logement sont en général des rampes maçonnées construites sur mesure et ne constituent qu'une partie marginale des rampes effectivement mises à disposition par l'assurance dépendance. En effet, rien qu'en 2011, 46 rampes mobiles ont été accordées par le budget des aides techniques.

3.5.3 LES NOUVELLES CONSTRUCTIONS

Dans le cas d'un logement à construire (10% des adaptations réalisées), l'article 25 du règlement grand-ducal précise que "*l'assurance dépendance ne prend en charge que le surcoût lié à la dépendance*". Le calcul du subside à allouer est fait par l'application de prix forfaitaires établis par les experts de l'Adaph.

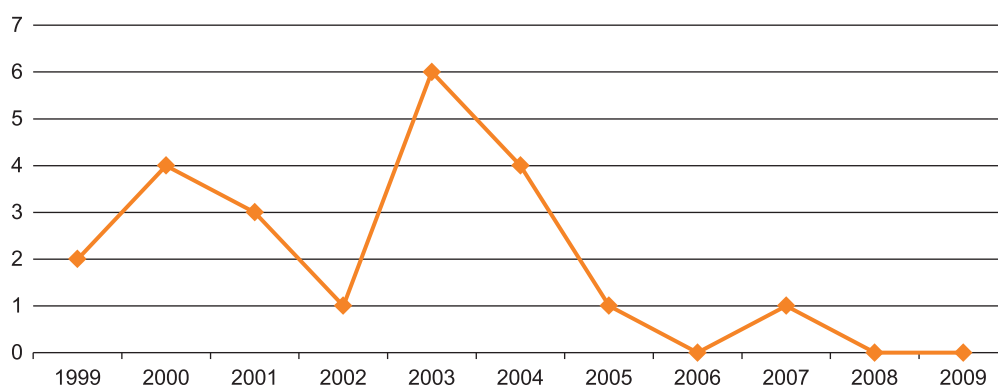
Pour 30% des nouvelles constructions, l'installation d'un ascenseur ou d'une plateforme avec parois latérales a fait partie du projet de construction. Ceci peut étonner, vu qu'une construction sans changement de niveaux est plus fonctionnelle et demande moins de frais d'entretien. Une explication pouvant être les prix élevés du terrain, qui poussent le maître d'ouvrage à s'orienter vers une construction en hauteur.

²¹ Texte coordonné voir ITM-CL192.

RGD du 8 janvier 1992 relatif aux machines tel que modifié par le RGD du 4 juillet 1994 et abrogé par le RGD du 11 juin 2010.

3.5.4 LES ANNEXES

GRAPHIQUE 47.- EVOLUTION 1999-2009 DU NOMBRE D'ANNEXES



Les annexes au logement (22 constructions) ont été réalisées essentiellement lors des premières années de l'assurance dépendance. Cet aménagement convient dans des situations où l'espace disponible est limité et l'installation d'une compensation de niveaux difficile ou impossible. Il s'agit cependant d'une solution demandant beaucoup d'investissement du côté expert et dépassant en général largement le montant d'intervention maximal de l'assurance dépendance, ce qui explique pourquoi **ce type d'adaptation est devenu rare**.

3.5.5 LES AMÉNAGEMENTS D'UNE CHAMBRE À COUCHER

Une adaptation de la chambre à coucher a été requise dans 4% des cas (20 aménagements). 14 de ces réalisations ont eu lieu dans le cadre de la construction d'une annexe et 6 adaptations ont été réalisées en combinaison avec une adaptation de la salle de bain. Ces adaptations peuvent devenir nécessaires si la chambre initiale n'est plus accessible au bénéficiaire, ou si les dimensions de la chambre ne permettent pas une circulation et des transferts aisés.

3.5.6 LA CIRCULATION HORIZONTALE

Les adaptations visant une amélioration de la circulation horizontale, en général l'élargissement des portes permettant un passage plus aisé en fauteuil roulant, ont été réalisées uniquement dans 2% des dossiers (10 réalisations). Ce chiffre reprend uniquement les dossiers où l'amélioration de la circulation horizontale a été l'unique adaptation réalisée. Ne sont pas pris en compte les élargissements de portes réalisés dans le cadre d'un autre type d'adaptation, comme par exemple l'adaptation d'une salle de bain.

3.5.7 LES ADAPTATIONS DE CUISINE

Une explication **du nombre très restreint d'adaptations de cuisine** réalisées peut se trouver dans le fait qu'elles sont prises en charge par l'assurance dépendance uniquement depuis le 1er janvier 2007 et que l'article 36 du règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 précise que si l'ensemble des adaptations dépasse le montant d'intervention maximal, priorité est à accorder à celles ayant le plus grand impact sur l'exécution des actes essentiels de la vie et donc sur les prestations d'aides et de soins à allouer.

3.5.8 LES SURCOÛTS DE LOYER

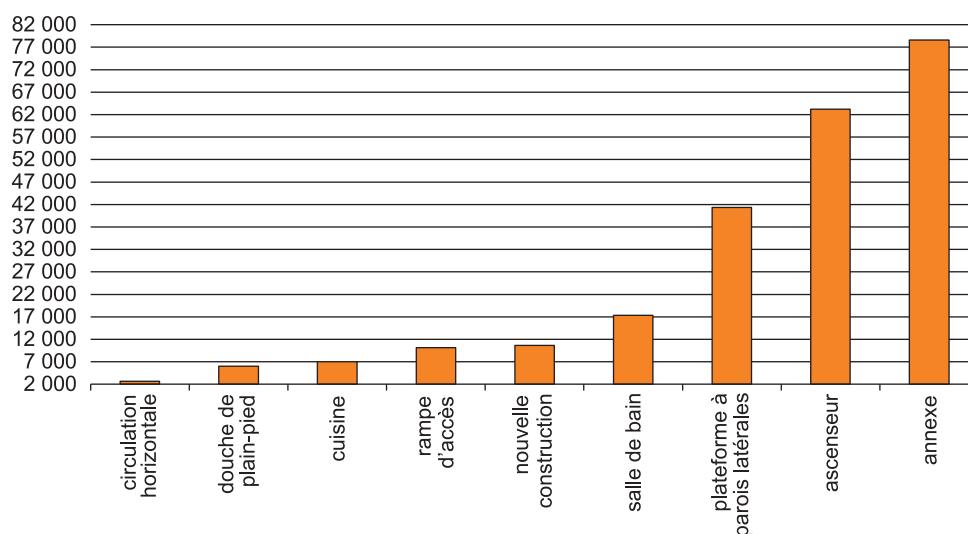
L'article 34 du règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 précise que " *si le demandeur est locataire du logement, la prise en charge du coût supplémentaire de loyer, engendré par le déménagement de la personne dépendante dans un logement adapté ou adaptable, ne peut dépasser 300 euros par mois sans pouvoir dépasser au total le plafond fixé à l'article 29* ". **Uniquement 4 demandeurs ont profité de la prise en charge du surcoût de loyer**, engendré par le déménagement dans un logement adapté. Une hypothèse pouvant être que les appartements ou maisons adaptés ne sont pas fréquents, que les loyers sont élevés et que la démarche pour trouver un nouveau logement incombe entièrement au demandeur.

3.6 LES TYPES D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT ET LES COÛTS ENGENDRÉS

L'article 29 du règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 précise que " le montant pris en charge ne peut pas dépasser un montant de 26 000 euros par personne dépendante, sans prise en compte ni des aides techniques visées (...) ni des frais susceptibles d'être engagés à charge de l'assurance dépendance pour la mise en œuvre de l'adaptation au profit des services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale. " En effet, depuis le 1er janvier 2007, le montant de prise en charge maximal qui avait été fixé à 900 000 LUF (22 310,42 euros) par le premier règlement grand-ducal, a été élevée à 26 000 euros. Une autre modification est constituée par le fait que depuis le 1er janvier 2010 (règlement grand-ducal du 20 avril 2010 modifiant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006) les frais d'experts sont considérés comme prestation de l'assurance dépendance en dépassement du montant d'intervention maximal de 26 000 euros.

Une analyse des frais réels liés aux différents types d'adaptations s'impose afin de pouvoir situer le niveau du montant de prise en charge.

GRAPHIQUE 48. - TYPES D'ADAPTATIONS ET COÛTS RÉELS - PRIX MOYENS



Le graphique reflète les prix moyens des 665 dossiers d'adaptation du logement analysés par la CEO en 2010. Comme le nombre d'adaptations réalisées a été très limité lors des premières années de l'assurance dépendance, on peut supposer que les prix moyens retrouvés sont assez proche des coûts actuels.

Si on analyse les coûts réels, **on constate que le montant de prise en charge maximal permet de réaliser l'aménagement d'une douche de plain-pied, d'une rampe d'accès, de la circulation horizontale et de la cuisine sans participation financière du bénéficiaire. Pour la très grande majorité des adaptations de la salle de bain (uniquement 6 dossiers ont dépassé les 26 000 euros et ces dossiers dataient d'avant 2007) une participation personnelle n'est pas nécessaire.**

En ce qui concerne les nouvelles constructions, le montant pris en charge par l'assurance dépendance est en général peu élevé. En effet, uniquement le surcoût lié à la dépendance est pris en charge et ce surcoût est peu important si les adaptations sont prévues dès la réalisation des plans architecturaux. Si la nouvelle construction nécessite l'installation d'un ascenseur, le montant d'intervention n'est pas suffisant pour couvrir les frais liés à l'handicap.

Les plateformes à parois latérales, bien que financées par le budget des aides techniques, nécessitent fréquemment une participation personnelle, car le montant d'intervention maximal pour les plateformes est également de 26 000 euros. Cependant, tout le budget adaptation du logement reste disponible pour une autre adaptation si nécessaire.

L'aménagement d'un ascenseur classique et surtout la construction d'une annexe dépassent en général de très loin le montant d'intervention maximal et demandent une participation personnelle très élevée.

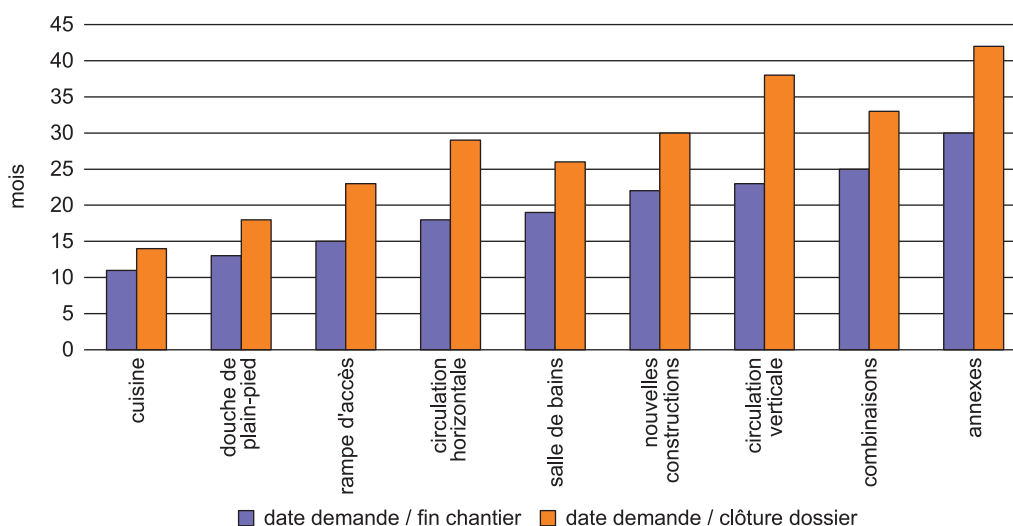
Les coûts réels concernant les combinaisons d'adaptations différentes n'ont pas été documentés.

Pour la majorité des types d'adaptations, le montant d'intervention est donc suffisant et n'écarte pas les personnes ne disposant pas de moyens financiers personnels. Néanmoins, une réflexion concernant la collaboration avec le Ministère du Logement s'impose pour les adaptations dépassant le montant d'intervention maximal et pour des personnes disposant d'un revenu limité. En effet, les aides au logement de l'assurance dépendance et du Ministère du Logement sont cumulables, mais les approches sont différentes. Ainsi, le Ministère du Logement ne peut procéder à la liquidation de sa prime que sur présentation de la décision de la Caisse nationale de santé ainsi que sur présentation des factures, ce qui demande donc un avancement des frais par le demandeur.

3.7 LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT ET LA DURÉE DE TRAITEMENT DES DOSSIERS

La procédure pour la prise en charge d'une adaptation du logement par l'assurance dépendance prévoit que la CEO détermine si une adaptation du logement est requise, qu'elle spécifie dans un cahier des charges fonctionnel le type d'aménagement à réaliser, et qu'elle définisse le montant de prise en charge ainsi que les entreprises dont l'offre est conforme au cahier des charges établi. **Ce qui est exceptionnel si on compare les demandes d'adaptations du logement aux demandes d'aides et de soins ou aux demandes d'aides techniques, c'est que la CEO ne s'arrête pas au niveau de la détermination du type d'adaptation requis et du montant de prise en charge, mais qu'elle assure également le suivi de la mise en œuvre de l'adaptation.** Ainsi, un dossier pour adaptation du logement est clôturé uniquement après la réalisation des travaux, la réception du chantier et la vérification des factures par la CEO et par son expert l'Adapth. Pour aucune autre prestation de l'assurance dépendance, la réception de la facture finale du prestataire est déterminante pour la clôture du dossier. **En fait, pour les demandes d'adaptations du logement, l'engagement de la CEO va au-delà de la mission définie dans l'article 385 alinéa 1 qui est " d'émettre les avis concernant l'attribution (...) des prestations, fournitures et mesures prévues par le présent code ", et remplit déjà la mission qui est " de contrôler la qualité des prestations fournies à la personne dépendante, compte tenu des normes définies " (article 385 alinéa 7).** La question se pose néanmoins, s'il est de la mission de la CEO de réaliser par l'intermédiaire de son expert l'Adapth le suivi du chantier et de devoir interférer régulièrement en tant que médiateur entre les firmes et les bénéficiaires.

GRAPHIQUE 49. - DURÉE DE TRAITEMENT DES DOSSIERS D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT PAR TYPE D'ADAPTATION

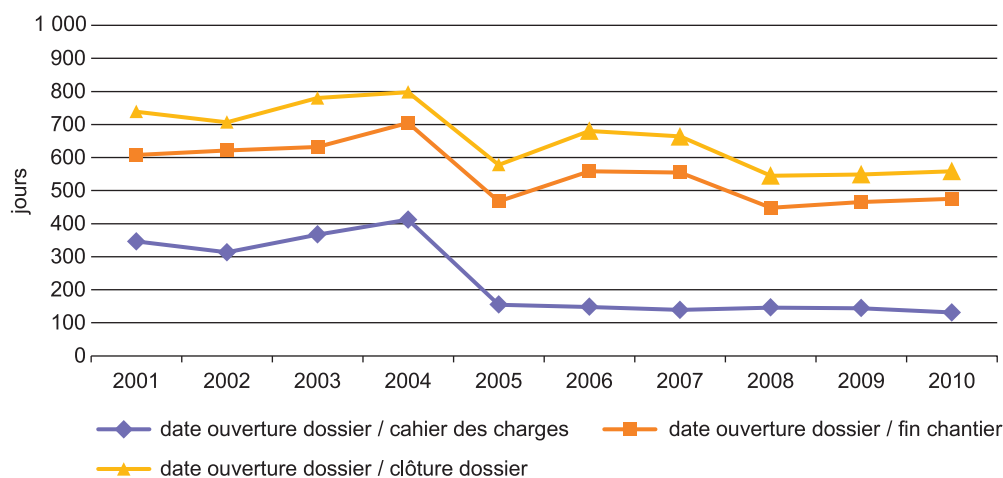


Les durées de traitement indiquées constituent des moyennes des dossiers analysés de 2000 à 2010 et ne reflètent pas l'évolution de la durée de traitement, ni les durées de traitement actuelles. Le graphique permet néanmoins de donner un ordre de grandeur de la durée de traitement en fonction du type d'adaptation réalisée.

On peut constater que la durée de traitement pour les adaptations de cuisine a été la plus basse avec en moyenne 11 mois de la date d'ouverture du dossier jusqu'à la fin du chantier. Suivent les douches de plain-pied avec 13 mois jusqu'à l'implantation, alors qu'il a fallu en moyenne 19 mois

pour l'aménagement d'une salle de bain entière. Les durées de traitement les plus longues sont liées à la construction d'annexes, avec en moyenne 30 mois jusqu'à la réalisation, ce qui explique en partie pourquoi les annexes ne sont plus que rarement retenues comme solution.

GRAPHIQUE 50. - EVOLUTION 2001-2010 DE LA DURÉE DE TRAITEMENT DES DOSSIERS D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT



Source : Rapport d'activités 2010 de l'Adaph.

Le graphique reprend les durées de traitement des dossiers de la date d'ouverture du dossier pour adaptation du logement par la CEO à la réalisation du cahier des charges, à la fin du suivi de chantier et à la clôture effective du dossier.

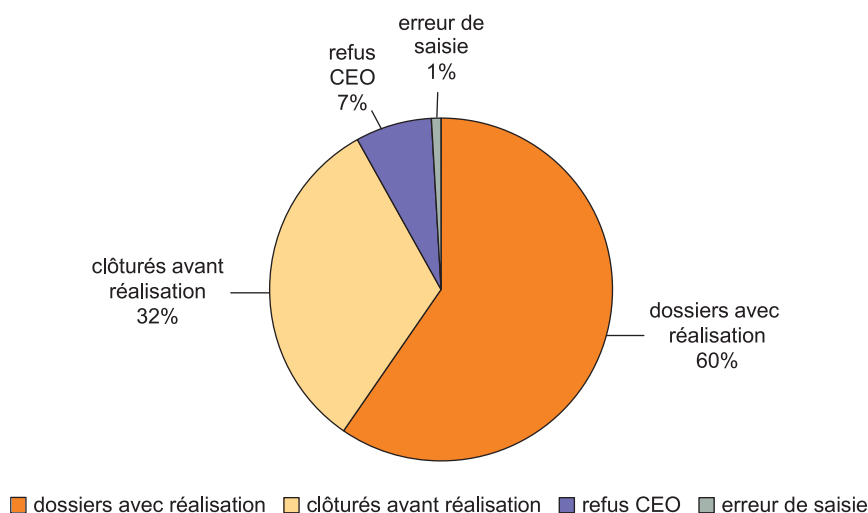
Les statistiques antérieures à l'année 2005 ne peuvent être comparées à celles des années postérieures, comme le mode de traitement a été différent au cours des premières années, et qu'une fusion des étapes de l'analyse à la rédaction du cahier des charges a été retenue début 2005 afin de réduire le temps de traitement des dossiers. Néanmoins, on peut retenir que la modification de la procédure a été efficace et que la durée de traitement des dossiers a baissé en moyenne de 160 jours soit 5 mois environ, si on la compare aux dossiers d'avant 2005.

On constate que la durée de traitement a été au plus bas en 2008 avec en moyenne 448 jours, soit environ 15 mois jusqu'à l'implantation de la solution et 545 jours, soit environ 18 mois jusqu'à la clôture du dossier. Depuis, elle est restée plus ou moins stable avec une augmentation restant en-dessous d'un mois. Malgré la modification du traitement des dossiers d'adaptations du logement en 2005 et l'engagement de personnel supplémentaire, les durées de traitement restent très longs. Sur certains éléments influençant la durée de traitement, comme par exemple les délais des entreprises, la CEO a peu d'impact. Comme il s'agit en général de petits chantiers, il est souvent difficile de trouver des firmes intéressées. De même, l'indécision du bénéficiaire et de son entourage par rapport au projet à réaliser ou des autorisations communales à demander peuvent parfois ralentir un projet. D'un autre côté, si on analyse le temps moyen nécessaire pour l'élaboration du cahier des charges, qui dépend pour la plus grande partie de l'expert et de la CEO, on constate qu'il a très peu varié depuis 2005 et qu'il est toujours élevé avec 4 mois en 2010.

Une réflexion approfondie visant un allègement de la procédure, une réduction de la durée de traitement des dossiers et une harmonisation avec la détermination des autres types de prestations s'impose. Le défi sera d'y arriver sans perdre en fonctionnalité et qualité des aménagements réalisés.

3.8 LES DEMANDES POUR ADAPTATIONS DU LOGEMENT N'ABOUTISSANT PAS À LA RÉALISATION D'UN AMÉNAGEMENT

GRAPHIQUE 51. - LES DEMANDES POUR ADAPTATIONS DU LOGEMENT N'ABOUTISSANT PAS À LA RÉALISATION D'UN AMÉNAGEMENT - DÉTAIL

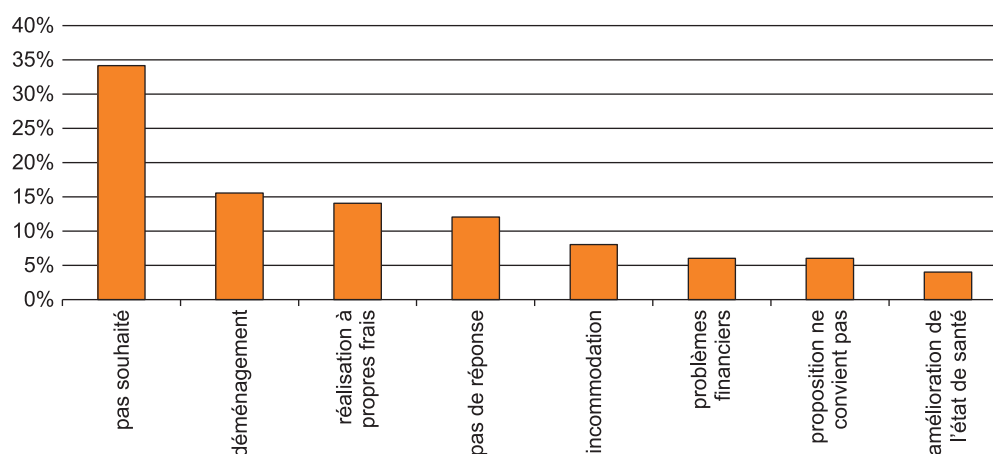


Il apparaît qu'une proportion élevée (40%) de dossiers d'adaptations du logement n'aboutit pas à la réalisation d'un aménagement.

3.8.1 LES DOSSIERS D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT ABANDONNÉS EN COURS D'ÉLABORATION DU PROJET

En effet, **un nombre conséquent (32%) de dossiers d'adaptations du logement est clôturé sur demande de la personne protégée**. Comme l'analyse porte uniquement sur les dossiers des personnes en vie, les dossiers des personnes décédées en cours d'élaboration du projet ne sont pas inclus, et le nombre effectif des dossiers clôturés en cours de projet est donc encore plus élevé.

GRAPHIQUE 52. - RÉPARTITION DES DOSSIERS D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT ABANDONNÉS PAR MOTIF D'ABANDON

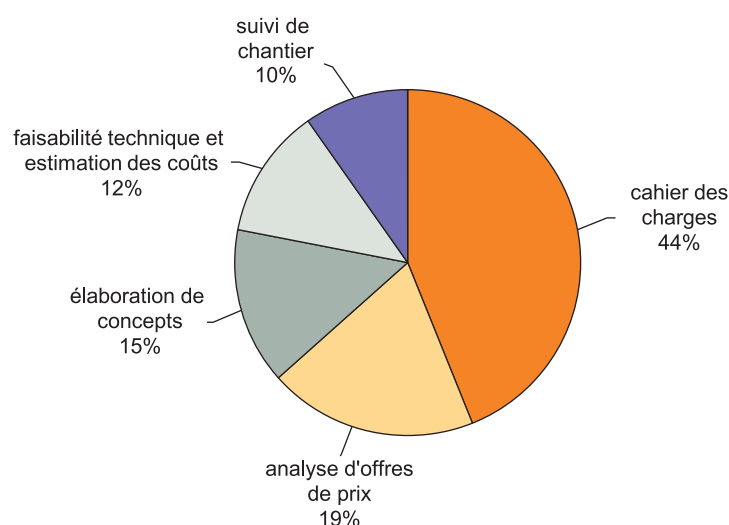


Les raisons pour l'abandon du projet sont multiples et le plus souvent non-motivées : l'aménagement n'est pas souhaité dans 34% des dossiers abandonnés et le courrier de la CEO demandant une motivation pour l'abandon du projet est resté sans réponse dans 12% des cas. **Afin de pouvoir prendre des mesures pour diminuer le taux de dossiers abandonnés, il importera dans l'avenir d'insister auprès du demandeur pour préciser les causes qui l'ont amené à demander la clôture de son dossier d'adaptation du logement.**

Dans 16% des projets abandonnés les personnes protégées ont envisagé un déménagement plutôt que l'adaptation. On peut supposer que l'envergure du projet et les frais personnels liés ont poussé le demandeur à s'orienter autrement. Dans 6% des cas, des problèmes financiers ont motivé l'abandon de projets dépassant le montant de prise en charge maximal de l'assurance dépendance. Une estimation des coûts réalisée par l'Adapth lors de l'élaboration du cahier des charges fonctionnel permet de confronter le bénéficiaire avec des frais personnels éventuels. Une meilleure collaboration avec le Ministère du Logement pourrait éventuellement permettre à l'avenir de trouver une solution pour ces dossiers. 14% ont préféré réaliser le projet à leur propre frais et dans 6% des cas la solution proposée n'a pas convenu au demandeur. On peut supposer que la durée conséquente des dossiers d'adaptations du logement ainsi qu'un certain perfectionnisme dans les solutions proposées par l'Adapth sont à l'origine de ces abandons. 8% des personnes ont renoncé au projet par crainte des désagréments lors des travaux. Une amélioration de l'état de santé a été invoquée dans 4% des cas pour l'abandon du projet.

Une analyse de la CEO des dossiers d'adaptations du logement réalisés entre juillet 2010 et mai 2011 a confirmé la tendance avec toujours 30% de dossiers abandonnés en cours de projet.

GRAPHIQUE 53. - DOSSIERS D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT ABANDONNÉS ET ÉTAT D'AVANCEMENT DU DOSSIER LORS DE L'ABANDON



73% de ces dossiers abandonnés ont été loin dans l'élaboration du projet avec des frais d'expertise (Adapth) conséquents. En effet pour 44% de ces dossiers un cahier des charges a été établi, dans 19% des devis ont été demandé et une analyse a été réalisée par l'Adapth. Dans 10% des cas, les dossiers ont été clôturés alors que le démarrage de chantier devait avoir lieu.

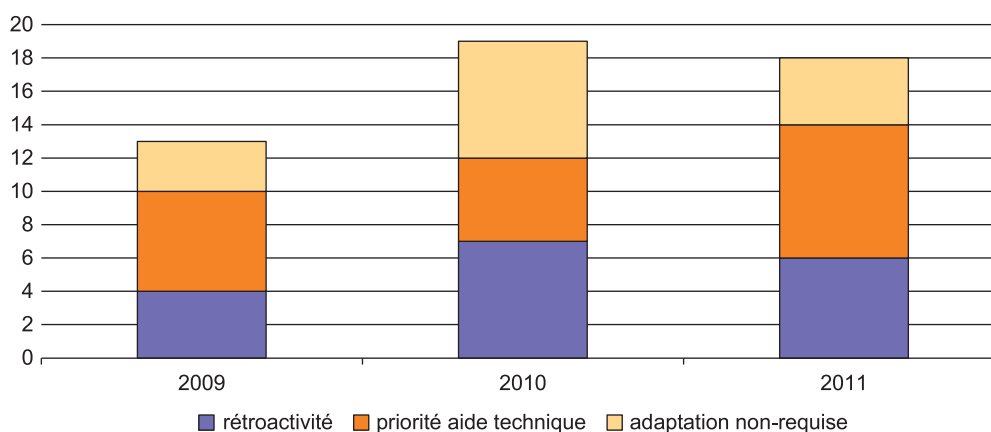
Des mesures concernant le taux élevé de ces dossiers abandonnés s'imposent, car les frais liés sont non-négligeables. Ainsi, si on se base sur les frais d'experts des années 2009 - 2011²², un dossier élaboré jusqu'au niveau du cahier des charges revient à environ 2 700 euros de frais d'experts, un dossier avec avancement jusqu'au niveau de l'analyse des offres correspond environ à 3 500 euros de frais d'experts et si une réunion de démarrage de chantier a eu lieu les frais d'experts reviennent à environ 4 500 euros, sans chiffrer l'investissement temps des professionnels de l'Adapth et des référents de la CEO.

²² Source Adapth - "Moyenne coûts assurance dépendance".

3.8.2 LES DEMANDES POUR ADAPTATIONS DU LOGEMENT REFUSÉES PAR LA CEO

Une deuxième catégorie de dossiers clôturés sans réalisation concerne les demandes d'adaptation du logement que la CEO considère comme non fondées. **Dans 7% des dossiers analysés un avis de prise en charge négatif a été émis par la CEO** et une décision de refus pour une adaptation du logement a été transmise par la CNS à la personne protégée. Cependant, pour les demandes introduites avant 2009, peu de refus ont été enregistrés, ce qui s'explique par le fait qu'une procédure claire pour le refus d'une aide technique ou d'une adaptation du logement a été définie uniquement en 2009. L'encodage dans la base de données "gestion des dossiers aides techniques et adaptations du logement" permet de quantifier le nombre de refus, mais ne permet pas d'identifier les types de refus. La CNS procède cependant depuis 2009 à un relevé systématique des décisions de refus.

GRAPHIQUE 54. - ADAPTATIONS DU LOGEMENT ET AVIS DE PRISE EN CHARGE NÉGATIFS ÉMIS PAR LA CEO / NOMBRE ET TYPE DE REFUS



Depuis 2009, 50 avis de prise en charge négatifs pour adaptations du logement ont été émis par la CEO. **Les avis de prise en charge négatifs les plus fréquents (38%)**, se basent sur l'article 356, paragraphe (2) du Code de la sécurité sociale, qui précise que " *lorsque l'aide technique peut compenser le même besoin que l'adaptation du logement, le droit à l'appareil est prioritaire* ". Pour la majorité de ces refus de type " priorité à l'aide technique ", il s'agit de demandes d'aménagements de la salle de bain, alors qu'une réponse aux besoins du demandeur a pu être apportée par la mise à disposition d'un siège de bain électrique qui constitue une solution plus rapide et moins chère.

Les **refus d'une prise en charge rétroactive (34% des avis négatifs)** se basent sur l'article 30 du règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 qui précise que " *la prise en charge est subordonnée à la condition que la décision de l'organisme gestionnaire soit antérieure au début des travaux (...)* ". L'évolution des refus de prise en charge rétroactive peut être considérée comme un indicateur de l'efficacité du tri des dossiers, des informations transmises au demandeur et de l'orientation correcte des demandes d'adaptation du logement vers un référent ergothérapeute ou kinésithérapeute spécialisé dans le traitement de ces dossiers.

Au début de l'assurance dépendance et au vu du retard dans le traitement des dossiers, qui était considérable à l'époque, l'article 6 du règlement grand-ducal alors en vigueur, précisant que la décision doit être antérieure au début des travaux, n'était pas appliqué avec rigueur. Une analyse de la solution implantée par la personne sans le conseil de l'Adaph était réalisée pour déterminer si une prise en charge par l'assurance dépendance pouvait avoir lieu. Dans la majorité de cas, la solution implantée n'était pas optimale, rendant par la suite la décision par rapport à une participation financière et au montant dû très difficile.

Le troisième type de refus (28%) concerne les demandes d'adaptation pour lesquelles **le référent de la CEO estime qu'une prise en charge dépasse le cadre de l'assurance dépendance**, comme par exemple la construction d'une rampe donnant accès au jardin. En effet, au vu du nombre élevé et toujours croissant de demandes pour compensations de niveaux et après de longues réflexions sur les prestations dues dans le cadre de la sécurité sociale, **la CEO a conclu que l'assurance dépendance doit intervenir exclusivement pour assurer l'accès de la personne à son domicile, ainsi qu'aux lieux de vie**. La CEO considère qu'intervenir pour rendre accessible des pièces telles que la buanderie, le garage ou le grenier, de même qu'assurer l'accès au jardin, la terrasse ou le balcon dépasse le cadre d'une assurance sociale. Néanmoins, une reconsidération de ces limitations et une redéfinition plus précise de certains domaines d'application des adaptations du logement, à savoir la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement (article 356, alinéa 1) s'impose.

SECTION 4 LES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS PALLIATIFS À CHARGE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

4.1 INTRODUCTION

Ce paragraphe concerne uniquement les soins palliatifs **en milieu extrahospitalier au sens strict**. Les soins palliatifs en milieu hospitalier ou à partir d'un hôpital²³ sont pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre des budgets hospitaliers.

Pour des informations plus étendues sur les soins palliatifs, le lecteur intéressé pourra se référer au rapport sur le sujet, présenté le 20 décembre 2011 par le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg²⁴.

La loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie a été votée le 16 mars 2009. Son entrée en application, prévue pour le 1er avril 2009, avait cependant été postposée au 1er juillet 2009, afin de permettre la finalisation des dernières dispositions administratives.

Dans la loi, les soins palliatifs sont définis comme *" des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils comportent le traitement de la douleur et de la souffrance psychique."*²⁵

Les soins palliatifs à charge de l'assurance dépendance comportent les éléments suivants :

- les aides et les soins dans le domaine des actes essentiels de la vie ;
- une aide pour les tâches domestiques ;
- le forfait pour les produits nécessaires aux aides et soins.

Les soins médicaux et thérapeutiques sont à charge de l'assurance maladie.

Ces prestations ne répondent pas à l'ensemble des besoins énoncés dans la définition. En outre, une nomenclature doit être élaborée au niveau de l'assurance maladie de façon à reprendre les actes relevant spécifiquement des soins palliatifs. A l'heure actuelle, cette nomenclature n'est pas encore arrêtée. Des discussions sur son contenu se poursuivent entre la CNS et les prestataires.

Par ailleurs, depuis 2004, le Ministère de la Famille et de l'Intégration participe financièrement, sur base d'une convention, au financement de soins palliatifs à domicile. De 2004²⁶ jusqu'à 2010, seul le réseau HELLEF DOHEEM avait signé cette convention. Le réseau HELP a également signé cette convention en 2010. La convention a pour but de couvrir des soins spéciaux, inhérents aux soins palliatifs et échappant à la couverture par l'assurance maladie ou l'assurance dépendance.

Malgré cela, la couverture restait incomplète, notamment pour les aides techniques et les activités de soutien²⁷.

23 Nous pensons ici aux équipes mobiles intervenant à domicile EMSP qui fonctionnent au départ du Centre hospitalier du Nord, du Centre hospitalier de Luxembourg, du Centre hospitalier Emile MAYRISCH.

24 Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, Ministère de la Santé et Ministère de la Famille et de l'Intégration, " Premier rapport relatif à l'application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie ", décembre 2011. Ce document peut être consulté en ligne : <http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/sante-fil-vie/fin-vie/rapport-application-loi-2009-soins-palliatifs-annees-2009-2010/index.html>. Ce rapport couvre la période entre le 1er avril 2009 (date d'entrée en vigueur de la loi) et le 31 décembre 2010. Il se focalise plus particulièrement sur :

- les dispositions légales qui fixent, accompagnent et encouragent les soins palliatifs ;
- le développement structurel des services de soins palliatifs dans les établissements hospitaliers et dans les réseaux de soins à domicile ;
- la formation continue du personnel de soins travaillant dans les unités de soins ou les équipes mobiles de soins palliatifs ainsi que celle du personnel de soins en général.

Il ne dresse pas de bilan financier ni pour les prestations dispensées en milieu hospitalier, ni pour le milieu extrahospitalier.

25 Article 1, alinéa 2 de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

26 Le Ministère de la Famille participait déjà aux soins apportés aux personnes à domicile, avant que la loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie n'ait été votée.

27 Lors de la réflexion sur l'éventuelle implémentation d'une prestation garde de nuit dans le relevé des aides et soins suite au projet d'action expérimentale NUETSWAACH, il est apparu que les activités de soutien et les aides techniques n'étaient pas prévues pour les bénéficiaires de soins palliatifs. Pour cette raison, il a été prévu de modifier le Code de la Sécurité sociale et d'étendre le bénéfice de toutes les prestations prévues pour les personnes dépendantes aux personnes bénéficiant de soins palliatifs, à l'exclusion des adaptations du logement et de la conversion en prestation en espèces.

Une modification du Code de la sécurité sociale en date du 17 décembre 2010 ouvre le bénéfice de l'ensemble des prestations de l'assurance dépendance, à l'exclusion des adaptations du logement, aux personnes protégées réclamant des soins palliatifs.

En raison du caractère particulier des soins palliatifs et notamment de l'urgence du besoin, la loi a prévu une procédure d'attribution plus souple que pour les personnes nécessitant des soins de longue durée classiques²⁸ :

- les prestations sont sollicitées par le médecin traitant ;
- elles sont accordées sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale ;
- les décisions sont prises par la Caisse nationale de santé ;
- le droit aux soins palliatifs est ouvert pour une durée de 35 jours ;
- cette durée peut être prolongée une ou plusieurs fois.

Les soins palliatifs sont des prestations en nature. La conversion en espèces prévue dans le cadre de l'assurance dépendance n'est pas possible dans ce contexte.

Toutefois, les bénéficiaires de l'assurance dépendance au moment de la demande de soins palliatifs peuvent continuer à toucher, le cas échéant, la prestation en espèces dont ils disposaient antérieurement.

4.2 LE NOMBRE DE PERSONNES BÉNÉFICIAIRE D'UN ACCORD POUR BÉNÉFICIER DE SOINS PALLIATIFS

Le tableau suivant donne un aperçu du nombre de personnes disposant d'un accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier de soins palliatifs.

Les informations sont rapportées le cas échéant, à la date du décès du bénéficiaire de l'accord.

A l'heure actuelle, tous les soins accordés n'ont pas été facturés à la sécurité sociale.

On peut avancer deux raisons possibles :

- certains soins n'ont pas été délivrés ;
- certains soins ont été délivrés mais n'ont pas encore été facturés.

TABEAU 15. - BÉNÉFICIAIRES D'UN ACCORD POUR SOINS PALLIATIFS

	Année du décès					Total
	2009 ^{a)}	2010	2011	2012 ^{a)}	Sans indication	
Avec soins facturés	27	108	151	20	51	357
Sans soins facturés	86	241	304	116	101	848
Total	113	349	455	136	152	1 205

a) Année incomplète.

Au total, depuis l'entrée en application de la loi, **1 205 personnes** ont reçu un accord pour bénéficier de soins palliatifs en milieu extrahospitalier. On peut situer la moyenne mensuelle autour de 36 demandes.

Parmi les 1 205 personnes ayant obtenu un accord, 12,6% bénéficient encore des soins palliatifs au moment de l'extraction de ces données (premier trimestre 2012).

Il est essentiel de rappeler que :

- la loi a été votée en mars 2009. Toutefois, son entrée en application pour l'octroi des prestations de soins palliatifs a été fixée au 1er juillet 2009. L'année 2009 est dès lors incomplète. L'année 2012, quant à elle, n'est pas terminée au moment de l'extraction des données ;
- la période d'observation se révèle très courte ;
- le nombre de bénéficiaires pour lesquels aucun soin n'a été facturé représente presque deux fois et demie le nombre de bénéficiaires pour lesquels des soins ont été facturés.

Pour ces raisons, une grande prudence s'impose dans l'interprétation de ces chiffres.

²⁸ Dans l'exposé des motifs de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, on peut lire " certains mécanismes de l'assurance dépendance sont toutefois jugés trop inflexibles pour pouvoir bien fonctionner dans le cadre des soins palliatifs concomitants. Ainsi le projet de loi prévoit-il que les mécanismes de réévaluation et le principe de la détermination du requis par la Cellule d'évaluation et d'orientation sont suspendus dès l'entrée en phase palliative ".

4.3 LE NOMBRE DE JOURS ACCORDÉS

Pour ce qui est de la **moyenne** des jours accordés, on constate qu'elle dépasse, quelle que soit l'année considérée, le délai de 35 jours prévus par l'article 4 du règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs²⁹. Le règlement prévoit que ce délai de 35 jours peut être prolongé à titre exceptionnel.

Or, à la lecture des chiffres du tableau ci-dessous, on peut conclure que cette prolongation est relativement fréquente.

TABEAU 16. - NOMBRE MOYEN DE JOURS ACCORDÉS

	Année du décès					Total
	2009 ^{a)}	2010	2011	2012 ^{a)}	Sans indication	
Avec soins facturés	59,6	57,4	92,9	192,5	156,5	94,3
Sans soins facturés	39,5	48,7	52,7	53,4	63,8	51,6

a) Année incomplète.

La moyenne des jours accordés aux bénéficiaires pour qui nous ne disposons pas de la date du décès, est donnée ici à titre purement indicatif. Si on ne peut pas en tirer de conclusions puisque la période n'est pas clôturée dans tous les cas, on peut néanmoins en déduire que dans un certain nombre de situations, le nombre de jours prestés dépassera largement le délai de 35 jours.

Par ailleurs, on ne tirera pas davantage de conclusion quant à l'augmentation du nombre de jours, que l'on relève au fil des quatre années. En effet, il semble logique d'envisager que les personnes décédées plus récemment ont pu recevoir des soins sur une durée plus longue, compte tenu de la date d'entrée en vigueur de la loi. Il est toutefois possible que d'autres éléments expliquent cette augmentation. A ce stade, nous ne disposons pas d'informations qui permettraient d'appuyer d'autres explications.

Pour ce qui est de la distribution des bénéficiaires par classe de jours accordés, nous nous limiterons à présenter les chiffres relatifs aux personnes décédées.

TABEAU 17. - DISTRIBUTION DES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS PALLIATIFS PAR CLASSE DE JOURS ACCORDÉS (EN %)

	Bénéficiaires décédés N= 1053 En % du total
35 jours et moins	65,6
36-70 jours	14,7
71-105 jours	6,6
Plus de 105 jours	13,1
Total	100,0

Les soins palliatifs ont été conçus pour accompagner la personne lors de l'étape ultime de sa vie. Or, la date du décès ne peut être connue d'avance et les soins palliatifs ne sont pas toujours la dernière étape.

Dans la pratique de l'assurance dépendance, la Cellule d'évaluation et d'orientation a ainsi pu observer qu'un certain nombre de personnes quittaient le régime des soins palliatifs pour rejoindre ou retrouver celui de l'assurance dépendance. Après une certaine perplexité devant ce phénomène, l'administration a pris un certain nombre de dispositions pour ces situations qui n'avaient pas été imaginées initialement au niveau légal ou réglementaire.

²⁹ Ce délai de 35 jours a été fixé en se référant aux législations disponibles dans les pays limitrophes. En Belgique, par exemple, la loi a créé un forfait pour soins palliatifs (621,15 euros au 1er janvier 2012). Ce forfait peut être renouvelé une seule fois après un mois. Outre ce forfait, la loi prévoit le remboursement total des prestations des médecins, un forfait infirmier qui garantit au patient la disponibilité permanente d'un infirmier 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ainsi que le remboursement intégral de une à deux séances de kiné par jour jusqu'à un total de soixante. Les prescriptions sont renouvelables.

Ainsi, au-delà même de la fixation d'un délai, on peut s'interroger sur la façon de fixer un cadre légal pour une telle matière. Cette question se pose également dans d'autres pays disposant de législations analogues. La Belgique, notamment s'interroge sur des dispositions qui pourraient tenir compte du caractère imprévisible de la vie.

4.4 LE COÛT DES SOINS PALLIATIFS DISPENSÉS DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Depuis l'entrée en application de la loi, les soins palliatifs en milieu extrahospitalier ont représenté, pour l'assurance dépendance, un total de 2 216 218 euros :

- 74% de l'ensemble de ces dépenses concernent les actes essentiels de la vie ;
- 21% concernent les activités de soutien ;
- 5% concernent des tâches domestiques.

TABEAU 18. - COÛT TOTAL DES PRESTATIONS DE SOINS PALLIATIFS FACTURÉES DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE (EN EUROS)

Type de prestation	Année du décès				Sans indication	Total
	2009 ^{a)}	2010	2011	2012 ^{a)}		
Actes essentiels de la vie	79 021,1	271 331,2	696 007,4	161 682,9	427 652,4	1 635 694,9
Activités de soutien	32 651,0	71 635,7	175 785,2	49 990,0	141 932,6	471 994,4
Tâches domestiques	3 280,5	16 742,8	44 890,9	12 850,6	30 590,4	108 355,2
Activités de conseil	54,7		119,2			173,9
TOTAL	115 007,3	359 709,7	916 802,7	224 523,4	600 175,3	2 216 218,5

a) Année incomplète.

Actuellement, le coût moyen par bénéficiaire de soins palliatifs représente 6 207 euros pour l'assurance dépendance.

Le coût moyen journalier représente quant à lui 154,96 euros.

Pour évaluer le coût d'un bénéficiaire de soins palliatifs, il y a lieu d'ajouter à ce montant, le montant de **150 euros par jour** octroyé par le Ministère de la Famille et de l'Intégration.

Il y a lieu également d'y ajouter l'intervention de l'assurance maladie qui couvre la prise en charge des prestations des médecins, des soins infirmiers, des actes de kinésithérapie. Toutefois, il n'est pas toujours possible de dire s'il s'agit de prestations en rapport avec la problématique de la fin de vie.

TABEAU 19. - COÛT MOYEN PAR BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS DE SOINS PALLIATIFS À CHARGE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE (EN EUROS)

Type de prestation	Année du décès				Sans indication	Total
	2009 ^{a)}	2010	2011	2012 ^{a)}		
Actes essentiels de la vie	3 160,8	2 559,7	5 194,1	9 510,8	8 553,0	4 926,8
Activités de soutien	1 920,6	1 193,9	1 757,9	2 940,6	3 379,3	2 000,0
Tâches domestiques	364,5	452,5	787,6	1 427,8	874,0	737,1
Activités de conseil	54,7		119,2			87,0
TOTAL	4 259,5	3 330,6	6 071,5	11 226,2	11 768,1	6 207,9

a) Année incomplète.

TABEAU 20. - COÛT MOYEN JOURNALIER POUR L'ASSURANCE DÉPENDANCE D'UN BÉNÉFICIAIRE DE SOINS PALLIATIFS (EN EUROS)

	Année du décès				Sans indication	Total
	2009 ^{a)}	2010	2011	2012 ^{a)}		
Coût moyen journalier	188,5	143,2	150,3	120,5	186,6	155,0

a) Année incomplète.

4.5 LES AIDES TECHNIQUES ACCORDÉES AUX BÉNÉFICIAIRES DE SOINS PALLIATIFS

Le paragraphe suivant donne un rapide aperçu sur la mise à disposition des aides techniques pour les personnes bénéficiant de soins palliatifs.

Pour présenter les données, le choix a été fait de sélectionner les bénéficiaires décédés et de recenser les aides techniques dont ils disposaient à la date du décès.

On compte 456 bénéficiaires de soins palliatifs disposant d'aides techniques au moment de leur décès.

La moyenne est de **trois** aides techniques par bénéficiaire.

Dans le tableau ci-dessous, on peut trouver une information sur le type d'aides techniques mises à disposition des bénéficiaires de soins palliatifs.

TABEAU 21. - RÉPARTITION DES AIDES TECHNIQUES À DISPOSITION DES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS PALLIATIFS AU MOMENT DE LEUR DÉCÈS

Type d'aide technique	Nombre
0333 Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériel anti-escarres)	276
0912 Aides pour l'hygiène (sièges percés, abattants de WC, rehausseurs, bassins de lit)	98
0933 Aides pour se laver, se baigner, se doucher (chaises de bain)	132
0939 Aides pour les soins des cheveux (aide au shampoing)	1
1203 Aides de marche manipulées par un bras (cannes, tripodes)	10
1206 Aides de marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)	227
1218 Cycles	1
1221 Fauteuils roulants	275
1230 Aides pour le transfert (planches de transfert, disques de transfert, potence de suspension)	60
1236 Aides pour lever (Lève-personnes)	17
1803 Tables (tables de lecture, de lit)	15
1806 Equipements d'éclairage (éclairage de lecture)	2
1809 Mobilier d'assise (sièges)	1
1812 Lits	195
1818 Dispositifs de soutien (barres d'appui)	3
1827 Echelles et escabeaux	2
1830 Dispositifs de changement de niveau (dispositifs permettant de gravir les escaliers)	34
2103 Aides optiques (loupes, systèmes vidéo agrandissant l'image)	11
2136 Téléphones et aides pour téléphoner (téléphones visuels et vidéophones)	3
2418 Aides pour compenser/ remplacer la fonction du bras, de la main ou des doigts (pinces de préhension)	12
Total	1 375

De la lecture de ce tableau, on peut conclure que les aides techniques mises à disposition des bénéficiaires de soins palliatifs répondent au concept *d'utile et nécessaire*, à la base de la philosophie de la Caisse nationale de Santé.

Ceci se confirme par ailleurs à l'examen du détail des aides techniques accordées le plus fréquemment aux bénéficiaires de soins palliatifs.

TABEAU 22. - LES AIDES TECHNIQUES LES PLUS FRÉQUENTES À DISPOSITION DES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS PALLIATIFS AU MOMENT DE LEUR DÉCÈS

Type d'aide technique	Nombre
1. Coussin anti-escarres pneumatique (code ISO 18094204)	224
2. Matelas alternating (code ISO 18121806)	187
3. Aqualift	164
4. Cadre de marche (code ISO 12060300)	141
5. Fauteuil roulant manuel	108
6. Lits et sommiers amovibles / supports de matelas réglables	90

Trois demandes pour un élévateur d'escalier ont été introduites depuis que les modifications légales de 2010 ont ouvert la possibilité pour les bénéficiaires de soins palliatifs de recevoir également une aide technique. Le décès des demandeurs étant intervenu avant la clôture de la procédure, aucune de ces demandes n'a reçu de suite.

4.6 LES PRESTATAIRES DE SOINS PALLIATIFS EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER

Deux réseaux d'aides et de soins ont créé en leur sein, des unités spécialisées pour la prise en charge des soins palliatifs à domicile :

- l'équipe spécialisée en soins palliatifs à domicile (ESSAD) de la STEFTUNG HELLEF DOHEEM ;
- l'équipe soins palliatifs à domicile du réseau HELP.

Des soins palliatifs à charge de l'assurance dépendance peuvent également être prodigués dans le cadre des établissements d'aides et de soins à séjour continu. Aucune donnée n'est actuellement disponible sur le volume des soins apportés par ces prestataires.

4.7 LA PROCÉDURE D'ÉTABLISSEMENT DES PLANS DE PRISE EN CHARGE POUR LES PERSONNES EN FIN DE VIE, ARRÊTÉE PAR LA CEO AVANT L'INTRODUCTION DE LA LOI SUR LES SOINS PALLIATIFS

Confrontés régulièrement à des personnes en fin de vie, les professionnels de la CEO se sont rapidement rendu compte que la procédure d'évaluation classique était peu adaptée pour ces situations : elle se révélait lente, lourde et parfois incongrue.

Dès lors, bien avant l'introduction de la loi sur les soins palliatifs, une procédure pragmatique a été adoptée à la CEO pour répondre au caractère urgent et délicat de ces situations. Cette procédure, utilisée du 1er mars 2007 jusqu'au 22 juin 2009, se présentait comme suit :

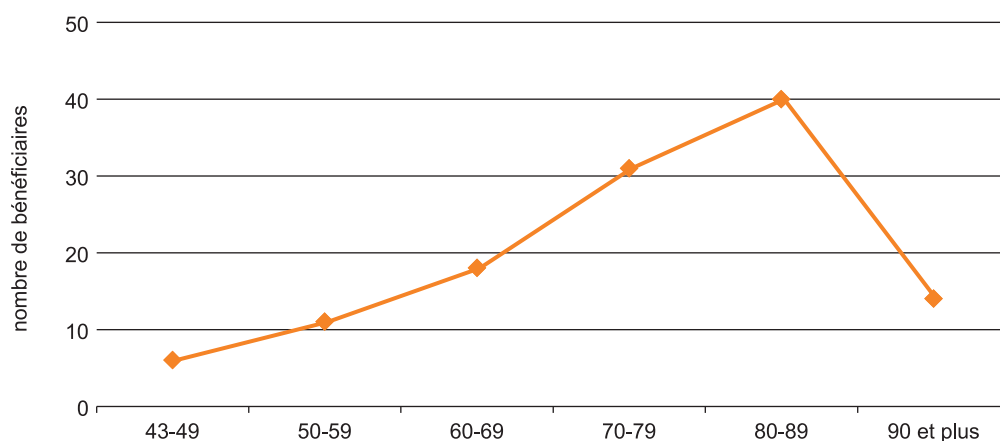
- Lorsque le rapport du médecin traitant, joint à la demande de prestations, mentionnait un pronostic vital défavorable, le référent du dossier établissait un plan de prise en charge reprenant la totalité des prestations offertes par l'assurance dépendance, laissant le soin au prestataire d'apporter les soins les plus adaptés ;
- Le plan établi ne comportait que des prestations en nature ;
- Une révision des prestations était demandée après deux mois d'application du plan. Si la situation le justifiait le plan était prolongé. Autrement, il était actualisé en fonction de l'évolution de la situation ;
- Il était convenu à l'intérieur de la CEO, que le délai de traitement du dossier ne devait pas dépasser trois jours ;

On notera que cette procédure n'avait pas été prévue avec les mêmes objectifs et préoccupations que la loi sur les soins palliatifs. Elle n'avait d'autre ambition que de répondre à l'urgence de certaines situations rencontrées dans le cadre de l'assurance dépendance et d'épargner aux personnes concernées la lourdeur de l'évaluation classique.

Quelques enseignements ont pu être tirés de cette pratique qui a concerné 120 personnes.

- L'âge moyen des bénéficiaires concernés, à la date de la demande, était de 75 ans avec un minimum de 43 ans et un maximum de 100 ans ;

GRAPHIQUE 55. - LES BÉNÉFICIAIRES D'UN PLAN DE FIN DE VIE PAR GROUPE D'ÂGE (ENTRE LE 1^{ER} MARS 2007 ET LE 22 JUIN 2009)



- La durée moyenne du traitement d'un dossier, depuis la date d'entrée à la CNS jusqu'à la clôture par la CEO a été de 2,8 jours. Certains dossiers ont été clôturés le jour-même de la demande. Un dossier a nécessité 43 jours en raison de difficultés de communication avec le prestataire. Le tableau suivant donne un aperçu de la distribution des délais de traitement :

TABLEAU 23. - DÉLAI DE TRAITEMENT DES DOSSIERS DANS LE CADRE DE LA PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE POUR FIN DE VIE

Durée de traitement du dossier	Nombre de bénéficiaires	En % du total
Le jour de la demande	5	4,2
Un jour	55	45,8
Deux jours	18	15,0
Trois jours	9	7,5
Quatre jours	11	9,2
Cinq à dix jours	15	12,5
Plus de dix jours	6	5,0
Total	120	100,0

- La durée moyenne du plan fin de vie a représenté 47 jours. Le plan le plus élevé fut accordé durant 282 jours. La durée minimum a représenté 1 jour ;
 - Les trois-quarts des personnes concernées ont bénéficié de ce plan durant moins de 70 jours ;
- Le tableau suivant donne un aperçu de la distribution de la durée des plans.

TABLEAU 24. - DURÉE DES PLANS DE PRISE EN CHARGE " FIN DE VIE " ÉTABLIS PAR LA CEO AVANT L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SOINS PALLIATIFS

Durée du plan de prise en charge	Nombre de bénéficiaires	En % du total
1 jour	11	9,2
2 à 9 jours	26	21,7
10 à 20 jours	19	15,8
21 à 40 jours	18	15,0
41 à 70 jours	18	15,0
71 à 130 jours	15	12,5
131 et plus	13	10,8
Total	120	100,0

- Sur les 120 personnes pour lesquelles, un plan fin de vie avait été établi, 12, soit 10% sont encore en vie ;
- Plus de 50% des bénéficiaires des plans fin de vie ont connu une amélioration de l'état de santé, amenant à une révision des prestations. Un bénéficiaire a pu retrouver son autonomie.

4.8 EN GUISE DE CONCLUSION

La loi sur les soins palliatifs est une loi récente. Cette " nouveauté " est probablement davantage perceptible lorsque l'on veut analyser les données portant sur le milieu extrahospitalier. Les expériences-pilotes menées à l'initiative de certains centres hospitaliers, en stationnaire et en ambulatoire, avant l'introduction de la loi ont vraisemblablement permis de recueillir des données et d'envisager actuellement des analyses plus fines dans le cadre de l'assurance maladie.

En milieu extrahospitalier, une grande prudence s'impose dans l'interprétation des données.

Toutefois, même si la loi est récente, la pratique l'est moins. En effet, bien avant l'introduction de cette loi, une procédure très simple et très souple avait été élaborée au niveau de la CEO, pour accorder aux personnes dont l'imminence d'un décès pouvait être envisagée, l'ensemble des prestations de l'assurance dépendance dans les limites des plafonds légaux, sans procéder à l'évaluation de l'état de dépendance.

Cette expérience a permis de tirer quelques conclusions qui ont été reprises ci-dessus.

En ce qui concerne l'analyse de la mise en place des soins palliatifs en milieu extrahospitalier, il y a lieu de retenir que les données dont nous disposons manquent de contexte : que peut bien signifier un coût s'il n'est pas mis en parallèle avec ce qui est offert à l'aune du bien-être apporté ?

Sans faillir à la prudence qui s'impose en raison de la nouveauté de la loi et de cette carence dans les données disponibles, on peut cependant retenir les conclusions suivantes :

- Il semble raisonnable que les soins palliatifs en milieu hospitalier soient pris en charge dans le cadre des budgets hospitaliers. En revanche, on reste un peu perplexe devant le fonctionnement bipolaire qui intervient dans le cadre des soins palliatifs à domicile. Certains centres hospitaliers fonctionnent avec des équipes de soins palliatifs dépendant de l'unité hospitalière et sont à charge du budget de l'assurance maladie, d'autres travaillent avec les réseaux d'aides et de soins intervenant également dans le cadre de l'assurance dépendance et les frais sont pris en charge par le budget de l'assurance dépendance.
- Le volume des prestations accordées dans le cadre de la loi sur les soins palliatifs n'apparaît pas excessif au regard du besoin d'aide que l'on peut estimer chez une personne en fin de vie et aussi de la liberté laissée au prestataire pour les apporter. Cette conclusion vaut à la fois pour les aides et soins, les tâches domestiques, activités de soutien et aussi les aides techniques.
- Dans bon nombre de situations, le délai réglementaire de 35 jours est franchi.
- Il y a lieu aussi de s'interroger sur la place de l'intervention des proches dans le cadre des soins palliatifs. Certes, la prestation en espèces peut donner lieu à des discussions d'une manière générale. Toutefois, il semble difficilement justifiable de reconnaître l'aide apportée par des proches ou des professionnels non officiels, dans le cadre de l'assurance dépendance alors que cela n'est pas possible dans le cadre des soins palliatifs.
- Au regard de l'importance et de la sensibilité d'un sujet comme celui du terme de la vie humaine, il est essentiel de s'interroger sur le concept même de soins palliatifs en milieu extrahospitalier et de son articulation avec les soins de longue durée octroyés par l'assurance dépendance. Est-il vraiment nécessaire d'en faire deux concepts différents ? N'y aurait-il pas lieu de réfléchir à un concept de soins continus, englobant les soins de longue durée et les soins palliatifs ? Un tel concept permettrait d'éviter les situations peu élégantes de va-et-vient entre l'assurance dépendance et les soins palliatifs.

SECTION 5 LES PROJETS D'ACTION EXPÉRIMENTALE

L'article 361 de la loi du 19 juin 1998 sur l'assurance dépendance prévoit la possibilité de prendre un règlement grand-ducal déterminant les modalités de la réalisation de projets d'action expérimentale dans certains domaines de la dépendance.

La possibilité de réaliser des projets d'action expérimentale n'est pas mentionnée dans le texte déposé le 15 octobre 1996. Elle est introduite par les amendements gouvernementaux de 1997. L'exposé des motifs du projet de loi ne fait pas de commentaire quant à cet article.

L'article 361 prévoit que le règlement grand-ducal doit être pris sur avis du Conseil d'Etat et de la Commission consultative. Il prévoit aussi le montant maximum du financement.

Cet article a été modifié en 2005. Le législateur y a ajouté la possibilité de réaliser des projets d'action expérimentale dans le domaine de la prévention de la dépendance et a modifié le mode de financement en le liant au nombre de personnes prises en charge.

Des lignes de conduites déterminant les modalités du contenu et de la forme d'un projet d'action expérimentale ont été élaborées par la Cellule d'évaluation et d'orientation. Elles sont communiquées sur demande aux candidats qui souhaitent déposer un projet.

Depuis 1999, six projets ont été déposés et deux projets d'action expérimentale ont été réalisés :

- le projet d'action expérimentale relatif à la *prise en charge en petite unité de vie de personnes souffrant d'une neuro-dépendance* ;
- le projet d'action expérimentale au sujet de la *prise en charge de la garde de nuit à domicile*.

5.1 LE PROJET RELATIF À LA PRISE EN CHARGE EN PETITE UNITÉ DE VIE DE PERSONNES SOUFFRANT D'UNE NEURO-DÉPENDANCE

Le promoteur de ce projet était le Centre hospitalier neuropsychiatrique d'Ettelbruck (CHNP) . Le projet s'est déroulé de juin 2007 à juin 2009.

5.1.1 DESCRIPTION

Le règlement grand-ducal déterminant les modalités de la prise en charge d'un projet d'action expérimentale relatif à la *prise en charge en petite unité de vie de personnes souffrant d'une neuro-dépendance*³⁰ a été pris le 21 décembre 2006. Il définissait l'objet du projet dans les termes suivants :

- apporter à des personnes neuro-dépendantes des formes alternatives de prise en charge en dehors des maisons de soins classiques ;
- améliorer la qualité de vie de ces personnes tout en développant leur autonomie et leur indépendance ;
- offrir un lieu de vie aux personnes neuro-dépendantes au sein d'une petite structure familiale avec un encadrement structurant et sécurisant garanti 24/24 heures.

Le concept de base du projet était l'utilisation par une équipe multidisciplinaire, du milieu de vie et d'un encadrement structurant comme outil thérapeutique pour faire évoluer les compétences. Sur base de différents concepts de prise en charge, le programme de prise en charge était adapté pour chaque résident, en fonction de ses limites et compétences personnelles. Si le milieu de vie est commun à tous, ce que chaque résident est appelé à y réaliser en vue de restaurer son potentiel d'autonomie est différent.

Deux groupes de sept personnes répondant au contenu de la définition de la neuro-dépendance ont été constitués par le concepteur du projet. Le groupe expérimental a été pris en charge dans une unité de vie extérieure. Le groupe de contrôle a été pour sa part pris en charge dans un établissement d'aides et de soins classique.

30 Le concept de neuro-dépendance est un néologisme créé par le Docteur Jean-Claude LENERS, concepteur du projet d'action expérimentale.

Par le terme de patients neuro-dépendants, le Docteur LENERS désigne des personnes présentant une pathologie de type neurologique et dépendantes de l'aide d'une tierce personne au sens de la loi sur l'assurance dépendance. Pour le Docteur LENERS, le lien à la consommation d'alcool constitue le premier point commun des pathologies désignées sous le terme neuro-dépendance. Il doit, en outre s'agir de pathologies chroniques, à peu près stables avec des possibilités d'amélioration.

A l'origine, le projet avait été essentiellement prévu pour des patients présentant un syndrome de KORSKOFF.

5.1.2 LES ASPECTS ORGANISATIONNELS DU PROJET

Au cours des deux années de son déroulement, le projet a été suivi par un comité de pilotage. L'évaluation du projet a été réalisée par le CRP-Santé.

5.1.3 LES RÉSULTATS DU PROJET

Sur de nombreux points, et principalement tous les aspects portant sur des aspects individuels, il est impossible de tirer des conclusions valides vu la conception du protocole de l'expérience. La sélection des patients concernés n'était pas aléatoire et les effectifs des deux groupes se sont révélés trop faibles. Par ailleurs, un troisième groupe qui aurait permis une comparaison et une explication des causes des phénomènes observés n'avait pas été constitué.

De la lecture du rapport d'évaluation externe, on peut toutefois conclure que le projet a apporté des bénéfices à tous les acteurs du projet : les bénéficiaires, le personnel qui les a accompagnés et aussi l'assurance dépendance.

A la fin de ce projet, les évaluateurs externes ont établi une liste de recommandations dont il est impératif de tenir compte pour la conception et la réalisation de projets d'action expérimentale. Elles valent certes pour la mise en œuvre d'un prochain projet mais peuvent d'ores et déjà être utilisées par le promoteur pour l'exploitation des résultats du projet actuel.

Le bilan du projet reste mitigé et n'a pas permis d'envisager une réplication et un déploiement de l'expérience à d'autres groupes de bénéficiaires.

5.1.4 LES DONNÉES FINANCIÈRES (EN EUROS)

	2007	2008	2009	Total
Investissements	99 300			99 300
Dépenses	403 691	642 258	310 681	1 356 630
Recettes	246 814	446 418	222 408	915 640
Subventions	388 796	225 323	112 661	726 781
Solde	132 619	29 483	24 388	134 964

5.2 LE PROJET D'ACTION EXPÉRIMENTALE AU SUJET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA GARDE DE NUIT À DOMICILE

5.2.1 DESCRIPTION DU PROJET

Le projet d'action expérimentale NUETSWAACH été mené par la STËFTUNG HËLLEF DOHEEM (SHD), en collaboration avec la CEO, entre le 1er mars 2009 et le 28 février 2011.

Le projet avait pour but de définir les indications de la garde de nuit et d'en estimer le coût en vue d'une éventuelle intégration parmi les prestations de l'assurance dépendance.

La garde de nuit apparaissait comme une prestation susceptible d'être intégrée dans les prestations de l'assurance dépendance afin de faciliter le maintien à domicile d'une personne dépendante, en permettant un remplacement ou un soulagement de l'aidant informel par une surveillance de la personne dépendante qui ne peut rester seule, durant la nuit.

Une première expérience avait été menée en 2003, avec l'appui du Ministère de la Famille et de l'Intégration, dans le cadre de l'emploi de proximité. L'expérience avait deux objectifs : répondre au besoin de gardes de nuit mais aussi faciliter l'insertion professionnelle, notamment de femmes rentrantes. Cette expérience a été financée par le Ministère de la Famille et de l'Intégration jusqu'en 2006. Malgré l'arrêt du financement par le Ministère de la Famille et de l'Intégration, la STËFTUNG HËLLEF DOHEEM a poursuivi le projet, en demandant aux bénéficiaires de payer eux-mêmes les services qu'ils reçoivent. Les demandes sont restées nombreuses mais un nombre important de personnes présentant un besoin évident devaient renoncer au service en raison du prix exigé.

Pour cette raison, ce projet a été proposé comme action expérimentale à l'assurance dépendance.

L'action expérimentale a été évaluée par le CRP- Santé.

Le projet a été accompagné par **un comité de pilotage** composé de représentants des différents acteurs intervenant dans le projet : la Caisse nationale de santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale, la Cellule d'évaluation et d'orientation, le ministère de la Famille et de l'Intégration, le CRP-Santé et la STËFTUNG HËLLEF DOHEEM (SHD) en tant que promoteur du projet.

Le comité de pilotage avait pour mission d'examiner le déroulement du projet et de vérifier régulièrement si le projet poursuit les objectifs fixés et respecte les moyens financiers attribués.

5.2.1.1 DÉFINITION DE LA GARDE DE NUIT

Dans le projet, la garde de nuit était définie comme une surveillance entre vingt heures du soir et huit heures du matin, d'une personne dépendante à domicile pour laquelle un plan de prise en charge a été établi.

La durée de la garde ne pouvait être inférieure à cinq heures, ni supérieure à dix heures par nuit. Ces durées avaient été prévues pour permettre à un aidant informel d'utiliser la garde pour profiter d'une soirée ou s'absenter durant la nuit, la relève pouvant être prise le matin par un centre de jour spécialisé.

Durant la garde, les professionnels devaient être en mesure d'apporter les aides et soins nécessaires à la personne dépendante.

5.2.1.2 CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Pour que la garde de nuit soit prise en charge par l'assurance dépendance, il était exigé :

- que le demandeur soit dépendant et
- qu'il bénéficie d'une aide pour les quatre actes essentiels de la vie suivants :
 - AE303 / hygiène corporelle aide complète (lit/douche) ;
 - AE318 / assister aux toilettes aide complète ;
 - AE103 / nutrition aide complète ;
 - AE203 / habillage- déshabillage aide complète.
- ou qu'il soit privé de l'aide de la personne de l'entourage qui assure les aides et soins, empêchée de façon subite et imprévisible d'assurer son rôle. Les raisons pour une indisponibilité subite de la personne de l'entourage qui assure les aides et soins peuvent être sa maladie, son hospitalisation, son décès, le décès ou la maladie grave d'un membre proche de sa famille.

5.2.1.3 MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

Pour les demandeurs lourdement dépendants (répondant aux conditions des aides complètes) le nombre de nuits susceptibles d'être prises en charge par l'assurance était limité à un maximum de 104 nuits sur les deux années de déroulement du projet.

Pour les demandeurs de la prestation en raison de la défaillance de l'aidant informel, le nombre de nuits susceptibles d'être prises en charge par l'assurance dépendance était limité à un maximum de dix nuits par an.

Ces maxima étaient réduits en proportion de la durée restante du projet.

5.2.1.4 PARTICIPATION FINANCIÈRE

Une participation financière de 0,42 euros par heure était demandée aux bénéficiaires.

5.2.2 LE DÉROULEMENT DU PROJET

La SHD a constitué un groupe de gardes de nuit et s'est chargée de leur formation. Durant le projet, SHD a reçu 244 candidatures et a retenu 25 personnes. Il s'agit uniquement de femmes. L'âge moyen était de 48 ans (minimum 23 ans, maximum 62).

Les demandes de garde, quel que soit le réseau intervenant le jour, étaient réceptionnées par la SHD et transmises à la CEO qui était chargée de vérifier si les critères légaux étaient respectés.

Un système de collaboration performant a été mis en place entre la SHD et la CEO pour le déroulement du projet. De part et d'autre une équipe avait été constituée pour permettre une réponse rapide aux demandes. Les délais de réponse ont été courts. Dans 70% des situations, les réponses de la CEO ont été données le jour de la demande, au plus tard le lendemain. Dans 91% des situations, le délai de réponse était inférieur à quatre jours. Il faut relever que dans certains cas, une révision des prestations a dû être organisée d'urgence pour actualiser le plan de prise en charge.

La SHD a assuré le suivi des personnes demandant une garde de nuit : il était prévu que chaque situation fasse l'objet d'une visite de préparation, de suivi et d'évaluation. Dans l'ensemble, on peut dire qu'un suivi correct des situations a été réalisé. Toutefois, la programmation de ces trois visites n'a pas toujours été respectée car les données de la situation (urgence, décès, etc.) la rendaient parfois incongrue ou impossible.

La satisfaction des bénéficiaires a été évaluée à l'aide d'un questionnaire. A quelques exceptions près, on peut relever des taux de satisfaction plutôt élevés pour tous les aspects évoqués.

5.2.3 LES DEMANDES

Sur les deux années, 213 demandes de prestations ont été adressées à la SHD par 192 demandeurs.

- 105 demandes (93 demandeurs) n'ont pas été adressées à la CEO car la SHD a pu vérifier immédiatement qu'elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion dans le projet ;
- 108 (99 demandeurs) demandes ont été adressées à la CEO ;
- 129 demandes ont été faites par des demandeurs bénéficiant de l'assurance dépendance ;
- après vérification des critères d'inclusion, 72 demandes (70 demandeurs) ont été acceptées.

On peut en conclure qu'une minorité (33,8%) parmi les personnes dépendantes ayant introduit une demande de garde de nuit répondait aux critères réglementaires.

Toutes les personnes éligibles pour le projet n'ont pas fait usage de leur droit à bénéficier du projet:

- Sur les 70 bénéficiaires potentiels, 50 ont utilisé leur droit, 20 n'en ont pas fait usage notamment parce que leur décès fut prématuré ou que ces personnes ont été hébergées en établissement avant d'avoir pu bénéficier des gardes accordées.

Pour ce qui est du volume de la prestation, on constate que le nombre moyen de nuits accordées a été de 12 nuits par personne.

Le tableau ci-dessous donne le détail du nombre de nuits prestées durant le projet, à la fois pour les bénéficiaires dépendants dont la prise en charge a été acceptée et aussi pour ceux dont la prise en charge a été refusée. On relève que dans l'un et l'autre cas, la grosse majorité a eu recours à moins de vingt nuits.

Nombre de nuits prestées	Prise en charge AD (en % du total)	Refus prise en charge AD (en % du total)
Aucune	30,6	33,3
1-10	47,2	40,4
11-50	20,8	14,2
51-100	0,0	3,5
101-104	1,4	0,0
104	0,0	8,5
Total	100,0	100,0

5.2.4 LES CONCLUSIONS DU PROJET

Lors de la préparation du projet, le nombre de bénéficiaires potentiels de la prestation expérimentale *NUETSWAACH* avait été estimé à trois cent cinquante. Le nombre de bénéficiaires possibles du projet avait été limité à ce plafond par le règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 fixant les modalités du déroulement du projet.

Sur les deux années du projet, le nombre de bénéficiaires potentiels s'est élevé à 510.

En définitive, seules cinquante personnes ont bénéficié du projet

- soit 14,3% de la population estimée avant le démarrage,
- soit 9,8% de la population qui répondait aux critères sur les deux années.

A la lecture de ces chiffres, on peut émettre deux hypothèses :

- soit il n'y a pas de besoin de garde de nuit ;
- soit les critères fixés par le règlement sont inadaptés.

La seconde hypothèse apparaît plus vraisemblable au vu des demandes qui ont été refusées par l'assurance dépendance.

Le tableau suivant présente la pathologie à l'origine de la dépendance chez les bénéficiaires dont la garde de nuit est payée par l'assurance dépendance et d'un autre côté, chez les bénéficiaires qui la financent à leurs frais.

Pathologie	Prise en charge AD (en % du total)	Financement personnel (en % du total)
Démence	38,0	48,5
Cancer	22,0	17,6
Maladie cardio-vasculaire	20,0	11,8
Maladie chronique	14,0	7,4
Autres	6,0	14,7
Total	100,0	100,0

Le nombre de refus chez les personnes démentes apparaît particulièrement élevé. Pourtant, une démence est souvent une maladie lourde à vivre pour l'entourage qui mérite un répit. Chez bon nombre de ces personnes, le besoin d'aide pour les actes essentiels est important mais ne touche pas nécessairement les trois domaines. La nutrition reste pour beaucoup d'entre elles, même si elles sont très dépendantes, un domaine pour lequel elles restent encore partiellement autonomes.

On a relevé également que le bénéfice de la garde de nuit a été refusé à 27 personnes déclarées en fin de vie car elles ne remplissaient pas les critères des trois aides complètes.

Sur les deux années, 120 personnes ont utilisé la prestation garde de nuit en la payant eux-mêmes (5 376 gardes de nuits ont été payées par les bénéficiaires eux-mêmes, sans intervention de l'assurance dépendance).

Lorsqu'en fin de projet, la question de l'intégration de la garde de nuit comme prestation de l'assurance dépendance s'est posée, il est apparu évident que cette prestation pourrait être utile dans le cadre de l'assurance dépendance. Néanmoins, un certain nombre d'éléments n'avaient pas pu être testés dans le cadre du projet d'action expérimentale en raison du nombre restreint de participants au projet.

Des questions aussi importantes que le mode de collaboration entre les prestataires pour l'organisation des gardes de nuit, le maintien de la participation du bénéficiaire, la formation de la garde de nuit,...) sont restées sans réponse.

5.2.5 LES ASPECTS FINANCIERS

Le budget des frais fixes pour les deux premières années avait été fixé à :

- 34 428 euros à la valeur 100 de l'indice, soit 241 784 euros ;
- 38 190 euros à la valeur 100 de l'indice, soit 272 673 euros.

Soit un total de 514 457 euros pour les deux années du projet.

Parallèlement, la CNS a versé pour les heures de garde de nuit à proprement parler quelques 105 000 euros.

Année	Nombre de bénéficiaires d'une garde de nuit au moins	Nombre d'heures
1ère année	20	2 604
2ième année (estimation)	25	3 000
Total 2 années		5 604

5.3 QUELQUES ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION SUR LA PLACE DES PROJETS D'ACTION EXPÉRIMENTALE DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Deux projets sont clôturés. Aucun des deux ne peut être considéré comme un échec. Aucun ne peut non plus être considéré comme une réussite. Les raisons qui amènent à ce bilan mitigé ne sont pas les mêmes pour chacun des deux projets. Toutefois, l'un et l'autre amènent à des réflexions sur l'organisation et la conduite d'un projet d'action expérimentale dans le cadre de l'assurance dépendance et même à s'interroger sur la place du concept d'action expérimentale dans le cadre de l'assurance dépendance.

Il ne fait aucun doute qu'un domaine aussi actuel que les soins de longue durée doit être un sujet de recherche et d'analyse, quelle qu'en soit la méthodologie.

En incluant la possibilité d'action expérimentale dans la loi, le législateur a voulu rejoindre ce souci. L'action expérimentale ouvre toute grande la porte de l'imagination et de la créativité et constitue une chance incomparable pour l'innovation.

Pour cette raison, il est important que cette possibilité soit sauvegardée et qu'une réflexion systématique soit menée sur le contenu, l'encadrement et le suivi des projets d'action expérimentale.

5.3.1 LES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ D'UN PROJET D'ACTION EXPÉRIMENTALE

La loi prévoit que les projets doivent concerner le champ de la dépendance ou de la prévention de la dépendance. En ce qui concerne le thème, les possibilités sont nombreuses. Pour cette raison, il semble indispensable de réfléchir à des critères d'éligibilité pour les projets et de les fixer. Le seul besoin financier du promoteur ne peut constituer une raison d'éligibilité.

Au titre de critères, on pourrait par exemple citer

- l'originalité du concept ;
- l'originalité de l'action ;
- l'originalité de l'approche ;
- l'originalité de la méthodologie ;
- la qualité de la méthodologie ;
- la rigueur de la méthodologie ;
- l'adéquation des résultats attendus avec des nécessités du terrain ;
- la réponse à des besoins émergents ;
- la solidité du promoteur du projet, sa compétence scientifique et son expérience...

Une grille de critères pourrait être élaborée. On pourrait éventuellement utiliser des grilles existantes qui ont fait leurs preuves.

5.3.2 L'EXAMEN DES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET LA DÉCISION DE RETENIR UN PROJET

Il va de soi que la décision de démarrer le projet appartient au Ministre de la Sécurité sociale. Cependant, aucune procédure n'est prévue pour la réception du projet, son examen etc. Cette carence de procédure et d'organe désigné pour l'examen des critères d'éligibilité peut donner lieu à des situations inconfortables tant pour le concepteur du projet que pour l'agent qui prend la décision de poursuivre ou non le projet.

La loi prévoit que le règlement grand-ducal est soumis à l'avis de la Commission consultative et du Conseil d'Etat. L'expérience a montré que de nombreuses étapes précèdent la rédaction d'un règlement grand-ducal et que ses étapes pourraient être considérées comme une acceptation implicite du projet.

Il semblerait intéressant de prévoir une sorte de comité de lecture ou un comité de sages qui aviserait les projets avant de les soumettre pour un premier avis à la Commission consultative et ceci, bien avant de commencer les travaux et surtout d'envisager la rédaction d'un règlement grand-ducal.

5.3.3 L'ÉLABORATION D'UN PROJET ET L'ACCOMPAGNEMENT PAR LA CELLULE D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION

De l'introduction du projet par le concepteur jusqu'à l'élaboration du règlement grand-ducal se déroulent de nombreuses étapes, comportant souvent un investissement important pour la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Il y a lieu de se demander si l'investissement de la CEO est opportun dans ce contexte ou à tout le moins s'il doit être aussi important.

- La CEO n'a pas choisi le domaine du projet. Elle n'a pas davantage choisi de le réaliser. Le projet soumis appartient à son concepteur et devrait être dans une forme correspondant d'emblée aux conditions énoncées.
- Par ailleurs, l'investissement de la CEO à ce niveau apparaît comme très interventionniste et limitatrice de la créativité du concepteur.
- Dans les deux projets réalisés, l'accompagnement par la CEO, au cours du déroulement du projet, a représenté un investissement professionnel important. Si d'autres projets sont réalisés, des professionnels doivent être spécialement désignés pour cet accompagnement qui ne peut être réalisé accessoirement, en supplément à d'autres tâches quotidiennes.

5.3.4 LE RÔLE DU COMITÉ DE PILOTAGE

Il apparaîtrait vraiment heureux pour les projets futurs que le rôle du comité de pilotage soit défini de façon précise.

5.3.5 LE RÈGLEMENT GRAND-DUCAL

Les deux projets ont montré que le règlement grand-ducal élaboré ne correspondait pas totalement au contenu du projet. Ces inadéquations ont posé des problèmes sérieux pour le déroulement.

Le règlement a pour objet de définir les limites et les conditions de réalisation du projet. Il est contraignant. Il est dès lors indispensable qu'il soit rédigé avec tout le soin voulu pour correspondre exactement au contenu du projet. Le règlement doit servir de phare pour guider le projet et doit coller parfaitement au projet.

SECTION 6 LES MÉDICAMENTS DANS LES SOINS DE LONGUE DURÉE

6.1 INTRODUCTION

On ne peut établir un bilan de l'assurance dépendance sans évoquer le thème de la prise et de l'administration des médicaments.

Dans les soins de longue durée, ce thème se présente sous deux aspects, très souvent liés par ailleurs:

- les difficultés dans la prise de médicaments et l'absence de prise en charge de l'administration par la sécurité sociale, lorsque la personne est à domicile, d'une part ;
- la polymédication, d'autre part.

La présente section sera consacrée à un rapide tableau de l'un et l'autre aspect. Les difficultés dans la prise de médicaments seront surtout abordées pour mémoire car les données qui permettraient d'analyser objectivement le phénomène sont rares voire inexistantes.

En revanche, un certain nombre de données sur la polymédication sont disponibles dans les fichiers de l'assurance maladie. On notera cependant que la consommation de médicaments par les bénéficiaires de l'assurance dépendance, ne sera pas abordée comme telle mais uniquement sous l'angle de la polymédication³¹.

6.2 LA PRISE EN CHARGE DE L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le thème des difficultés dans la prise des médicaments réapparaît épisodiquement dans les débats autour de l'assurance dépendance. Il est rapporté régulièrement qu'un certain nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance se révèlent incapables de prendre les médicaments sans aide ou surveillance d'une tierce personne. Le problème s'étend en outre, à bon nombre de personnes âgées ou malades, qui ne répondent pas aux critères de l'assurance dépendance. Il en résulte que beaucoup de traitements médicamenteux prescrits sont mal observés et même inobservés, avec toutes les conséquences que cela entraîne.

Pour pallier la difficulté, certaines personnes font appel aux réseaux d'aides et de soins. Toutefois, comme l'administration de médicaments n'est un acte opposable, ni à l'assurance maladie, ni à l'assurance dépendance, l'assistance apportée peut représenter des frais élevés³².

C'est à partir d'une facture pour l'administration de gouttes oculaires à un bénéficiaire de l'assurance dépendance que la Commission consultative a été saisie de cette question. Depuis (pour l'anecdote), le thème est devenu " *d'Fro vun den Dräpsen an d'Aên* ". Il est remis périodiquement à l'ordre du jour sans pour autant trouver de solution. Malgré que des solutions aient été proposées, l'administration des médicaments aux bénéficiaires dépendants n'est actuellement pas prise en charge par la sécurité sociale dans le cadre du maintien à domicile. En établissement d'aides et de soins, elle est couverte par le forfait infirmier.

Des différents débats sur le sujet, on retiendra notamment les réflexions suivantes :

- l'administration de médicaments est un acte thérapeutique qui ne trouve pas sa place dans les différentes catégories de prestations prévues dans l'assurance dépendance. Cet acte trouverait une place plus adaptée dans le cadre de l'assurance maladie ;
- l'administration des médicaments est un acte qui relève de la compétence de l'infirmier. Dès lors cet acte ne peut pas être posé par un aide-soignant ou un aide socio-familial, lorsqu'il intervient pour d'autres soins ;
- la prise en charge dans le cadre de l'assurance dépendance ne répondra que partiellement au problème étant donné que seule la population dépendante pourrait bénéficier de l'acte ;
- établir des critères d'octroi de l'acte en dehors de l'assurance dépendance, à l'instar de ce qui se fait pour les aides techniques ou les adaptations du logement est une opération complexe, compte tenu des multiples facettes du phénomène d'observance d'un traitement médicamenteux.

31 On peut le regretter à ce stade. Toutefois, les fichiers disponibles pour les analyses sur la polymédication pourront être étendus à l'ensemble de la consommation si cela s'avérait nécessaire.

32 Il y a lieu de rappeler que la valeur monétaire d'une heure de prestation représente 63,23 euros en 2012. Chaque passage d'un soignant, même de courte durée, représente dès lors un coût significatif.

De plus, il est très difficile d'apprécier l'étendue de l'inobservance des traitements médicamenteux et du besoin d'aide dans ce domaine. Le Luxembourg ne dispose pas de données quantitatives qui permettraient d'évaluer l'ampleur du besoin³³. Cette méconnaissance du phénomène ne facilite pas la recherche de solutions.

Toutefois, sur base des observations des évaluateurs, à la lecture des rapports des médecins traitants, la CEO est en mesure de dire, sans pouvoir le prouver certes³⁴, qu'il s'agit d'un problème très important et qu'il serait urgent de résoudre.

6.3 LA POLYMÉDICATION DANS LE CADRE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Le second point qu'il convient d'évoquer en parlant de médicaments dans le cadre de l'assurance dépendance est celui de la polymédication.

Les paragraphes suivants lui sont consacrés et l'on procédera à une présentation d'un certain nombre de données sur le nombre, le type et le coût des médicaments pour les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

6.3.1 DÉFINITION

Lorsqu'il est question de santé des personnes âgées, on évoque très souvent, le phénomène de polymédication. Que faut-il entendre par là ?

Dans la littérature, on trouve deux catégories de définitions :

- les premières sont fondées sur le nombre de médicaments prescrits et absorbés. On parlera de définitions quantitatives ;
- les secondes font référence aux types de médicaments absorbés et au caractère inapproprié de leur absorption. Ces définitions évaluent l'usage de médicaments qui ne sont pas cliniquement indiqués et portent sur le caractère approprié ou inapproprié de la prescription médicamenteuse. On parlera de définitions qualitatives.

Les étiologies de la polymédication sont souvent multiples. On y trouve notamment :

- la co-morbidité ;
- le nombre de prescripteurs ;
- la prescription dite " en cascade " ;
- l'automédication.

Dans ce chapitre, il sera seulement question de l'aspect quantitatif.

Le seuil fixé pour parler de polymédication est plus ou moins élevé, selon les auteurs consultés. Certains le fixent à trois médicaments différents, d'autres à cinq.

Pour la présentation des chiffres suivants, nous avons retenu la définition basée sur cinq médicaments, principalement parce que ce chiffre se révèle, au vu des recherches internationales, le nombre-pivot au-delà duquel les risques d'effets indésirables augmentent fortement³⁵.

La prescription simultanée de cinq médicaments sur une durée minimale de six mois consécutifs constitue la référence retenue pour les analyses. On notera aussi qu'il est question des médicaments prescrits et remboursés par l'assurance maladie.

33 La question des médicaments a jusqu'ici été peu étudiée pour le Luxembourg. Le mémoire du Docteur CLOOS (CLOOS J.M., Université Louis Pasteur, " Les benzodiazépines au Grand-Duché de Luxembourg", mémoire présenté dans le cadre de la capacité d'addictologie clinique, 2005-2006) aborde la question de la consommation de benzodiazépines sous différents angles dont celui du traitement du syndrome de sevrage aux benzodiazépines. Toutefois, le mémoire se limite aux benzodiazépines et n'aborde que très indirectement le sujet de l'observance (il y est abordé sous l'angle de la consommation abusive).

34 Les rapports des médecins traitants à l'appui de la demande de prestations pourraient être analysés de manière plus approfondie afin de détecter la fréquence de l'évocation du phénomène.

35 Dans ce chapitre, il ne sera cependant pas question des effets des médicaments. Ceci dépasserait de loin l'objet de ce bilan et nécessiterait en outre des données d'un autre type. Par ailleurs, la comparaison de la consommation médicamenteuse dans la population dépendante avec la population protégée ne sera réalisée que pour les coûts.

6.3.2 LA PRÉVALENCE DE LA POLYMÉDICATION DANS LA POPULATION DÉPENDANTE

En 2010, on observe que :

- 96% des bénéficiaires de l'assurance dépendance ont bénéficié de prescriptions de médicaments ;
- 74% sont concernés par le phénomène de polymédication ;
- pour 33%, on observe des prescriptions se situant entre 5 et 10 médicaments différents ;
- pour 32%, on observe des prescriptions se situant entre 11 et 20 médicaments différents.

Durant l'année 2010, 70% des bénéficiaires de l'assurance dépendance avaient disposé de prescriptions pour un minimum de cinq médicaments sur une durée de six mois.

Les chiffres cités englobent aussi des médicaments qui sont pris sur de courtes durées. Néanmoins, ils n'englobent pas les médicaments consommés sans prescription médicale.

On peut donc dire que la polymédication caractérise **à peu près les trois-quart des bénéficiaires de l'assurance dépendance**.

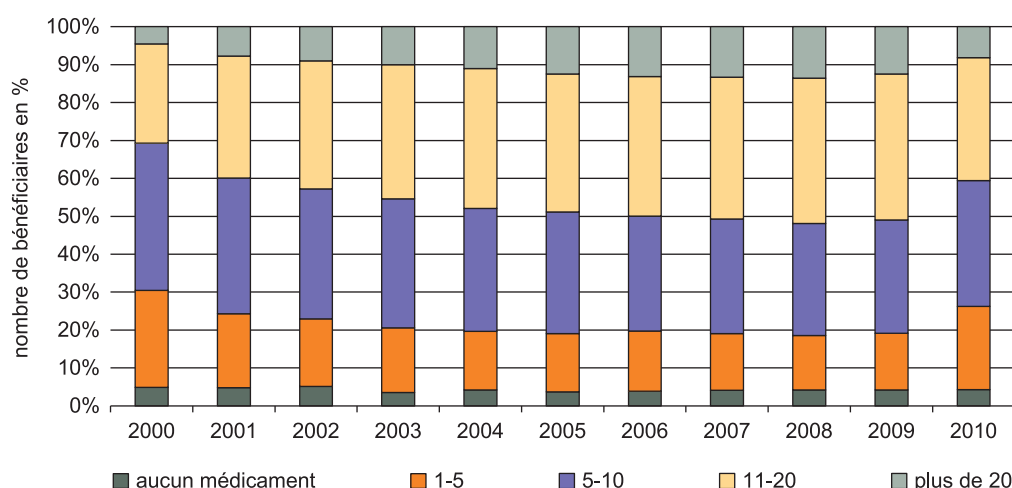
On relèvera aussi que si le phénomène dans l'ensemble marque une proportion de bénéficiaires plus importante en 2010 qu'en 2000, la proportion des bénéficiaires présentant des prescriptions très élevées (plus de 10 médicaments) tend à diminuer.

Le nombre moyen de médicaments prescrits est toutefois en augmentation en 2009 si on le compare avec l'année 2000.

En 2000, la moyenne était de **11 médicaments différents**.

En 2009, la moyenne s'élève à **14 médicaments différents**.

GRAPHIQUE 56. - PROPORTION DE BÉNÉFICIAIRES PAR QUANTITÉ DE MÉDICAMENTS PRESCRITS - ÉVOLUTION 2000-2010



6.3.3 LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DÉPENDANTS POLYMÉDIQUÉS³⁶

6.3.3.1 L'ÂGE

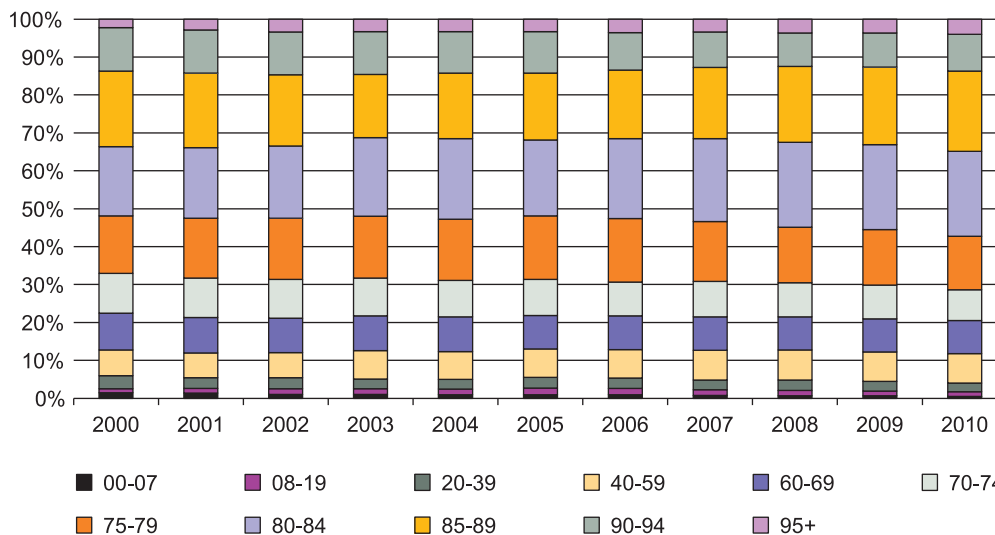
En ce qui concerne l'âge, on peut dire que la polymédication concerne surtout les bénéficiaires de 60 ans et plus.

- Parmi les bénéficiaires de moins de 60 ans, on relève, en 2010, 44,5% de bénéficiaires répondant aux critères de la polymédication ;
- Au-delà de 60 ans, la proportion est de 80%.

³⁶ Pour des raisons de facilité, le qualificatif "polymédiqué" sera utilisé pour résumer la locution "présentant la caractéristique de polymédication".

Par ailleurs, en ce qui concerne l'évolution du phénomène entre 2000 et 2010, on observe qu'il se manifeste de plus en plus dans les groupes d'âge élevé, au-delà de 80 ans. Si les groupes d'âge au-delà de 80 ans représentent 50% des bénéficiaires de l'assurance dépendance, ils représentent 57% des bénéficiaires polymédiqués.

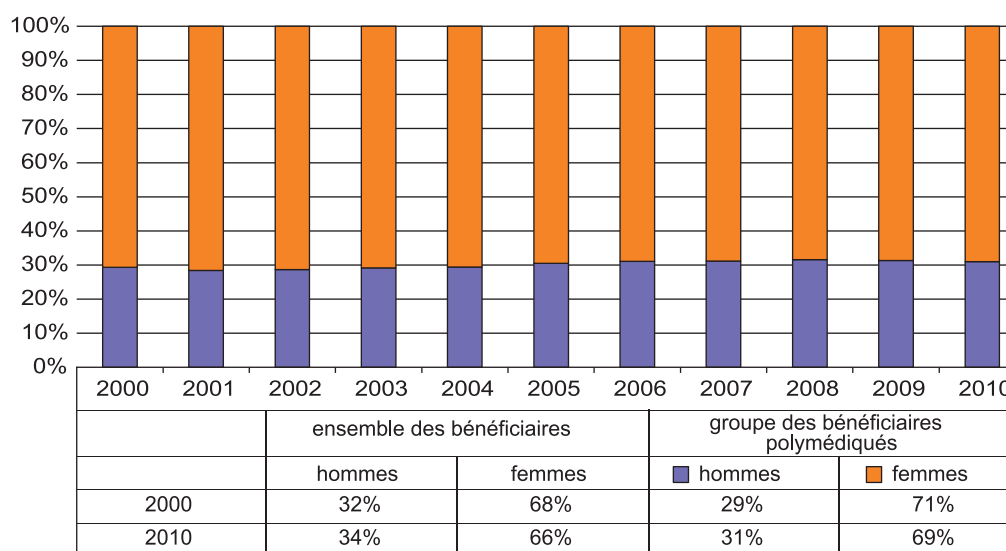
GRAPHIQUE 57. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES POLYMÉDIQUÉS PAR GROUPE D'ÂGE - ÉVOLUTION 2000-2010



6.3.3.2 LE SEXE

En ce qui concerne le sexe, on observe que le phénomène de polymédication touche moins les hommes que les femmes. Par ailleurs, la différence hommes-femmes s'accroît entre 2000 et 2010.

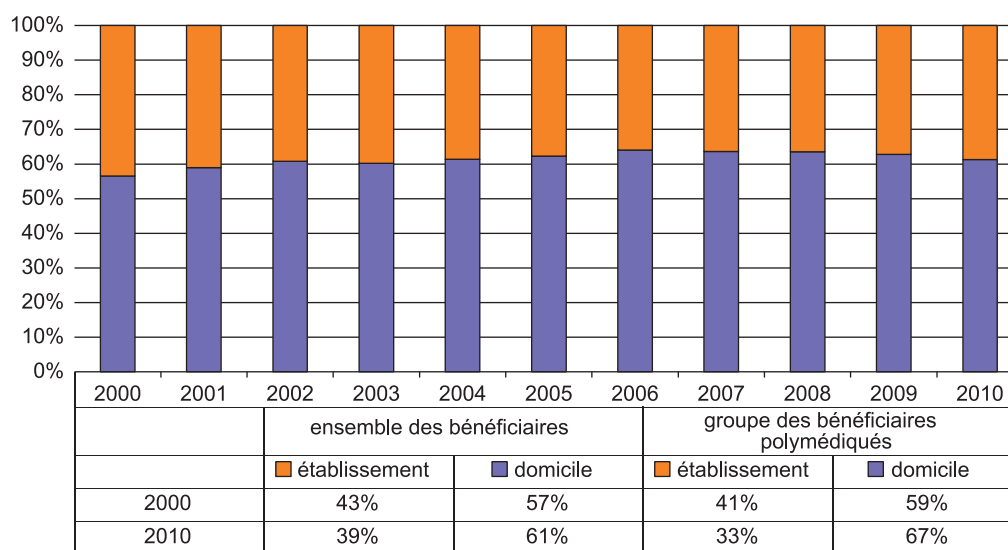
GRAPHIQUE 58. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES POLYMÉDIQUÉS PAR SEXE - ÉVOLUTION 2000-2010



6.3.3.3 LE LIEU DE SÉJOUR

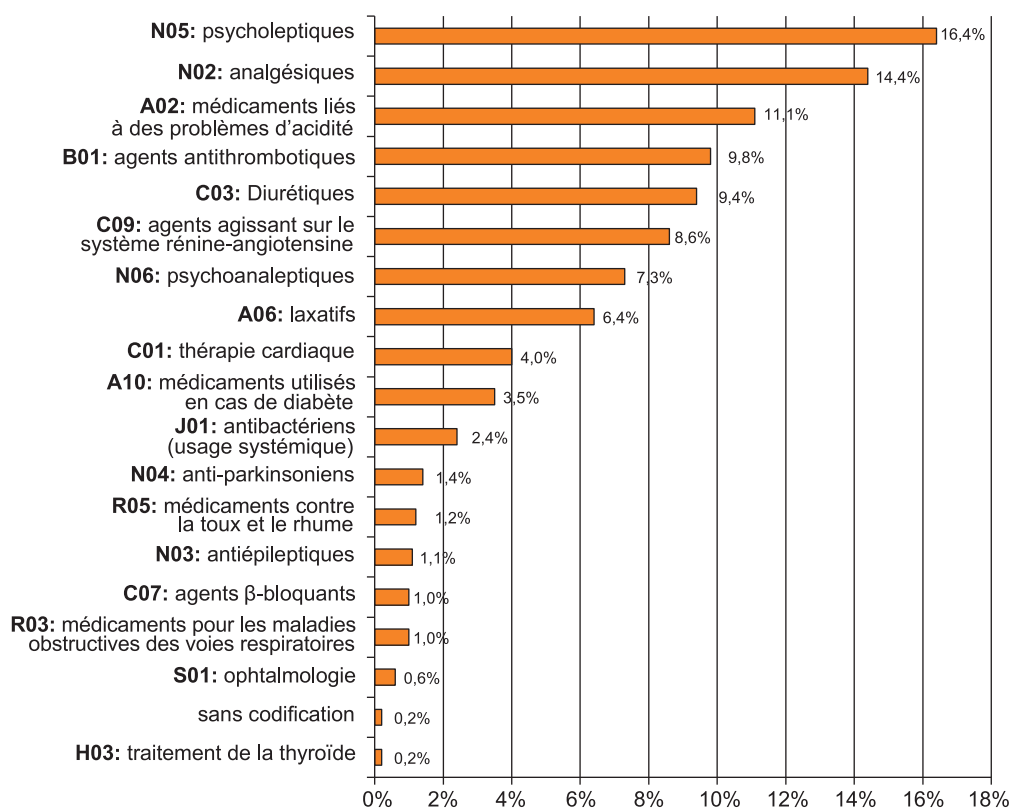
On constate davantage de polymédication chez les bénéficiaires à domicile que chez les bénéficiaires en établissement. Ici aussi, la différence s'amplifie entre 2000 et 2010.

GRAPHIQUE 59. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES POLYMÉDIQUÉS PAR LIEU DE SÉJOUR - ÉVOLUTION 2000-2010



6.3.4 LA NATURE DES MÉDICAMENTS PRESCRITS

GRAPHIQUE 60. - LA NATURE DES MÉDICAMENTS PRESCRITS AUX BÉNÉFICIAIRES POLYMÉDIQUÉS- RÉPARTITION PAR CLASSE ATC^{a)} - PREMIER ET DEUXIÈME NIVEAU - ANNÉE 2009



a) Classification anatomique, thérapeutique et chimique- système de classification internationale des médicaments, contrôlé par l'OMS.

• Premier niveau : code du groupe anatomique.

• Deuxième niveau : groupe thérapeutique principal.

Les psychotropes et les analgésiques devancent largement les autres groupes. A eux seuls, ils représentent plus de 30% des médicaments prescrits.

On peut également relever l'importance prise par la catégorie A02, médicaments liés à des problèmes d'acidité. Ce groupe vient en troisième position et représente 11,1% des médicaments prescrits.

6.3.5 LE COÛT DES DÉPENSES PHARMACEUTIQUES (EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER)

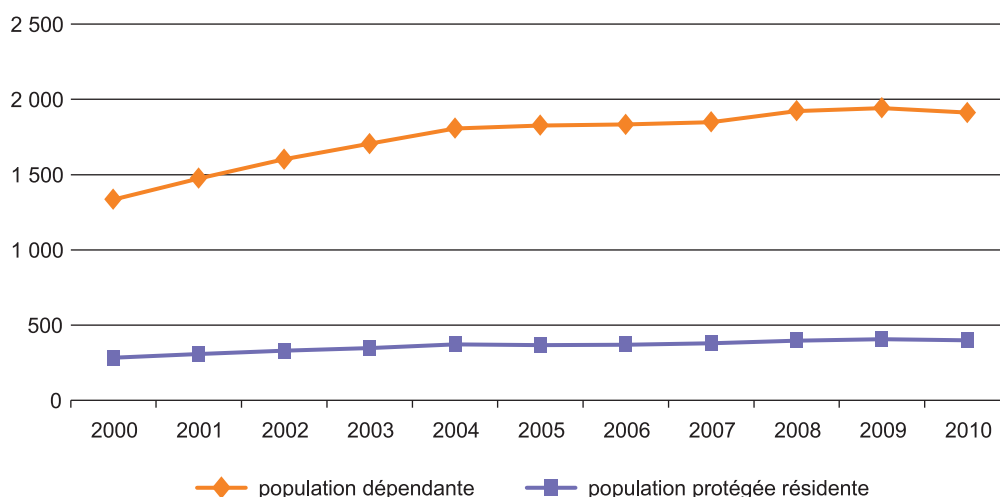
On peut considérer que les dépenses pharmaceutiques représentent 190 millions d'euros pour l'année 2010. Ceci constitue 11% du budget annuel de l'assurance maladie.

A elles seules, alors qu'elles représentent 2% de la population résidente, les personnes dépendantes consomment 21,5 millions d'euros de ces dépenses, soit plus de 11%.

Le coût annuel moyen d'une personne protégée représente 398 euros en 2010. Ce coût s'élève à 1 912 euros lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire de l'assurance dépendance. **On peut en conclure que les dépenses pharmaceutiques (en milieu extrahospitalier) pour un bénéficiaire de l'assurance dépendance représentent cinq fois la moyenne de l'ensemble.**

Le graphique suivant illustre l'évolution du coût annuel moyen sur les dix dernières années, en comparant la population dépendante avec la population protégée résidente.

GRAPHIQUE 61. - ÉVOLUTION 2000-2010 DU COÛT ANNUEL MOYEN DES DÉPENSES PHARMACEUTIQUES - COMPARAISON POPULATION DÉPENDANTE ET POPULATION PROTÉGÉE RÉSIDENTE



Ce graphique montre que les dépenses annuelles moyennes des bénéficiaires de l'assurance dépendance évoluent plus vite que celles de l'ensemble de la population protégée.

6.4 CONCLUSION

Les bénéficiaires de l'assurance dépendance sont des consommateurs importants de médicaments. En 2010, les dépenses de l'assurance maladie pour les médicaments des bénéficiaires dépendants représentent **cinq fois** celles des autres assurés.

Les bénéficiaires de l'assurance dépendance coûtent chers en termes de médicaments, notamment parce qu'une proportion très importante d'entre eux est concernée par le phénomène de polymédication.

On peut parler d'une proportion de 75% de bénéficiaires polymédicamentés, dont 33% bénéficient de prescriptions allant de 10 à 20 médicaments différents.

Les effets de la polymédication ne sont pas innocents et beaucoup d'études ont montré que, parmi les personnes âgées polymédicamentées, la prescription inappropriée est un problème fréquent. Dans le même ordre d'idée, on évoque souvent les risques iatrogènes de la polymédication. La polymédication coûte non seulement chère mais il est fort probable qu'elle génère aussi des coûts de santé importants.

Au vue des données présentées dans cette section on peut conclure à la nécessité de sensibiliser médecins, pharmaciens, professionnels de la santé et le grand public aux risques et coûts de la polymédication.

L'introduction récente dans le système de santé luxembourgeois du médecin-référent apparaît comme un grand pas dans la direction d'une meilleure gestion des prescriptions avec une évaluation stricte du rapport bénéfice-risque pour toute prescription certes, mais surtout pour toute prescription au long cours de plusieurs molécules.

La prise de médicaments occupe une place cruciale dans le quotidien d'une personne dépendante. A l'heure actuelle l'administration médicamenteuse ne constitue pas une prestation de la sécurité sociale.

Par définition, la personne dépendante présente un besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie. Une personne présentant un tel besoin, est-elle capable de réaliser sans aide, un acte aussi précis et complexe que la prise adéquate d'un traitement médicamenteux ? De plus, comme on a pu le voir, on retrouve davantage de personnes relevant d'une polymédication à domicile, où l'encadrement est moindre qu'en établissement.

Il relève de la responsabilité de tous les acteurs des milieux hospitalier et extrahospitalier de réfléchir à une amélioration des modalités d'administration des thérapeutiques prescrites.

Alzheimer

51,3% des dépenses AD

Polymorbidité
392 euros/jour

86%

Prévalence

ICD10 3 digit

■ ■ ■ Chapitre 5

Les causes
de la dépendance



PRÉAMBULE

La loi définit la dépendance comme " *l'état d'une personne qui, **en raison d'une maladie, d'un handicap ou d'une déficience de même nature**, a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie* ".

Ainsi, la dépendance est définie en liant le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie à une cause médicale.

Faut-il en conclure que la loi impose un lien de cause à effet ?

L'exposé des motifs¹ présente l'élément de causalité comme capital car " *il permet de prévoir des mesures collectives de prévention (surveillance de la tension artérielle, traitement hormonal, à la ménopause par exemple), d'envisager des mesures individuelles de rééducation (...) et de proposer une prise en charge spécifique, adaptée à l'évolution de la maladie (...). Par ailleurs, l'élément de causalité permet de pronostiquer la durée de la dépendance (...)* ".

Le Conseil d'Etat avait pour sa part remis l'élément de causalité en question. Dans l'avis du 17 juin 1997², il se demandait " *s'il est opportun de définir la dépendance en faisant référence à une cause. Ne suffit-il pas, (...), de constater une situation de dépendance sans en rechercher la cause ?* "

Il considérait que " *la dépendance peut être l'aboutissement normal de la vie humaine, c'est-à-dire due aux déficiences de l'âge sans que l'on puisse l'attribuer à une maladie déterminée.* "

Après quinze années d'application de la loi, la Cellule d'évaluation et d'orientation est en mesure de dire qu'elle n'a jamais recensé de dépendance sans pouvoir la relier à une cause. Certes, il est arrivé que des prestations soient refusées au motif que les diagnostics constatés étaient sans lien avec une éventuelle dépendance. Toutefois, dans les situations où ce motif a été avancé, on peut constater que le besoin d'assistance n'avait pas été établi au préalable. N'aurait-il pas fallu établir d'abord un besoin d'assistance, puis constater que ce besoin trouvait son origine ailleurs³ que dans une maladie, un handicap ou une déficience de même nature, pour conclure que le diagnostic n'avait aucun lien avec la dépendance ?

Pourtant, s'il semble avérer qu'il n'y a pas de dépendance sans cause médicale, on ne peut pas conclure qu'une même cause médicale amène une même dépendance. En d'autres termes, une même maladie ou un même handicap ne génèrent pas nécessairement un même besoin d'aide d'une tierce personne.

Jusqu'à présent, même si pour certains groupes de causes médicales, en l'occurrence les maladies démentiennes, il a été possible de montrer que les moyennes de soins requis étaient les plus élevées, **toutes les tentatives en vue d'établir un lien de cause à effet entre la ou les pathologies constatées et le temps requis se sont soldées par un échec.**

Par ailleurs, il faut rappeler que **la dépendance est multifactorielle et liée, la plupart du temps, à un état de polymorbidité.** L'analyse basée sur une seule cause présente dès lors un intérêt limité. Des analyses basées sur des combinaisons de diagnostics devront être réalisées à l'avenir. Une telle approche permettrait éventuellement de conclure à certains liens de cause à effet, qu'il est impossible de vérifier actuellement.

Pour l'instant, on évitera toute interprétation déterministe et on se contentera d'analyser les causes de la dépendance comme un élément contextuel pour une politique de santé publique.

Enfin, il est utile de rappeler que l'évaluation a pour objectif de constater l'état de dépendance. Dès lors, le recueil des diagnostics se base sur cet objectif et l'on ne peut en tirer de conclusions qui vont au-delà, notamment quant à la prévalence d'une pathologie ou d'un groupe de pathologies dans la population générale, ni même dans la population dépendante.

Malgré les limites qui viennent d'être énoncées, une présentation des causes de la dépendance présente un intérêt certain dans le cadre d'un bilan, ne fut-ce que pour motiver les esprits curieux à s'intéresser aux nombreuses informations médicales accumulées depuis 1999.

1 *Projet de loi 4216 portant introduction d'une assurance dépendance, exposé des motifs.*

2 *Projet de loi 4216/02 portant introduction d'une assurance dépendance - avis du Conseil d'Etat (17 juin 1997) - Article 348.*

3 *Il pourrait s'agir par exemple d'un mode de vie, d'un déficit éducatif ou d'un handicap social...*

Ce chapitre comportera trois sections :

- La première consistera en une présentation de l'évolution de la cause principale de la dépendance, d'une manière générale ;
- La seconde section portera sur les diagnostics avancés comme cause principale et secondaire de la dépendance d'un bénéficiaire ;
- La troisième sera plus particulièrement consacrée à la relation entre l'assurance dépendance et les maladies démentielles, qui constituent une préoccupation de santé publique des plus actuelles.

SECTION 1 CAUSES PRINCIPALES DE LA DÉPENDANCE : ÉVOLUTION DEPUIS 2000

1.1 INTRODUCTION

Depuis les dernières années, les causes de la dépendance sont reprises à partir du rapport du médecin traitant (R20).

Les médecins de la CEO revoient cet encodage s'il s'avère lors de l'évaluation, que les diagnostics encodés ne correspondent pas à l'état de santé qui a été constaté lors de la visite à la personne dépendante. Ceci est surtout valable pour l'ordre d'encodage des diagnostics.

Jusqu'en 2009, les diagnostics étaient toujours retenus par le médecin-conseil sur base de l'évaluation. La pratique visant à réduire au minimum le nombre d'intervenants chez la personne a amené la CEO à revoir cette pratique d'encodage. Etant donné le lien nécessaire entre le diagnostic et l'orientation des dossiers pour l'évaluation, la procédure d'encodage a été revue en même temps que le système d'orientation des dossiers.

En raison de cette rupture entre le mode de collecte du début et la procédure actuelle, il y a lieu de souligner les limites de la comparaison dans le temps.

Le protocole de l'évaluation prévoit la possibilité de retenir **dix diagnostics** afin de tenir compte de la polymorbidité qui caractérise le phénomène de dépendance.

Les diagnostics sont codés sur base de la dixième édition de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, établie par l'Organisation mondiale de la santé (ICD10).

L'encodage se limite actuellement à l'utilisation de trois positions. Il est toutefois prévu de recourir, très prochainement, à un codage à quatre positions.

Les diagnostics sont ordonnés selon leur incidence sur le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie. **L'ordre retenu est défini par le raisonnement diagnostique du médecin.**

Les données reprises dans la première section se réfèrent au **diagnostic retenu comme la cause principale en lien avec la dépendance**.

Bien que ce mode de présentation ne soit pas au-dessus de toute critique, on recourra à une présentation **par classification**, adaptée à ce type de rapport, car elle permet de donner une description synthétique et facilement lisible d'éléments disparates.

Les données seront présentées sous deux formes :

- **Présentation selon les chapitres de la classification internationale (ICD10)⁴**

Dans le premier graphique, les diagnostics sont regroupés selon les chapitres de la classification internationale. Ce graphique permet d'avoir une vision relativement détaillée des différentes causes de la dépendance et permet d'éventuelles comparaisons internationales.

Toutefois, pour la population concernée par l'assurance dépendance, certains chapitres sont peu voire pas représentés.

Pour cette raison, nous avons regroupé un ensemble de chapitres dans une seule classe intitulée " *Autres* ".⁵

Ensemble, en 2010, ces chapitres concernent 5,9% de la population dépendante. Pris isolément, aucun ne concerne plus de 1,5% de l'ensemble.

4 Organisation mondiale de la Santé, *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision, GENEVE, 1993.

5 Il s'agit des chapitres suivants : Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires ; Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire ; Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ; Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire ; Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif ; Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ; Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire ; Chapitre XV. Grossesse, accouchement et puerpéralité ; Chapitre XVI. Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ; Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité ; Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.

- **Présentation selon une classification établie par la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance**

Il est devenu habituel de présenter les diagnostics suivant une classification propre à l'assurance dépendance du Luxembourg. Cette classification⁶ élaborée par les médecins de la Cellule d'Evaluation et d'orientation (CEO) permet de mettre en évidence les groupes de pathologies pertinents pour le domaine de la dépendance. Il s'agit, bien entendu, d'une formule locale qui se limite à permettre des comparaisons d'une année à l'autre.

Cette classification est construite de la façon suivante :

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

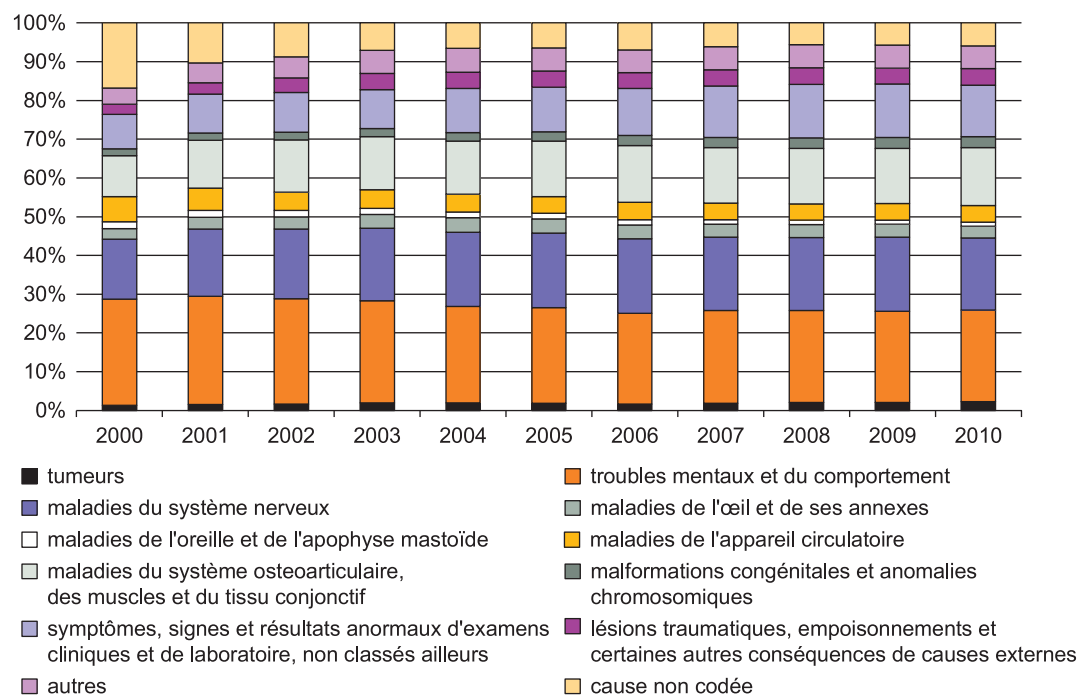
Remarque méthodologique

Tous les tableaux présentés dans cette section portent sur les bénéficiaires d'aides et de soins de l'assurance dépendance en vie au 31 décembre de l'année donnée. Il va de soi qu'il y a donc certains bénéficiaires qui sont repris plusieurs années successives et que la comparaison d'une année à l'autre présente certaines limites. En effet, dans la mesure où la durée de vie dans certaines maladies est plus longue que dans d'autres, la probabilité que certains bénéficiaires apparaissent plus souvent est plus importante, entraînant ainsi un biais dans les résultats.

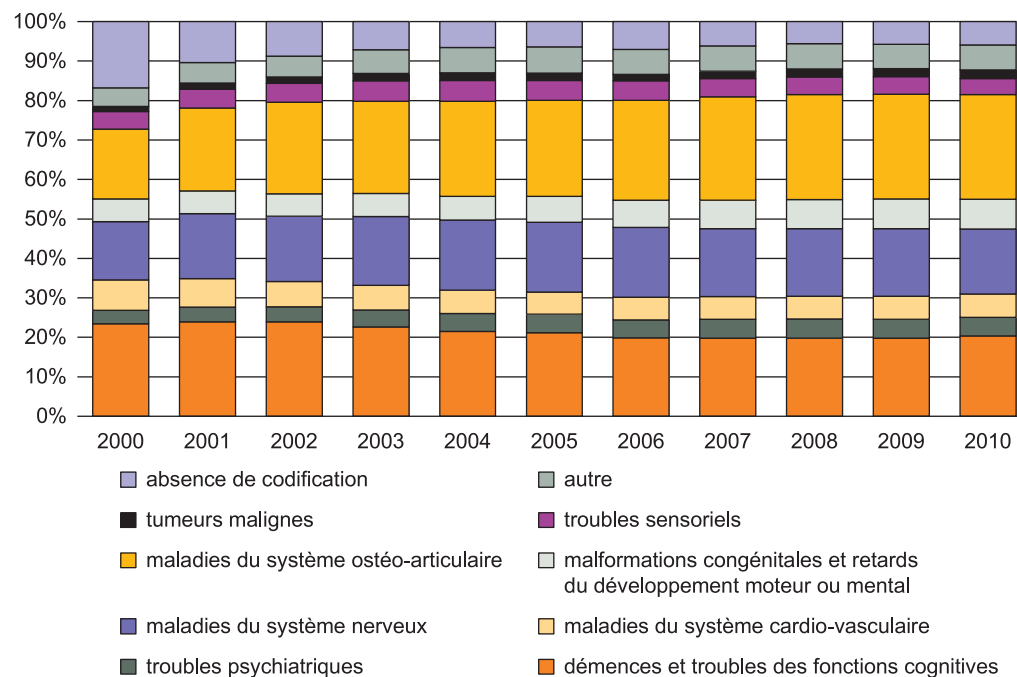
⁶ Il serait important, après ces douze années de collecte de données médicales dans le cadre de l'assurance dépendance, de s'interroger sur cette classification et d'en envisager une éventuelle révision. De même, compte tenu de l'accroissement de la population âgée et de la polymorbidité qui en touche une part importante, il serait intéressant d'envisager une adaptation de la classification internationale à la gériatrie, à l'instar de ce qui est proposé pour l'oncologie, la dermatologie, la dentisterie et stomatologie, la neurologie, la rhumatologie et l'orthopédie, la pédiatrie et les troubles mentaux.

1.2 2000-2010 : STABILITÉ DANS LES DIAGNOSTICS RECENSÉS COMME LA CAUSE PRINCIPALE DE LA DÉPENDANCE

GRAPHIQUE 1.- CAUSE PRINCIPALE DE LA DÉPENDANCE : ÉVOLUTION 2000-2010 - CLASSIFICATION INTERNATIONALE



GRAPHIQUE 2.- CAUSE PRINCIPALE DE LA DÉPENDANCE : ÉVOLUTION 2000-2010 - CLASSIFICATION CEO



Malgré l'augmentation très importante de la population dépendante entre 2000 et 2010, on peut constater une certaine stabilité des causes recensées sur les dix années, et ceci autant dans la classification internationale que dans la classification interne à l'assurance dépendance.

On rappellera que dans ces deux graphiques, il est question de la **cause principale** de la dépendance. Seul le premier diagnostic encodé est pris en compte.

Dans la classification internationale, trois chapitres apparaissent importants sur les dix années :

- en premier lieu, les troubles mentaux et du comportement ;
- en second lieu, les maladies du système nerveux ;
- enfin, les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.

Dans la classification de l'assurance dépendance, on relève également trois grands groupes de pathologies :

- en premier lieu, les maladies du système ostéo-articulaire ;
- en second lieu, les démences et troubles des fonctions cognitives ;
- en troisième lieu, les maladies du système nerveux.

Le regroupement différent des pathologies dans les deux classifications entraîne une hiérarchie différente dans les causes. Dans la classification internationale, les troubles mentaux et du comportement regroupent les maladies démentielles mais aussi les troubles psychiatriques. Ces derniers constituent une catégorie particulière dans la classification de l'assurance dépendance.

Dans la suite de ce texte, on préférera la référence à la classification locale, notamment parce qu'elle isole les démences et troubles des fonctions cognitives. De plus, elle est adaptée au mode d'organisation du secteur des soins de longue durée au Luxembourg.

1.3 EVOLUTION 2000-2010

1.3.1 LA CAUSE PRINCIPALE DE LA DÉPENDANCE

Comme on le disait précédemment, les trois premières causes de dépendance sont les mêmes en 2000 et en 2010. Elles le sont restées d'une année à l'autre depuis 2000.

Ces trois causes regroupent 56% de l'ensemble des bénéficiaires en 2000. Elles regroupent 63% en 2010, soit près de deux tiers des bénéficiaires.

Toutefois, on relève un changement dans l'ordre de ces causes entre 2000 et 2010.

TABEAU 1. - LES TROIS CAUSES PRINCIPALES DE LA DÉPENDANCE DEPUIS 2000

Classification de l'assurance dépendance du Luxembourg	2000	2010
Démences et troubles des fonctions cognitives	23,4%	20,3%
Maladies du système ostéo-articulaire	17,7%	26,5%
Maladies du système nerveux	14,8%	16,5%

On relève qu'entre 2000 et 2010, les maladies ostéo-articulaires ont pris le pas sur les maladies démentielles **comme cause principale de la dépendance**.

Dans les groupes moins représentés, on relèvera les troubles psychiatriques, les maladies cardiovasculaires et les tumeurs.

Ceci trouve probablement sa justification dans la nature même des soins de longue durée et dans la définition de la dépendance. Il est bien entendu que les personnes atteintes de ces pathologies présentent à certains moments un besoin d'aides et de soins pour les actes essentiels de la vie. Toutefois, lorsqu'un tel besoin se manifeste dans le cadre de ces pathologies, on se trouve très souvent en présence de personnes pour qui le besoin ne s'étend pas nécessairement sur six mois ou dont l'état de santé nécessite une prise en charge dans le cadre de structures de soins aigus.

1.3.2 L'ÂGE DES BÉNÉFICIAIRES

Bien que la population âgée représente la part la plus importante des bénéficiaires de l'assurance dépendance, il est important de rappeler que l'assurance dépendance concerne également un nombre significatif de personnes jeunes. L'âge est un élément central dans la cause de la dépendance. Certaines causes sont en principe réservées à des populations plus âgées, d'autres à des populations plus jeunes.

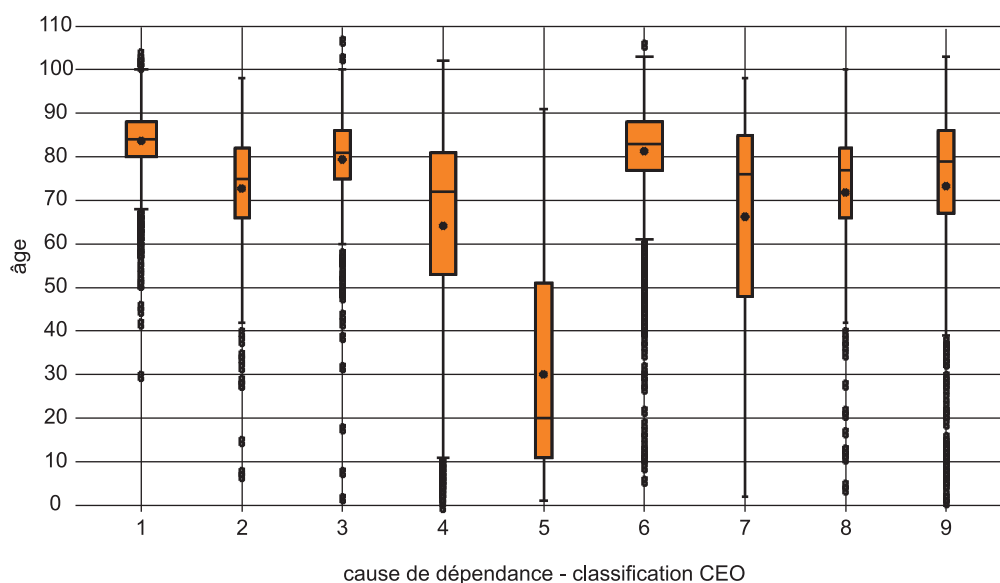
Ainsi, **la répartition des bénéficiaires par âge et cause de la dépendance présente la même tendance quelle que soit l'année considérée.**

Bien entendu, la cause principale de la dépendance se révèle différente selon qu'il s'agisse de personnes jeunes ou de personnes âgées et l'on peut dire que depuis l'entrée en application de la loi, l'âge de 70 ans constitue une sorte de charnière en matière de cause de la dépendance.

- Si l'on prend comme point de référence la proportion de personnes appartenant à une classe de pathologie donnée, on constate que pour certaines pathologies (par exemple les maladies du système nerveux - groupe 4), le nombre de bénéficiaires va en augmentant jusqu'à l'âge de 70 ans et diminue au-delà.
- Pour d'autres en revanche, le nombre de bénéficiaires commence à croître à partir de 70 ans. Il en est ainsi des démences et troubles des fonctions cognitives (groupe 1) et des maladies du système ostéo-articulaire (groupe 6). Les malformations congénitales et retards du développement moteur et mental (groupe 5) ne se retrouvent qu'exceptionnellement au-delà de l'âge de 60 ans.

Le graphique suivant permet de donner une représentation parlante de la combinaison de l'âge et de la cause de la dépendance. Il se concentre sur l'année 2010 et utilise la classification locale.

GRAPHIQUE 3. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES EN FONCTION DE L'ÂGE ET DE LA CAUSE PRINCIPALE DE LA DÉPENDANCE (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2010)



Note :

- 1 Démence et troubles des fonctions cognitives
- 2 Troubles psychiatriques
- 3 Maladies du système cardio-vasculaire
- 4 Maladies du système nerveux
- 5 Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
- 6 Maladies du système ostéo-articulaire
- 7 Troubles sensoriels
- 8 Tumeurs malignes
- 9 Autres

Le graphique met en évidence que

- les maladies démentielles et les maladies du système ostéo-articulaire regroupent le plus grand nombre de bénéficiaires ;
- les **maladies démentielles** se concentrent dans les groupes d'âges les plus élevés. Les maladies **ostéo-articulaires** touchent également des personnes d'âge très élevé. Toutefois la dispersion autour de la moyenne est plus étendue que dans le cas des maladies démentielles ;
- les **malformations congénitales et retards du développement** se concentrent chez les bénéficiaires plus jeunes et même très jeunes. La moyenne d'âge est très peu élevée. On constate toutefois que dans ce groupe, on retrouve également des personnes d'âge élevé ;
- la moyenne d'âge des bénéficiaires présentant **une maladie du système nerveux** est moins élevée que pour toutes les autres causes, à l'exception des malformations congénitales. Ce groupe présente une grande hétérogénéité du point de vue de l'âge.

1.3.3 LE LIEU DE SÉJOUR

TABEAU 2. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES PAR CAUSE PRINCIPALE DE LA DÉPENDANCE ET LIEU DE SÉJOUR (EN %) - COMPARAISON 2000/2010 (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)

Cause principale de la dépendance	Domicile		Etablissement		Total	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Démences et troubles des fonctions cognitives	16,4	11,7	33,7	37,7	23,4	20,3
Troubles psychiatriques	2,5	3,8	4,6	6,4	3,4	4,7
Maladies du système cardio-vasculaire	9,9	6,7	4,7	4,6	7,7	6,0
Maladies du système nerveux	18,2	18,2	9,7	12,9	14,8	16,5
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	6,5	10,7	4,6	1,0	5,7	7,5
Maladies du système ostéo-articulaire	20,9	27,0	13,0	25,5	17,7	26,5
Troubles sensoriels	6,3	5,0	1,8	1,9	4,5	4,0
Tumeurs malignes	1,7	2,7	0,8	1,3	1,3	2,2
Autre	5,8	6,6	3,2	5,7	4,7	6,3
Absence de codification	11,9	7,4	23,8	3,0	16,7	5,9
Nombre de bénéficiaires	3 437	7 836	2 373	3 870	5 810	11 706

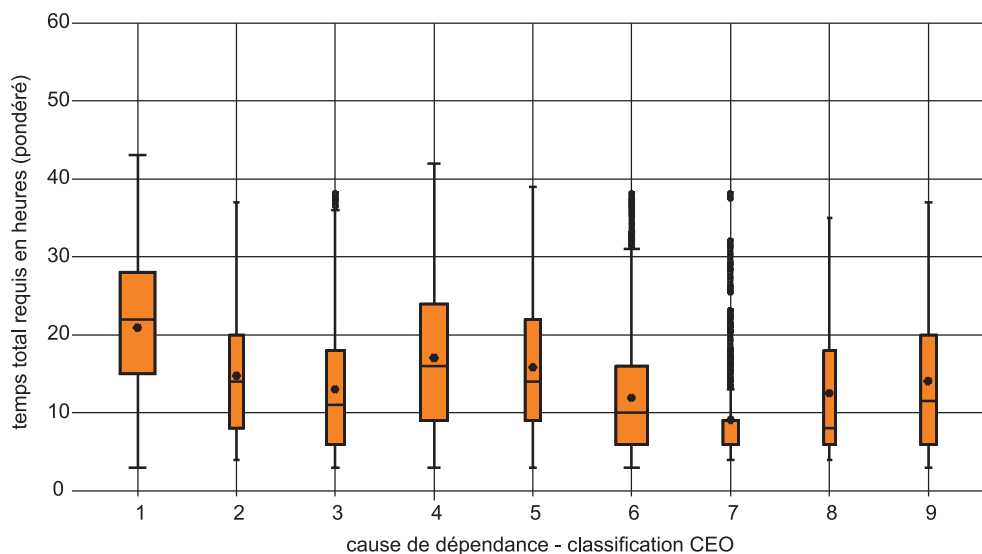
En ce qui concerne le lien entre le diagnostic et le lieu de séjour, on ne constate pas non plus de grands changements entre 2000 et 2010. Les personnes atteintes de maladies démentielles se retrouvent surreprésentées dans les établissements, que ce soit en 2000 ou en 2010. La tendance se renforce d'ailleurs en 2010.

Le même phénomène se manifeste, dans une moindre mesure, pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

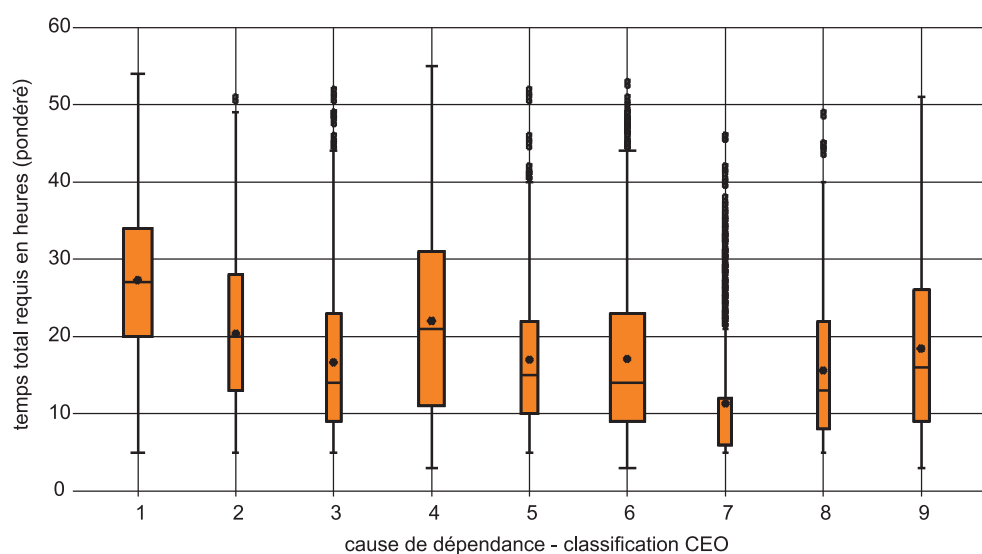
On constate l'inverse pour les bénéficiaires atteints de maladies ostéo-articulaires et de maladies du système nerveux.

1.3.4 LES PRESTATIONS REQUISES

GRAPHIQUE 4. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES EN FONCTION DU TEMPS TOTAL REQUIS PONDÉRÉ ET DE LA CAUSE PRINCIPALE DE LA DÉPENDANCE (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2001)



GRAPHIQUE 5. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES EN FONCTION DU TEMPS TOTAL REQUIS PONDÉRÉ ET DE LA CAUSE PRINCIPALE DE LA DÉPENDANCE (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE 2010)



Pour les deux années observées, on peut constater que les personnes du groupe 1 (démence et troubles des fonctions cognitives) bénéficient des plans de prise en charge les plus élevés. Ils sont suivis par les bénéficiaires du groupe 4 (maladies du système nerveux).

On constate qu'il y a de fortes variations du temps requis pondéré entre les différents groupes de diagnostics, mais également à l'intérieur des groupes.

Dans le groupe des troubles sensoriels (7), on relève l'effet marquant des dispositions particulières. En 2010, 59% de ce groupe bénéficient de prestations en espèces forfaitaires en raison de dispositions particulières. Toutefois, on remarque aussi que toutes les personnes atteintes de troubles sensoriels ne bénéficient pas de ces dispositions. **Ceci porte à penser que les troubles sensoriels peuvent entraîner une dépendance de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie et l'on peut en conséquence s'interroger sur la légitimité de dispositions particulières accordant aux personnes atteintes de troubles sensoriels, des prestations en espèces sans égard au seuil de 3,5 heures par semaine.**

SECTION 2 LES DIAGNOSTICS PRÉSENTÉS COMME CAUSE PRINCIPALE ET SECONDAIRE DE LA DÉPENDANCE

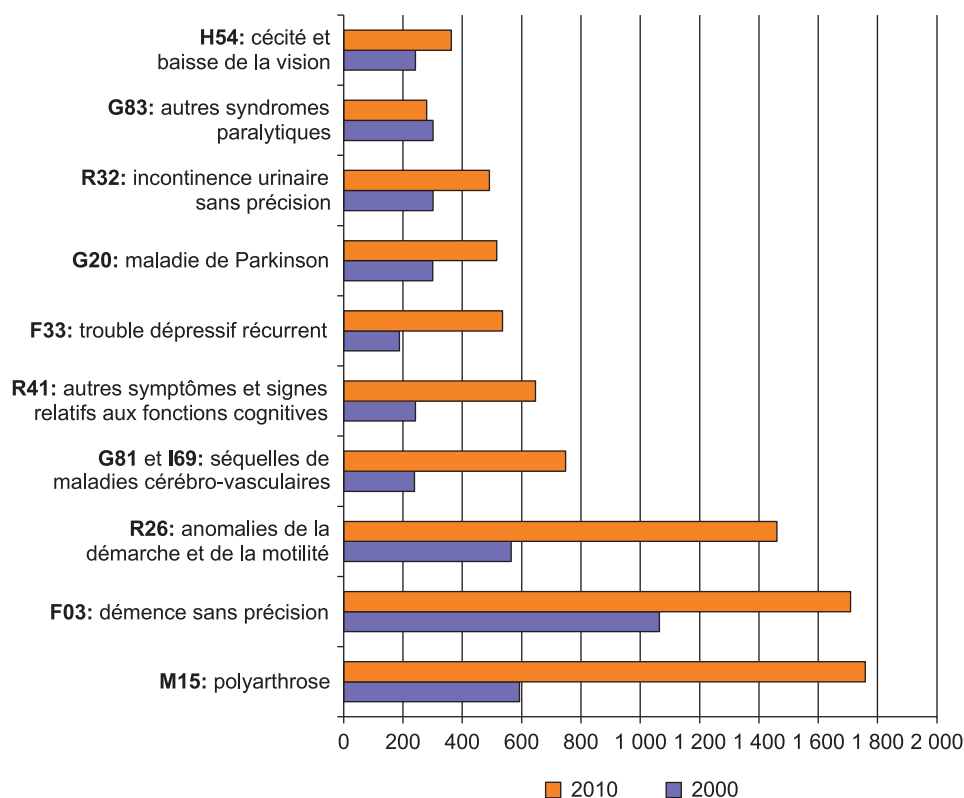
Dans cette section, la présentation se référera au détail du diagnostic et ne reposera pas sur les classifications citées précédemment.

Le fichier est établi à partir des deux premiers diagnostics des bénéficiaires à la date du 31 décembre d'une année donnée. Il importe aussi de noter qu'il s'agit d'une approche par le diagnostic et non d'une approche basée sur le bénéficiaire.

Ce mode d'approche permet de mettre en évidence les pathologies les plus fréquentes chez les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Pour la comparaison présentée dans le graphique ci-dessous, on a retenu les dix diagnostics qui apparaissent le plus fréquemment en 2000 ainsi que les dix diagnostics qui apparaissent le plus fréquemment en 2010.

GRAPHIQUE 6. - LES DIX DIAGNOSTICS LES PLUS FRÉQUENTS CHEZ LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE - COMPARAISON 2000/2010 (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



Deux pathologies chroniques prédominent largement le tableau des diagnostics médicaux recueillis lors de la procédure d'évaluation de la dépendance. Il s'agit d'une part de la maladie démentielle, à des stades évolutifs différents allant de troubles cognitifs légers (R41) à un tableau démentiel plus sévère (F03), et d'autre part de la maladie arthrosique et de ses répercussions fonctionnelles (M15 et R26).

Six diagnostics sur dix concernent le domaine neuropsychiatrique et l'on peut observer la prévalence importante de la maladie de Parkinson.

D'autres pathologies ayant un taux de prévalence élevé en gériatrie ne sont pas retrouvées dans ce top-ten. Il s'agit en l'occurrence de la cardiopathie ischémique, du diabète, de l'insuffisance cardiaque ou de la broncho-pneumopathie chronique obstructive. Ceci s'explique probablement par le fait que seuls les deux premiers codes diagnostiques ont été extraits du fichier pour la présentation du présent graphique.

La personne âgée présente souvent plusieurs pathologies chroniques simultanément et on sait que la prévalence de cette polypathologie ou polymorbidité augmente avec l'âge. Maladies chroniques et facteurs de risque associés sont, pour de multiples raisons, producteurs de dépendance fonctionnelle, à des degrés très divers.

Le thème de la polymorbidité n'est pas développé dans ce bilan. Or en matière de santé publique ce phénomène mérite une réflexion de fond. Les maladies chroniques sont et resteront très probablement les principales causes de la dépendance chez les personnes âgées. En conséquence, le développement de programmes de promotion de la santé et de prévention primaire, secondaire et tertiaire s'impose de toute urgence.

SECTION 3 LES MALADIES DÉMENTIELLES DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La troisième section de ce chapitre sera consacrée aux maladies démentielles.

Les statistiques publiées dans le cadre des rapports sur l'assurance dépendance ont toujours présenté des chiffres très inférieurs à ceux donnés dans les statistiques internationales pour les démences et autres troubles des fonctions cognitives. Certains en venaient alors à avancer l'hypothèse que la définition de la dépendance ou l'évaluation excluait les personnes présentant des troubles cognitifs.

Il est vrai que population dépendante et population générale ne coïncident pas et toutes les personnes démentes, notamment lorsque la maladie se trouve à un stade peu développé, ne sont pas dépendantes pour les actes essentiels de la vie et ne figurent pas dans les statistiques de l'assurance dépendance.

Cette explication est toutefois insuffisante.

Une autre explication doit être cherchée dans le mode d'analyse des causes de la dépendance. Jusqu'à présent, les analyses des diagnostics se sont limitées à une analyse du premier diagnostic retenu, présenté comme cause principale de la dépendance, à savoir le diagnostic que le médecin-conseil a estimé le plus pesant pour inférer la dépendance de la personne. Les statistiques ainsi présentées ne rendent en conséquence pas compte de la prévalence des pathologies dans la population dépendante.

Pour cette section, on s'est reporté sur le même type d'approche que dans la section précédente : **dans les chiffres suivants, on retrouve tous les bénéficiaires de l'assurance dépendance pour qui un diagnostic de démence a été retenu quel que soit le rang où il a été retenu**⁷. En procédant ainsi, on peut estimer de manière beaucoup plus exacte, la présence des maladies démentielles dans la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance.

3.1 LA DÉMENCE DANS LE CONTEXTE EUROPÉEN⁸

La démence se définit comme une régression des facultés intellectuelles. Son développement est généralement lent. Elle affecte la mémoire, la réflexion et le jugement et peut détériorer la personnalité. Elle touche principalement (mais pas exclusivement) les personnes âgées de plus de soixante ans. Elle est une cause importante d'invalidité chez les personnes âgées.

Le type de démence le plus courant dans l'Union européenne est **la maladie d'ALZHEIMER**. Elle représente 50 à 70% des cas.

L'estimation de prévalence la plus souvent avancée pour la maladie d'ALZHEIMER est **de 0,5% avant 65 ans et de 2 à 4% après 65 ans. Cette prévalence augmente fortement avec l'âge, pour atteindre 15% à 80 ans**. Il s'agit donc d'un enjeu médical, scientifique, social et économique majeur dans tous les pays développés, où l'espérance de vie s'est accrue régulièrement depuis un siècle.

Les femmes sont plus touchées que les hommes. Le risque relatif s'établit entre 1,5 et deux cas chez les femmes pour un cas chez les hommes.

La maladie d'Alzheimer possède une base génétique. Le risque de la contracter est en effet multiplié par trois si un apparenté au premier degré est touché et par sept si deux apparentés ou plus le sont.

Le trouble de la mémoire est le plus constant et le plus précoce des symptômes de la maladie d'Alzheimer.

Les symptômes de déficit mnésique apparaissent en général dès le début de la maladie et peuvent être identifiés par l'entourage du patient, même si une confusion avec d'autres troubles est toujours possible.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est porté par le clinicien **avec une forte probabilité** à partir de tests standardisés permettant de caractériser les déficits mnésiques chez le patient, et il est renforcé par l'imagerie cérébrale et l'observation de l'évolution du patient au fil des consultations.

⁷ On ne peut donc pas comparer les chiffres donnés dans cette section avec d'autres chiffres publiés jusqu'à présent. Pour comparer, il faudrait répéter l'opération sur d'autres maladies, comme par exemple, les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.

⁸ eur-lex.europa.eu COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN ET AU CONSEIL concernant une initiative européenne sur la maladie d'Alzheimer et les autres démences - {SEC(2009) 1040} {SEC(2009) 1041} - Bruxelles, le 22 juillet 2009 - COM(2009) 380 final.

Le diagnostic de **certitude** repose sur l'analyse histologique des lésions cérébrales après le décès du patient : les plaques séniles et les dégénérescences neuro-fibrillaires.

Outre les problèmes de mémoire, la maladie se caractérise par des troubles progressifs du langage (aphasie), de l'écriture (dysorthographe), du mouvement (apraxie), de l'humeur (anxiété, dépression, irritabilité) et du sommeil (insomnie).

Bien qu'elle soit la démence diagnostiquée le plus fréquemment dans l'Union européenne, il semble cependant qu'elle reste sous-diagnostiquée. Les données épidémiologiques disponibles permettent d'avancer l'idée qu'environ la moitié des personnes souffrant de la maladie ne seraient pas reprises au niveau des statistiques.

En termes de prévalence, la démence de type ALZHEIMER est suivie par la démence par infarctus multiples, consécutive à des accidents vasculaires cérébraux successifs. Cette forme de démence représente près de 30% des cas diagnostiqués. On trouve ensuite la démence fronto-temporale, la maladie de PICK, la maladie de BINSWANGER et la démence à corps de LEWY.

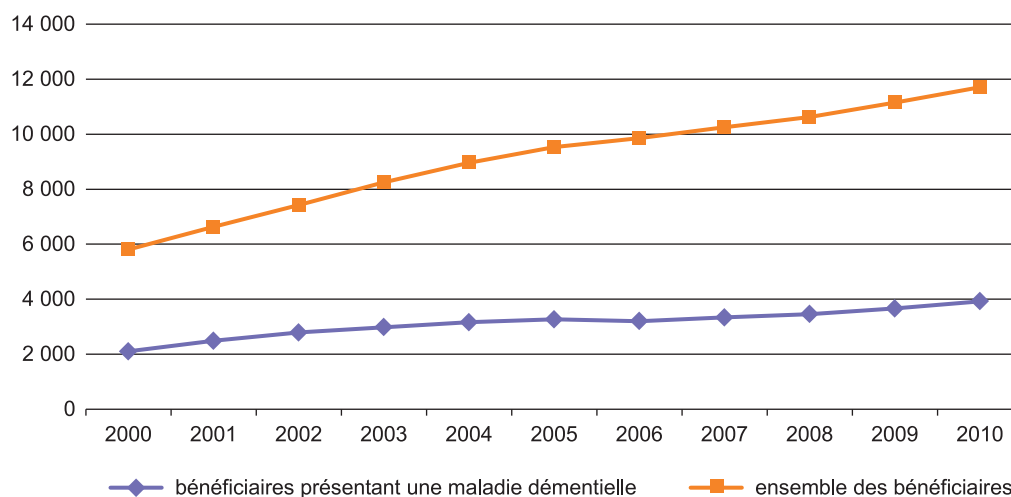
3.2 LA MALADIE DÉMENTIELLE CHEZ LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE AU LUXEMBOURG

3.2.1 DÉFINITION RETENUE

Dans le paragraphe suivant, la maladie démentielle sera définie par les diagnostics suivants :

- R41 : Autres symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience ;
- F00 : Démence de la maladie d'Alzheimer ;
- F01 : Démence vasculaire ;
- F02 : Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs ;
- F03 : Démence, sans précision ;
- G30 : Maladie d'Alzheimer.

GRAPHIQUE 7. - ÉVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PRÉSENTANT UNE MALADIE DÉMENTIELLE - COMPARAISON AVEC L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



En 2000, les bénéficiaires atteints de maladie démentielle représentaient 36,2% de l'ensemble des bénéficiaires. En 2010, ils représentent 33,5% de l'ensemble des bénéficiaires.

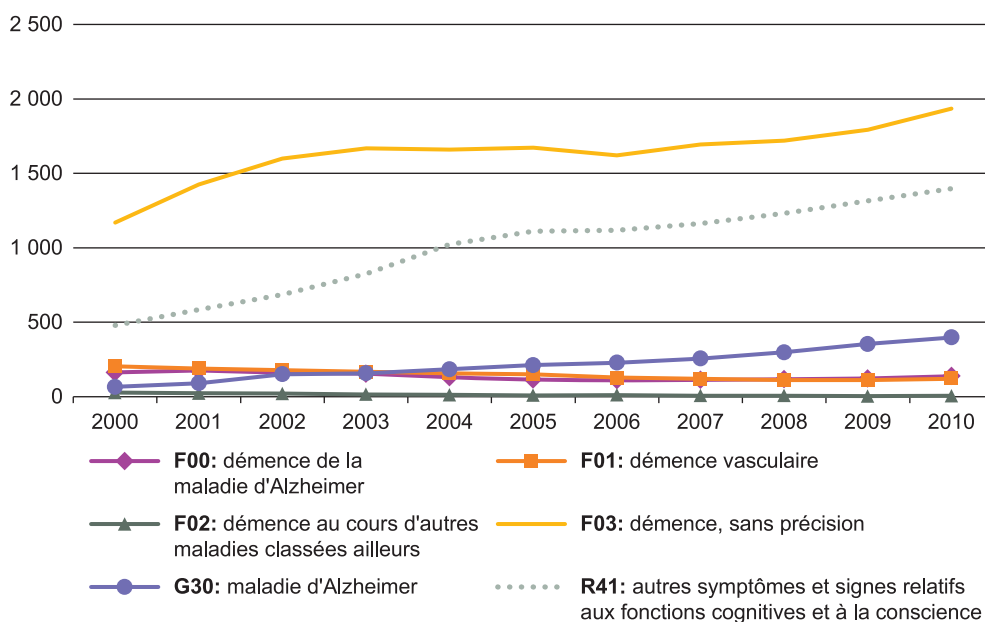
Comme on le voit, ces chiffres sont beaucoup plus élevés que ceux qui sont donnés lorsque l'on se limite à la cause principale de la dépendance.

Toutefois, on doit aussi constater que la population des bénéficiaires atteints de maladie démentielle augmente moins rapidement que la population de l'ensemble des bénéficiaires. Ainsi, entre 2000 et 2010, l'ensemble a augmenté de 101%. La population des bénéficiaires souffrant de démence augmente quant à elle, de 86%. On peut donc conclure que les personnes atteintes de démence ont dès le départ été davantage concernées par l'assurance dépendance que d'autres maladies.

Le graphique qui suit montre l'évolution du nombre de bénéficiaires atteints de maladies démentielles. Les chiffres luxembourgeois montrent une prévalence très élevée de la " *démence non précisée* ".

En 2000, le diagnostic de démence sans précision avait été posé pour 55% des bénéficiaires atteints de maladie démentielle. En 2010, il a été posé pour 48% de ces bénéficiaires⁹. On pourrait dès lors voir une tendance à une plus grande précision dans le diagnostic. Il faut toutefois dire que le Luxembourg n'est en cela guère différent des autres pays de l'Union européenne. Pour la maladie d'Alzheimer, par exemple, on avance l'hypothèse que 50% des malades seraient diagnostiqués de façon imprécise ou erronée.

GRAPHIQUE 8. - ÉVOLUTION 2000-2010 DES DIAGNOSTICS DE MALADIES DÉMENTIELLES



3.2.2 LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES PRÉSENTANT UNE MALADIE DÉMENTIELLE

Entre 2000 et 2010, l'âge moyen des bénéficiaires atteints de démence varie entre 82 et 83 ans. Il était de 82,8 ans en 2000 et de 82,9 en 2010. On rappellera que la moyenne d'âge pour l'ensemble des bénéficiaires correspond à 73,1 ans en 2010. Les bénéficiaires déments se retrouvent dès lors massivement dans les groupes d'âge élevé. On voit ainsi (voir graphique) que dans le groupe des personnes atteintes de maladies démentielles, 79% se retrouvent dans les groupes d'âge au-delà de 80 ans. Par ailleurs, si l'on rapporte à l'ensemble de la population des bénéficiaires, on constate que les bénéficiaires atteints de démence représentent près de 48% des groupes au-delà de 80 ans.

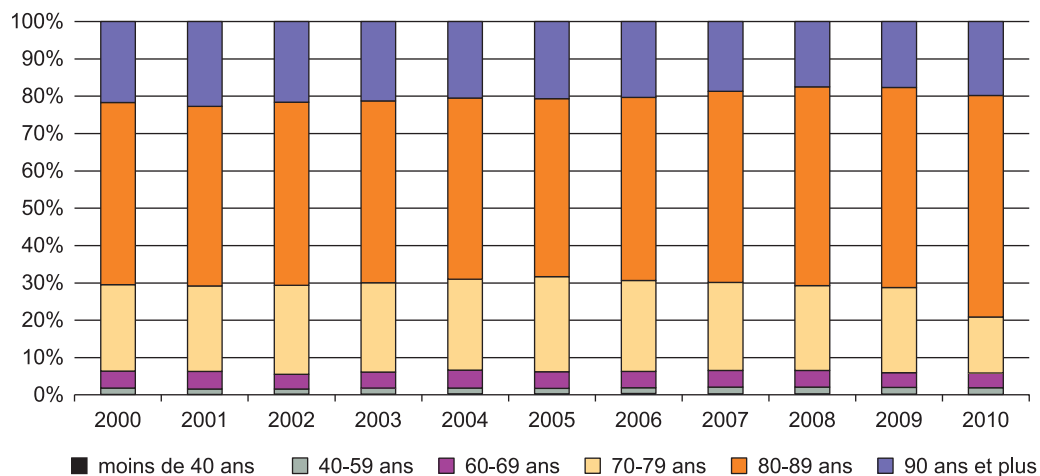
Les femmes sont particulièrement surreprésentées dans la population des personnes démentes. Ainsi, en 2010, elles représentent 72% de l'ensemble des personnes démentes, alors qu'elles représentent 66% de l'ensemble de la population dépendante. Les chiffres de l'assurance dépendance au Luxembourg dépassent également largement ceux repris dans la littérature internationale, à savoir que la prévalence de la démence serait estimée de 1,5 à deux femmes pour un homme. Dans le cas de l'assurance dépendance, nous relevons presque 2,6 femmes pour un homme.

⁹ En ce qui concerne la codification des diagnostics de démence, les médecins-conseil de la CEO réservent les diagnostics F00 et G30 (démence de type ALZHEIMER et Maladie d'ALZHEIMER) aux personnes bénéficiant d'un traitement anti-cholinestérasique ou inhibiteur des récepteurs NMDA spécifique. En raison de cette consigne, qui semble très judicieuse puisque la mise en place de tels traitements nécessite l'accord préalable du contrôle médical, le nombre de diagnostics sans précision est relativement élevé. Mais, les médecins de la CEO s'interrogent régulièrement sur la pertinence de ces prescriptions, notamment parce qu'elles le sont sur une longue durée, alors que leur efficacité pour freiner l'évolution de la maladie se limite à six mois.

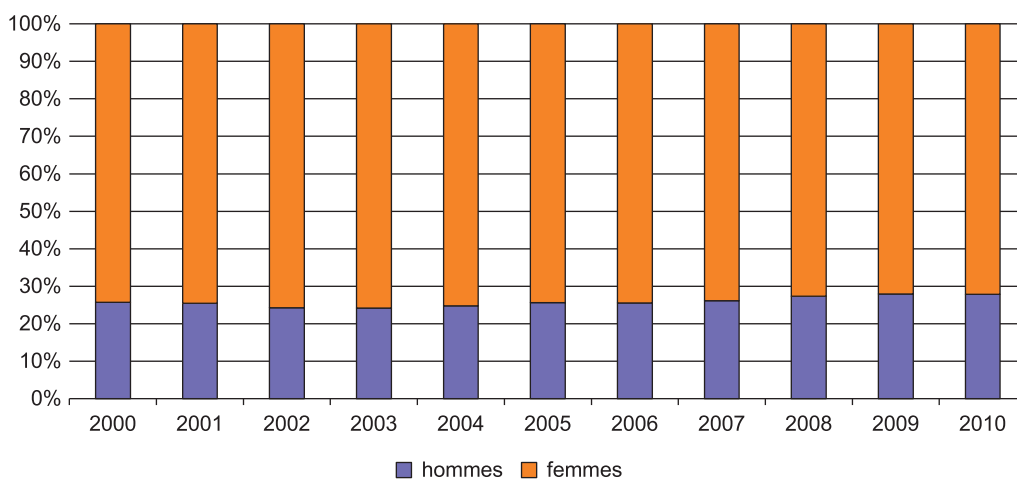
Sur l'ensemble de la période, l'âge moyen des femmes atteintes de démence se révèle toujours plus élevé que celui des hommes. **En 2010, l'âge moyen des femmes atteintes de maladie démentielle s'élève à 83,8 ans. Celui des hommes s'élève à 79,9 ans.**

Pour l'ensemble des bénéficiaires, l'âge moyen des femmes en 2010 s'élève à 76,2 ans et 64 ans pour les hommes.

GRAPHIQUE 9. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PRÉSENTANT UNE MALADIE DÉMENTIELLE PAR GROUPE D'ÂGE



GRAPHIQUE 10. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PRÉSENTANT UNE MALADIE DÉMENTIELLE PAR SEXE



Le graphique suivant montre que la majorité des bénéficiaires atteints de maladie démentielle se trouve en établissement d'aides et de soins.

La tendance à l'hébergement en établissement des personnes atteintes de démence se renforce avec les années.

En 2000, on observait 46% de bénéficiaires à domicile pour 54% en établissement. En 2010, la proportion s'élève à 45% à domicile pour 55% en établissement.

Ce mouvement est lié à une plus grande possibilité d'hébergement en établissement d'aides et de soins mais aussi à une volonté d'héberger prioritairement des personnes démentes.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution du taux d'occupation des lits en établissement d'aides et de soins par les personnes atteintes de maladie démentielle, pour les années 2000 et 2010.

La différence saute aux yeux : le nombre de lits a augmenté de 22%, le nombre de bénéficiaires hébergés a augmenté de 89%. Le taux d'occupation est passé de 27% à 42%.

GRAPHIQUE 11. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PRÉSENTANT UNE MALADIE DÉMENTIELLE PAR LIEU DE SÉJOUR

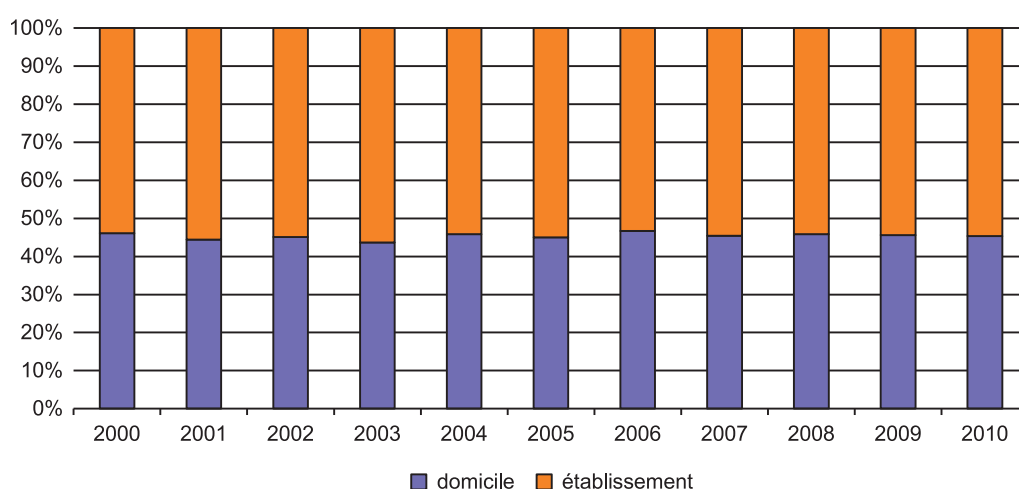


TABLEAU 3. - BÉNÉFICIAIRES ATTEINTS DE DÉMENCE EN ÉTABLISSEMENT D'AIDES ET DE SOINS - TAUX D'OCCUPATION - COMPARAISON 2000/2010

	Nombre de lits	Variation	Nombre de bénéficiaires atteints de démence hébergés en établissement	Variation en %	Taux d'occupation
2000	4 226		1 133		27%
2010	5 154	+22%	2 145	+89%	42%

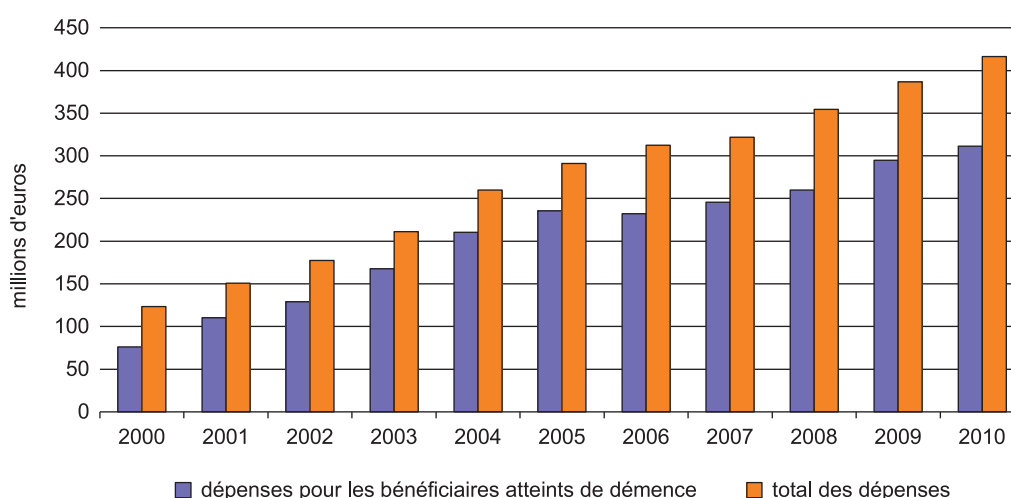
3.2.3 LES DÉPENSES POUR LES BÉNÉFICIAIRES ATTEINTS DE MALADIES DÉMENTIELLES

3.2.3.1 LES BÉNÉFICIAIRES ATTEINTS DE MALADIE DÉMENTIELLE SE PARTAGENT 74% DE L'ENSEMBLE DES DÉPENSES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Les bénéficiaires atteints de maladies démentielles représentent un coût très élevé pour l'assurance dépendance. En 2010, leur coût s'élève à **311,4 millions d'euros**. Les dépenses totales de l'assurance dépendance s'élevaient à **416,4 millions d'euros**. Les dépenses pour les bénéficiaires atteints de maladies démentielles représentent **dès lors 74,2% de l'ensemble des dépenses de l'assurance dépendance**.

Le graphique ci-dessous présente en parallèle, l'évolution des dépenses totales et l'évolution des dépenses pour les bénéficiaires déments.

GRAPHIQUE 12. - COMPARAISON DE L'ÉVOLUTION 2000-2010 DES DÉPENSES POUR LES BÉNÉFICIAIRES ATTEINTS DE MALADIES DÉMENTIELLES ET POUR L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES



L'importance de ce chiffre a de quoi surprendre. En effet, le nombre de personnes concernées représente seulement 33% de l'ensemble des bénéficiaires. On rappellera aussi qu'en termes d'aides et soins **requis**, 30% des bénéficiaires se partageaient 50% des prestations.

Comment expliquer ces chiffres ?

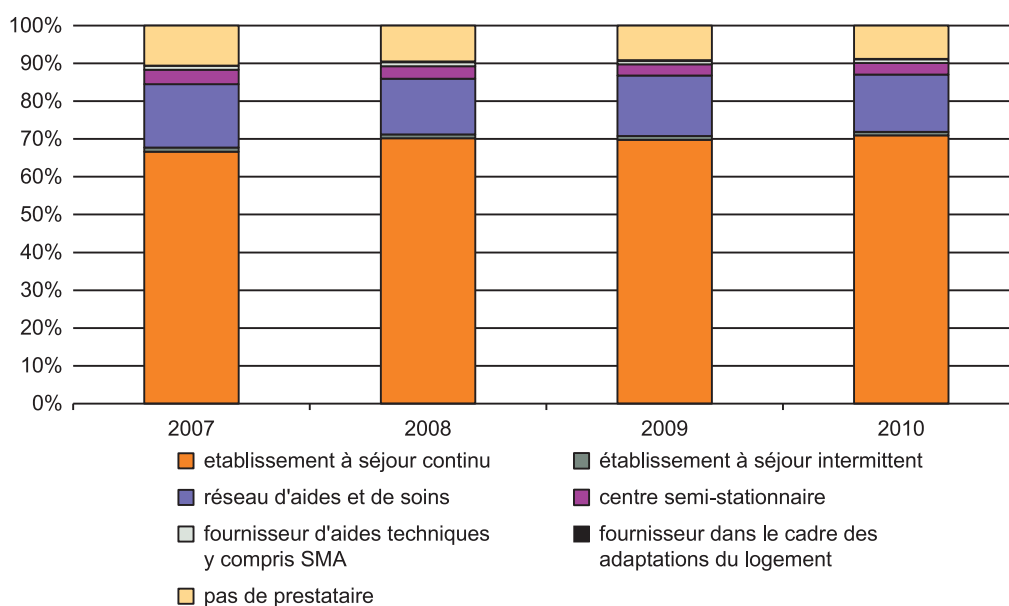
3.2.3.2 LE DÉTAIL DES DÉPENSES

- On rappellera que ces chiffres se rapportent aux bénéficiaires qui, dans l'ensemble de leurs diagnostics, présentent un diagnostic correspondant à une maladie démentielle quel qu'en soit le rang.
- Si l'on regarde le groupe où le diagnostic se trouve au premier rang (cause principale de la dépendance), on relève que les bénéficiaires appartenant à ce groupe se partagent 22,7% des dépenses en 2010, soit 94,7 millions d'euros sur un total de 416,4 millions d'euros). **Ce groupe est au nombre de 2 369 et le coût annuel moyen par bénéficiaire y est de 39 967 euros (109 euros par jour).**
- Lorsqu'on regarde les personnes pour qui un diagnostic de démence a été retenu comme 2^e diagnostic¹⁰, on relève que les bénéficiaires appartenant à ce groupe se partagent 51,3% du total des dépenses de l'assurance dépendance en 2010. **Ce groupe est au nombre de 1 493 et le coût annuel moyen par bénéficiaire y est de 143 091 euros (392 euros par jour).**
- Il est évident que l'on trouve dans ce groupe où la démence est associée à une autre pathologie, les bénéficiaires les plus gravement dépendants.
- La part la plus importante de ces dépenses concerne des bénéficiaires en établissement d'aides et de soins. Cette part augmente continuellement depuis 2007.

¹⁰ Voir paragraphe 1.1. Introduction : le protocole d'évaluation prévoit la possibilité de retenir dix diagnostics différents. Il est question ici du diagnostic que les médecins-conseil ont retenu en deuxième lieu.

- Les études sur les coûts des démences sont rares dans la littérature faute de données précises et complètes. On se réfère beaucoup plus souvent à des estimations. Ainsi, une étude récente du canton du Valais, présentée en septembre 2011, estime " le coût moyen annuel des soins globaux d'une personne atteinte de démence vivant à domicile à 40 870 euros. Ce montant s'élève à 55 916 euros lorsque la personne vit en établissement. " Dans cette étude, " les coûts globaux, directs et indirects comprennent les coûts des consultations médicales, des diagnostics interdisciplinaires, des traitements spécifiques, de l'aide et des soins à domicile, des séjours hospitaliers et en établissement médico-social. " ¹¹

GRAPHIQUE 13. - EVOLUTION 2007-2010 DE LA RÉPARTITION DES DÉPENSES POUR LES BÉNÉFICIAIRES ATTEINTS DE DÉMENCE ENTRE LES DIFFÉRENTS PRESTATAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE



Pour l'année 2010, les dépenses pour les bénéficiaires en établissements à séjour continu représentent 71% de l'ensemble des dépenses pour bénéficiaires atteints de démence. Les dépenses pour les bénéficiaires à domicile représentent 29%, dont plus de la moitié est destinée aux bénéficiaires pris en charge par un réseau d'aides et de soins.

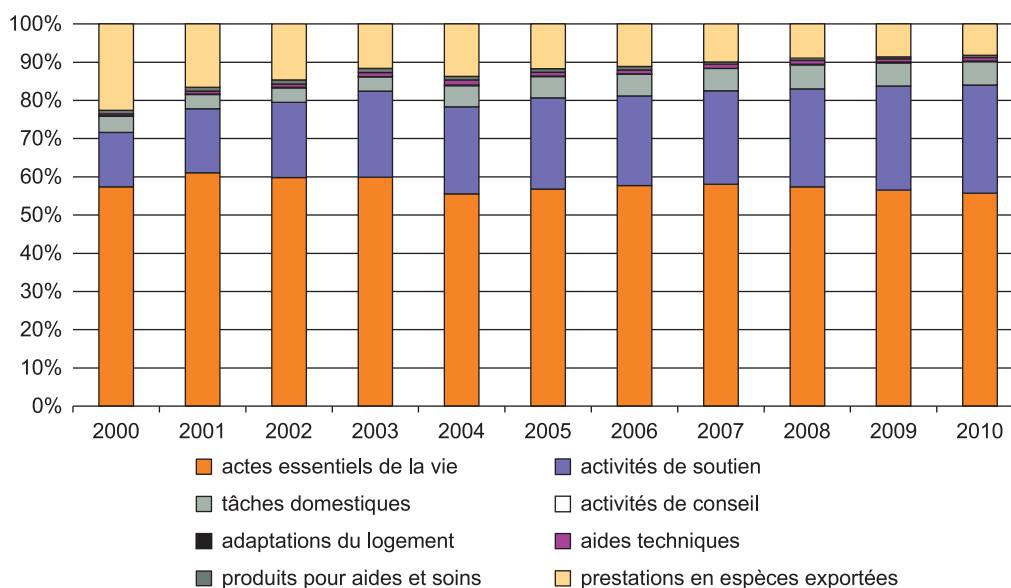
TABLEAU 4. - RÉPARTITION DES DÉPENSES CONSACRÉES AUX BÉNÉFICIAIRES DÉMENTES EN 2010 ENTRE LES DIFFÉRENTS PRESTATAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Type de prestataire	Dépenses de l'année 2010 (millions d'euros)	En % du total
Etablissement à séjour continu	220,9	70,9%
Etablissement à séjour intermittent	3,0	1%
Réseaux	47,2	15,2%
Centres semi-stationnaires	9,7	3,1%
Aides techniques	2,8	0,9%
Adaptations du logement	0,5	0,2%
Pas de prestataire	27,3	8,8%
Total	311,4	100%

La part la plus importante des dépenses est consacrée aux actes essentiels de la vie. En 2010, elle représente 56% de l'ensemble. Cette part a tendance à diminuer si on la compare avec les premières années. En 2001, elle représentait 61%. En revanche, ce sont les activités de soutien qui augmentent avec les années : en 2001, elles représentaient 16,7% de l'ensemble. En 2010 elles représentent 28,3% de l'ensemble.

¹¹ Département des finances, des institutions et de la santé - Service de la santé publique - Canton du Valais : " Les personnes atteintes de pathologies démentielles " ; Etat des lieux en Valais- Recommandations septembre 2011.

GRAPHIQUE 14. - ÉVOLUTION 2000-2010 DE LA RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR GROUPE DE PRESTATION



3.3 EN BREF...

Les causes de la dépendance sont un sujet central dans l'assurance dépendance. Jusqu'à présent, en dehors de quelques rares exceptions, tous les rapports se sont limités à la présentation de la cause principale de la dépendance. Le présent chapitre s'est rallié à cette tradition en présentant la cause principale de la dépendance classée d'après la classification internationale de l'OMS et d'après une classification locale, propre à l'assurance dépendance du Luxembourg.

Toutefois, pour ce bilan on a ajouté à la présentation de la cause principale, un deuxième mode de présentation axé sur les deux premiers diagnostics encodés par les médecins-conseil ainsi qu'une partie consacrée aux maladies démentielles.

Les trois premières causes de dépendance restent au fil des années, les maladies du système ostéo-articulaire, les démences et troubles cognitifs et les maladies du système nerveux. A elles seules, elles concernent 56% des bénéficiaires. Les maladies démentielles et les maladies ostéo-articulaires touchent principalement les bénéficiaires très âgés. Les maladies du système nerveux concernent également des personnes âgées mais la moyenne est nettement inférieure à celle des bénéficiaires présentant une démence ou une maladie ostéo-articulaire.

Le thème de la polymorbidité n'a pas été développé dans ce contexte. Ce thème mériterait néanmoins une réflexion de fond qui dépasse le cadre de ce bilan.

En se concentrant sur l'ensemble des diagnostics, on constate que les maladies démentielles touchent 33% de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance 79% parmi eux se retrouvent dans les classes d'âge de 80 ans et plus. Leur moyenne d'âge est de 82,9 ans en 2010. Il s'agit très majoritairement de femmes. Elles représentent 72% des bénéficiaires atteints de démence. Dans le cadre de l'assurance dépendance du Luxembourg, la prévalence de la démence est de 2,6 femmes pour un homme.

Les bénéficiaires présentant une maladie démentielle se trouvent majoritairement en établissement. En 2010, on y retrouve 55% d'entre eux. On relève aussi que les lits qui ont été ajoutés dans les infrastructures d'hébergement du Luxembourg leur ont été prioritairement destinés. En 2010, le taux d'occupation des lits existants par des personnes démentes est de 42%. Il était de 27% en 2000.

Dans les dépenses de l'assurance dépendance, les bénéficiaires atteints de maladies démentielles se taillent la part du lion. Ces bénéficiaires se partagent 74% de l'ensemble des dépenses de l'assurance dépendance.

Cette part est extrêmement élevée dans le groupe des bénéficiaires pour qui la maladie démentielle s'associe à une autre cause donnée comme cause principale de la dépendance. **Ces bénéficiaires qui représentent 13% de l'ensemble en 2010 se partagent 51,3% des dépenses de l'assurance dépendance. Leur coût moyen pour l'assurance dépendance est de 392 euros par jour.**

71% des dépenses consacrées aux bénéficiaires atteints de maladie démentielle sont destinées aux établissements d'aides et de soins à séjour continu.

La part consacrée aux actes essentiels de la vie est la plus importante. Toutefois, elle diminue au fil du temps. D'autre part, la proportion accordée aux activités de soutien augmente avec les années.

8 ans accomplis

19,5 de l'ensemble

Ecole inclusive
Séjour à domicile

27%

Enfants

Q00-Q99

■ ■ Chapitre 6

**Les personnes
handicapées dans
l'assurance dépendance**



AVANT-PROPOS

Ce chapitre a été rédigé avec le plus profond respect de la personne handicapée ainsi qu'une volonté et un souci sincères de promouvoir une société où chacun peut trouver sa place.

Il n'en reste pas moins que la terminologie utilisée reste maladroite à certains égards. Des termes plus adaptés devront être trouvés pour exprimer la réalité des personnes présentant des besoins particuliers sans les stigmatiser. La construction d'une société inclusive devra passer aussi par la recherche commune d'un vocabulaire précis.

INTRODUCTION

La dépendance des personnes âgées a été le moteur de la réflexion qui a amené à l'introduction de l'assurance dépendance. Pourtant, lors des travaux préparatoires de la loi, il a été constaté *" qu'il serait particulièrement difficile d'envisager la protection en matière de dépendance uniquement en faveur des personnes âgées en dissociant la couverture des personnes handicapées. "*¹.

En effet, il est difficile de défendre l'idée que le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie soit réservé à la population âgée. Il s'agit de toute évidence d'un risque encouru par la population dans son ensemble.

En introduisant l'assurance dépendance, le législateur s'est orienté dans cette direction et a étendu la couverture de l'assurance à toute la population assurée, sans distinction d'âge.

L'extension de l'assurance dépendance aux personnes jeunes et adultes a suscité beaucoup de réticences chez les personnes handicapées, les prestataires et les associations à leur service.

Les prestataires notamment lui opposaient plusieurs arguments :

- *Il est important de promouvoir l'autonomie des personnes handicapées plutôt que de consacrer leur dépendance ;*
- *Les moyens offerts par la sécurité sociale concernent essentiellement des soins et négligent la promotion des aspects socio-pédagogiques ;*
- *Les prestations offertes par l'assurance dépendance ne couvrent pas ces aspects ;*
- *La prise en charge par l'assurance dépendance va " médicaliser " le secteur. Les emplois du secteur sont principalement occupés par des éducateurs. Les aides et soins de l'assurance dépendance devraient être apportés par des aides-soignants, infirmiers, etc. plutôt que par du personnel pédagogique.*

Bref, les personnes handicapées, leurs organisations représentatives et surtout les prestataires reprochaient à l'assurance dépendance de ne pas accorder de place à leurs besoins spécifiques et par conséquent de programmer une réduction des moyens financiers mis à leur disposition.

Avant l'introduction de la loi, le débat entre les différents interlocuteurs se focalisa sur ces aspects, négligeant d'aborder de nombreuses questions pratiques. De la sorte, un certain nombre de dispositions de la loi telle qu'elle se présentait en 1998, se révélèrent inadaptées au secteur des personnes handicapées au moment où elle fut appliquée.

Au fil du temps, les positions se sont assouplies, principalement parce qu'il s'est avéré que les moyens accordés étaient plus élevés qu'escomptés.

Ainsi, certaines modifications ont pu être apportées à la loi sur l'assurance dépendance pour l'adapter aux particularités du secteur des personnes handicapées.

Il est nécessaire de rappeler que l'ensemble de la politique pour les personnes handicapées relève du Ministère de la Famille et de l'Intégration. L'assurance dépendance intervient pour les personnes handicapées dans la mesure où elles sont dépendantes de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

1 Ministère de la sécurité sociale, projet de loi portant introduction d'une assurance dépendance, exposé des motifs, page 4.

Un travail conséquent et des moyens financiers importants ont été investis par le Ministère de la Famille et de l'Intégration pour promouvoir l'ensemble de la politique pour personnes handicapées en tenant compte des limites de l'assurance dépendance. Il est important que le bilan réclamé dans la déclaration gouvernementale tienne compte et mette en évidence les réalisations des dernières années dans le domaine du handicap, dans la mesure où elles ont eu un impact sur l'assurance dépendance.

On citera entre autres l'opérationnalisation du concept d'accompagnement socio-pédagogique et l'élaboration du plan d'action concrétisant pour le Luxembourg, la ratification de la convention de l'Organisation des Nations Unies relative au droit des personnes handicapées.

Après une présentation de l'envergure de l'investissement de l'assurance dépendance pour la population handicapée, ce chapitre abordera aussi les différentes autres mesures consacrées aux personnes handicapées, de manière à situer l'assurance dans l'ensemble du contexte.

Une section sera consacrée à l'enfant, qui occupe une place particulière dans la loi.

Nous essaierons aussi de faire un bref bilan de la mesure de versement des prestations en espèces " ex post ". Cette mesure a été introduite afin de répondre aux besoins des personnes handicapées alternant un séjour en établissement d'aides et soins et un séjour à domicile.

Une dernière partie du chapitre sera consacrée à la population continuant de bénéficier de l'allocation pour personnes gravement handicapées.

SECTION 1 L'ENVIRONNEMENT LÉGAL POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES AU LUXEMBOURG

Malgré les grands efforts de coordination consentis par le Ministère de la Famille et de l'Intégration, l'environnement légal reprenant les droits et devoirs de la personne handicapée reste dispersé.

D'abord, cette dispersion est liée à l'ensemble de la sectorisation de la politique publique et l'on peut se féliciter que chaque département ait le souci de la personne handicapée. Le slogan " *Nëmm mat eis* " prend tout son sens lorsqu'on relève que la plupart des grands secteurs de la politique publique répondent aux besoins spécifiques des personnes présentant un handicap.

Toutefois, cette dispersion pose également un certain nombre de problèmes pour le titulaire de droits mais aussi pour la gestion des droits.

La dispersion rend l'environnement complexe. Elle peut être à l'origine de difficultés, pour le titulaire, d'exercer ses droits mais elle peut aussi être à l'origine de zones de chevauchements et de cumuls de financements. Autant il est important que chacun puisse avoir accès à tous ses droits, autant il est essentiel, notamment pour préserver la motivation à la solidarité que les moyens ne soient pas gaspillés.

1.1 LA LOI MODIFIÉE DU 12 SEPTEMBRE 2003²

Cette loi apparaît comme une loi centrale du dispositif garantissant une place entière à la personne handicapée dans la société. Elle garantit un revenu à la personne handicapée, qu'elle soit ou non capable de travailler.

La loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées définit la qualité de salarié handicapé et définit également le droit au revenu pour personnes gravement handicapées qui ne peuvent pas travailler.

2 La loi de 2003 supprime ou modifie certaines dispositions antérieures.

- **La pension d'orphelin** : les salariés handicapés dans un atelier protégé qui bénéficient d'une rente d'orphelin perdront cette rente et toucheront un salaire en remplacement de cette rente. Depuis 2003, la rente d'orphelin sera versée jusqu'à l'âge de 18 ans avec une prorogation possible jusqu'à 27 ans si l'orphelin est empêché de gagner sa vie par suite de la préparation à sa future profession. Elle n'est plus versée sans limite d'âge.
- **L'indemnité d'insertion** (suivant les dispositions de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti) : étant donné qu'un salarié handicapé employé sur le marché du travail ordinaire touche un salaire correspondant aux dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en vigueur pour son activité, l'indemnité d'insertion n'a plus lieu d'être pour les salariés handicapés et ne sera plus versée à partir de l'entrée en vigueur de la loi de 2003.
- **La pension d'invalidité** est remplacée par le salaire et éventuellement une indemnité de compensation au cas où la personne en question touchait avant l'entrée en vigueur de la loi de 2003, des revenus supérieurs à ceux qu'elle touche depuis l'entrée en vigueur de la loi. Cette indemnité de compensation correspond à la différence de ses revenus avant et après l'entrée en vigueur de la loi.
- **En matière de prestations familiales et d'allocation spéciale supplémentaire**, il y a lieu de distinguer les personnes qui en bénéficiaient avant la loi de 2003 et celles qui en bénéficient après l'entrée en application de la loi de 2003.
 - **Situation de droit transitoire** : le paiement de l'allocation familiale sans limite d'âge et de l'allocation spéciale supplémentaire sans limite d'âge est maintenu à l'égard des personnes qui sont devenues bénéficiaires de ces prestations à la date du 1er juin 2004, date d'entrée en vigueur de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées. Cependant, le paiement de l'allocation familiale sans limite d'âge et de l'allocation spéciale supplémentaire sans limite d'âge est supprimé lorsque la personne handicapée est admise notamment au bénéfice du salaire pour salariés handicapés ou du revenu pour personnes gravement handicapées, ou au revenu minimum garanti.
 - **Après l'entrée en vigueur de la loi du 12 septembre 2003** :
 - ⇒ **allocations familiales**
Le paiement sans limite d'âge des allocations familiales prend fin. Dès lors les allocations familiales sont payées aux personnes handicapées qui en sont devenues bénéficiaires jusqu'à la date de leur 18ème anniversaire. Sous certaines conditions, l'allocation peut être maintenue jusqu'à l'âge de vingt-sept ans accomplis. En outre, le comité-directeur peut, à titre exceptionnel et individuel, relever la limite d'âge jusqu'à concurrence de trois années au plus. Au-delà, ces personnes toucheront soit un salaire, si elles sont en mesure de travailler, soit le revenu pour personnes gravement handicapées.
 - ⇒ **allocation spéciale supplémentaire**
L'allocation spéciale supplémentaire est continuée jusqu'à la date du 27ème anniversaire de la personne handicapée qui en est bénéficiaire. Au cas où la personne en question touche des revenus qui sont de nature à assurer sa subsistance tels notamment le revenu pour personnes gravement handicapées ou bien le salaire pour salariés handicapés, elle n'aura plus droit à l'allocation spéciale supplémentaire.

1.1.1 LE SALARIÉ HANDICAPÉ

- Définition

La qualité de salarié handicapé peut être reconnue à toute personne qui présente une diminution de sa capacité de travail de 30% au moins, survenue par suite d'un accident de travail, d'événements de guerre ou d'une déficience physique, mentale, sensorielle ou psychique et/ou en raison de difficultés psychosociales aggravant la déficience et qui est reconnue apte à exercer un emploi salarié sur le marché du travail ordinaire ou dans un atelier protégé.

- Procédure d'attribution du statut de salarié handicapé

Une Commission médicale décide si la personne a droit à la qualité de salarié handicapé.

Cette Commission médicale est également compétente pour décider que la personne handicapée n'est pas en mesure de travailler et qu'elle est dès lors en droit de prétendre au revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH).

Ensuite, la Commission d'orientation et de reclassement professionnel est compétente pour l'orientation du salarié handicapé, soit vers le marché du travail ordinaire, soit vers le marché du travail protégé.

Si la personne est orientée vers l'atelier protégé, son salaire est au moins égal au taux horaire du salaire social minimum.

Si la personne est orientée vers le marché du travail ordinaire, son salaire ne pourra être inférieur à celui des autres salariés.

1.1.2 LES PERSONNES HANDICAPÉES QUI NE PEUVENT PAS TRAVAILLER

Les personnes présentant un handicap grave, empêchant toute possibilité de travail, peuvent prétendre au revenu pour personnes gravement handicapées.

De même, peut bénéficier du RPGH, la personne qui est reconnue "salarié handicapé" et qui n'a pas accès à un emploi salarié pour des raisons indépendantes de sa volonté et dont le revenu est inférieur à celui du revenu pour personnes gravement handicapées.

1.1.3 REVENU POUR PERSONNES HANDICAPÉES ET ASSURANCE DÉPENDANCE

Le salaire d'un salarié handicapé et le RPGH sont des revenus. L'assurance dépendance verse par contre des prestations destinées à couvrir le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

En conséquence les prestations de l'assurance dépendance peuvent être cumulées avec le salaire d'un salarié handicapé et aussi avec le revenu pour personnes gravement handicapées. Elles ne sont pas dues en cas de concours avec des prestations **de même nature** dues par l'assurance accident ou l'assurance maladie.

1.2 LA PARTICIPATION DE L'ÉTAT AU PRIX DE PENSION ET L'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-PÉDAGOGIQUE

Les personnes hébergées dans un établissement à séjour intermittent et ne disposant pas de revenu suffisant pour payer le prix de pension (2 055 euros en 2011) peuvent être soutenues par un complément individuel payé par le Ministère de la Famille et de l'Intégration (à l'instar de l'accueil gérontologique chez les personnes âgées). Toutefois, il n'y a pas de récupération par le FNS.

L'accompagnement socio-pédagogique est une participation de l'Etat versée aux établissements et destinée à couvrir les aspects sociaux et pédagogiques de la prise en charge d'une personne handicapée. Elle est versée en supplément des éventuelles prestations de soutien de l'assurance dépendance, dont l'objectif est restreint aux actes essentiels de la vie. Conçus sur base d'une évaluation structurée des besoins en encadrement des personnes handicapées et d'une analyse des frais encourus par les différents gestionnaires, **les journaliers** couvrent l'ensemble des frais de fonctionnement et de personnel liés à l'accueil d'une personne en structure d'hébergement ou en structure d'activités de jour, à l'exclusion des coûts liés à l'assurance dépendance.

Au niveau de la Cellule d'évaluation et d'orientation, la question reste ouverte sur ce qui relève de l'assurance dépendance et ce qui relève de l'accompagnement socio-pédagogique. Des prestataires aussi contestent des plans de prise en charge où les activités de soutien apparaissent insuffisantes. A la lecture de la définition de l'accompagnement socio-pédagogique, il semblerait que ce soit, en fait, une fausse question. Il appartient à la CEO de déterminer les activités de soutien en fonction des objectifs et des définitions retenues dans le cadre de l'assurance dépendance. Les frais complémentaires sont pris en charge par le Ministère de tutelle, c'est-à-dire le Ministère de la Famille et de l'Intégration

1.3 LA COMPLEXITÉ DU CADRE LÉGISLATIF

Au cadre législatif qui vient d'être présenté, il y a lieu d'ajouter un certain nombre d'autres dispositions légales qui concernent des domaines aussi divers que l'éducation, l'intégration, l'accessibilité, le transport et la mobilité³.

Cette abondance de législations amène une certaine opacité dans le champ du droit : certaines carences législatives sont masquées et d'autres conduisent à des cumuls involontaires. Dans l'ensemble, la sectorisation et l'éparpillement amènent la désorientation chez le citoyen.

Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, certains constats ont été faits.⁴

- Certaines législations se chevauchent partiellement et il est parfois difficile de définir de quelle législation relève le droit de la personne. De même, il arrive que la personne soit renvoyée d'une administration à une autre, sous prétexte que la question relève d'une autre législation ;
- Le parcours de vie d'une personne handicapée reste, trop souvent encore, lié au hasard :
 - selon qu'elle détient une bonne ou moins bonne information, son destin peut être différent ;
 - de même, son cheminement dépend de l'encadrement que la personne a reçu ou même de l'endroit du pays où elle vit.

Le contexte de la vie professionnelle de l'adulte handicapé fournit des illustrations de ce propos.

- Lors des évaluations, les évaluateurs rencontrent régulièrement des bénéficiaires de l'assurance dépendance qui pourraient être intégrés dans le monde du travail et qui ne le sont pas. Il s'avère que ces personnes ignorent souvent que cela est possible ou dans d'autres cas, les possibilités d'accéder à un travail adapté sont limitées en raison des distances trop importantes.
- Pour les bénéficiaires dépendants employés dans un atelier protégé, le plan de prise en charge établi n'est pas exécuté par un prestataire de l'assurance dépendance mais par le personnel de l'atelier protégé. Le droit aux prestations du plan de prise en charge n'est pas annulé pour autant. Les prestations pourraient même être facturées par le réseau d'aides et de soins, sans avoir été prestées par celui-ci, mais le plus souvent, elles sont converties en espèces. Ceci explique que beaucoup de gens ne font pas de relation entre les prestations en espèces et les aides et soins accordés en fonction du plan de prise en charge. Par ailleurs, il s'agit de prestations qui sont alors payées deux fois : par le Ministère du travail et de l'emploi et par la Sécurité sociale.

3 On citera entre autres :

- la loi modifiée du 10 août 1912 concernant l'organisation de l'enseignement primaire.
- la loi modifiée du 14 mars 1973 portant création d'instituts et de services d'éducation différenciée.
- la loi du 28 juin 1994 modifiant la loi modifiée du 10 août 1912 concernant l'organisation de l'enseignement primaire et la loi modifiée du 14 mars 1973 portant création d'instituts et de services d'éducation différenciée.
- la loi du 16 août 1968 portant création d'un centre de logopédie et de services audiométrique et orthophonique.
- la loi du 29 mars 2001 portant sur l'accessibilité des lieux ouverts au public.
- la loi du 28 novembre 2006 portant 1. transposition de la directive 2000/43/CE du Conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique ; 2. transposition de la directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail ; 3. modification du Code du travail et portant introduction dans le Livre II d'un nouveau titre V relatif à l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail ; 4. modification des articles 454 et 455 du Code pénal ; 5. modification de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.
- le RGD du 23 avril 2004 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées et portant exécution de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.
- la loi du 25 janvier 2006 modifiant la loi du 29 juin 2004 sur les transports publics, notamment l'article 6.

4 Ce paragraphe reprend un certain nombre d'aspects dont il fut question lors de la journée de l'assurance dépendance en 2007. Le compte-rendu intégral des exposés et des débats peut être retrouvé dans le Bulletin luxembourgeois des questions sociales, volume 24, journée nationale de l'assurance dépendance - 17 octobre 2007, EWEN P., KOLB, P. Dépendance et handicap, p.105-131, Luxembourg, 2008.

L'intégration de l'enfant dans la vie scolaire fournit aussi d'autres illustrations concernant des doubles emplois. Il en sera question dans la section consacrée à l'enfant.

La continuité des soins, prônée comme principe directeur de l'assurance dépendance, n'est pas garantie dans le domaine du handicap.

La Cellule d'évaluation et d'orientation a proposé quelques pistes d'amélioration auxquelles il y aura de prêter attention lors de la réforme de la loi sur l'assurance dépendance.

- L'orientation de la personne handicapée doit davantage être organisée de façon centrale, systématique et homogène, de sorte que chacun puisse avoir les mêmes droits ;
- La centralisation de l'information doit encore être développée davantage et l'acteur de cette centralisation doit être amené à se faire connaître par le public ;
- Une coordination systématique entre les différents intervenants (services de l'Etat, des communes et services conventionnés) doit être promue.

1.4 LE PLAN D'ACTION DES NATIONS-UNIES POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES⁵

En 2007, le Luxembourg a signé la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Par la loi du 28 juillet 2011, le Luxembourg a approuvé cette convention et son protocole additionnel et s'oblige donc à respecter les dispositions de la Convention et à les faire appliquer.

Le Ministère de la Famille et de l'Intégration, en sa qualité de coordinateur des politiques pour les personnes handicapées, s'est engagé à élaborer un plan d'action afin de concrétiser le contenu de cette convention dans le contexte luxembourgeois. Ce plan d'action a été défini avec l'apport de nombreux acteurs de la société luxembourgeoise.

Les mesures prévues dans ce plan d'action sont riches de promesses. Certaines mesures portent déjà sur les problématiques évoquées ci-dessus.

En tant qu'organe de financement des soins de longue durée, l'assurance dépendance est concernée par bon nombre de points de ce plan d'action. Certains d'entre eux répondent déjà aux attentes énoncées ci-dessus. Pour d'autres, elle pourrait être un partenaire utile pour leur concrétisation.

Ainsi, les mesures définies pour l'inclusion dans le monde du travail n'ont pas manqué de retenir l'attention. Parmi elles, certaines rencontrent les préoccupations des professionnels de la CEO.

On citera par exemple **la création d'un guichet unique aux fins d'informer** les demandeurs d'emploi handicapés.

Les différentes mesures définies en matière de **pédagogie intégrative** se révèlent intéressantes pour l'assurance dépendance. On peut cependant regretter que ces mesures n'abordent pas certains problèmes rencontrés par les enfants à besoins spéciaux, dépendants de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

Pour les mesures en matière de transport, on peut relever la mesure 4 qui porte sur **l'optimisation du système de transport vers les écoles et les ateliers**. Sur ce point, la Cellule d'évaluation et d'orientation a pu relever que certains enfants rencontraient des difficultés.

La mesure visant à étendre le champ d'application de la loi du 29 mars 2001 relative à **l'accessibilité des bâtiments publics** n'a pas manqué d'interpeller la CEO. A l'une ou l'autre occasion, elle a été sollicitée pour la mise à disposition d'aides techniques pour des jeunes handicapés fréquentant des internats scolaires dont l'architecture n'était pas adaptée à leurs besoins.

Dans le contexte des adaptations du logement réalisés à charge de l'assurance dépendance, la CEO n'a pas manqué de relever l'intérêt des mesures 2, 3 et 4 visant la construction de logements accessibles à tous. Bon nombre d'adaptations du logement réalisées à charge de l'assurance dépendance pourraient être évitées par une conception inclusive de la construction des nouveaux logements.

Les mesures concernant **la capacité juridique**, notamment la réforme du droit de tutelle, la formation de curateurs, l'introduction du mandat de protection future sont autant de points qui ont souvent été souhaités par la Cellule d'évaluation et d'orientation à l'occasion de l'exercice de ses missions.

Dans cet ensemble de mesures, un seul point cependant est cité comme relevant de la compétence du Ministère de la Sécurité sociale et plus précisément de l'assurance dépendance. Il s'agit de " *la renégociation des critères d'obtention des forfaits proposés par l'assurance dépendance*". Il serait intéressant d'avoir davantage d'information sur l'objet précis de cette mesure, si l'on veut en tenir compte dans le cadre d'une réforme législative future.

5 Plan d'action de mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) du Gouvernement luxembourgeois.

SECTION 2 LES PERSONNES HANDICAPÉES DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Lorsqu'on parle de handicap dans l'assurance dépendance, on fait intuitivement référence à un groupe de personnes, sans pour autant se donner la peine de réfléchir à une définition. Ceci est d'ailleurs également vrai lorsqu'il est question de la personne âgée. Dans les différents textes de l'assurance dépendance qui y font référence, on a toujours situé la limite à soixante ans.

La question de la définition se pose également pour ce bilan. Pourtant, dans l'assurance dépendance, à l'exclusion des enfants, elle n'a qu'un sens limité car ce qui fait l'objet de la loi est le besoin d'aide d'une tierce personne liée à une cause médicale.

La question se pose néanmoins en raison de la spécificité des problématiques que rencontrent l'un et l'autre groupe. Comme on vient de le voir précédemment, les spécificités liées au handicap ont amené de nombreuses dispositions légales mais aussi un environnement organisationnel et structurel adapté.

Bien que relevant de la compétence d'un même ministère, la politique pour personnes handicapées et la politique pour personnes âgées sont deux secteurs différents avec des philosophies et des objectifs différents.

On ne le rappellera jamais assez : l'assurance dépendance est ainsi construite qu'elle ne peut ignorer cet environnement. Son objet est limité et doit être coordonné avec d'autres mesures, principalement l'organisation des prestataires d'aides et de soins.

2.1 LES PERSONNES HANDICAPÉES DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE

2.1.1 RECENSEMENT

Il n'existe pas de recensement des personnes handicapées et dans un certain sens, il est heureux qu'il en soit ainsi.

Pourtant, cette absence de recensement, si elle a l'avantage d'éviter l'étiquetage et la stigmatisation, présente certains inconvénients. Il est notamment impossible d'estimer le nombre de personnes concernées et d'en tenir compte pour l'élaboration de politiques sociales.

La question de l'estimation du nombre de personnes handicapées a pris une nouvelle importance depuis que le Luxembourg a ratifié la convention des Nations-Unies sur les droits des personnes handicapées. Cette convention dispose, en effet, que les Etats qui ratifient la convention "*s'engagent à recueillir les informations appropriées, y compris des données statistiques et résultats de recherches, qui leur permettent de formuler et d'appliquer les politiques donnant effet à la présente Convention*" (article 31 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées).

Le recensement des personnes handicapées n'est pas une tâche facile.

Certains pays ont établi une estimation du nombre de personnes handicapées et l'on peut constater qu'elle est variable selon les pays. On la situe entre 10 à 15% de la population générale.

Au Luxembourg, on recense habituellement le nombre de personnes handicapées en se rapportant aux fichiers des revenus pour personnes handicapées avec le risque que toutes les personnes handicapées n'y soient pas reprises car il est possible que toutes ne bénéficient pas d'un revenu au Luxembourg.

Dans les fichiers de l'assurance dépendance, on peut tout au plus repérer les personnes handicapées dépendantes. Cela présuppose cependant que le concept de handicap ait été défini car pour recenser un phénomène, il faut en donner une définition.

2.1.2 DÉFINITION DU HANDICAP

Officiellement, la seule définition qui existe au Luxembourg est celle de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées⁶ qui a été présentée dans la section précédente. Cette définition ne peut cependant pas être utilisée dans le contexte de l'assurance dépendance car il n'est pas fait référence au bénéfice de la loi du 12 septembre dans les fichiers de l'assurance. L'intégration de cette information nécessiterait, à l'heure actuelle, un croisement de fichiers, qui s'avère déontologiquement délicat.

On peut citer des définitions qui pourraient constituer des références pour le recensement des personnes handicapées.

- **L'Organisation mondiale de la santé (OMS)** définit le handicap comme "*la difficulté ou l'impossibilité de réaliser des actes élémentaires physiques (se tenir debout, se lever...) ou psychiques (mémoriser)*"⁷. Pour l'OMS, le handicap intègre le dysfonctionnement à un ou plusieurs niveaux : il s'agit d'un terme regroupant la déficience (problèmes dans le fonctionnement et les structures du corps), la limitation d'activité et la restriction de la participation. "
- **L'Organisation mondiale des personnes handicapées**, quant à elle, définit le handicap comme "*la perte ou limitation des possibilités de participer à la vie normale de la collectivité sur une base égalitaire avec les autres en raison d'obstacles physiques et sociaux.* "
- **La loi française du 11 février 2005⁸, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**, dispose que "*constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* "

L'intérêt et la richesse de ces définitions sont évidents mais aucune d'elle n'est facile à opérationnaliser dans le contexte de l'assurance dépendance. Les informations recueillies dans le cadre des évaluations ne sont pas mises dans une forme telle qu'elles permettraient de sélectionner les différents éléments constitutifs de ces définitions.

Dès lors, pour les chiffres présentés dans cette section, l'option a été prise de se rapporter à la définition très pragmatique, utilisée jusqu'ici, à savoir une distinction opérée sur base de l'âge.

Cette distinction, simpliste certes, présente cependant l'avantage de s'adapter à l'environnement structurel, conçu pour la prise en charge des personnes dépendantes.

Pour une comparaison, qui peut se révéler intéressante, il sera également fait référence à la définition retenue lors de la " Journée Dépendance " organisée par la Cellule d'évaluation et d'orientation en 2007. Cette définition ne tient pas compte de l'âge mais se base sur des diagnostics sélectionnés et potentiellement générateurs d'un handicap.

2.2 LE GROUPE DES PERSONNES HANDICAPÉES : DÉFINITION SUR BASE DE L'ÂGE

2.2.1 CARACTÉRISTIQUES DU GROUPE

Dans ce paragraphe, il sera question des bénéficiaires de l'assurance dépendance jusqu'à l'âge de 60 ans.

La population du groupe des bénéficiaires handicapés a plus que doublé entre 2000 et 2010. En 2000, on comptait **1 006 bénéficiaires de moins de soixante ans. Ils sont 2 286 en 2010.** En 2000, ils représentaient **17,3% de l'ensemble des bénéficiaires.** Ils en représentent **19,5% en 2010.**

En termes relatifs, l'augmentation du nombre des bénéficiaires handicapés est plus importante que celle de l'ensemble des bénéficiaires.

6 Pour mémoire : à l'article 391, la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées est citée pour la définition des établissements à séjour intermittent. Ceux-ci s'adressent aux institutions hébergeant de jour et de nuit de façon prépondérante des personnes dépendantes relevant de la loi citée ci-dessus ou bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 4, alinéas 5 et 6 de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la Caisse nationale des prestations familiales.

A l'article 371, la loi est moins précise et dispose que les prestations de l'assurance dépendance ne sont pas dues en cas de concours avec des prestations de même nature dues par l'assurance contre les accidents, la législation sur les dommages de guerre, la législation relative aux personnes handicapées et la législation relative à l'éducation différenciée.

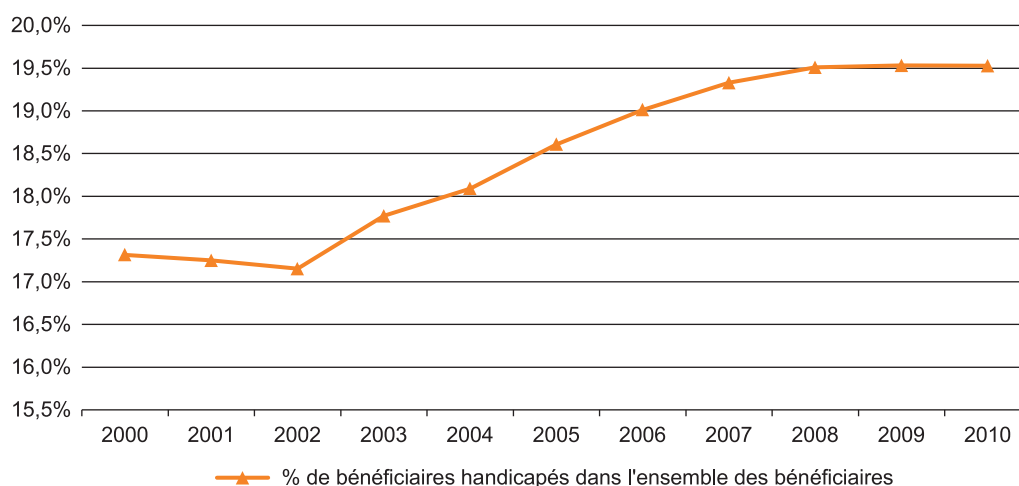
7 <http://dcalin.fr/fichiers/cif.pdf>

8 <http://informations.handicap.fr/decret-loi-fevrier-2005.php>

On constate aussi que durant les premières années, le groupe des bénéficiaires reste proportionnellement à l'ensemble, plutôt stable. L'augmentation se dessine davantage à partir de 2003, pour se stabiliser autour de 19% de l'ensemble à partir de 2008.

Il est probable que ce mouvement soit dû à une progressive acceptation de l'assurance dépendance par les prestataires ainsi qu'à une meilleure connaissance de la loi par le grand public.

GRAPHIQUE 1. - ÉVOLUTION 2000-2010 DE LA PROPORTION (EN %) DE BÉNÉFICIAIRES HANDICAPÉS DANS L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES (DÉFINITION PAR L'ÂGE) (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



Il est intéressant d'observer **les mouvements** dans le groupe concerné. On relève ainsi le nombre considérable d'entrées au cours de l'année 2003, où les prestataires ont été invités par le Ministère de la Famille et de l'Intégration à demander aux personnes fréquentant leurs structures d'introduire une demande auprès de l'assurance dépendance. Le Ministère de la Famille et de l'Intégration souhaitait avoir un état des lieux sur les moyens octroyés par l'assurance dépendance, de façon à y ajuster le montant de sa contribution.

Parmi les sorties, on recense **648 décès**.

Les autres sorties se rapportent à des personnes devenues autonomes. On reviendra sur ce point dans la section consacrée à la dépendance chez les jeunes enfants où ce phénomène est relativement fréquent.

Ces observations permettent de dire, alors qu'on aurait pu s'attendre à une très grande stabilité, que le groupe des bénéficiaires handicapés change lui aussi.

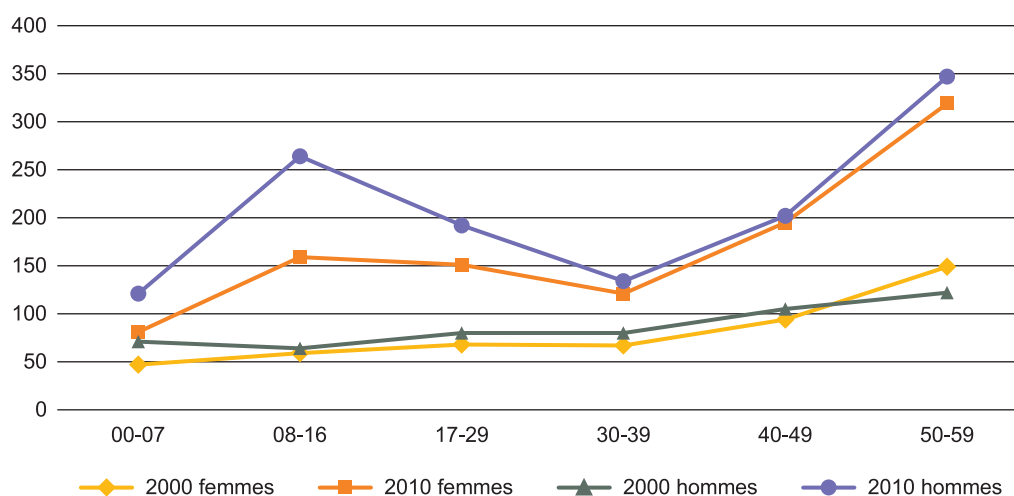
TABEAU 1. - ENTRÉES ET SORTIES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE DU GROUPE DES PERSONNES HANDICAPÉES (DÉFINITION PAR L'ÂGE)

Année	Entrées	Sorties	Total
2000		75	1 106
2001	213	97	1 144
2002	226	87	1 273
2003	280	115	1 466
2004	271	124	1 622
2005	275	138	1 773
2006	239	153	1 874
2007	260	144	1 981
2008	235	153	2 072
2009	260	155	2 179
2010	262		2 286

Lorsqu'on se penche sur **les caractéristiques du groupe des bénéficiaires handicapés**, on relève que **la proportion d'hommes est plus importante que celle des femmes** et que la différence s'accroît avec les années au profit des hommes. Ce phénomène est très inhabituel chez les bénéficiaires de l'assurance dépendance où l'on constate dans l'ensemble, une écrasante majorité de femmes.

Le graphique ci-dessous compare la distribution de 2000 et de 2010 par sexe et par groupe d'âge.

GRAPHIQUE 2. - ÉVOLUTION 2000/2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PAR SEXE ET GROUPE D'ÂGE (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



- En 2000, la proportion des hommes et des femmes étaient à peu près équivalente, sauf dans le groupe des enfants où il y avait plus de garçons que de filles et dans le groupe 50-59 ans où il y avait davantage de femmes que d'hommes ;
- En 2010, le nombre d'hommes dépasse le nombre de femmes dans tous les groupes d'âge ;
- L'écart le plus important se situe dans le groupe de 8 à 16 ans où l'effectif des garçons dépasse de plus de 30% celui des filles.

Une large proportion des bénéficiaires handicapés **séjourne à domicile. En 2000, on enregistrait 11,8% de ces bénéficiaires en établissement. Ils ne sont plus que 2,1% en 2010.**

Cette importante différence est due en grande partie aux modifications légales introduites en 2007 et qui ont donné une plus grande flexibilité aux prestataires du domaine du handicap pour s'adapter à la situation des bénéficiaires handicapés⁹. Il faut cependant ajouter qu'avant 2007, des dispositions administratives avaient déjà été mises en place en ce sens. La diminution des bénéficiaires en établissement se fait ainsi sentir dès 2004.

Il est également important de relever la proportion de personnes non-résidentes dans ce groupe de bénéficiaires.

Alors que les non-résidents représentent, en 2010, **2,8%** de l'ensemble des bénéficiaires, ils représentent **11,6%** du groupe des bénéficiaires handicapés. En 2000, les bénéficiaires non-résidents représentaient 5% du groupe des bénéficiaires handicapés alors qu'ils ne représentaient que **1,3%** de l'ensemble.

Ceci trouve probablement son explication dans les dispositions communautaires réglant la coordination de la sécurité sociale.

En effet, les pensionnés non-résidents sont soumis aux dispositions de la sécurité sociale de leur pays de résidence. Dans le groupe des personnes handicapées, on trouve un certain nombre de co-assurés qui peuvent bénéficier de l'exportation de la prestation en espèces.

⁹ Cf. chapitre sur la législation de l'assurance dépendance et chapitre sur l'évolution des prestataires.

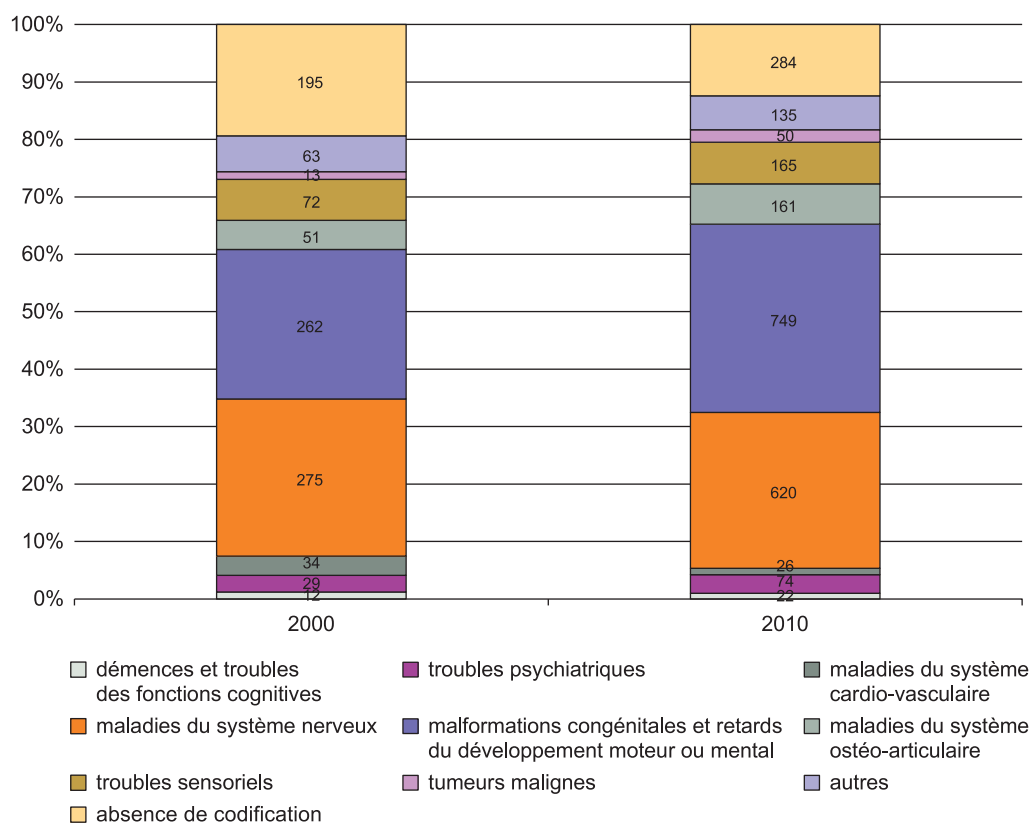
2.2.2 LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE CHEZ LES BÉNÉFICIAIRES HANDICAPÉS (DÉFINITION PAR L'ÂGE)

Dans le groupe des bénéficiaires handicapés, les causes principales de la dépendance se présentent de manière très différente de ce que l'on retrouve dans l'ensemble de la population dépendante.

Que ce soit en 2000 ou en 2010, les deux causes principales sont les malformations congénitales et retards du développement et les maladies du système nerveux. Associées, elles rassemblent 53,4% en 2000 et 59,9% en 2010.

En 2000 cependant, la première cause était constituée par les maladies du système nerveux. En 2010, ce sont les malformations congénitales et les retards du développement moteur ou mental.

GRAPHIQUE 3. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES HANDICAPÉS PAR CAUSE PRINCIPALE DE LA DÉPENDANCE - COMPARAISON 2000/2010 (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



Lorsqu'on regarde le détail des diagnostics pour en repérer les plus fréquents, on remarque un certain nombre de différences entre 2000 et 2010.

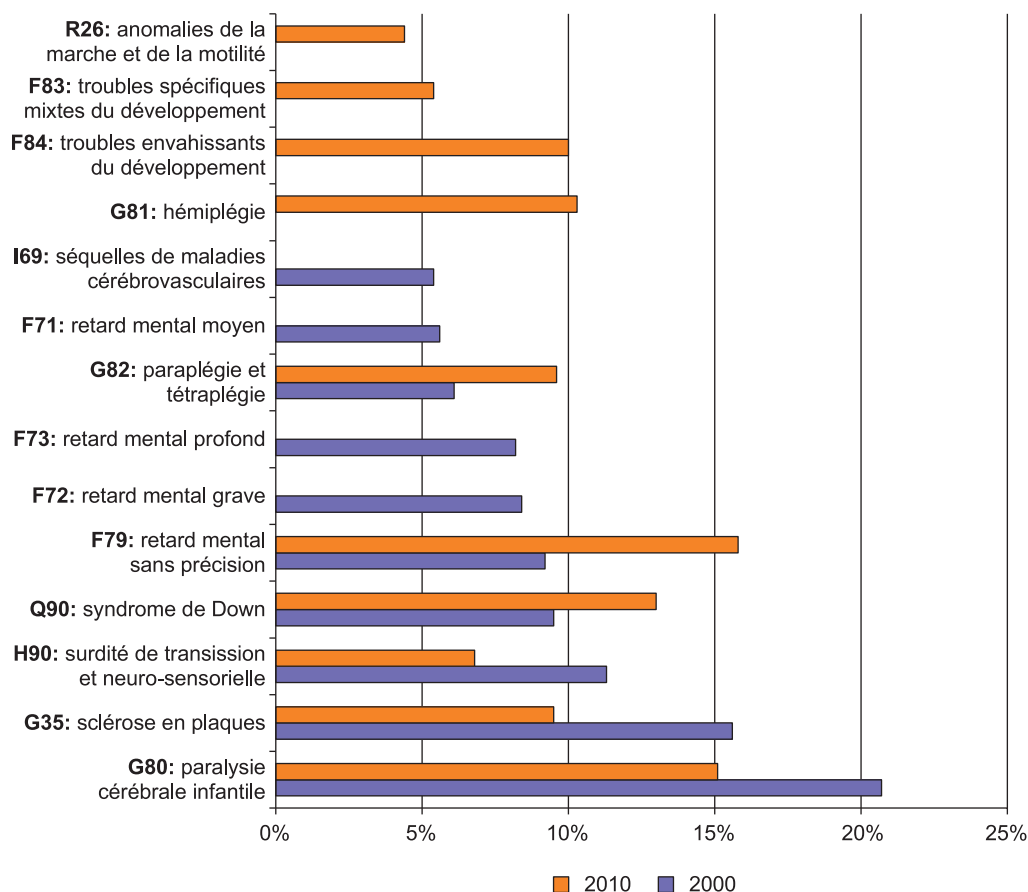
On voit ainsi que des diagnostics présents en 2000 ne le sont plus en 2010, en l'occurrence les maladies cérébro-vasculaires et le retard mental moyen, profond et grave.

En revanche, on trouve en 2010, des diagnostics qui n'y figuraient pas en 2000, en l'occurrence les anomalies de la marche et de la motilité, les troubles spécifiques mixtes du développement, les troubles envahissants du développement et l'hémiplégie.

Cependant, il y a lieu d'attirer l'attention sur les limites de cette comparaison. Les consignes de codage se sont précisées et affinées au cours des années, entraînant vraisemblablement des glissements entre des diagnostics proches.

On relève aussi que la définition du handicap par l'âge amène à l'intégration dans le groupe, de personnes qui ne correspondent pas à l'idée que l'on se fait habituellement du handicap, telles les personnes présentant des tumeurs malignes. Pour un certain nombre de ces personnes, qui ont besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie, les soins à charge de l'assurance dépendance constituent des soins appropriés¹⁰.

GRAPHIQUE 4. - LES DIAGNOSTICS LES PLUS FRÉQUENTS CHEZ LES BÉNÉFICIAIRES HANDICAPÉS - COMPARAISON 2000/2010 (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



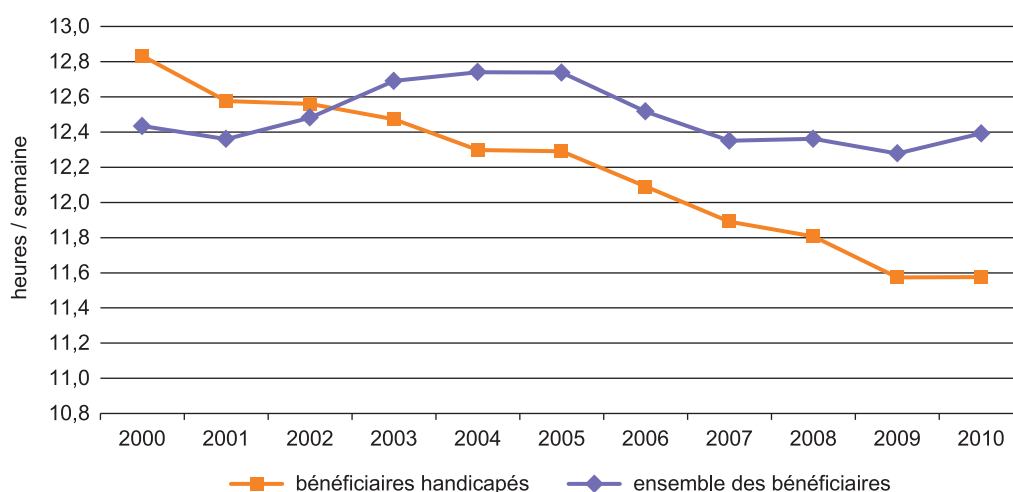
2.2.3 LES PRESTATIONS REQUISES

2.2.3.1 LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE

Comme on l'a d  j dit précédemment, le temps moyen requis pour les actes essentiels est plutôt stable depuis 2000 pour l'ensemble des bénéficiaires. Dans le groupe des personnes handicapées, on constate cependant que le temps moyen requis, alors qu'il était plus élevé que dans l'ensemble en 2000, diminue régulièrement et se révèle inférieur au temps moyen de l'ensemble en 2010 (différence de 49 minutes).

¹⁰ Les soins palliatifs relèvent de l'assurance maladie. Certains soins apportés par les réseaux d'aides à domicile sont portés sur le budget de l'assurance dépendance. Toutefois, l'analyse des dépenses de l'assurance dépendance montre par ailleurs qu'un montant correspondant à des prestations de l'assurance dépendance a été versé au centre d'accueil des personnes en fin de vie. L'assurance dépendance est intervenue pour deux personnes en 2010.

GRAPHIQUE 5. - EVOLUTION 2000-2010 DU TEMPS MOYEN REQUIS POUR LES AEV - COMPARAISON DES BÉNÉFICIAIRES HANDICAPÉS AVEC L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



On sait que le groupe des bénéficiaires handicapés est un groupe très hétérogène. Il comprend une part des bénéficiaires de dispositions particulières dont le requis est fixé règlementairement à six heures d'aides et soins requis.

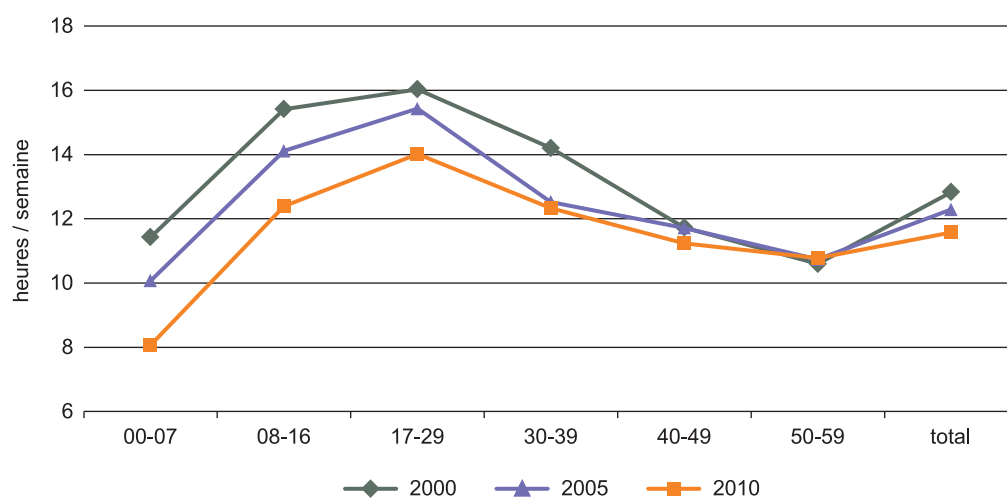
Il est constitué aussi des enfants de moins de 8 ans qui, en raison du modèle de mesure de la dépendance chez l'enfant, ont nécessairement un requis inférieur à celui des adultes.

Cette hétérogénéité ne peut manquer d'influencer le temps requis.

En comparant le temps moyen requis pour les années 2000, 2005 et 2010, par groupe d'âge,

- on relève ainsi que le temps moyen des enfants est très inférieur à celui de tous les autres groupes d'âge. Il est de 8,1 heures en 2010 ;
- le temps moyen le plus élevé est relevé dans le groupe des 17- 29 ans. Il correspond à 14 heures ;
- il est également plutôt élevé dans le groupe des 8-16 ans.

GRAPHIQUE 6. - TEMPS MOYEN REQUIS POUR LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE PAR GROUPE D'ÂGE - COMPARAISON 2000/2005/2010 (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)

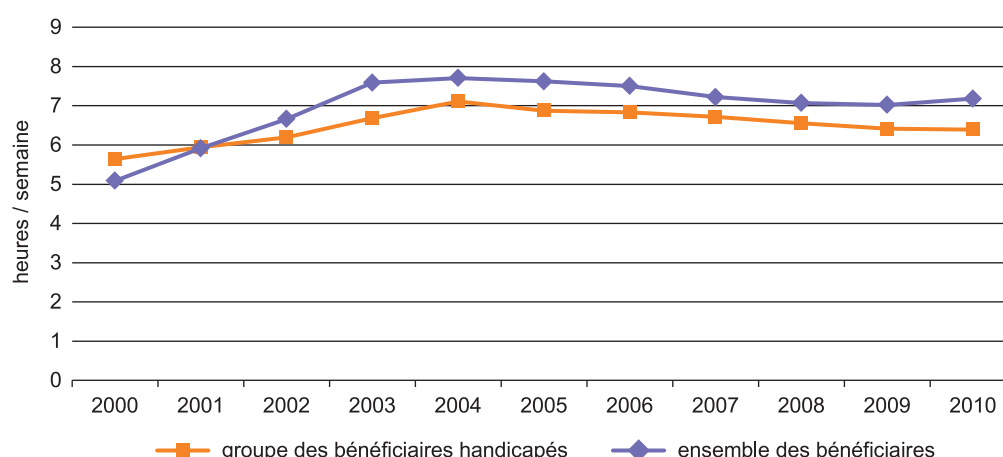


2.2.3.2 LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN

Pour diverses raisons, on pouvait penser que les activités de soutien requises seraient plus élevées pour les bénéficiaires handicapés que pour l'ensemble des bénéficiaires. En effet, les activités de soutien ont pour objectif de maintenir le potentiel d'autonomie pour les actes essentiels de la vie, ce qui apparaît peut-être plus évident dans une population jeune. De plus, elles avaient été massivement contestées durant les premières années¹¹, et leur contenu a été, ensuite longuement réfléchi avec les prestataires du secteur des personnes handicapées, à partir d'une analyse de la situation individuelle de tous les demandeurs. Les activités de soutien pour les bénéficiaires handicapés en ont pris, du moins dans la tradition de la CEO, une importance et une connotation particulières.

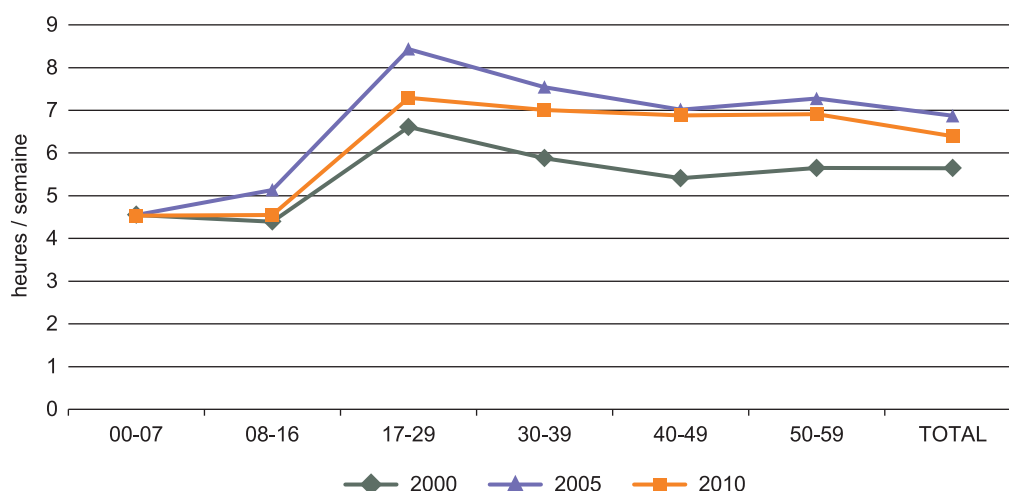
Pourtant les analyses montrent que le temps moyen requis pour les activités de soutien dans le groupe des bénéficiaires handicapés est inférieur au temps moyen requis pour l'ensemble des bénéficiaires sur toute la période sauf en 2000 et 2001. En 2010, l'écart représente 47 minutes. C'est en 2000 qu'il est le moins élevé, autant pour l'ensemble que pour le groupe des bénéficiaires handicapés. Le temps requis a augmenté progressivement jusqu'en 2004 et va en diminuant légèrement depuis lors.

GRAPHIQUE 7. - ÉVOLUTION 2000-2010 DU TEMPS MOYEN REQUIS POUR LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN - COMPARAISON DU GROUPE DES BÉNÉFICIAIRES HANDICAPÉS AVEC L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



11 Après réception des premières décisions, tous les demandeurs de prestations pris en charge par un prestataire du secteur des personnes handicapées ont introduit une opposition à la décision. Chaque opposition a fait l'objet d'un examen entre la CEO et le prestataire concerné de manière à définir pour chaque situation les activités de soutien les plus adaptées. Des lignes de conduite ont été définies à partir de cet exercice et ont été appliquées ensuite par la CEO pour tous les demandeurs handicapés.

GRAPHIQUE 8. - TEMPS MOYEN REQUIS POUR LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PAR GROUPE D'ÂGE - COMPARAISON 2000/2005/2010 (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)

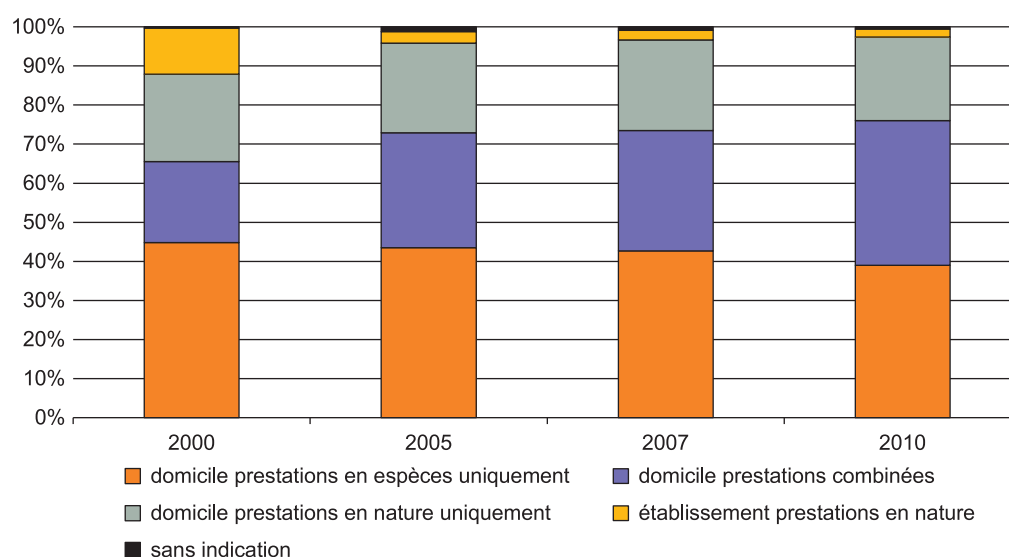


2.2.3.3 L'INTERVENTION DES PRESTATAIRES DANS LE GROUPE DES BÉNÉFICIAIRES HANDICAPÉS

Le graphique suivant montre la répartition des bénéficiaires handicapés selon les différents types de répartition possibles entre prestations en nature et en espèces dans le cadre de l'assurance dépendance.

Les années retenues ont été choisies en fonction de la date des modifications légales intervenues dans le cadre de l'assurance dépendance. La prestation en espèces fixée à un montant indépendant de la valeur monétaire des prestataires a été appliquée à partir du 1er janvier 2006. La nouvelle organisation des prestataires est intervenue au premier janvier 2007.

GRAPHIQUE 9. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES HANDICAPÉS PAR TYPE DE PRESTATION NATURE/ESPÈCES - COMPARAISON 2000/2005/2007/2010 (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



On voit ainsi qu'en 2000, 55% des bénéficiaires handicapés recouraient à l'aide d'un prestataire professionnel.

En 2010, ce taux s'élève à **62%**, restant inférieur à celui observé pour l'ensemble des bénéficiaires où **85%** recourent à l'aide d'un service professionnel. Ceci s'explique notamment par l'hétérogénéité de la composition de ce groupe (dispositions particulières, enfants, présence beaucoup plus importante de bénéficiaires à domicile).

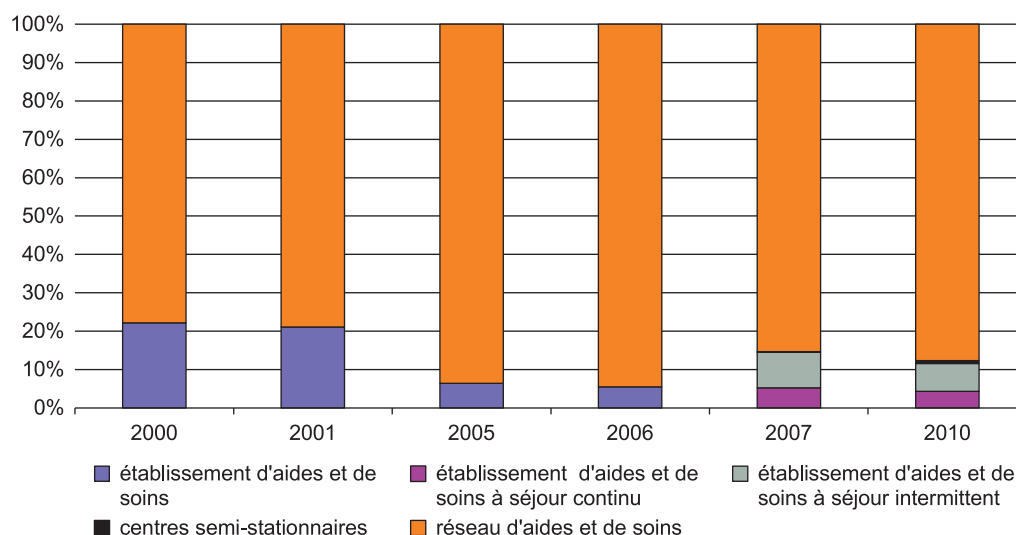
En ce qui concerne les établissements d'aides et de soins, il y a lieu de rappeler qu'en 2000, la majorité des prestataires au service des personnes handicapées, y compris les services d'hébergement, s'étaient constitués en réseau. On ne connaissait à vrai dire qu'un seul établissement d'aides et de soins pour les personnes handicapées.

A partir de 2007, les prestataires ont pu choisir d'autres types de contrats d'aides et de soins et combiner plusieurs contrats. Cette flexibilité introduite dans la loi a permis de donner une image plus réaliste du terrain.

Parmi les prestataires, on retrouve certes les prestataires spécifiques pour les personnes handicapées mais aussi un certain nombre de prestataires " généralistes " (réseaux d'aides et de soins ou établissements à séjour continu).

En 2010, on peut dire que **les services spécifiquement dédiés aux personnes handicapées prennent en charge 80% des bénéficiaires et les réseaux généralistes interviennent pour 20% des bénéficiaires de ce groupe.**

GRAPHIQUE 10. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES HANDICAPÉS PAR TYPE DE PRESTATAIRE - COMPARAISON 2000/2005/2007/2010 (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)

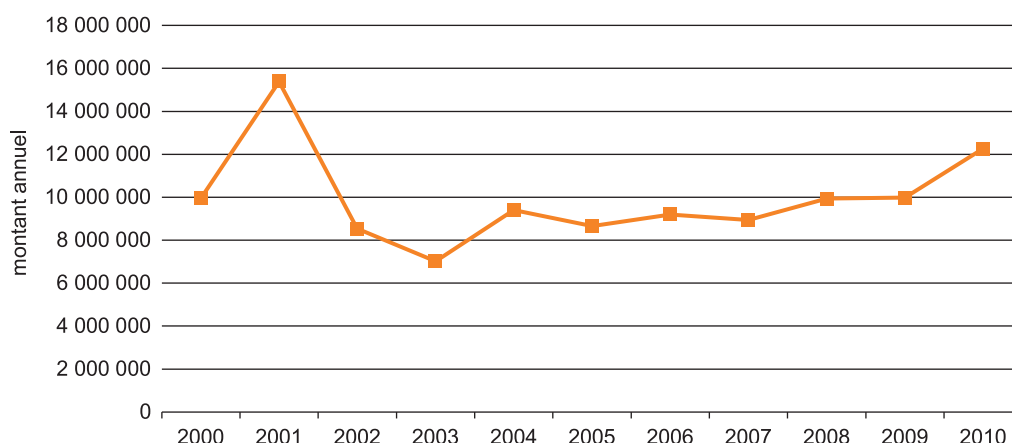


2.2.4 LES DÉPENSES POUR LES BÉNÉFICIAIRES HANDICAPÉS

Alors que l'effectif du groupe en 2010 représente le double de 2000, les dépenses présentent un montant de 23% supérieur à celui de 2000.

On ne peut manquer de relever le pic spectaculaire de l'année 2001. Ce pic est davantage lié aux difficultés de la mise en route de l'assurance dépendance et à des retards dans la liquidation des prestations. Il n'a probablement aucun lien avec des besoins de bénéficiaires qui auraient été plus élevés en 2001.

GRAPHIQUE 11. - EVOLUTION 2000-2010 DES DÉPENSES POUR LES BÉNÉFICIAIRES HANDICAPÉS (EN EUROS)



Le gel de la valeur monétaire de la prestation en espèces constitue probablement l'une des explications possibles pour cette stabilisation des dépenses.

En effet, comme le montre le graphique suivant, les dépenses pour les prestations en espèces constituent une part importante des dépenses dans le groupe des bénéficiaires handicapés. En 2000, cette part représentait 74%. Bien qu'ayant diminué, elle en représente 43% en 2010.

GRAPHIQUE 12. - PART DES PRESTATIONS EN NATURE ET EN ESPÈCES DANS LES DÉPENSES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE POUR LES BÉNÉFICIAIRES HANDICAPÉS - COMPARAISON 2000/2005/2007/2010



La comparaison des dépenses par type des prestations ou par type de prestataire est assez difficile, compte tenu des modifications introduites concernant l'organisation des prestataires.

On relèvera cependant l'augmentation en 2010, des prestations versées à l'étranger. On relèvera aussi la diminution du montant des prestations en espèces lors de la conversion complète d'un plan de prise en charge. Cette diminution s'explique à la fois par la diminution du nombre de bénéficiaires recourant à cette formule et par le gel du montant des prestations en espèces.

TABEAU 2. - RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR TYPE DE PRESTATION (EN EUROS) - COMPARAISON 2000/2005/2007/2010

Type de plan de prise en charge	2000	2005	2007	2010
Domicile prestations en espèces	1 058 773,3	3 063 270,5	2 834 795,9	2 729 684,1
Dispositions particulières	139 824,3	371 850,9	547 077,5	447 727,2
Bénéficiaire à l'étranger	343 496,2	730 321,4	613 659,6	822 135,3
Conversion complète du PPCH	575 452,7	1 961 098,2	1 674 058,8	1 459 821,5
Domicile partage	3 113 784,8	4 816 068,7	5 221 930,1	7 368 644,1
Prestations en nature	1 547 057,2	2 040 557,2	2 243 563,7	3 084 385,8
Prestations en espèces	1 566 727,6	2 775 511,5	2 978 366,4	4 284 258,3
Domicile prestations en nature uniquement	5 743 283,9	697 358,4	804 044,3	2 091 713,9
Etablissement	31 672,3	28 615,6	47 585,6	41 852,0
Prestations en nature	31 672,3	28 615,6	47 585,6	41 852,0
Sans indication	8 323,3	50 775,0	31 131,0	30 361,6
Total	9 955 837,6	8 656 088,2	8 939 486,9	12 262 255,6

TABEAU 3. - MONTANT ANNUEL DES DÉPENSES PAR TYPE DE PRESTATAIRE^{a)} - COMPARAISON 2000/2005/2007/2010

Type de prestataire	2000	2005	2007	2010
Etablissement d'aides et de soins	31 672,29	28 615,59		
Etablissement d'aides et de soins à séjour continu			47 585,56	41 852,01
Réseau d'aides et de soins	7 290 341,12	2 737 915,56	2 990 696,39	5 008 912,85
Etablissement d'aides et de soins à séjour intermittent			56 786,90	119 543,42
Centres semi-stationnaires			124,68	47 643,43
Prestataire non renseigné	8 323,34	50 774,99	31 131,03	30 361,55
Total	7 330 336,75	2 817 306,14	31 26 324,56	5 248 313,26

a) Il s'agit ici des prestataires définis selon l'article 395 du CSS.

Enfin, lorsque l'on regarde l'évolution du coût moyen par bénéficiaire, on peut observer certaines variations qui nécessiteraient des recherches complémentaires :

- L'augmentation de 2004 ne correspond ni à des changements dans les dispositions légales, ni à une augmentation au niveau du requis des actes essentiels de la vie. Cette augmentation pourrait être liée au requis moyen en matière d'activités de soutien plus élevé cette année-là.
- Il en est de même pour le coût moyen de 2010 où l'on avait également constaté une augmentation du requis en matière d'activités de soutien.
- Il faut cependant ajouter que le requis n'équivaut pas le presté et dès lors n'expliquerait que partiellement la variation dans les dépenses.

TABEAU 4. - ÉVOLUTION 2000-2010 DU COÛT MOYEN ANNUEL PAR BÉNÉFICIAIRE HANDICAPÉ

Année	Coût moyen annuel	Nombre de bénéficiaires
2000	9 896	1 006
2001	13 444	1 144
2002	6 704	1 273
2003	4 784	1 466
2004	5 793	1 622
2005	4 882	1 773
2006	4 907	1 874
2007	4 513	1 981
2008	4 797	2 072
2009	4 582	2 179
2010	5 364	2 286

2.3 LE GROUPE DES PERSONNES HANDICAPÉES : DÉFINITION SUR BASE DE LA PATHOLOGIE

Pour la journée de l'assurance dépendance en 2007, la CEO¹² avait sélectionné le groupe des personnes handicapées sur base de certains codes de la classification internationale des diagnostics ICD10.

A des fins de comparaison, une même approche a été tentée pour ce bilan.

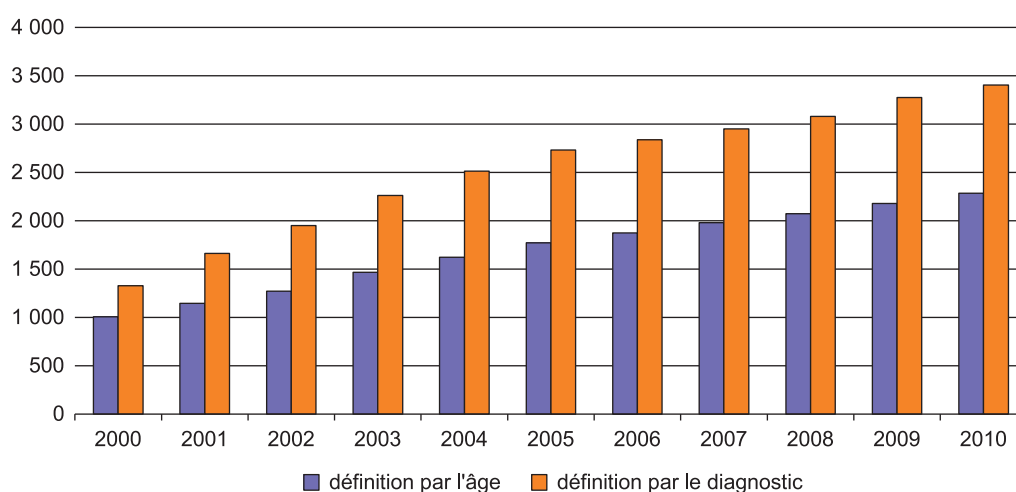
Les diagnostics retenus sont les suivants :

- F70-F79 : retard mental ;
- F82-F89 : troubles spécifiques du développement psychologique ;
- F90-F91 : troubles hyperkinétiques et troubles des conduites ;
- G00-G99 : maladies du système nerveux ;
- Q00-Q07 : malformations congénitales du système nerveux ;
- Q65-Q79 : malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles ;
- Q90-Q99 : anomalies chromosomiques ;
- S00-S99 : lésions traumatiques de la tête ;
- T00-T14 : lésions traumatiques de plusieurs parties du corps ;
- T90-T98 : séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes.

Ce choix permettait d'écarter les pathologies typiques de la gériatrie et de la psycho-gériatrie.

En premier lieu, il y a lieu de dire que l'effectif de ce groupe est nettement plus important que celui du groupe des bénéficiaires définis par rapport à l'âge.

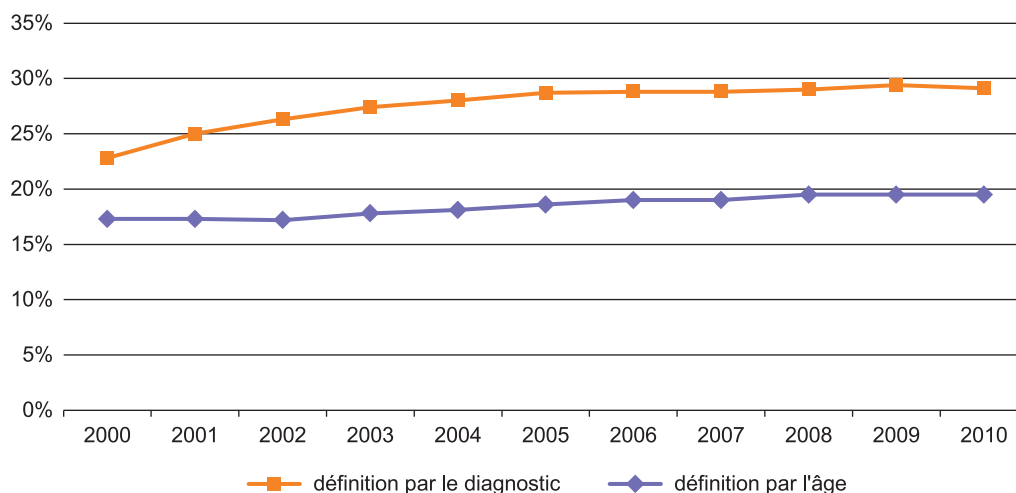
GRAPHIQUE 13.- COMPARAISON DES EFFECTIFS DES DEUX GROUPES - ÉVOLUTION 2000-2010 (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



¹² La session portant sur les personnes handicapées dans l'assurance dépendance avait été présentée par Paul EWEN et Pascale KOLB. Le texte a été publié dans le bulletin luxembourgeois des questions sociales, édité par l'ALOSS. Il s'agit du volume 24 de l'année 2008.

Par ailleurs, comparé à l'ensemble des bénéficiaires, le groupe défini selon la pathologie augmente plus vite, comme on peut le voir dans le graphique ci-dessous.

GRAPHIQUE 14. - PROPORTION DE CHAQUE GROUPE DANS L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES - ÉVOLUTION 2000-2010 (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



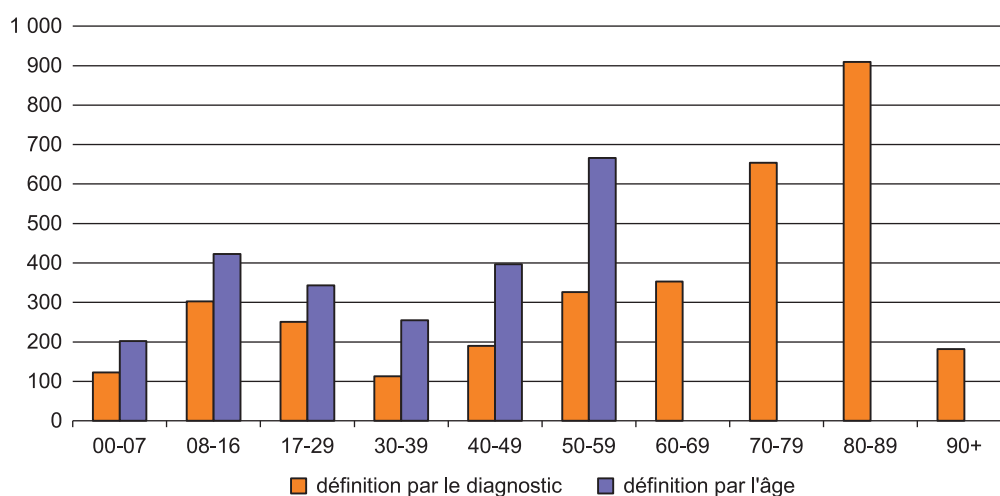
Le graphique suivant compare la répartition par groupe d'âge en 2010, selon l'une et l'autre définition.

On relève d'abord que la proportion de personnes dépassant l'âge de soixante ans est très importante. En 2010, cette proportion représente 62% de ce groupe. L'on peut aussi constater que le groupe des personnes de 80 à 89 ans est le plus important.

On relève aussi que sur base de la définition par le diagnostic, les groupes en-dessous de 60 ans sont sous-estimés. Cette répartition par le diagnostic ne permet pas de rendre complètement compte de la prise en charge professionnelle. Certaines prestations servies par le secteur du handicap sont ainsi très peu représentées.

La définition par le diagnostic permet toutefois de tenir compte du vieillissement des personnes handicapées, ce qui semble indispensable dans la mesure où ces situations vont devenir de plus en plus fréquentes.

GRAPHIQUE 15. - COMPARAISON DE LA RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES HANDICAPÉS PAR GROUPE D'ÂGE EN 2010 SELON LA DÉFINITION DU HANDICAP (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



De cette comparaison, on retiendra que seule une définition multi-critérielle, même si elle est plus difficile à opérationnaliser, est susceptible de rendre correctement compte de la réalité du terrain.

Cette constatation est importante dans la mesure où le Luxembourg a ratifié la convention des Nations-Unies qui exige des statistiques à propos des personnes handicapées et qu'une statistique ne prend de sens que sur base d'une définition adaptée.

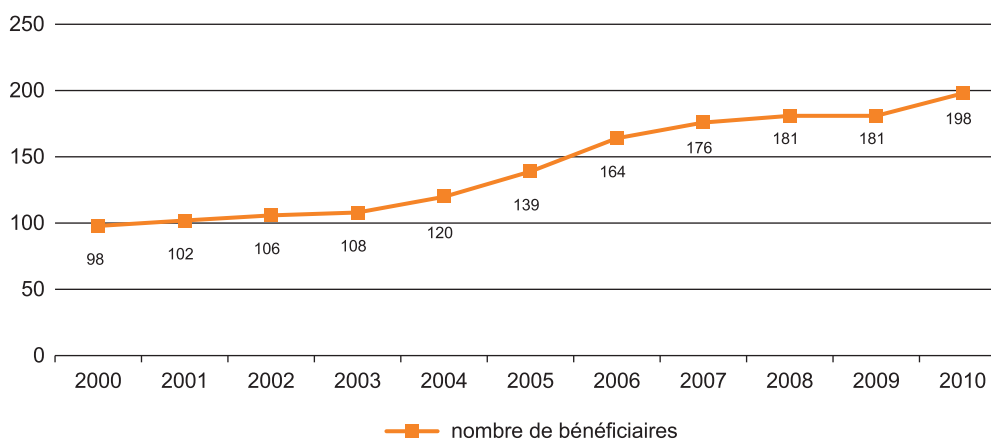
2.4 LE PAIEMENT EX POST

L'article 358 du Code de la sécurité sociale dispose que la personne qui reçoit les aides et soins dans un établissement d'aides et de soins à séjour intermittent, a droit aux prestations prévues pour l'établissement, lorsqu'elle se trouve en établissement et aux prestations prévues pour le domicile, lorsqu'elle se trouve à domicile.

A l'inverse du système habituel qui prône un plan de partage avant la prise en charge, l'ex post permet de prendre en charge une personne handicapée, en aval, soit sous forme de prestations en espèces, soit sous forme de prestations en nature, soit sous forme de prestations mixtes.

Ce mode de paiement particulier a été intégré dans la loi par les modifications de 2005 et réservé aux prestations pour les bénéficiaires fréquentant une structure dédiée au handicap. Il permet aux bénéficiaires handicapés alternant irrégulièrement des séjours à domicile et en structure de bénéficier des aides et soins requis, quel que soit l'endroit où ils se trouvent. Par souci de rendre justice à des prises en charge parfois très compliquées, ce mode de paiement était déjà pratiqué avant 2005. Ses modalités avaient été convenues entre les prestataires et la CNS et réglées par le compendium, ancêtre de l'actuelle convention-cadre¹³. Le nombre de bénéficiaires de cette disposition a augmenté au fil du temps mais reste limité. Peu de personnes, en effet, se trouvent dans une situation alternant irrégulièrement le séjour à domicile et en établissement. De plus, les modifications intervenues pour les prestataires en 2005 leur ont donné davantage de flexibilité pour la facturation, rendant cette disposition moins nécessaire.

GRAPHIQUE 16. - NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE LA DISPOSITION DE PAIEMENT " EX POST " - ÉVOLUTION DEPUIS 2000



13 En effet, lorsqu'une question n'est pas réglée dans la convention-cadre, il est que ce sont les dispositions du compendium qui restent d'application (article 84 de la CC).

Le compendium disposait que " le plan de prise en charge est rempli intégralement par le prestataire principal et complété d'un commun accord avec la personne dépendante ou son représentant légal ou l'aidant informel. Les parties doivent avoir convenu, explicitement et par écrit, que le plan de partage sera variable et que le calcul des prestations se fera ex post. Cet accord figurera sur le plan de partage par la signature d'une formule afférente. La décision de l'UCM doit indiquer qu'il s'agit d'un plan de prise en charge à partage variable. Le prestataire facture par fichier FTP l'ensemble des actes à l'UCM. Les actes correspondant aux absences de la personne dépendante sont à facturer avec le suffixe " X ". Les actes munis du suffixe " X " sont convertis en prestations en espèces par un calcul ex post effectué par l'UCM. Un décompte afférent est adressé à la personne dépendante ".

On relève cependant que sur les douze années, quatorze prestataires ont été concernés par la mesure de facturation ex post. Douze sont des prestataires spécialisés pour les personnes handicapées. Deux sont des réseaux généralistes qui ont conclu un contrat de sous-traitance avec un prestataire spécialisé. Ils ont pris en charge 2,5% des bénéficiaires concernés. De même, les bénéficiaires concernés par une prestation en espèces constituent également une proportion peu significative. Ils représentent 7,6% de l'ensemble. Ceci est d'ailleurs peu surprenant étant donné que les bénéficiaires concernés par l'ex post sont souvent des personnes gravement dépendantes, nécessitant l'intervention d'un professionnel.

Pour conclure ce paragraphe, il est intéressant de donner un aperçu du montant des prestations versées dans le cadre de la disposition ex post. L'année reprise est celle de la date de la fin de prestation. En 2010, le montant annuel moyen versé par bénéficiaire représente **2 820 euros**. Ce montant apparaît assez élevé, étant donné qu'il ne concerne que des prestations occasionnelles.

TABLEAU 5. - MONTANT ANNUEL DES DÉPENSES AU TITRE DE LA FACTURATION EX POST (ARTICLE 358, ALINÉA 1 CSS)

Année ^{a)}	Montant (en euros)
2002	118 033
2003	321 804
2004	340 084
2005	443 609
2006	559 335
2007	597 417
2008	579 546
2009	563 795
2010	558 398

a) Définie selon la date de fin de la prestation.

SECTION 3 L'ENFANT DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE

3.1 LA DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE DE L'ENFANT

En couvrant la dépendance à tout âge, la loi luxembourgeoise couvre également le risque de dépendance encouru par l'enfant.

Pour l'enfant, la dépendance prend toutefois une signification très différente de la dépendance chez l'adulte. L'adulte est en principe autonome et la dépendance constitue l'exception. L'enfant est en devenir, son autonomie n'est pas acquise et la dépendance est la norme.

L'application de l'assurance dépendance à la situation de l'enfant s'avère en conséquence plus complexe que pour les personnes adultes et l'on peut se demander quelle est sa légitimité dans le contexte de l'enfance.

A l'article 348, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, le législateur donne une disposition qui permet de déduire comment la loi du 19 juin 1998 définit la dépendance de l'enfant : *" pour les enfants, jusqu'à l'âge de huit ans accomplis, la détermination de l'état de dépendance se fait en fonction du besoin supplémentaire d'assistance d'une tierce personne par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit."*¹⁴

Comme pour l'adulte, la définition reste le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie mais le besoin se mesure en référence au degré de dépendance d'un autre enfant du même âge. Pour l'enfant, il n'y a pas une norme de référence fixe. La norme de référence varie en fonction de l'âge de l'enfant et des compétences habituellement acquises à l'âge donné.

A partir d'un certain âge, les enfants ont acquis les compétences nécessaires pour accomplir les actes essentiels de la vie. A partir de cet âge-là, la norme de comparaison devient fixe et la situation de l'enfant rejoint celle de l'adulte.

La comparaison d'un bon nombre d'échelles développementales actuelles permet de conclure qu'un enfant sain de corps et d'esprit accomplit de façon autonome les actes essentiels de la vie, **à partir de l'âge de huit ans**¹⁵. Ainsi, dans le cadre de l'assurance dépendance, compte tenu de la définition centrée sur les actes essentiels de la vie, une personne est considérée comme un enfant jusqu'à l'âge de huit ans accomplis.

3.2 LA MESURE DE LA DÉPENDANCE DE L'ENFANT

Qu'en est-il maintenant de la mesure de la dépendance de l'enfant ?

Pour les outils d'évaluation et de détermination de la dépendance chez les adultes, l'assurance dépendance a pu s'appuyer sur des modèles existants. Pour les enfants, en revanche, il a fallu élaborer des instruments spécifiques, car il n'en existait pas¹⁶.

Le but des aides et soins fournis à l'enfant dépendant est de garantir un niveau d'autonomie équivalent à celui des enfants sains du même âge. L'évaluation aura pour objectif de déceler le besoin **supplémentaire** d'assistance que nécessite l'enfant au niveau des actes essentiels de la vie, à savoir l'hygiène, la nutrition et la mobilité.

Pour déterminer ce besoin d'assistance supplémentaire, il a fallu définir les âges-types où l'enfant acquiert progressivement les compétences pour réaliser les actes essentiels de la vie. En procédant de la sorte, il est possible de mesurer le besoin d'assistance dont un enfant a besoin en moyenne en fonction de son âge pour réaliser les différentes étapes des actes essentiels de la vie. **Ce besoin sera qualifié de " normal " ou " attendu " dans la mesure où il est requis pour chaque enfant.**

14 La loi du 19 juin 1998 ne prévoyait pas d'âge limite pour l'enfance. Lors des modifications de 2005, faisant suite au bilan déposé en 2001, cette limite a été introduite afin d'avoir une délimitation de la période de l'enfance.

15 Au-delà de cet âge, un encadrement dans la vie quotidienne reste nécessaire, mais cet aspect ne relève plus des actes essentiels de la vie, tels qu'ils sont définis dans l'assurance dépendance.

16 Il fut d'ailleurs extrêmement difficile de trouver des collaborations pour élaborer un instrument spécifique pour l'enfant. Plusieurs pédagogues experts consultés, tant au niveau national qu'international, ont refusé de prêter leur concours à une entreprise qu'ils jugeaient, à tort ou à raison, nocive pour l'enfant. L'assurance dépendance a néanmoins été mise en place et concerne les enfants et l'on peut regretter qu'elle ait été privée de l'expertise des pédagogues.

L'instrument de mesure actuellement utilisé pour l'évaluation et la détermination de la dépendance chez l'enfant a été créé par Monsieur Romain LANNERS, assistant diplômé à l'Institut de Pédagogie Curative de l'Université de FRIBOURG (Suisse). Monsieur LANNERS en a par ailleurs fait sa thèse de doctorat en pédagogie curative : *" Détermination de la dépendance chez l'enfant en bas âge "*, Université de Fribourg, 2000.

Le besoin réel, quant à lui, dépend des compétences acquises par l'enfant au cours de son développement personnel.

Le besoin d'assistance supplémentaire est la différence entre le besoin d'assistance réel et le besoin d'assistance attendu.

Ainsi, jusqu'à l'âge de huit ans, la dépendance est mesurée de cette manière.

Au-delà de l'âge de huit ans, puisqu'il semble acquis qu'à partir de cet âge une personne est autonome pour les actes essentiels de la vie, il est possible d'appliquer à tous les demandeurs de prestations, les instruments prévus pour l'évaluation et la détermination chez l'adulte.

Pourtant, malgré une définition distincte et l'application d'instruments tout à fait spécifiques pour l'enfant, l'assurance dépendance ne se révèle pas toujours tout à fait équitable, lorsqu'il est question de l'enfant. En se référant aux compétences d'un enfant du même d'âge sain de corps et d'esprit, la loi a imposé le recours à un modèle développemental. Or un tel modèle et plus particulièrement celui qui a été retenu au Luxembourg, ne s'applique pas à toutes les situations et l'attention portée exclusivement sur le niveau de compétences de l'enfant ne suffit pour calculer le besoin d'assistance supplémentaire. D'autres éléments devraient intervenir.

On relève ainsi que le modèle développemental est passablement discriminatoire pour les enfants qui présentent un développement très proche du développement normal mais qui nécessitent néanmoins une surveillance constante pour l'accomplissement des différents actes essentiels de la vie. Certes, l'assurance dépendance prévoit que l'aide 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 autonome de ces actes*¹⁷ ". Le modèle développemental permet mal de tenir compte de ce type d'assistance. On citera l'exemple d'un enfant présentant des crises épileptiques fréquentes pour qu'il est essentiel d'assurer une surveillance pendant certains actes, même si leurs compétences à réaliser les différents actes essentiels et leur niveau développemental ne présentent guère d'écart par rapport à celle d'enfant en bonne santé¹⁸.

Les paragraphes suivants décrivent les caractéristiques des enfants bénéficiaires de l'assurance dépendance et les différentes conditions de leur prise en charge.

3.3 LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS DANS L'ASSURANCE DÉPENDANCE

En 2010, les bénéficiaires de moins de huit ans représentent 1,7% de la totalité des bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Toutefois, même si le nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance en-dessous de huit ans est relativement faible, il a pratiquement doublé au cours des dix dernières années.

En effet, en 2000, on comptait 118 enfants bénéficiaires. Au 31 décembre 2010, leur nombre était de 202. La croissance du nombre total des bénéficiaires enfants est assez régulière au fil des années.

TABLEAU 6. - ÉVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE D'ENFANTS BÉNÉFICIAIRES D'AIDES ET DE SOINS PAR SEXE (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)

Sexe	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Masculin	71	76	84	95	110	117	117	106	106	118	121
Féminin	47	55	57	55	58	71	67	68	77	78	81
Total	118	131	141	150	168	188	184	174	183	196	202

Au titre d'explication de cette croissance, on peut avancer l'hypothèse d'une information progressive des praticiens et du grand public sur l'existence de l'assurance dépendance et sur ses objectifs.

Compte tenu de la définition de l'enfant, on sait que les enfants qui bénéficiaient de l'assurance dépendance en 2000 ne peuvent plus être considérés comme enfants en 2010 car ils ont passé l'âge de 8 ans. Il ne s'agit donc pas des mêmes bénéficiaires en 2000 et en 2010.

De plus, il y a lieu de signaler que les bénéficiaires enfants sont pratiquement tous réévalués une fois par an par la Cellule d'évaluation et d'orientation afin d'adapter les prestations à l'évolution de leurs capacités. Ainsi, certains d'entre eux auront progressé à un point tel qu'ils ne remplissent plus les critères pour avoir droit aux prestations de l'assurance dépendance.

17 Article 348 de la loi modifiée du 19 juin 1998, paragraphe 3.

18 KOLB, Pascale, " L'enfant dans l'assurance dépendance ", mémoire présenté pour l'accession au statut de fonctionnaire, Luxembourg, 2000.

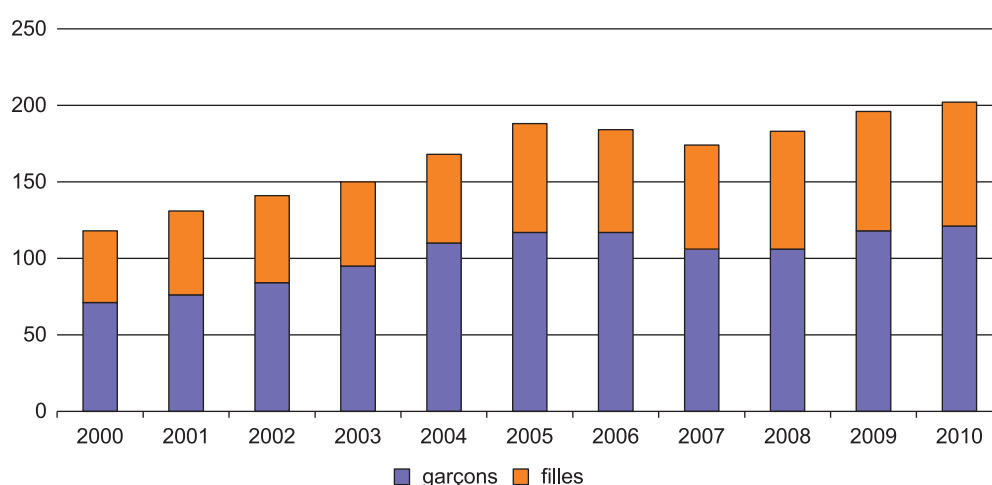
Enfin, il est certain que les enfants naissant avec un lourd handicap ont une espérance de vie très réduite. Ainsi 87 bénéficiaires en-dessous de 8 ans sont décédés entre 1999 et 2010, dont 5 enfants qui ont eu droit à l'assurance dépendance avant d'avoir atteints l'âge de un an.

Chaque année le nombre de bénéficiaires est donc constitué par un certain nombre d'enfants qui sont déjà bénéficiaires et pour lesquels le plan de prise en charge est revu à la hausse ou à la baisse en fonction de leur évolution. A ce nombre s'ajoutent les enfants pour lesquels une première demande a été faite. L'ensemble de ces mouvements se solde par la croissance progressive que nous venons de constater de 2000 à 2010.

Le graphique suivant met en évidence l'évolution de la progression du nombre d'enfants dans l'assurance dépendance en comparant **garçons et filles**.

On relève qu'en dessous de huit ans, le nombre de bénéficiaires féminins est toujours inférieur au nombre de bénéficiaires masculins¹⁹.

GRAPHIQUE 17.- EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE D'ENFANTS BÉNÉFICIAIRES D'AIDES ET DE SOINS PAR SEXE (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



La composition du groupe des enfants en-dessous de huit ans est fortement déterminée par l'âge.

Dans la pratique, la CEO a pu constater qu'un enfant avec un handicap léger qui n'a pas de répercussion sur son développement psychomoteur n'aura pas droit à l'assurance dépendance avant au moins l'âge de 18 mois. En effet, un nouveau-né sain de corps et d'esprit aura autant besoin d'aide pour le repas, pour le bain ou pour l'habillage que, par exemple, un bébé né avec une trisomie. En grandissant les différences apparaissent peu à peu entre ces deux enfants, alors que le premier apprend à marcher, à coopérer pour les soins, le deuxième aura besoin de plus de temps pour ces apprentissages et aura donc un retard au niveau de son développement en relation avec les activités de la vie quotidienne.

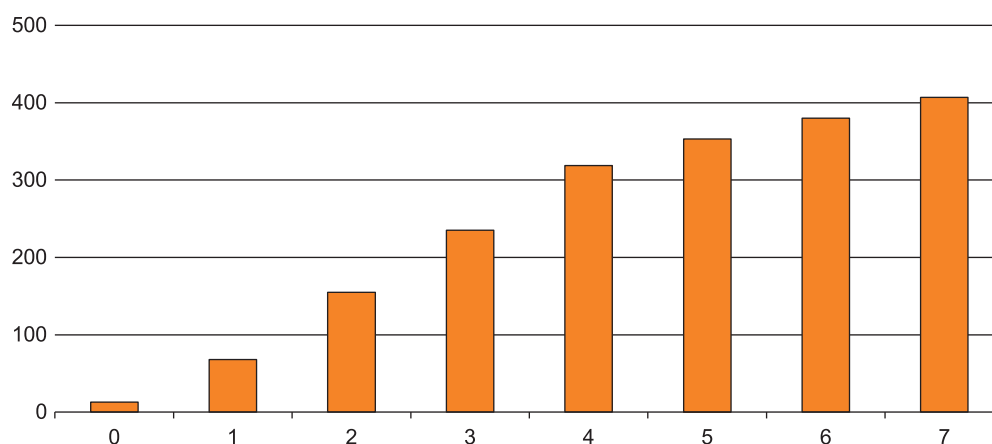
Très rares sont donc les bénéficiaires entre 0 et 12 mois. Seuls les enfants nécessitant une nutrition entérale et qui ne savent pas bouger sans aide atteindront le seuil d'entrée. Ce qui explique que pendant la période de 1999 à 2010, il y a seulement eu 16 bénéficiaires en-dessous de 12 mois.

De plus, l'âge de l'enfant joue un rôle important dans la motivation à introduire une demande. Le handicap d'un enfant plus âgé est souvent plus perceptible pour les parents qui seront davantage enclins à chercher de l'aide.

19 On pourrait avancer l'hypothèse que le degré de mortalité est plus élevé chez les enfants du sexe masculin mais aussi que le nombre d'enfants naissant avec une maladie ou un handicap est également plus élevé chez les enfants du sexe masculin que chez les enfants du sexe féminin. Cette hypothèse doit être assortie de grandes réserves étant donné que la population de référence ne peut en aucun cas être considérée comme représentative de la population générale.

Le graphique ci-dessous présente le nombre total de bénéficiaires de moins de huit ans pour la période de 1999-2010 par groupe d'âge.

GRAPHIQUE 18. - EVOLUTION 1999-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PAR GROUPE D'ÂGE (EN ANNÉES)
(SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



Ce graphique montre très clairement le phénomène que nous évoquions précédemment. En-dessous de trois ans, le nombre de bénéficiaires est très faible. Il augmente régulièrement après trois ans. Le nombre le plus élevé est enregistré entre sept et huit ans.

3.4 LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE CHEZ L'ENFANT

Les causes de dépendance chez les enfants sont très spécifiques comparées au reste de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance.

En les regroupant selon la classification ICD10 il apparaît que certaines catégories ne sont quasiment pas représentées alors que d'autres diagnostics sont très fréquents.

En fonction de leur fréquence, il est possible de regrouper les causes de dépendance diagnostiquées chez les enfants bénéficiaires de l'assurance dépendance en dix catégories (classés par importance dans l'ordre décroissant) :

- malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99) ;
- maladies du système nerveux (G00-G99) ;
- troubles mentaux et du comportement (F00-F99) ;
- cause de dépendance inconnue ;
- maladies de l'œil et de ses annexes (H00-H59) / maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95) ;
- symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99) ;
- autres maladies ;
- maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90) ;
- certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (P00-P96) ;
- lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98).

Il peut sembler surprenant que la cause de la dépendance ne puisse être identifiée pour un certain nombre de bénéficiaires. Ceci ne veut cependant pas dire qu'il n'en existe pas.

En effet, pour les enfants qui ne sont pas nés au Grand-Duché de Luxembourg, il n'est pas toujours facile de retracer l'histoire de la maladie. Par ailleurs, malgré les progrès de la médecine et notamment en génétique, certaines maladies ou handicaps restent si rares que leur origine demeure encore inconnue.

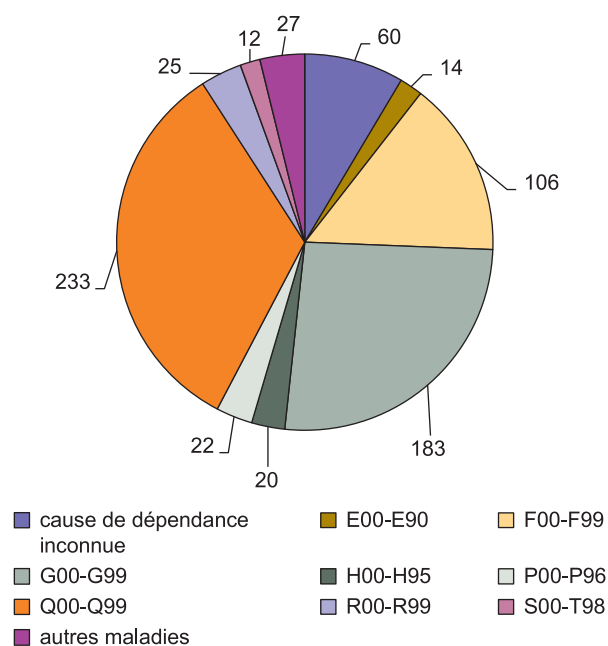
Ainsi, l'évaluation médicale de la dépendance chez l'enfant malade ou déficient avant l'âge de trois ans pose un certain nombre de problèmes :

- le diagnostic étiologique précis chez l'enfant ne peut être déterminé qu'au bout de plusieurs années d'évolution ;
- l'expression symptomatologique d'une même maladie ou déficience montre une très forte variabilité dans le temps et selon chaque enfant. Ce qui rend le pronostic relatif à l'évolution de la symptomatologie incertain pour la majorité des situations ;
- la prise en charge de l'enfant se fait par rapport au développement ultérieur de ses capacités fonctionnelles et de sa personnalité. Elle se fait en termes d'acquisition de capacités et de connaissances et non en termes de constat d'incapacités ou d'inaptitudes.

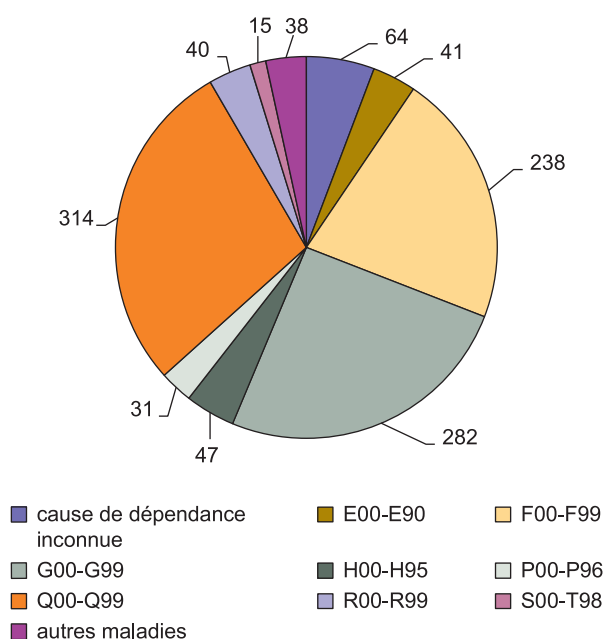
Il s'avère donc plus difficile d'apprécier équitablement l'état de dépendance de l'enfant et de l'adolescent que pour l'adulte.

Il est cependant intéressant de noter que même si le nombre de diagnostics d'une certaine maladie varie d'un sexe à l'autre, les proportions restent pratiquement les mêmes. Les deux graphiques suivants montrent la répartition des causes de dépendance, pour l'ensemble de la population de huit ans de 2000 à 2010. Le premier graphique représente la répartition dans le groupe des filles et le second, dans celui des garçons.

GRAPHIQUE 19. - CAUSES PRINCIPALES DE LA DÉPENDANCE - ENFANTS DU SEXE FÉMININ (ANNÉES 2000-2010 CONFOINDUES)



GRAPHIQUE 20. - CAUSES PRINCIPALES DE LA DÉPENDANCE - ENFANTS DU SEXE MASCULIN (ANNÉES 2000-2010 CONFOINDUES)



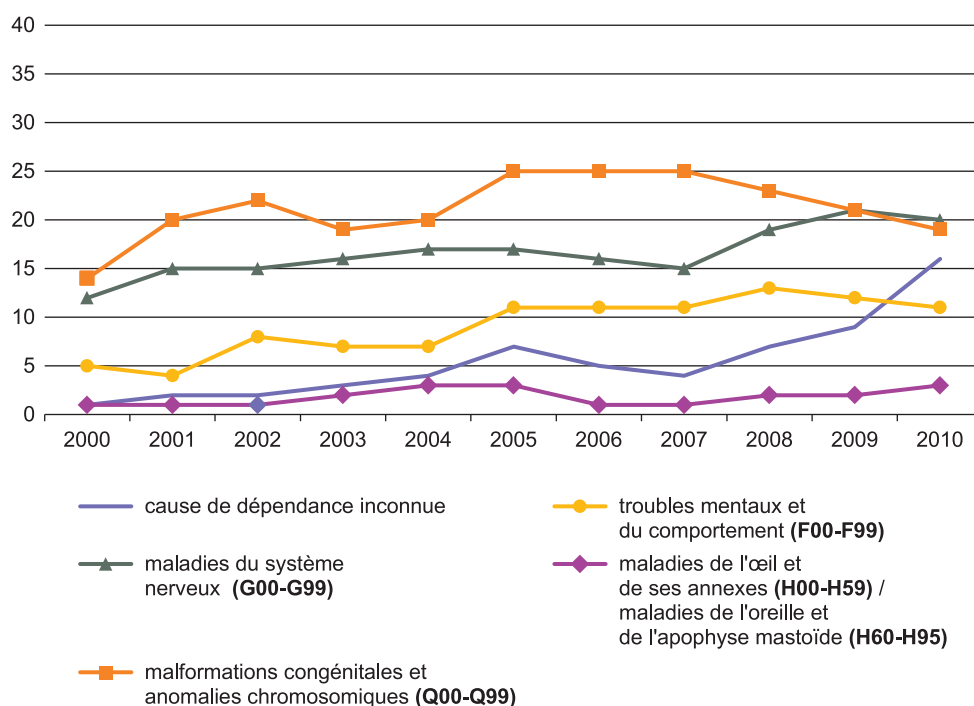
Cinq catégories de diagnostics représentent à elles seules 84% de l'ensemble des diagnostics. Ce sont :

- les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99) ;
- les maladies du système nerveux (G00-G99) ;
- les troubles mentaux et du comportement (F00-F99) ;
- une cause de dépendance inconnue ;
- les maladies de l'œil et de ses annexes (H00-H59) / maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95).

L'évolution de ces catégories de diagnostics dans le temps présente de fortes différences :

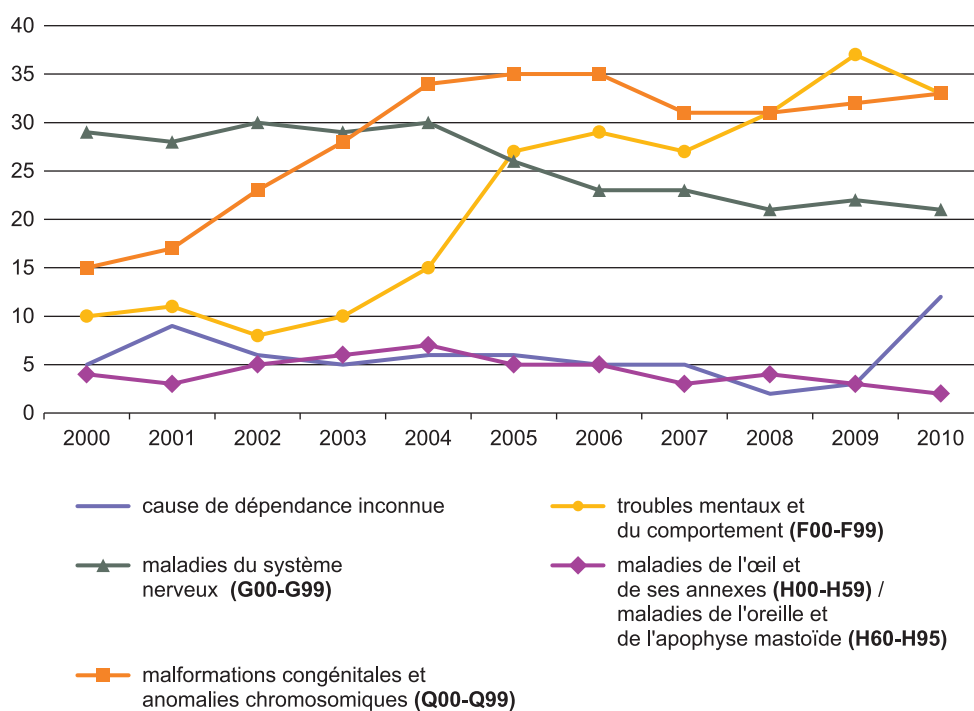
- Pour les deux sexes, le nombre de bénéficiaires dont la cause de dépendance est inconnue va en croissant et le nombre de bénéficiaires avec une maladie liée à un sens (vision ou audition, H00-H59 ou H60-H95) reste assez stable.
- Pour les bénéficiaires du sexe féminin, une légère croissance est à noter au niveau des bénéficiaires diagnostiqués d'une " malformation congénitale et anomalie chromosomique " (Q00-Q99) ou d'une " maladie du système nerveux " (G00-G99) ; tandis qu'une légère décroissance se dessine au niveau des bénéficiaires atteintes de " troubles mentaux et du comportement " (F00-F99).

GRAPHIQUE 21. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DU SEXE FÉMININ EN FONCTION DE LA CATÉGORIE DE DIAGNOSTIC (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



Pour les bénéficiaires du sexe masculin, une croissance très nette est à noter au niveau des bénéficiaires diagnostiqués d'une "malformation congénitale et anomalie chromosomique" (Q00-Q99) ou de "troubles mentaux et du comportement" (F00-F99); tandis qu'une décroissance importante se dessine au niveau des bénéficiaires atteints d'une "maladie du système nerveux" (G00-G99).

GRAPHIQUE 22. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DU SEXE MASCULIN EN FONCTION DE LA CATÉGORIE DE DIAGNOSTIC (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)

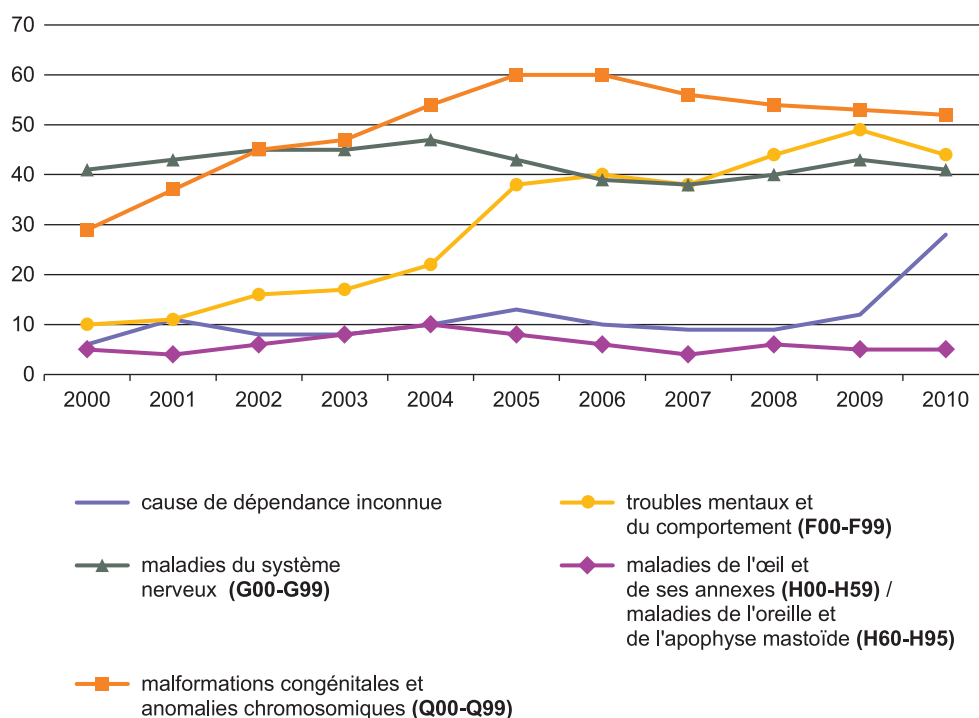


Ces tendances apparaissent encore plus clairement pour l'ensemble des bénéficiaires des deux sexes confondus : le nombre de bénéficiaires dont la cause de dépendance est inconnue tout comme le nombre de bénéficiaires atteints de " troubles mentaux et du comportement " (F00-F99) a presque triplé entre 2000 et 2010.

En effet, en 2010, 14% (parmi les 202 bénéficiaires) n'avaient pas de diagnostic connu, alors qu'en 2000 ceci n'était vrai que pour 5% (parmi les 118 bénéficiaires). Par ailleurs la proportion du nombre des bénéficiaires atteints de " troubles mentaux et du comportement " (F00-F99) a augmenté de 8% à 22% entre 2000 et 2010.

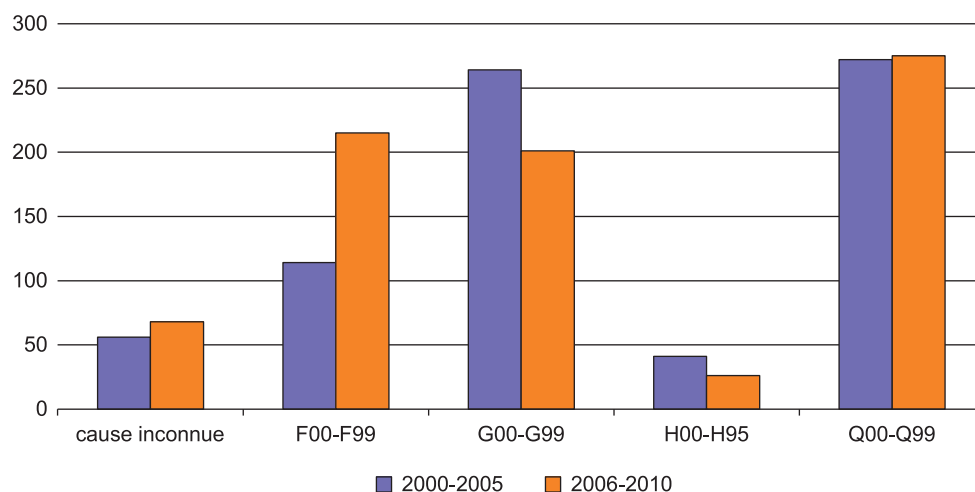
A l'inverse, le pourcentage des bénéficiaires avec une maladie liée à un sens (vision ou audition, H00-H59 ou H60-H95) a baissé de moitié (de 4% à 2%) pendant la même période. La proportion des bénéficiaires atteints d'une " maladie du système nerveux " (G00-G99) a également chuté de 35% à 20% en dix ans.

GRAPHIQUE 23. - EVOLUTION 2000-2010 DE L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES EN FONCTION DE LA CATÉGORIE DE DIAGNOSTIC (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



En regroupant le nombre de bénéficiaires sur deux périodes (période 2000-2005 et période 2006-2010), il apparaît de manière indéniable qu'il y a eu ces dernières années une nette hausse du nombre de bénéficiaires atteints de " troubles mentaux et du comportement " (F00-F99) par rapport aux débuts de l'assurance dépendance. De la même manière, une baisse significative du nombre des bénéficiaires atteints d'une " maladie du système nerveux " (G00-G99) devient visible d'une période à l'autre.

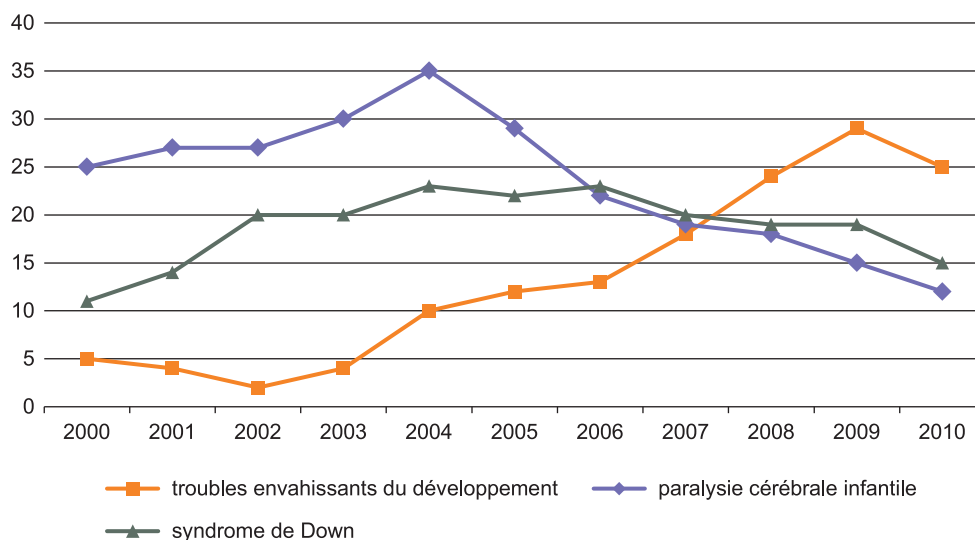
GRAPHIQUE 24. - COMPARAISON DE L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES EN FONCTION DE LA CATÉGORIE DE DIAGNOSTIC (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



Il est possible de détailler davantage et de s'intéresser à certaines catégories spécifiques, notamment aux troubles envahissants du développement (F84, comprenant tous les types d'autisme), à la paralysie cérébrale infantile (G80) et au syndrome de Down (Q90).

Durant les premières années qui ont suivi l'introduction de l'assurance dépendance, le nombre de bénéficiaires atteints de maladies s'exprimant surtout par des troubles psychiques ou un handicap mental (F84 et Q90) était très faible par rapport au nombre de bénéficiaires présentant un handicap moteur très lourd (G80). Comme le montre le graphique suivant, la proportion a été pratiquement inversée en dix ans.

GRAPHIQUE 25. - ÉVOLUTION 2000-2010 DE L'ENSEMBLE DES BÉNÉFICIAIRES LIÉ À UN SYNDROME SPÉCIFIQUE (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



En conclusion, le nombre de bénéficiaires atteints d'un handicap moteur lourd a tendance à diminuer alors que le nombre de bénéficiaires présentant des troubles psychiques tend à augmenter.

Ceci confirme les constatations des évaluateurs au quotidien et pourrait s'expliquer par les progrès de la médecine.

En effet, de plus en plus de troubles psychiques, peu connus auparavant, sont actuellement diagnostiqués grâce à des connaissances plus approfondies et des outils de diagnostics plus performants alors que d'un autre côté, l'avancement de la médecine et le dépistage prénatal permet d'éviter la naissance de certains bébés avec un handicap physique grave, voués à être dépendants à vie.

L'augmentation de la prévalence des troubles autistiques diagnostiqués est constatée dans de nombreux pays. Il y a moins de dix ans, on parlait encore d'un taux de 1/5000. L'INTERNATIONAL SOCIETY FOR AUTISM RESEARCH (INSAR) a déclaré en 2009 que la fréquence doit être estimée de 1/100 à l'heure actuelle, ce qui en fait l'un des troubles du développement les plus courants. Comme le nombre d'enfants diagnostiqués comme autistes augmente, il est plutôt logique que le nombre de demandes adressées à l'assurance dépendance augmente en parallèle, sachant que dans la plupart des cas, ces enfants auront besoin d'une assistance spécifique durant toute leur vie.

Par ailleurs les médias informent davantage le grand public sur ces syndromes peu connus, permettant ainsi aux parents concernés d'aller consulter plus tôt des spécialistes.

Ceux qui étaient auparavant étiquetés comme des " retardés " bénéficient actuellement d'une prise en charge très spécifique avec la création, au Grand-duché de Luxembourg, d'un établissement scolaire destiné exclusivement aux autistes, des foyers de jours spécifiques et même récemment d'un service d'assistance à domicile spécialisé.

3.5 LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

3.5.1 L'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS SPÉCIALISÉS

Seule une minorité d'enfants est prise en charge par un réseau d'aides et de soins (RAS) et ceci constitue une différence importante avec la population dépendante dans son ensemble.

En effet, même si le nombre d'enfants bénéficiaires recourant à un prestataire a augmenté entre 2000 et 2010, le pourcentage des enfants bénéficiaires pris en charge par un réseau d'aides et de soins est quasiment identique à la situation d'il y a dix ans.

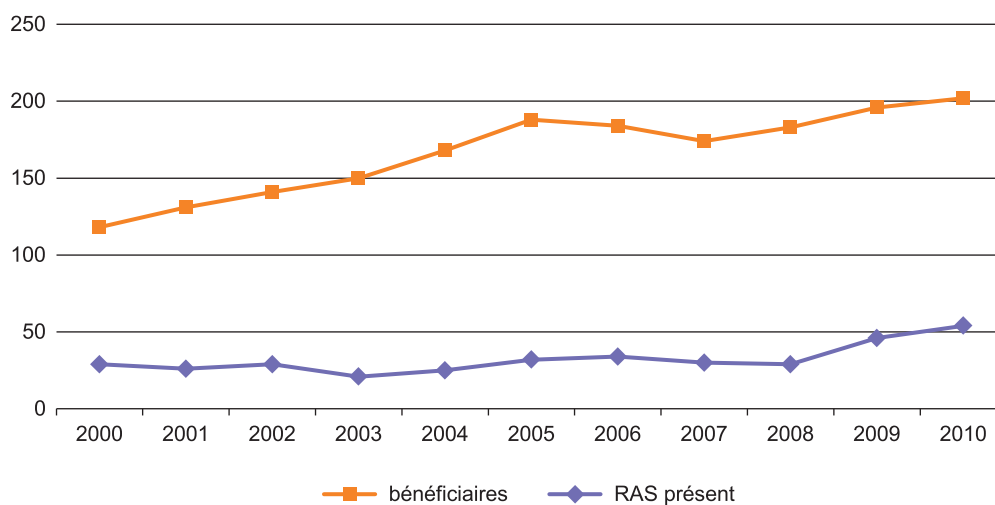
En 2010, on identifiait un prestataire dans 27% des cas alors qu'en 2000 le pourcentage s'élevait à 25%.

La proportion a fortement baissé entre 2000 et 2003 où elle était au plus bas. Ensuite, elle s'est remise à augmenter.

TABLEAU 7. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE D'ENFANTS BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS D'UN RÉSEAU D'AIDES ET DE SOINS (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total des bénéficiaires	118	131	141	150	168	188	184	174	183	196	202
Bénéficiaires recourant au RAS	29	26	29	21	25	32	34	30	29	46	54
En % du total	25%	20%	21%	14%	15%	17%	18%	17%	16%	23%	27%

GRAPHIQUE 26. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE D'ENFANTS BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS D'UN RÉSEAU D'AIDES ET DE SOINS (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)

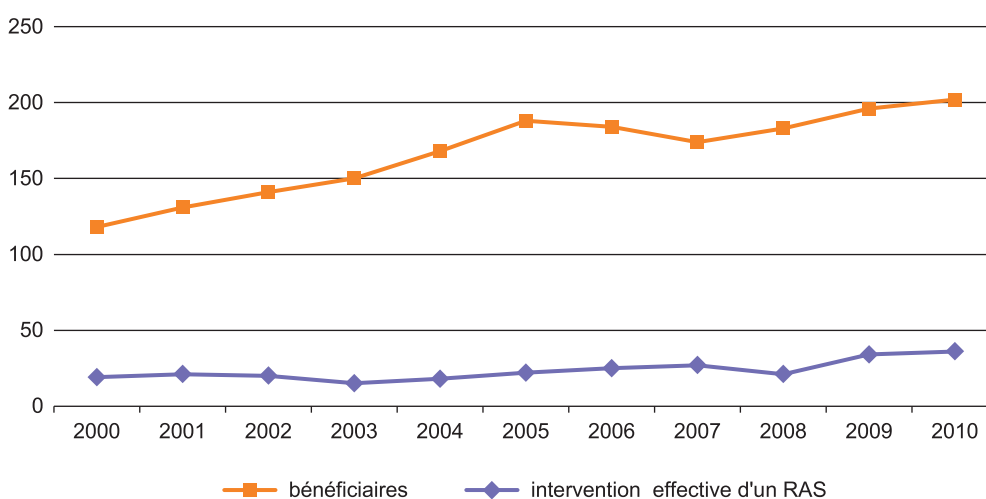


En comparant ensuite le nombre de bénéficiaires pour qui des actes ont été effectivement prestés par un réseau d'aides et de soins avec le nombre total de bénéficiaires enfants, on constate que le pourcentage des bénéficiaires recourant effectivement à un prestataire diminue encore considérablement.

En effet, même si les parents ont fait leur choix de réseau d'aides et de soins et l'ont communiqué à la Cellule d'évaluation et d'orientation, tous ne vont pas faire appel aux prestataires choisis.

Ainsi, sur 202 bénéficiaires en 2010, uniquement 18% ont eu recours effectivement à un réseau d'aides et de soins. Ils représentaient 16% en 2000.

GRAPHIQUE 27. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE D'ENFANTS BÉNÉFICIAIRE EFFECTIVEMENT D'UN RÉSEAU D'AIDES ET DE SOINS - COMPARAISON AVEC LE NOMBRE TOTAL D'ENFANTS (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



Comment peut-on expliquer ce phénomène ?

Lors de l'introduction de l'assurance dépendance, l'offre d'aide venait surtout des prestataires existants. Or, ceux-ci n'étaient pas nombreux et leur expérience se limitait à la prise en charge des adultes et surtout des personnes âgées. Pour les enfants, l'offre était quasi inexistante.

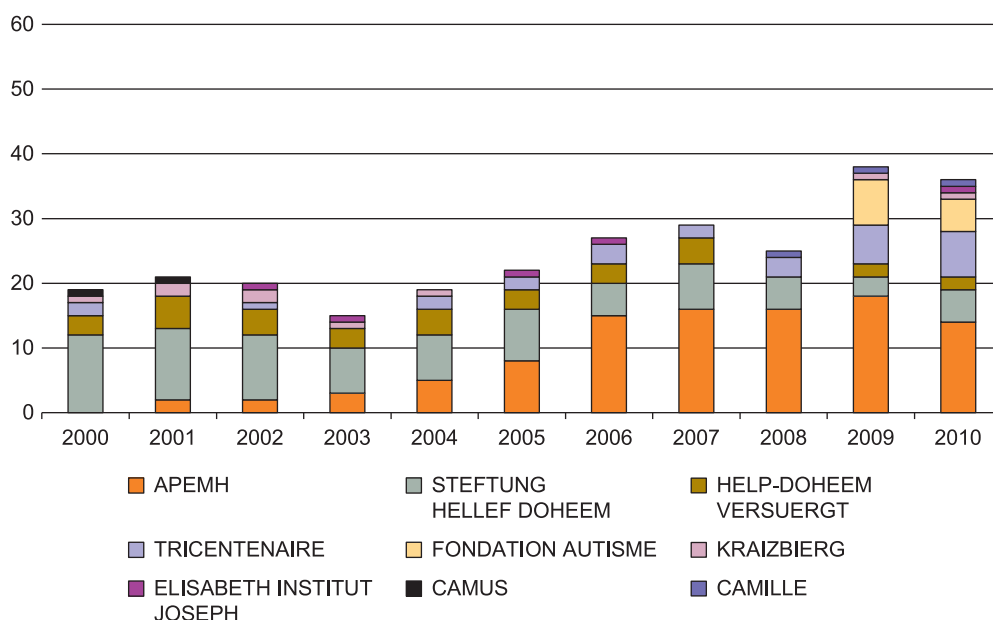
Par manque d'alternative, de nombreux parents ont fait appel aux réseaux existants. Il est rapidement devenu évident que le service offert par le réseau d'aides et de soins ne correspondait pas à la demande des parents. Les contrats entre prestataires et bénéficiaires ont été résiliés.

Puis le nombre de prestataires et la diversité de leur offre a augmenté ces dernières années (par exemple avec l'apparition des réseaux d'aides et de soins de l'APEMH et de la Fondation Autisme Luxembourg) amenant à nouveau de plus en plus de parents à s'adresser à un prestataire spécialisé pour une partie des prestations de l'assurance dépendance.

Parmi les prestataires présents depuis 2000, trois se détachent par rapport au nombre de bénéficiaires pris en charge :

- HELP-DOHEEM VERSUERGT qui intervient chez une minorité de bénéficiaires ;
- la STEFTUNG HELLEF DOHEEM (dont l'intervention a néanmoins fortement tendance à baisser ces dernières années) et
- le réseau Soutien/Aide à domicile de l'APEMH qui a pris en charge un nombre croissant de bénéficiaires depuis les dernières années. Ce réseau intervient chez le plus grand nombre de bénéficiaires, les déficiences au niveau psychique ou mental étant l'une des pathologies les plus présentes chez les enfants.

GRAPHIQUE 28. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE D'ENFANTS PRIS EN CHARGE PAR LES DIFFÉRENTS PRESTATAIRES (RAS) (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



On ne manquera pas de relever qu'il reste difficile de se faire une idée précise de l'évolution du nombre d'enfants pris en charge par un prestataire car certains réseaux d'aides et de soins ont changé de nom plusieurs fois au cours des dix dernières années, d'autres n'existent plus, et d'autres viennent d'apparaître récemment.

La majorité des actes effectivement prestés par les réseaux d'aides et de soins sont avant tout des actes de soutien (SO).

Seulement une minorité de prestataires intervient exclusivement au niveau des actes essentiels de la vie (AEV) ou des tâches domestiques (TD).

Les cas où les réseaux d'aides et de soins prestent plusieurs types d'actes sont peu fréquents.

TABEAU 8. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE D'ENFANTS BÉNÉFICIAIRES POUR LESQUELS UN RAS PRESTE EFFECTIVEMENT DES ACTES (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Actes SO seuls	4	4	5	5	6	11	14	17	14	23	24
Actes AEV seuls	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
Actes TD seuls	3	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Actes SO, AEV et TD	2	2	3	1	1	4	1	1	2	3	5
Actes SO et AEV	2	3	3	4	6	5	6	4	1	4	1
Actes SO et TD	5	6	5	3	2	2	4	5	4	4	5
Actes AEV et TD	2	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0
Total	19	21	20	15	18	22	25	27	21	34	36

Ceci s'explique par le fait que souvent les parents s'occupent eux-mêmes des soins (au niveau des actes essentiels de la vie) de leurs enfants atteints d'une maladie ou d'un handicap, comme ils le feraient pour un enfant en bonne santé. Par ailleurs, la possibilité de convertir les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie en prestations en espèces constitue un argument important dans le choix des parents.

Pour une grande partie des familles, la charge d'un enfant handicapé représente d'une certaine façon, une perte économique. En effet, dans un certain nombre de cas, l'un des parents²⁰ est contraint de réduire son temps de travail voire d'arrêter définitivement son activité professionnelle, faute de structures qui prennent l'enfant en charge en dehors de l'école.

Cette carence devient encore plus dramatique dans la situation des familles monoparentales où la présence d'un enfant handicapé empêche le parent d'exercer une activité professionnelle et le contraint à solliciter le bénéfice du revenu minimum garanti.

La mesure qui prévoit le paiement de la cotisation à l'assurance pension de l'aidant informel, permettant ainsi une continuation de l'affiliation pour les aidants informels qui ont arrêté de travailler prend dans ce contexte toute son importance.

De plus, la valeur symbolique de cette mesure ne doit pas être négligée vu qu'il s'agit d'une réelle reconnaissance du travail d'assistance fourni à la personne dépendante. La loi portant introduction de l'assurance dépendance vise à reconnaître et à valoriser le travail réalisé par l'aidant informel.

On relèvera que la loi limite la prise en charge de cette cotisation à "une seule personne..."²¹. Dans le cas où les parents décident de réduire chacun leur activité professionnelle, seul un des deux parents pourra bénéficier de cette mesure. Cette situation reste relativement rare jusqu'à présent compte tenu des modèles actuels de notre société. Il est cependant important de la mentionner eu égard à l'évolution de la société et à l'importance de promouvoir l'égalité des chances.

Enfin, il n'est pas rare de compter plusieurs enfants handicapés dans une même famille, notamment lorsqu'il s'agit de maladie diagnostiquée tardivement (comme dans les cas d'autisme où le diagnostic est rarement posé avant l'âge de trois ans).

Ainsi les prestations de l'assurance dépendance constituent en pratique un revenu de remplacement même si en théorie elles ne doivent pas être considérées comme telles.

Comme les activités de soutien ne peuvent pas être converties en espèces et que les familles ont le souci du progrès de leur enfant, les parents recourent plus facilement aux réseaux d'aides et de soins pour prester ces actes.

En comparant le nombre d'enfants ayant recours à un réseau d'aides et de soins pour les activités de soutien au nombre de bénéficiaires ayant droit à des activités de soutien, la proportion des enfants pris en charge effectivement par un prestataire est plus élevée que dans l'ensemble de la population dépendante (ayant droit ou non à ces actes). Le pourcentage reste néanmoins faible (il représente un peu plus d'un tiers) si on le compare au nombre d'enfants qui peut y avoir droit.

La moyenne des six dernières années pour les bénéficiaires avec des activités de soutien ayant recours à un prestataire est de 27% par rapport à 15% pour tous les bénéficiaires confondus.

Le détail des prestataires en fonction du type d'acte presté montre que le réseau Soutien/Aide à domicile de l'APEMH est privilégié une fois encore comme intervenant pour les activités de soutien, suivi par la STEFTUNG HELLEF DOHEEM, le réseau de la Fondation Autisme et HELP-DOHEEM VERSUERGT.

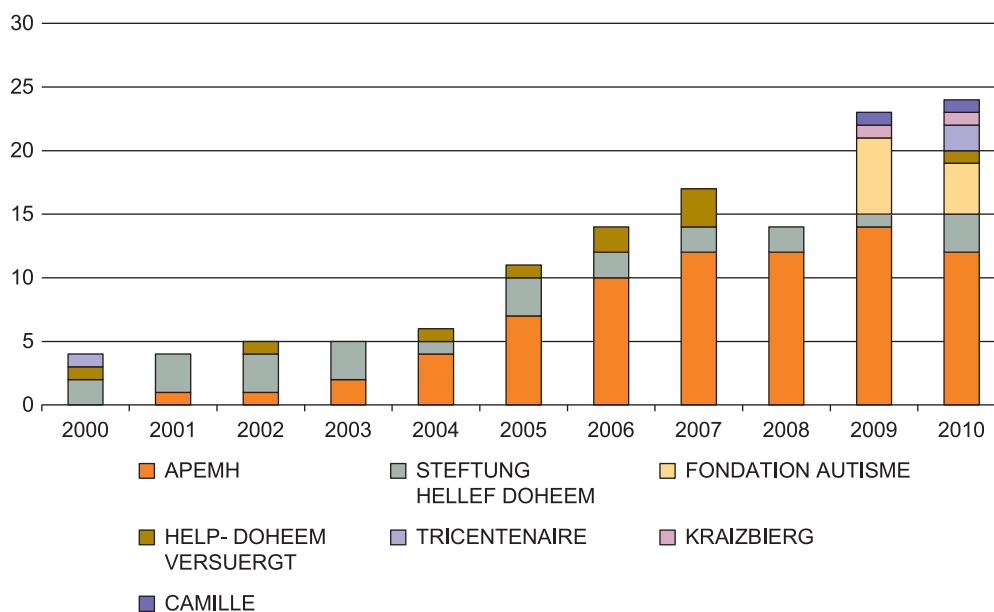
²⁰ Force est de constater qu'il s'agit le plus souvent de la mère, ce qui interpelle sur le principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes.

²¹ Article 355 de la loi modifiée du 19 juin 1998, paragraphe 2.

Cependant, il nous faut constater que les réseaux du handicap ont eu et ont encore des difficultés à assurer eux-mêmes les actes prévus par l'assurance dépendance. Ces problèmes résultent du fait que la majorité de ces réseaux sont en réalité des établissements et qu'ils doivent se réorganiser afin d'assurer une prise en charge à domicile.

C'est ainsi que les réseaux dans le secteur du handicap sont amenés à conclure des sous-traitances avec d'autres réseaux afin d'assurer différents actes. Cependant, les familles choisissent souvent les réseaux du domaine du handicap par souci d'une prise en charge qualifiée et adaptée aux besoins de leurs enfants. Or, les autres réseaux ne disposent pas forcément de personnel formé dans le domaine du handicap.

GRAPHIQUE 29. - EVOLUTION 2000-2010 DU NOMBRE D'ENFANTS PRIS EN CHARGE POUR DES SO UNIQUEMENT - COMPARAISON DES DIFFÉRENTS RÉSEAUX D'AIDES ET DE SOINS (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



3.5.2 LA FRÉQUENTATION SCOLAIRE

On ne peut parler de l'enfant à besoins spéciaux sans parler de l'école.

Le plan d'action de mise en œuvre de la CRDPH retient bon nombre d'actions en vue de la réalisation d'une " école inclusive ". Déjà en 1994, la loi du 28 juin²² prévoyait l'intégration d'enfants affectés d'un handicap dans les écoles ordinaires.

Sur ce sujet, la Cellule d'évaluation et d'orientation a pu à maintes reprises dans le cadre de l'assurance dépendance relever certains aspects qui ne rencontraient pas entièrement cet objectif.

La loi sur l'accessibilité des lieux publics²³ prévoit que toutes les nouvelles constructions doivent être aménagées pour en garantir l'accès à l'ensemble des citoyens. La Cellule d'évaluation et d'orientation relève que dans les bâtiments existants, il reste bon nombre d'obstacles architecturaux à l'intégration comme par exemple des difficultés d'accessibilité de l'immeuble pour des personnes en fauteuil roulant ou le manque de toilettes adaptées aux besoins spécifiques des personnes handicapées. Le plan d'action prévoit, qu'à partir de 2012, dans le cadre des travaux de rénovation, les locaux scolaires soient inspectés par l'ITM afin d'en vérifier l'accessibilité. En plus de l'attention à une configuration adaptée pour la réalisation du travail pédagogique, il serait intéressant aussi de la porter sur la possibilité de répondre au besoin d'aide pour les actes essentiels de la vie dans les meilleures conditions.

²² Loi du 28 juin 1994 modifiant et complétant :

- a) la loi modifiée du 10 août 1912 concernant l'organisation de l'enseignement primaire ;
 - b) la loi modifiée du 14 mars 1973 portant création d'instituts et de services d'éducation différenciée ;
- en faveur de la participation d'enfants affectés d'un handicap à l'enseignement ordinaire et de leur intégration scolaire.

²³ Loi du 29 mars 2001 portant sur l'accessibilité des lieux ouverts au public.

Un autre problème est celui de l'accomplissement des actes essentiels de la vie dans le cadre de l'école ordinaire. Il s'agit en pratique surtout de la prise en charge des actes suivants :

- de l'aide aux toilettes ;
- de l'accompagnement de l'enfant pendant les différents trajets à effectuer (par exemple pour aller à la pause).

Certains membres du corps enseignant s'occupent eux-mêmes de la prise en charge. Les services spécialisés dans le domaine de l'enseignement (équipes multi-professionnelles²⁴) n'offrent pas actuellement l'aide aux actes essentiels de la vie. Il devrait être admis que les réseaux d'aides et de soins interviennent dans toutes les écoles durant l'année scolaire pour apporter les aides et soins prévus au plan de prise en charge. Beaucoup mieux, et davantage encore dans le sens d'une école inclusive, serait que des services intégrés à l'école ordinaire offrent, à côté d'un soutien pédagogique, les prestations d'aides et soins pour les actes essentiels de la vie.

Il est également prévu qu'un enfant handicapé puisse profiter d'un service qui assure le transport entre son domicile et l'école. Pourtant, on constate encore souvent que ce transport n'est pas assuré (surtout quand il s'agit d'une intégration à l'école ordinaire).

En ce qui concerne l'éducation différenciée, le plan d'action prévoit bon nombre d'actions visant l'amélioration de la prise en charge pédagogique. On ne peut que s'en réjouir. Pour l'assurance dépendance, il reste un certain nombre de problèmes d'ordre très pratique pour lesquels une coordination de l'aide offerte à l'enfant s'impose.

Il en est ainsi de certains soins spécifiques, telle la kinésithérapie par exemple, dont l'enfant peut bénéficier durant la période scolaire. Pendant les vacances scolaires, ces services sont indisponibles. Pour garantir la poursuite du traitement, les soins de kinésithérapie doivent être prescrits par un médecin et tombent à charge de la Caisse nationale de santé, avec la conséquence d'un surplus de démarches administratives et l'intervention de professionnels différents auprès de l'enfant.

Le besoin de surveillance de l'enfant devient également plus important durant les périodes de congés scolaires et on constate régulièrement que le nombre d'heures en " garde à domicile " octroyé par l'assurance dépendance se révèle insuffisant les congés scolaires. Or, les prestations de l'assurance dépendance n'ont pas pour objectif de combler les lacunes présentées par les structures scolaires, qui devraient assurer une prise en charge de l'enfant à besoins spéciaux, tout au long de l'année.

Enfin, lors de l'introduction de l'assurance dépendance, un certain nombre de prestataires au service de l'enfant à besoins spéciaux avaient souhaité des tables-rondes incluant les professionnels et les parents pour élaborer un plan d'aide à l'enfant. Ce souhait avait été rappelé dans le cadre du projet " *La cordée* " réalisé sous l'égide du Ministère de la Famille et de l'Intégration en 2003²⁵.

Pourtant, à l'heure actuelle encore, la CEO reste seule lorsqu'elle doit établir le plan de prise en charge dans le cadre de l'assurance dépendance. Certes, elle se renseigne sur les différentes autres interventions auprès de l'enfant, et ce travail se révèle souvent laborieux, mais on est loin de la richesse de l'échange systématique qui avait été souhaité au départ.

24 Ces équipes se composent des professionnels de l'ancien service de guidance de l'enfance et du service rééducatif ambulatoire et apportent une aide aux élèves nécessitant une aide complémentaire. Leur vocation est cependant essentiellement pédagogique.

25 CLOUTIER, (R.), LANNERS (R.), Rapport d'évaluation du projet-pilote " *la cordée* ", Luxembourg, novembre 2004.

3.6 CONCLUSION

Très peu d'enfants bénéficient des aides et soins apportés par un prestataire et la majorité des actes prestés par les réseaux d'aides et de soins concernent les actes qui ne peuvent pas être convertis en prestations en espèces, à savoir les activités de soutien.

La Cellule d'évaluation et d'orientation établit chaque année, pour chaque enfant, un plan de prise en charge détaillé (reprenant l'ensemble des actes accordés) dans le but de définir les prestations en nature destinées à être prestées par un réseau d'aides et de soins. Par ailleurs, seulement une minorité des enfants bénéficie de l'aide d'un prestataire. En conséquence, on peut se demander s'il est utile de garder ce degré de détail au niveau du plan de prise en charge. La forfaitisation de la prise en charge de la dépendance chez l'enfant ne serait-elle pas une réponse plus efficace et efficiente au besoin de l'enfant ?

Les chiffres montrent aussi que la grande majorité des parents d'enfants bénéficiaires préfèrent recevoir une aide financière plutôt que de recourir à un prestataire. Lors d'une révision de la loi sur l'assurance dépendance, on ne pourra ignorer ces réflexions et y adapter l'évaluation et la détermination de la dépendance chez l'enfant.

On ajoutera que l'enfant se trouve dans une phase de développement psycho-moteur et qu'une très grande partie de la prise en charge est à visée rééducative, échappant ainsi à la compétence de l'assurance dépendance.

Les enfants en bas âge, jusqu'à l'âge de l'obligation scolaire, peuvent être suivis par différents **services d'intervention précoce**. Ces services disposent de personnel spécialisé, capable d'offrir une prise en charge adaptée aux enfants et également aux parents.

Dans le cas des enfants dans l'âge de l'obligation scolaire, nous partons du principe que chaque enfant, avec ou sans déficit, devrait suivre une éducation adaptée à sa situation vu son droit et son devoir d'être scolarisé. Aussi les différentes structures d'éducation doivent-elles être en mesure de répondre aux besoins spécifiques des enfants.

En général, ces structures n'offrent pas de services pendant les périodes des vacances scolaires. A ce sujet, nous pouvons nous poser la question si le manque d'offre face à ce besoin des enfants et de leurs familles ne devrait pas devenir un sujet de réflexion dans le cadre de " la politique globale d'assistance aux personnes handicapées ".

Une remarque s'impose dans les cas où l'enfant nécessite une grande stimulation de la part de l'entourage dans le but d'acquérir certaines compétences. Ce gain de compétences augmente l'autonomie de l'enfant et réduit par conséquent son état de dépendance. Il s'ensuit également une réduction des prestations de l'assurance dépendance. Ce gain d'autonomie est naturellement un fait très positif tant pour les enfants que pour l'entourage, mais les efforts entrepris pour y arriver ne sont pas pris en compte. Le travail de stimulation n'est pas reconnu, notamment parce que la mesure de la dépendance est basée sur un modèle développemental.

Une situation paradoxale peut surgir lorsque l'enfant est surprotégé ou pas assez stimulé par son entourage. Il n'aura pas la possibilité d'acquérir certaines compétences qui lui permettraient un gain d'autonomie dans l'exécution des actes essentiels de la vie. L'enfant deviendra plus dépendant et la charge incombant à l'assurance dépendance augmentera.

Enfin, on se doit d'attirer l'attention sur l'importance des attentes que les parents d'enfants handicapés continuent de nourrir vis-à-vis de l'assurance dépendance.

Pour beaucoup, il reste très difficile de comprendre que l'assurance dépendance a un objet spécifique et qu'elle n'est pas destinée à répondre à tous les besoins qu'ils rencontrent.

Comme on vient de le voir, l'assurance dépendance prend une forme très différente lorsqu'elle doit répondre aux besoins de l'enfant. Dans le cas d'une éventuelle réforme du système actuel, on ne pourra faire l'économie d'une réflexion sur le modèle de mesure de la dépendance de l'enfant mais aussi sur les différentes modalités de la prise en charge.

SECTION 4 L'ALLOCATION POUR PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES

L'analyse présentée ici se focalise sur les bénéficiaires de l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (APGH) au 31 décembre de l'année étudiée, selon leur type de mandat, ainsi qu'aux implications financières de cette allocation.

Avec l'introduction de l'assurance dépendance en 1999 et l'abrogation de l'APGH, le nombre de bénéficiaires a régulièrement diminué depuis 1999. Leur nombre avait augmenté linéairement les 20 années précédentes.

TABEAU 9. - EVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PAR TYPE DE MANDAT ^{a)} (EN % DU TOTAL) (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)

Exercice	Aveugles	Handicapés	CHNP	Enfants	Adultes	Inconnus	Nombre de bénéficiaires
1988	21,77	75,39	2,04	13,25	85,94	0,80	2 113
1990	22,25	74,36	2,69	12,76	86,54	0,70	2 414
1993	22,06	74,60	2,70	12,50	86,85	0,65	2 480
1995	20,18	77,04	2,17	12,74	86,65	0,61	2 622
1998	19,82	77,86	1,85	12,80	86,72	0,48	2 922
1999	17,66	80,10	1,88	13,97	85,66	0,37	2 713
2000	17,31	80,46	1,81	14,12	85,46	0,42	2 160
2005	14,82	83,90	1,28	9,03	90,97	-	1 174
2010	12,59	86,32	1,09	3,27	96,73	-	826

a) Types de mandat : les enfants (<18 ans) et les adultes (18 ans et plus) selon leur infirmité.

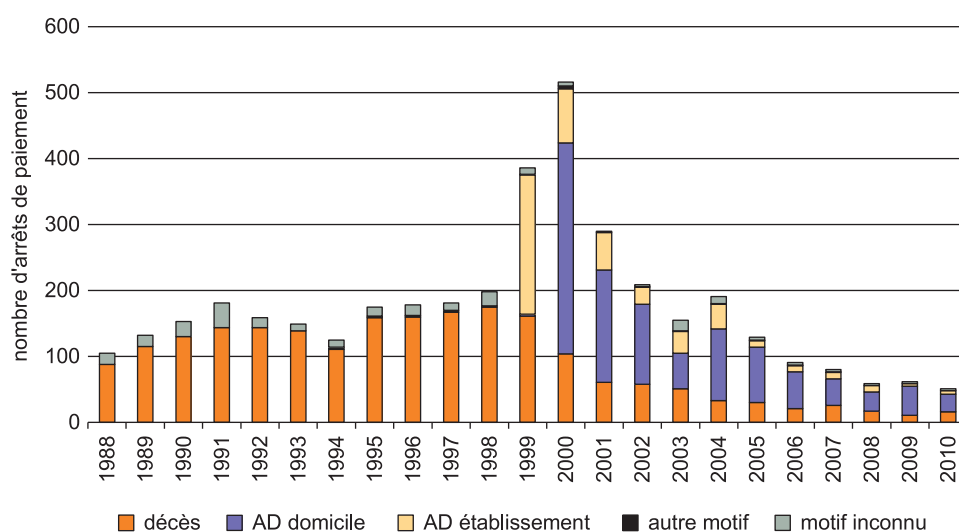
Les personnes regroupées sous "Personnes au CHNP" sont les personnes vivant au centre hospitalier neuropsychiatrique (CHNP) et recevant seulement une partie de l'allocation, conformément à la loi.

Depuis 2002, on ne retrouve plus la modalité "bénéficiaire du type Inconnu" c.-à-d. dont le type de mandat est inconnu.

La plupart des personnes recevant l'APGH sont des personnes gravement handicapées (86,3% contre 12,6% de personnes aveugles en 2010). Le nombre d'enfants a fortement diminué depuis 2000. Depuis 2005, on ne trouve plus aucun bénéficiaire d'un âge inférieur à 10 ans. A partir de 2013, tous les bénéficiaires seront majeurs. En 2010, les mineurs continuent de représenter 3,3% des bénéficiaires.

Depuis l'abrogation de l'APGH en 1999 jusqu'à fin 2010, 2 219 personnes ont cessé d'être bénéficiaires de l'APGH, ce qui représente 76% de l'ensemble des bénéficiaires en 1998.

GRAPHIQUE 30. - MOTIFS D'ARRÊT DE PAIEMENT DE 1988 À 2010^{a)} (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)



a) Sous la modalité "Autre motif" on retrouve les paiements retirés parce que le bénéficiaire est introuvable ou parti pour l'étranger et les paiements recrédités. Les données sur l'assurance dépendance se rapportent toutes au 31 décembre de l'année concernée. Ainsi, une personne décédée au cours de l'année, mais ayant eu des prestations de l'assurance dépendance et sorti de l'APGH sera reprise dans ce graphique sous "décès".

De 1988 à 1998 la cause principale des arrêts de paiement était le décès du bénéficiaire (plus que 80%). Depuis 1999, même si le décès du bénéficiaire n'est plus la cause principale, il reste cependant une cause d'arrêt de paiement importante (20% des arrêts de paiement en 2000 et 31% des arrêts de paiement en 2010). Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, la plupart des arrêts de paiement de l'APGH résultent d'une option pour les prestations de l'assurance dépendance (78% en 2000 et 63% en 2010), notamment pour les soins à domicile (84% des bénéficiaires ayant opté pour l'assurance dépendance en 2010).

En 2004, la hausse des arrêts de paiements se traduit par une augmentation de personnes optant pour les soins à domicile de l'assurance dépendance.

La suite de cette section est consacrée à l'analyse de l'influence de l'évolution démographique sur la situation financière.

TABEAU 10. - EVOLUTION DES DÉPENSES POUR L'APGH (EN EUROS)^{a)}

Année	Montant	Variation en %
1980	2 592 250	
1985	4 474 929	72,63%
1988	5 737 927	28,22%
1990	6 698 370	16,74%
1993	9 224 042	37,71%
1995	10 297 162	11,63%
1998	11 770 393	14,31%
1999	16 569 327	40,77%
2000	13 114 587	-20,85%
2005	8 108 019	-38,18%
2010	6 490 000	-19,96%

a) De 1980 à 1998, les chiffres proviennent des comptes financiers du FNS. Depuis 1999, les chiffres proviennent du décompte de l'assurance dépendance.

Depuis 1999, le coût financier global de l'APGH diminue d'année en année. Les fluctuations observées entre 1992 et 1993, ainsi qu'entre 1998 et 1999 résultent des modifications du forfait par la législation (cf. tableau suivant), et non du nombre de bénéficiaires. A remarquer qu'on n'observe pas de préférence selon le type de handicap pour opter pour les prestations de l'assurance dépendance. Le coût total de 1979 à 2010 de l'allocation pour personnes gravement handicapées s'élève à 230 millions d'euros.

TABEAU 11. - MONTANT LÉGAL DE L'APGH DE 1979 À 2010

Année	Loi	Montant mensuel fixé (ind.100, euros) (enfant / adulte)	Moyenne annuelle de l'indice des prix	Montant mensuel moyen en euros (enfant / adulte)
1979	début ^{a)}	24,79 / 49,58	300,97	74,61 / 149,22
1985	modif.1985 ^{b)}	25,78 / 51,56	416,31	107,32 / 214,65
1988	modif.1987 ^{c)}	28,36 / 56,72	429,56	121,82 / 243,65
1993	modif.1992 ^{d)}	32,77 / 65,54	505,37	165,61 / 331,22
1999	(abrogée) ^{e)}	89,24 / 89,24	554,38	494,73 / 494,73
2000	(abrogée)	89,24 / 89,24	569,41	508,14 / 508,14
2005	(abrogée)	89,24 / 89,24	640,24	571,35 / 571,35
2010	(abrogée)	89,24 / 89,24	711,07	634,56 / 634,56

a) Loi du 16 avril 1979 portant création d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées.

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/1979/0032/1979A06512.html>

b) Règlement grand-ducal du 10 juin 1985 portant modification des montants de base des allocations familiales, des allocations de naissance et de l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées.

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/1985/0037/1985A06041.html>

c) Loi du 15 mai 1987 portant modification de la loi modifiée du 16 avril 1979 portant création d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées.

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/1987/0036/1987A05691.html>

d) Règlement grand-ducal du 23 décembre 1992 portant nouvelle fixation des montants de l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées.

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/1992/0103/1992A30771.html>

e) Loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance.

<http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/1998/0048/1998A07101.html>

En conclusion, on peut dire que le coût global de l'allocation pour personnes gravement handicapées diminue d'année en année depuis 1999, compte tenu de la diminution progressive du nombre de bénéficiaires, soit pour cause de décès, soit parce qu'il y a eu option pour l'assurance dépendance. Au 31 décembre 2010, le nombre de bénéficiaires s'élevait à 826. Le montant total versé pour 2010 était de 6,49 millions d'euros.

Expansion

Valeur monétaire

CCT-SAS

46 158 445 euros

SMA

ADAPTH

7 373 ETP

■ ■ ■ Chapitre 7

**Les prestataires dans
l'assurance dépendance**



Ce chapitre présente deux volets distincts :

- Volet technique : description de la méthodologie de fixation de la valeur monétaire et de la méthodologie du calcul de la valeur locative des aides techniques.
- Volet statistique : analyse de l'évolution des prestataires d'aides et de soins et de leurs effectifs de 1999 à 2010.

SECTION 1 LES VALEURS MONÉTAIRES

1.1 BASE LÉGALE

Conformément à l'article 395 du Code de la sécurité sociale,

"Le montant des prestations délivrées par les prestataires au sens des articles 389 à 391 est déterminé en multipliant la durée horaire au sens des articles 353 et 359, pondérée en tenant compte de la qualification requise, par une valeur monétaire. La valeur monétaire est fixée séparément pour :

- les réseaux d'aides et de soins ;
- les centres semi-stationnaires ;
- les établissements d'aides et de soins à séjour continu ;
- les établissements à séjour intermittent.

Chaque valeur monétaire est négociée chaque année par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance avec le ou les groupements professionnels des prestataires au sens des articles 389 à 391.

Les valeurs monétaires correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat."¹

Le règlement grand-ducal² arrêtant la liste des aides et soins (les actes essentiels de la vie, les activités de soutien, les actes de conseil et les forfaits pour tâches domestiques) pris en charge par l'assurance dépendance retient, conformément à l'article 350 du Code de la sécurité sociale (CSS) une durée forfaitaire pour chacun de ces actes. Les différents aides et soins facturés à la CNS peuvent ainsi être exprimés en durées. A partir des valeurs monétaires on peut calculer un tarif unitaire pour chacun de ces actes.

1.2 LOGIQUE DE DÉTERMINATION

La loi définit des plafonds de prise en charge exprimés en durées. Le RGD du 21 décembre 2006 modifiant le RGD du 18 décembre 1998 fixant les modalités de détermination de la dépendance définit des durées forfaitaires pour chacun des aides et soins. Le plan de prise en charge notifié à la personne dépendante précise la durée hebdomadaire individuelle de la prise en charge à laquelle elle a droit. L'assurance dépendance prend ainsi en charge une durée de prestation qui renvoie à une durée de travail, d'où le principe retenu de définir une valeur monétaire basée sur le coût d'une heure de travail.

Depuis les premières négociations, les valeurs monétaires sont déterminées suivant une méthodologie élaborée de commun accord entre la COPAS et la CNS.

Les négociations se font en deux étapes : en premier lieu, pour la détermination de la VM pour l'année n, il est procédé au calcul du coût de revient horaire sur base des données comptables et des statistiques de personnel recensées pour l'année n-2. A cette fin, la méthodologie précitée sert à la répartition analytique des charges sur les différents domaines d'activités des prestataires (assurance maladie/accueil gérontologique dans le domaine du troisième âge/volet hôtelier/accueil socio-pédagogique dans le secteur handicap/assurance dépendance). A ce niveau certaines évolutions constatées par rapport à l'année n-3 peuvent donner lieu à des discussions contradictoires entre CNS et COPAS.

¹ Pour les exercices 1999 et 2000, les valeurs monétaires ont été fixées par voie de règlement grand-ducal.

² Règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

Dans un deuxième temps le coût de revient horaire opposable pour n-2 sur lequel les parties se sont mises d'accord, est adapté au niveau de l'année n, en tenant compte de toutes les modifications objectives et quantifiables intervenant entre n-2 et n : le renouvellement des conventions collectives de travail, le glissement des carrières, l'adaptation des taux de cotisation, etc.

Pour obtenir un coût horaire, l'ensemble des coûts opposables à l'assurance dépendance est divisé par le nombre d'heures susceptibles d'être prestées au lit du patient. Pour obtenir ce diviseur, le nombre d'équivalent temps plein (ETP) susceptibles de prester des aides et soins est multiplié par le référentiel temps de travail (RTT).

Les référentiels temps de travail propres aux différents secteurs représentent le nombre d'heures susceptibles d'être prestées par un équivalent temps plein (ETP), c'est-à-dire le nombre d'heures à prester, déduction faite des congés légaux, des jours fériés, des congés d'usage, de la formation, des congés de maladie, des congés liés à l'âge, etc. Certains éléments sont normatifs, comme par exemple le nombre d'heures de formation, le nombre de jours de congé légal, d'autres sont issus d'un calcul moyen, il s'agit notamment des congés pour maladie, des congés liés à l'âge.

On peut souligner que 36 valeurs monétaires ont été négociées entre l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et la COPAS. A deux reprises seulement la CNS/UCM et la COPAS n'ont pas trouvé un accord, ce qui a conduit à la procédure de médiation prévue par le Code de la sécurité sociale (VM 2007 - centres semi-stationnaires et VM 2008 - établissements à séjour continu).

1.3 FACTEURS STRUCTURELS EXPLIQUANT LES DIFFÉRENCES ENTRE LES 4 VALEURS MONÉTAIRES

Les valeurs monétaires reflètent donc les coûts de revient horaires opposables à l'assurance dépendance. En analysant les éléments constitutifs des 4 valeurs monétaires, on peut mettre en évidence les différences structurelles au niveau des coûts entre les 4 types de prestataires dispensant les aides et soins pris en charge par l'assurance dépendance. Pour les besoins de cette comparaison, le tableau suivant reprend les valeurs monétaires arrêtées pour l'exercice 2011 (à la valeur moyenne de l'indice du coût de la vie sur 12 mois = 724,34) :

Réseaux d'aides et de soins (RAS)	61,59 euros
Centres semi-stationnaires (CSSTA)	51,88 euros
Etablissements à séjour intermittent (ESI)	50,24 euros
Etablissements à séjour continu (ESC)	44,83 euros

Pour interpréter correctement ces chiffres, il faut évoquer le fait que les valeurs monétaires ne correspondent pas exactement aux coûts de revient horaires déterminés pour les 4 secteurs. En effet, les coûts de revient horaires doivent être corrigés afin de tenir compte des coefficients de qualification qui interviennent au niveau de la facturation. L'article 395 du CSS spécifie expressément que les durées rémunérées doivent tenir compte de la qualification des prestataires. Pour comprendre le sens de cette correction, il faut partir du principe de base retenu pour la détermination des valeurs monétaires qui peut être exprimé dans les équations suivantes :

$$\begin{array}{c} \text{Charges opposables à l'assurance dépendance} \\ \\ = \\ \\ \text{Recettes de l'assurance dépendance} \end{array}$$

Equation équivalente à :

$$\begin{array}{c} \text{Coût de revient horaire opposable} * \text{Nombre d'heures de travail opposables à l'assurance dépendance} \\ \\ = \\ \\ \text{Valeur monétaire} * \text{Heures de travail facturées} \end{array}$$

Valeur monétaire = (Nombre d'heures de travail opposables à l'assurance dépendance/Heures de travail facturées) * (Coût de revient horaire opposable)

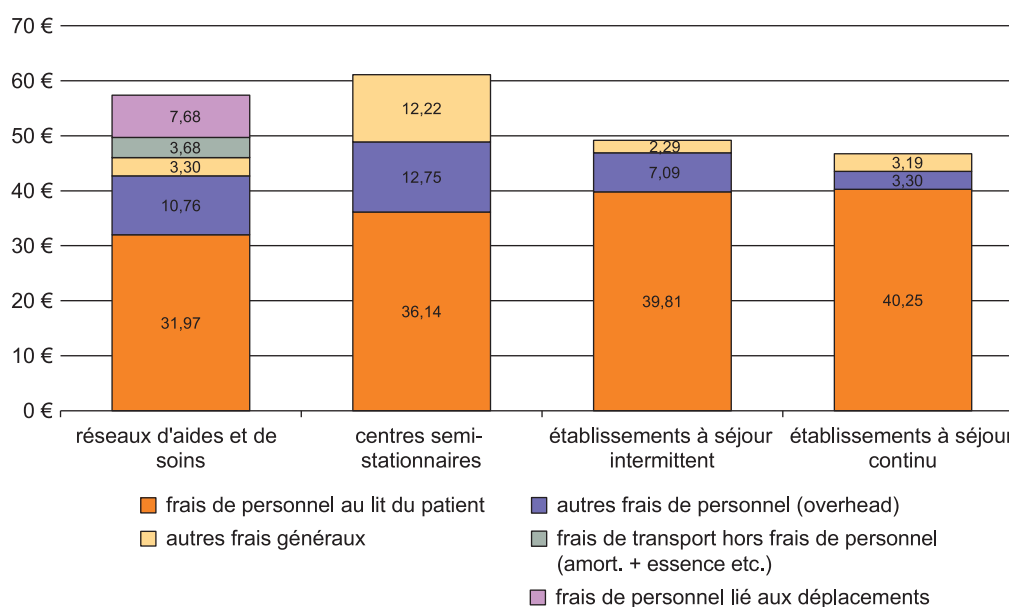
D'où le facteur correctif :

$$\text{(Nombre d'heures de travail opposables à l'assurance dépendance/Heures de travail facturées)}$$

Le tableau suivant reprend les coûts de revient horaires à la base des valeurs monétaires fixées pour l'exercice 2011 :

	VM 2011 (1)	Facteur correctif (2)	Coût de revient horaire (1)/(2)
Réseaux d'aides et de soins	61,59	1,0731	57,39
Centres semi-stationnaires	51,88	0,8489	61,12
Etablissements à séjour intermittent	50,24	1,0214	49,19
Etablissements à séjour continu	44,83	0,9590	46,74

Les éléments constitutifs des coûts de revient horaires sont repris ci-après :



La valeur monétaire applicable aux réseaux d'aides et de soins est influencée par le coût lié aux déplacements du personnel d'aides et de soins. Les centres semi-stationnaires se distinguent par le fait que l'infrastructure (hors restauration) nécessaire à la tenue des activités en groupe, ainsi que le transport des personnes, sont entièrement supportés par l'assurance dépendance. Le personnel administratif et logistique est moins élevé au niveau des ESI et des ESC, ceci dans la mesure où ces prestataires bénéficient d'effets d'économies de gamme.

1.4 EVOLUTION DES VALEURS MONÉTAIRES

TABEAU 1. - EVOLUTION DES VALEURS MONÉTAIRES APPLICABLES (À LA VALEUR 100 DE L'INDICE DU COÛT DE LA VIE)^{a)}

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maintien à domicile	6,70732	6,61734	7,59840	7,55680	7,79514	7,68455	7,80645	7,84521
Variation en %		-1,3%	14,8%	-0,5%	3,2%	-1,4%	1,6%	0,5%
Etablissements à séjour continu	6,34959	6,18199	5,74101	5,75518	5,85044	5,73459	5,90404	6,10999
Variation en %		-2,6%	-7,1%	0,2%	1,7%	-2,0%	3,0%	3,5%

a) La valeur monétaire est indexée depuis le 1er janvier 2007. Pour les exercices antérieurs à cette date, les valeurs monétaires sont exprimées, pour chaque année, à la valeur moyenne de la valeur de l'indice du coût de la vie calculée pour l'exercice en question.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Réseaux d'aides et de soins	7,84490	7,79601	8,20419	8,33561	8,50233	8,57035
Variation en %		-0,6%	5,2%	1,6%	2,0%	0,8%
Centres semi-stationnaires	7,97355	7,50245	7,44471	7,25115	7,16276	7,34664
Variation en %		-5,9%	-0,8%	-2,6%	-1,2%	2,6%
Etablissements à séjour intermittent	6,87999	6,97761	6,87717	6,77619	6,93601	6,99052
Variation en %		1,4%	-1,4%	-1,5%	2,4%	0,8%
Etablissements à séjour continu	6,19827	6,36126	6,37246	6,31453	6,18861	6,23816
Variation en %		1,4%	0,2%	-0,9%	-2,0%	0,8%

L'analyse de l'évolution des valeurs monétaires s'avère ardue dans la mesure où les valeurs monétaires reprises dans le tableau ci-avant ne sont pas nécessairement comparables du fait de certaines modifications structurelles intervenues au cours des années, modifications qui se juxtaposent en partie :

- i. Jusqu'en 2006 compris, la valeur monétaire calculée pour les réseaux correspondait à une moyenne pondérée des coûts de revient calculés pour les réseaux généralistes, les prestataires intervenant dans le secteur handicap et les centres semi-stationnaires. Ce n'est qu'en 2007 que des valeurs monétaires distinctes ont été introduites ;
- ii. Le coefficient de qualification influence la fixation de la valeur monétaire comme expliqué ci-avant. Les modifications des standards de détermination des actes requis par la CEO influencent ainsi la fixation des valeurs monétaires. De plus la hiérarchie des coefficients a été adaptée en 2004 et un nouveau relevé-type a été introduit en 2007 ;
- iii. En 2010, l'application de l'article 45bis de la convention-cadre a conduit à l'application d'une valeur monétaire différenciée en ce qui concerne les établissements d'aides et de soins à séjour continu ;
- iv. L'analyse de l'adaptation des règles de répartition analytique des charges au cours des années et leur impact sur la détermination des valeurs monétaires dépasserait le présent cadre.

Les frais de personnel constituant le facteur déterminant dans la fixation de la valeur monétaire. Il va de soi que l'évolution de celle-ci est en particulier influencée par l'évolution des conditions de travail (durée de travail) et de rémunération (valeur du point indiciaire fixé par la convention collective de travail et glissement des carrières). La hausse annuelle moyenne sur la période 2000-2010 s'élève à 1% pour la revalorisation de la valeur du point indiciaire. L'impact du glissement des carrières pris en compte au niveau de la fixation des valeurs monétaires peut être également être chiffré à 1% en moyenne par an.

1.5 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES AU NIVEAU DE LA FIXATION DES VALEURS MONÉTAIRES

1.5.1 VALEUR MONÉTAIRE MOYENNE SANS PRISE EN COMPTE DES SPÉCIFICITÉS DES PRESTATAIRES

La valeur monétaire est basée sur la détermination d'un coût de revient moyen. Or, les prestataires ont des coûts de revient individuels qui varient en partie très fortement par rapport à la moyenne. Les facteurs expliquant les différences de coûts sont nombreux : la structure des qualifications ou d'ancienneté du personnel, l'importance des frais indirects (frais administratifs, d'infrastructure ou logistiques), l'application de conventions collectives distinctes, forme juridique du prestataire entraînant un surcoût des frais de personnel pour les établissements publics (cf. obligation de verser une cotisation à charge de l'employeur s'élevant à 1,7% pour financer les allocations familiales), pour n'en citer que les plus importants. Les raisons de ces divergences tiennent principalement à des choix organisationnels distincts et aux spécialisations de la prise en charge liées aux profils des personnes dépendantes.

1.5.2 ABSENCE D'UN CADRE NORMATIF SUFFISANT ET CONVERGENCE DES COÛTS

Le seul moyen de différenciation au niveau de la tarification des aides et soins retenu par le cadre légal, est donné par le coefficient de qualification. Celui-ci permet de moduler le prix en fonction de la qualification requise pour l'exécution de l'acte. Le RGD du 21 décembre 2006 modifiant le RGD modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance définit ainsi pour chacun des aides et soins une qualification minimale requise (QMR) à observer pour son exécution.

Or les prestataires renseignent des structures de qualification du personnel qui dépassent les normes minimales définies.

La coordination des aides et soins et les tâches de direction assumées par les prestataires d'aides et de soins sont des sujets récurrents au niveau des négociations des valeurs monétaires.

Dans ces circonstances la convergence des coûts dans le secteur risque de se faire sous la seule contrainte financière que représente la valeur monétaire pour les prestataires renseignant des coûts supérieurs à la moyenne, et contraints de revoir leur structure de coûts à la baisse, devant l'absence de sources de financement alternatives (prix de pension, dons etc.).

Face à ce constat la COPAS et la CNS ont introduit, sur une base conventionnelle, une commission des normes appelée à se pencher sur une normalisation accrue en matière de dotations.

Cependant, cet instrument n'a qu'une portée limitée dans la mesure où il ne permet pas à résoudre la question d'une tarification plus fine des prestations selon des critères définis par un cadre normatif plus développé.

1.5.3 L'ABSENCE D'UN DISPOSITIF PERMETTANT UNE TARIFICATION PLUS DIFFÉRENCIÉE

L'existence de normes ne permet pas de résoudre la question soulevée au point précédent en ce qui concerne la prise en compte d'éléments normatifs au niveau de la tarification. Pour ce faire, il faudrait adapter le dispositif légal et réglementaire afin de rendre une telle tarification possible.

1.5.4 LA QUESTION DU VOLUME : LES TEMPS NORMATIFS CORRESPONDENT-ILS AUX TEMPS RÉELS ?

Les durées de prestation payées par la CNS sont des temps forfaitaires (article 350 du Code de la sécurité sociale). Le principe de baser la valeur monétaire repose sur le souci de garantir l'équilibre suivant :

$$\text{Charges opposables à l'assurance dépendance} = \text{Recettes de l'assurance dépendance}$$

Ce que l'on peut également écrire sous la forme suivante :

$$\begin{aligned} & \text{Durée de travail réelle opposable} * \text{Coût de revient horaire} \\ & = \\ & \text{Durée normative définie pour les aides et soins} * \text{VM} \end{aligned}$$

Cette égalité est vérifiée si la durée de travail effective est égale à la durée normative.

Ici, il faut rappeler que les temps normatifs sont largement basés sur une méthodologie d'évaluation de l'autonomie de la personne, le CTMSP (Classification par type en milieu de soins et services prolongés) utilisé il y a plus de 25 ans au Canada. Or si cet instrument a été utilisé dans un but d'évaluation de l'autonomie des personnes, les durées forfaitaires n'ont pas trouvé une application dans quelconque facturation à l'acte.

La question de la pertinence de la facturation à l'acte recourant à ces durées devrait être approfondie.

1.5.5 LA CONTRAINTES DES COEFFICIENTS D'INTENSITÉ AU NIVEAU DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN EN GROUPE

Au niveau des activités de soutien en groupe, l'assurance dépendance prévoit deux taux d'encadrement : la garde en groupe pour laquelle le relevé-type prévoit un encadrement de 1/8 (un professionnel pour un groupe de 8 personnes dépendantes) et l'activité en groupe spécialisée pour laquelle l'encadrement s'élève à 1/4. Les modalités de facturation prévoient que les temps de présence des personnes dépendantes dans les activités de groupe sont pondérés par des coefficients d'intensité déterminant le nombre de personnes prises en charge par un professionnel au cours d'une séance. Pour illustrer cette modalité, on peut prendre l'exemple suivant : Au cours d'une matinée de 4 heures, un groupe de quatre personnes est pris en charge par un professionnel dans le cadre d'une activité spécialisée en groupe. Dans ce cas, le temps de présence cumulé des personnes dépendantes s'élève à $4 * 4$ heures de présence = 16 heures de présence. De l'autre côté le prestataire a fourni 4 heures de travail pour encadrer le groupe en question. Au niveau de la facturation ceci se traduit de la façon suivante : $4 \text{ heures de présence} * 4 \text{ personnes dép.} * 0,25$ ($\Rightarrow$ coef. d'intensité) = 4 heures payées.

Dans cet exemple, le nombre d'heures payées est égal au nombre d'heures de travail fournies par le prestataire. En partant de la logique consistant à calquer la valeur monétaire sur le coût de revient horaire, l'équilibre financier du prestataire est garanti dans cet exemple. Cependant, il n'en est pas ainsi si le groupe de personnes ne s'élève qu'à 3 individus. De façon plus générale, l'équilibre financier n'est garanti que si la taille du groupe s'élève à 4 individus, ou à des multiples de 4 individus (un groupe de 8 personnes sera ainsi encadré par 2 professionnels).

Au niveau des négociations de la valeur monétaire applicable aux centres semi-stationnaires, la COPAS a rendu attentif à cette difficulté, et a revendiqué une majoration de la valeur monétaire afin de tenir compte du fait que les groupes encadrés ne comportent pas toujours 4 individus (ou des multiples de 4), respectivement 8 individus (pour la garde en groupe).

Il est difficile de séparer les coûts du volet de l'accueil socio-pédagogique et les charges imputables aux activités opposables à l'assurance dépendance dans le secteur des personnes handicapées.

La répartition des charges dans le secteur des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent s'avère difficile entre les volets de l'accueil socio-pédagogique et les volets opposables à l'assurance maladie respectivement à l'assurance dépendance. La COPAS et la CNS n'ont pas réussi à définir des critères pour procéder à cette distinction. En conséquence, la valeur monétaire reflète un coût moyen intégrant les trois volets.

1.5.6 L'ARTICLE 45BIS DE LA CONVENTION-CADRE CNS/COPAS

Le litige ayant porté sur la fixation de la valeur monétaire 2008 applicable aux établissements d'aides et de soins a abouti à une modification de la convention-cadre qui lie la CNS et la COPAS. L'amendement (article 45bis) a porté sur l'introduction d'un différentiel appliqué à la valeur monétaire des établissements d'aides et de soins. Sans entrer dans les détails, il faut rappeler que ce dispositif permet de différencier le paiement des prestations en fonction du prestataire. La COPAS communique à la CNS la liste des établissements qui peuvent bénéficier d'un différentiel positif. En contrepartie la valeur monétaire issue des négociations est réduite de manière à ce que l'opération soit neutre sur le plan financier pour la CNS.

Si ce dispositif permet de différencier la tarification selon le prestataire concerné, il faut soulever que la question de la sécurité juridique de ce dispositif est posée dans la mesure où la loi ne prévoit pas une telle différenciation.

SECTION 2 LA MISE À DISPOSITION DES AIDES TECHNIQUES PAR VOIE DE LOCATION : LE RÔLE PARTICULIER DU SMA A.S.B.L. (SERVICE DES MOYENS ACCESSOIRES)

2.1 HISTORIQUE

Le SMA est une asbl née de l'Inspection sanitaire du Ministère de la Santé.

Jusqu'en 1999, le SMA était conventionné par le Ministère de la Santé. La convention n'a pas été reconduite par le Ministère de la Famille. Certaines attributions du Ministère de la Santé ont été transférées au Ministère de la Famille lors de l'accord gouvernemental consécutif aux élections de juin 1999. Ce transfert a notamment concerné le SMA.

Dans le cadre de l'assurance dépendance, le SMA a conclu une convention avec la Caisse nationale de santé sur base de l'article 394 du CSS, c'est-à-dire en tant que fournisseur d'aides techniques.

Le SMA est presque exclusivement financé par l'intermédiaire de la CNS (assurance maladie 4% du chiffre d'affaires, assurance dépendance et assurance accidents 94% du chiffre d'affaires), mis à part quelques ressources lui parvenant encore de particuliers au titre de locations privées ou de dons (2% des recettes).

2.2 CONVENTION CONCLUE AVEC LA CNS

La convention conclue avec la CNS prévoit que le SMA met à la disposition des bénéficiaires de l'assurance dépendance le matériel dont il dispose. La CNS paie au SMA les loyers des aides techniques mises à disposition gratuitement aux utilisateurs. Le prix du loyer est convenu entre la CNS et le SMA en fonction du prix de l'aide technique, de la durée d'amortissement, du coût des pièces de rechange et du travail d'entretien et administratif généré au sein du SMA par l'accomplissement de ces services. Les prix de location sont fixés de manière à assurer l'équilibre financier du budget négocié entre la CNS et le SMA.

Aux termes de cette convention, le SMA peut ainsi :

- soit louer aux personnes éligibles une aide technique lui appartenant, sortie du stock dont il dispose ;
- soit acheter l'aide technique sur base d'un dossier précis établi par la Cellule d'évaluation et d'orientation et d'après une demande d'offre publiée sur un site Internet spécialement aménagé à cet effet. L'aide technique sera alors louée aux personnes dépendantes.

Le SMA peut aussi acheter certaines aides techniques standard (surtout des lits de soins, élévateurs de bain/lit, cannes, rollators, etc.) indépendamment d'un dossier précis de la CEO. Le SMA donne ces aides techniques en location soit aux personnes dépendantes sur base d'une évaluation de la Cellule d'évaluation et d'orientation, soit à charge de l'assurance maladie sur base d'une ordonnance médicale lorsque le demandeur est en instance d'évaluation.

Le SMA est propriétaire des aides techniques. Il les reprend après usage.

Toutes les aides techniques ont été munies d'un numéro d'inventaire commun avec la Caisse nationale de santé, ce qui permet, à travers une banque de données, un retraçage parfait des utilisations successives et de la durée de vie de chaque aide technique.

2.3 LE VOLUME DES AIDES TECHNIQUES GÉRÉES PAR LE SMA ET LE COÛT Y RELATIF

Avec l'introduction de l'assurance dépendance, le SMA a acquis un rôle de grande envergure en matière de centre de gestion et de revalorisation des aides techniques, tant pour l'assurance dépendance que pour l'assurance maladie.

Au 31 décembre 2011, le nombre d'aides techniques en location s'élève à quelques 26 000 unités, générant ainsi 5,6 millions d'euros de loyers sur l'année 2011.

2.4 LES RESSOURCES À DISPOSITION DU SMA

Au 31 décembre 2010, la dotation en personnel budgétisée s'élève à 30,25 équivalents temps plein (ETP). La surface de stockage nécessaire et disponible s'élève à quelques 3000 m². Il est à noter qu'à court terme se pose la question de la relocalisation du SMA. En effet, le bail relatif aux locaux actuels est reconduit de 6 mois en 6 mois : le propriétaire attend les autorisations nécessaires à la réalisation d'un projet résidentiel prévu à l'emplacement actuel des locaux occupés par le SMA.

L'application informatique nécessaire à la gestion des stocks et permettant la consultation des titres de prise en charge est fournie et maintenue à jour par la CNS.

Finalement, il faut relever que le SMA dispose de très peu de fonds propres (0,35 millions d'euros / total passif = 6,5 millions d'euros). Avec l'introduction de l'assurance dépendance le SMA a dû faire face à une demande inédite en termes de volumes à traiter. En quelques mois le stock des aides techniques du SMA est passé de quelques centaines d'aides techniques à quelques milliers. Ceci a entraîné un besoin de financement très important. Pour ne pas obliger le SMA à recourir à l'emprunt, la CNS a mis à disposition du SMA les moyens nécessaires pour faire face à ce besoin de financement. Ainsi, la créance que la CNS détient sur le SMA s'établit à 5,8 millions d'euros au 31 décembre 2010. Ce montant est couvert par un actif immobilisé d'un montant équivalent. Cet état de fait persistera à l'avenir, dans la mesure où les loyers sont fixés de telle manière à équilibrer les dépenses découlant du budget négocié avec la CNS (absence de marge permettant au SMA de se doter de fonds propres). Dans ce contexte il est utile de noter que l'article 24 des statuts de l'asbl stipule qu'en cas de dissolution de l'association l'actif social sera remis à titre conservatoire à la CNS, en tant qu'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance.

2.5 LA FORME JURIDIQUE DU SMA : ASBL

Les statuts de l'asbl prévoient un organe de censeur qui participe aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative. Le censeur est désigné par le comité directeur de la CNS. La convention conclue entre la CNS et le SMA précise que le censeur obtient l'ajournement de toute décision susceptible d'affecter les intérêts de la CNS.

La CNS n'a pas d'emprise directe sur le fonctionnement quotidien du SMA. Lorsque le SMA était encore conventionné par le Ministère de la Santé, des fonctionnaires de l'Inspection sanitaire y étaient détachés afin de contribuer à l'évacuation des travaux quotidiens.

2.6 LA SITUATION CONCURRENTIELLE DU SMA

Le SMA s'approvisionne auprès de distributeurs nationaux. Il officie en tant que centrale d'achats unique pour les aides techniques prises en charge par voie de location. A côté de cette fonction d'achat il assume également les missions de récupération/reconditionnement/stockage (reverse logistics) pour ces aides techniques. Depuis l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance, et la conclusion d'une convention entre le SMA et la CNS, aucun autre fournisseur n'a montré un intérêt pour ce marché.

Aujourd'hui le SMA occupe donc une situation de monopole en ce qui concerne la mise à disposition des aides techniques prises en charge par voie de location. Dans un marché ayant atteint un niveau élevé de maturité, ceci lui procure en tant que centrale d'achat unique un avantage concurrentiel certain au niveau des prix d'achat qu'il peut obtenir, du moins vis-à-vis de concurrents potentiels nationaux.

En deuxième lieu, il faut souligner que l'imbrication au niveau des procédures et de l'informatique liant la CNS, la CEO et le SMA, constitue une barrière à l'entrée pour de nouveaux fournisseurs, puisque ceux-ci devraient investir dans les interfaces avec la CNS et la CEO (gestion des titres de prise en charge, gestion spécification des aides techniques).

L'exiguïté du territoire national, ne plaide pas non plus en faveur d'un deuxième fournisseur. A titre de comparaison on peut citer l'exemple du Land Hessen, où l'AOK a centralisé la gestion opérationnelle en deux centres logistiques (Hessen Nord et Sud), couvrant chacun un rayon de 200 km.

La fixation de loyers par la CNS au niveau des coûts de revient décourage aussi l'entrée sur le marché de nouveaux fournisseurs.

2.7 LE PRINCIPE DE LA RÉCUPÉRATION ET DU RÉEMPLOI DES AIDES TECHNIQUES : LA NOTION DE REVALORISATION DES AIDES TECHNIQUES

On estime qu'il existe un consensus général sur le principe de la récupération, du réemploi et de la réattribution des aides techniques pour lesquelles certaines législations sociales prévoient un système de mise à disposition gratuite aux usagers.

En effet dans la chaîne de valorisation, les aides techniques inutilisées sont reprises, reconditionnées et mises en stock pour être réutilisées. En général c'est au dépôt du SMA que s'effectue l'emmagasinement des aides techniques retournées et momentanément inutilisées. Suivant l'état mécanique et le degré de vétusté, les aides techniques entrent dans un processus de revalorisation tandis que d'autres sont déclassées.

Les aides techniques considérées comme valorisables subissent un nettoyage, une désinfection et une remise en état technique avant d'être reconduites à travers le stock d'aides techniques du SMA dans le système d'utilisation par les usagers des différentes branches de la sécurité sociale garantissant la prise en charge d'aides techniques.

2.8 DÉPLOIEMENT DU PRINCIPE DE VALORISATION DES AIDES TECHNIQUES AU LUXEMBOURG

Il convient de se demander si l'instauration d'un système national de valorisation des aides techniques ne devrait pas faire l'objet d'une disposition légale spécifique, uniformément applicable à tous les organismes de sécurité sociale concernés. En plus la question intéresse de savoir sous quelle forme juridique (organisme public ou privé) le service de valorisation peut être constitué.

Actuellement les dispositions au niveau légal se limitent à l'assurance dépendance et ne prévoient que le principe d'une mise à disposition des aides techniques et l'obligation pour la Caisse nationale de santé de conclure à cet effet des "*contrats de service avec les fournisseurs spécialisés*". Au niveau de l'assurance maladie ces dispositions sont contenues dans les statuts qui sont également applicables, par extension réglementaire, à l'assurance accidents.

S'étant inspiré du système canadien, d'autres pays européens appliquent en partie un système de récupération/recyclage. Cela est en l'occurrence le cas en Suède ou également en Allemagne. L'organisation de ces systèmes varie d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre. Ainsi, pour citer l'exemple du Land Hessen, l'AOK a séparé institutionnellement la fonction achat et la logistique (livraison/récupération/reconditionnement). L'achat et la relation avec l'assuré étant assumés par les Sanitätshäuser, la logistique de récupération (reverse logistics), y compris désinfection et stockage, a quant à elle été confiée à une société logistique (suite à un appel d'offres). Pour les aides techniques données en location, l'AOK Hessen reste propriétaire.

Cette configuration peut servir de modèle pour le Luxembourg. Confier la propriété des aides techniques au financeur permet à celui-ci de changer ou de diversifier plus facilement le réseau de distribution/récupération/reconditionnement des aides techniques. L'efficacité du processus de distribution/récupération/reconditionnement est plus grande dans le cas où la propriété des aides techniques revient à un seul opérateur (stock unique vs multitude de stocks). Finalement, l'achat centralisé permet en même temps d'obtenir les meilleurs prix.

Dans le cas du SMA, il faut relever que les deux volets de l'achat et de la logistique sont gérés par le SMA, qui est propriétaire des aides techniques. La fonction achat est décentralisée, dans le sens où certaines aides techniques sont commandées par la Cellule d'évaluation et d'orientation, suite à des appels d'offres. Les factures y relatives sont réglées par le SMA. Le bienfondé du partage de la fonction d'achat devrait être revu.

Finalement, l'opportunité économique de la modalité de prise en charge par voie de location devrait être analysée de façon plus précise, afin de pouvoir baser le choix entre location et nouvelle acquisition sur des critères d'économicité. Cette analyse pourrait déboucher sur une redéfinition des modalités de prise en charge définies par voie réglementaire (RGD du 22 décembre 2006 déterminant les modalités et les limites de prise en charge des aides techniques).

Il appartient également à l'Etat de veiller à la mise en place d'une réglementation sanitaire et technique spécifique comme il en existe dans certains pays voisins. En effet il faut préciser les consignes à suivre en matière de vérification technique pour les aides techniques destinées à une réattribution et faire en sorte qu'elles soient soumises à un protocole de nettoyage et de désinfection.

Une certification technique est indispensable pour toutes les aides techniques comportant des systèmes électriques, électroniques ou mécaniques lorsque ces systèmes peuvent mettre en cause la sécurité et l'intégrité physique des utilisateurs.

SECTION 3 LE RÔLE DE L'ADAPTH DANS LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT FINANCÉES PAR L'ASSURANCE DÉPENDANCE³

3.1 HISTORIQUE

L'asbl ADAPTH (acronyme pour Association pour le Développement et la Propagation d'Aides Techniques pour Handicapé(e)s) fût créée en 1985. L'objectif principal de cette association était, à l'époque, le développement d'aides techniques pour personnes en situation de handicap ainsi que l'amélioration des aides techniques existantes.

Les dix premières années ont été marquées par des activités de recherche et de développement portant essentiellement sur le domaine de la communication. Une réorientation progressive de l'ADAPTH vers le secteur de l'accessibilité de l'environnement bâti a amené l'association à émettre les premiers avis consultatifs pour le Ministère de la Santé et les premiers conseils pour l'adaptation d'habitations privées en 1995.

En 1998, l'ADAPTH a participé à des groupes de travail au sujet des aides techniques et de l'adaptation du logement en vue d'un projet de loi, qui a mené finalement à la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance.

Dès la mise en vigueur de cette loi, le Ministère de la sécurité sociale a proposé à l'ADAPTH de réaliser des expertises pour le compte de la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance.

En effet, ne disposant ni des ressources humaines suffisantes, ni de beaucoup d'expérience dans le domaine des adaptations du logement, la Cellule d'évaluation et d'orientation a choisi de collaborer avec l'ADAPTH pour le traitement de ces dossiers très spécifiques.

Le 7 juin 1999, l'ADAPTH a eu la première demande d'expertise de la part de l'assurance dépendance. Quinze autres ont suivi jusqu'à la fin de l'année. L'ADAPTH réalise aujourd'hui la majorité de ses expertises pour l'assurance dépendance. Il s'agit pour la plus grande partie de demandes d'adaptations du logement, mais le conseil de l'ADAPTH peut être sollicité également pour la mise à disposition d'aides techniques plus spécifiques.

La convention que l'ADAPTH avait avec le Ministère de la Santé depuis 1987 a été relayée en 2000 par une convention avec le Ministère de la Famille.

3.2 MISSIONS ET ACTIVITÉS

L'association a pour objet de promouvoir et de prendre toutes mesures auprès de personnes physiques et morales, dans le but de rendre, dans la mesure du possible, autonome et/ou indépendante toute personne atteinte d'une déficience limitant ses activités dans son environnement.

Ces mesures se traduisent entre autres par :

- la prestation de services, la réalisation d'expertises, d'études et/ou de conseils dans les domaines des aides techniques, de l'adaptation de l'environnement bâti comprenant entre autres le logement privé, les bâtiments privés et publics, les espaces publics et la voirie, de l'adaptation du poste scolaire et du poste de travail au moyen d'aides techniques, de l'adaptation des moyens de transport, des technologies de l'information et de la communication permettant de promouvoir l'accès à ces technologies et de les utiliser ;
- le développement d'aides techniques et leur promotion ;
- la participation à des projets de recherche et de développement ;
- des évaluations ;
- l'information, le conseil et les expertises ;
- des formations.

3 Cette section a été rédigée en s'appuyant sur les documents suivants :

- l'allocation de Monsieur Roger Meyrath, président de l'ADAPTH, à l'occasion des 20 ans de l'ADAPTH, du 21 octobre 2005 ;
- le contrat entre la CEO et l'ADAPTH ;
- document interne du service de la gestion administrative de la CEO ;
- le site internet de l'ADAPTH : www.adapth.lu.

3.3 LES ÉTAPES D'UNE EXPERTISE POUR L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Ces expertises comportent, au profit des personnes bénéficiaires, généralement six étapes de travail (appelés modules) et éventuellement une assistance pour la recherche d'offres de prix.

Les modules représentent des étapes ayant un déroulement logique, mais qui ne sont pas nécessairement indissociables. Il s'agit de :

- M1 Evaluation de la situation et élaboration de concepts de solutions ;
- M2 Faisabilité technique et estimation des coûts d'une solution ;
- M3 Cahier des charges de la solution retenue ;
- M4 Analyse d'offres de prix ou de factures ;
- M5 Suivi de l'implémentation de la solution ;
- M6 Réception de la réalisation ;
- MA Assistance dans les démarches de demande de devis.

Dans une optique de rationalisation des étapes de travail, la CEO demande à l'ADAPTH de traiter les modules M1, M2 et M3 d'un bloc. Lors de la visite de faisabilité technique (M2), le client a déjà la possibilité de prendre position par rapport aux concepts de solution élaborés par l'ADAPTH à la suite de l'évaluation (M1). L'ADAPTH fait parvenir le cahier des charges fonctionnel de la solution élaborée (1ère partie du M3) à la CEO pour accord. La CEO demande au client de valider cette solution. L'ADAPTH remet ensuite les bordereaux de la solution validée (2ème partie du M3) à la CEO, qui les fait suivre au client afin que celui-ci puisse demander deux offres de prix auprès de sociétés de son choix. Si le client n'est pas en mesure d'effectuer cette opération, la CEO peut demander à l'ADAPTH de l'assister dans les démarches d'obtention de devis (MA).

Le client remet deux offres de prix à la CEO pour analyse. La CEO peut demander à l'ADAPTH de vérifier ces offres. Le client est averti du montant de prise en charge de l'assurance dépendance par une décision présidentielle de la Caisse nationale de santé indiquant le montant de prise en charge, ainsi que les noms des entreprises conformes au cahier de charges. Le client doit signer et renvoyer un mandat autorisant la CNS à directement payer les factures des travaux subsidiés à l'entreprise réalisant les travaux. Dès réception du mandat la CEO autorise l'ADAPTH à réaliser le suivi de chantier (M5). Le suivi de chantier se clôture avec la réception technique des travaux.

Les sociétés en charge des travaux envoient leurs factures directement à l'ADAPTH pour vérification. Les factures conformes sont envoyées à la CEO pour paiement. A la fin du chantier, la CEO peut demander à l'ADAPTH de l'assister lors de la visite de réception qu'elle effectue.

La partie fonctionnelle de ces expertises est gérée par les ergothérapeutes de l'ADAPTH (7 ergothérapeutes en 2010). Le volet technique est sous-traité à des experts externes, en l'occurrence à des bureaux d'architectes.

3.4 LE LIEN ENTRE LA CELLULE D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION ET L'ADAPTH

Le premier contrat entre la Cellule d'évaluation et d'orientation et l'ADAPTH a été conclu en 1999.

Depuis 2010 et suite à la modification du règlement grand-ducal⁴, les frais d'experts sont considérés comme prestation de l'assurance dépendance, en dépassement du montant d'intervention maximal de 26 000 euros. En application de l'article 29 " *le montant pris en charge ne peut pas dépasser un montant de 26 000 euros par personne dépendante, sans prise en compte ni des aides techniques ni des frais susceptibles d'être engagés à charge de l'assurance dépendance pour la mise en œuvre de l'adaptation au profit des services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale* " les frais sont à charge de la Caisse nationale de santé. Une convention entre la CNS et l'ADAPTH doit régler les modalités pratiques de la facturation.

3.5 CONCLUSION

La Cellule d'évaluation et d'orientation a besoin de l'ADAPTH. En effet, la Cellule d'évaluation et d'orientation n'a pas les ressources humaines nécessaires au traitement de ces dossiers. L'ADAPTH quant à elle a toujours recruté en fonction du nombre croissant de dossiers introduits par l'assurance dépendance et ne peut se passer du travail effectué pour le compte de l'assurance dépendance.

⁴ Règlement grand-ducal du 20 avril 2010 modifiant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006.

SECTION 4 LES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS

4.1 CADRE LÉGAL

4.1.1 LA LOI RELATIVE À L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La loi du 19 juin 1999 portant introduction d'une assurance dépendance faisait la distinction entre deux types de prestataires, à savoir les établissements d'aides et de soins et les services de soins ambulatoires à domicile, appelés " réseaux ". Les articles 389 à 393 définissaient les relations avec les prestataires d'aides et de soins. La loi précisait notamment que les prestataires devaient exercer leur activité soit en vertu d'un agrément soit en vertu d'une autre disposition légale et avoir conclu avec l'organisme gestionnaire chargé de la gestion de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins. Les articles 392 et 393 précisaient les engagements obligatoires des prestataires.

La loi du 23 décembre 2005 modifiant différentes dispositions du Code de la sécurité sociale en matière d'assurance dépendance introduisit des changements importants au niveau des catégories de prestataires et dorénavant, quatre types de prestataires sont prévus : les réseaux d'aides et de soins (RAS), les centres semi-stationnaires (CSSTA), les établissements d'aides et de soins à séjour continu (ESC) et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI). Pour chacun d'eux, la loi prévoit la négociation d'une valeur monétaire spécifique. Les relations entre l'assurance dépendance et les différentes catégories de prestataires d'aides et de soins sont désormais définies dans des conventions-cadre négociées avec la CNS.

Après une subdivision initiale en deux catégories de prestataires, la loi du 23 décembre 2005 en prévoit donc quatre à partir du 1er janvier 2007. Elles sont définies aux articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale (CSS). L'article 388bis du CSS introduit la notion de convention-cadre : "*Ces conventions sont conclues entre l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins.*" La convention-cadre a pour objet de définir dans le cadre de la législation relative à l'assurance dépendance les rapports entre la CNS et les prestataires. L'annexe 2 de la convention-cadre fixe le contrat-type d'aides et de soins.

La convention-cadre actuelle a été signée le 8 janvier 2010 entre la CNS et la COPAS. Elle a été amendée par la suite. A l'article 2 il est défini que les prestataires adhèrent à la convention par la conclusion d'un contrat d'aides et de soins avec la CNS. Un contrat différent est conclu pour chaque activité distincte assumée par le prestataire au sens des articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale, activité dûment agréée selon la législation en vigueur.

Afin de 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. Ce principe a été arrêté par la loi de 1999 et a été maintenu lors des modifications apportées en 2005. Toutefois, les prestataires sont également contraints de conclure un contrat d'aides et de soins avec la CNS et d'adhérer ainsi à la convention-cadre.

4.1.2 LA LOI DITE " ASFT "

La mise en œuvre de l'assurance dépendance est étroitement liée à la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique (" loi ASFT "). L'importance sociale du secteur des organismes œuvrant dans ce domaine et l'ampleur des fonds privés et publics qui y sont investis ont amené le législateur à créer une base légale pour les activités des secteurs de l'action socio-familiale et de l'action socio-thérapeutique.

La loi introduit le concept d'un agrément ministériel obligatoire pour les personnes physiques et morales, de droit privé et de droit public, qui souhaitent opérer dans le domaine social, socio-éducatif, médico-social ou thérapeutique. Les activités suivantes en faveur de toutes les catégories de personnes sont soumises à un agrément (pour autant qu'elles ne font pas l'objet d'une autre disposition légale) :

- l'accueil et l'hébergement de jour et/ou de nuit de plus de trois personnes simultanément ;
- l'offre de services de consultation, d'aide, de prestation de soins, d'assistance, de guidance, de formation sociale, d'animation ou d'orientation professionnelle. [...] " (article 1er).

Les organismes opérant dans le champ d'action de l'assurance dépendance tombent sous ce même régime. Ces conditions constituent une mesure protectionniste pour l'assurance dépendance, limitant l'accès dans le cercle des prestataires autorisés aux organismes répondant aux critères de qualité minimaux.

L'article 392, alinéa 2 du CSS précise qu' "*un règlement grand-ducal peut préciser les types d'agrément requis au titre de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour l'ensemble des prestataires*".

Jusqu'à ce jour ce règlement grand-ducal n'a pas encore été pris. Faute de précision, les prestataires de l'assurance dépendance sont soumis aux conditions spécifiées dans le règlement grand-ducal modifié du 23 avril 2004 et dans le règlement grand-ducal modifié du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées.

4.2 LES DIFFÉRENTS TYPES DE PRESTATAIRES

4.2.1 LES ÉTABLISSEMENTS À SÉJOUR CONTINU

L'article 390 du Code de la sécurité sociale définit les **établissements d'aides et de soins à séjour continu (ESC)** comme "*institutions hébergeant de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant, dans le cadre de l'établissement, l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance*".

Les ESC regroupent les maisons de soins et les centres intégrés pour personnes âgées.

Le règlement grand-ducal modifié du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées définit les activités auxquelles il s'applique. Ainsi, "*est à considérer comme **centre intégré pour personnes âgées** tout service qui garantit un accueil gérontologique et des soins, principalement de jour et de nuit et pour une durée non limitée dans le temps, à au moins trois personnes âgées, en leur offrant entre autres des prestations d'hébergement, d'entretien, d'assistance au niveau des activités de la vie quotidienne, de guidance psycho-médico-sociale, d'animation et de loisir, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et le soutien stationnaire pris en charge par l'assurance dépendance*" (article 4, alinéa 1).

La définition de la **maison de soins** est comme suit : "*Est à considérer comme maison de soins tout service qui garantit un accueil gérontologique et des soins, principalement de jour et de nuit et pour une durée non limitée dans le temps, à au moins trois personnes, en leur offrant entre autres des prestations d'hébergement, d'entretien, d'assistance au niveau des activités de la vie quotidienne, de guidance psycho-médico-sociale, d'animation et de loisir, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et le soutien stationnaire pris en charge par l'assurance dépendance, et dont les usagers nécessitent en principe plus de 12 heures de prestations hebdomadaires d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie pris en charge par l'assurance dépendance*" (article 4, alinéa 2).

C'est donc au niveau des prestations de l'assurance dépendance que les deux types de structures se distinguent : les maisons de soins sont spécialisées à la prise en charge de personnes nécessitant en principe plus de 12 heures de prestations hebdomadaires en actes essentiels de la vie couverts par l'assurance dépendance. Elles sont équipées et dotées en personnel de manière à pouvoir assurer des prises en charge plus lourdes.

Il existe trois structures qui exercent leur activité en vertu d'une disposition légale différente des agréments accordés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration, à savoir la Maison de soins CHNP Pontalize, la Maison de soins à Steinfort et le Centre de convalescence Colpach.

4.2.2 LES RÉSEAUX D'AIDES ET DE SOINS

Le Code de la sécurité sociale définit les **réseaux d'aides et de soins (RAS)** comme étant "*des ensembles valablement constitués d'une ou de plusieurs personnes physiques ou morales assurant aux personnes dépendantes maintenues à domicile les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance. Tous les aides et soins délivrés dans le cadre d'un réseau d'aides et de soins doivent être prestés par des personnes exerçant leurs activités en vertu d'un agrément délivré par le ministre compétent en application de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans le domaine social, familial et thérapeutique et ayant conclu avec l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins*" (article 389, Code de la sécurité sociale). Par ailleurs, le législateur précise au même article que les réseaux d'aides et de soins peuvent recourir à des centres semi-stationnaires.

Quant au RGD modifié du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées, il prévoit à l'article 4, deux types d'agréments : un pour l'aide à domicile et un autre pour les soins à domicile. L'aide à domicile est définie comme suit : " *Est à considérer comme **aide à domicile**, toute activité consistant à accomplir pour au moins trois personnes, principalement au domicile des usagers, des prestations entre autres d'entretien, d'assistance au niveau des tâches domestiques, de garde, de guidance et d'orientation socio-familiales, éducatives et/ou gérontologiques, d'accompagnement au niveau des démarches administratives et sociales, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, le soutien à domicile et le conseil pris en charge par l'assurance dépendance.* " Sous **soins à domicile** il faut comprendre " *toute activité consistant à accomplir pour au moins trois personnes, principalement au domicile des usagers, des prestations de soins relevant des attributions des professions de santé.* "

Même si la loi relative à l'assurance dépendance ne distinguait pas les réseaux d'aides et de soins des centres semi-stationnaires et des établissements à séjour continu jusqu'au 31 décembre 2006, la CNS les considérait quand même à part comme " *réseaux généralistes d'aides et de soins* " depuis les débuts de l'assurance dépendance. La détermination de la valeur monétaire était réalisée séparément pour les trois secteurs et la valeur monétaire des réseaux d'aides et de soins était calculée en fusionnant les trois résultats en une moyenne pondérée au moyen du nombre d'heures prises en compte.

Tous les réseaux d'aides et de soins adhèrent à la même convention collective de travail, à savoir la CCT-SAS.

L'activité des prestataires réseaux d'aides et de soins couvre des prestations relevant du domaine de l'assurance maladie et du domaine de l'assurance dépendance. En outre, il arrive que des RAS gèrent des centres semi-stationnaires fonctionnant au titre de l'assurance dépendance comme catégorie de prestataires à part. A côté de ces activités reconnues par la CNS il existe encore d'autres domaines qui ne sont pas financés par la sécurité sociale comme par exemple l'activité " téléalarme " ou des prestations du type repas sur roues.

4.2.3 LES CENTRES SEMI-STATIONNAIRES

Selon le Code de la sécurité sociale les **centres semi-stationnaires (CSSTA)** sont " *des institutions accueillant soit de jour soit de nuit en cas de maintien à domicile des personnes dépendantes, en leur assurant les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance pendant leur séjour dans ce centre ayant conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins à cet effet. Un règlement grand-ducal peut préciser les types d'agréments requis au titre de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour ces centres* " (article 389, paragraphe 2, Code de la sécurité sociale).

Concrètement, il existe deux types de CSSTA. Le premier s'adresse à des personnes âgées, le second opère dans le domaine du handicap.

Le règlement grand-ducal du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées définit le **centre psycho-gériatrique** de la façon suivante : " *Est à considérer comme centre psycho-gériatrique tout service qui garantit un accueil gérontologique et thérapeutique, de jour ou de nuit, à au moins trois personnes âgées et/ou affectées de troubles à caractère psycho-gériatrique, pour leur proposer entre autres des prestations diverses de restauration, d'assistance au niveau de la vie quotidienne, de guidance socio-familiale et psycho-médico-sociale, d'orientation institutionnelle, de consultation psycho-socio-gérontologique, de validation et de réactivation, d'animation et de loisir(s), d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie pris en charge par l'assurance dépendance* " (article 4, alinéa 5).

Par ailleurs, un deuxième règlement grand-ducal, à savoir le règlement grand-ducal du 23 avril 2004 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées et portant exécution de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique décrit les **services d'activité de jour** comme suit : " *Est visé tout service qui offre des activités de jour à plus de trois personnes présentant un handicap grave ou polyhandicap. Outre les aides et soins au sens de la loi du 19 juin 1998 portant introduction de l'assurance dépendance, le service assure un accompagnement socio-pédagogique et thérapeutique par le biais d'activités variées et adaptées aux besoins et attentes individuels de la personne handicapée. Le service accueille pendant la journée des personnes handicapées qui, en raison de leur déficience et/ou de leur âge, ne peuvent pas suivre de manière continue une formation professionnelle ou un emploi. L'objet est d'assurer un encadrement professionnel et multidisciplinaire à la personne handicapée et à soutenir les familles ayant à charge une personne handicapée.* "

Pour les CSSTA la capacité de prise en charge est exprimée en nombre de places (chaises).

4.2.4 LES ÉTABLISSEMENTS À SÉJOUR INTERMITTENT

Les **établissements à séjour intermittent (ESI)** sont définis à l'article 391 du Code de la sécurité sociale comme étant " *les institutions hébergeant de jour et de nuit de façon prépondérante des personnes dépendantes relevant de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ou bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 4, alinéas 5 et 6 de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales. L'établissement doit dispenser tous les aides et soins requis par la personne dépendante pendant la durée de séjour dans l'établissement d'après les conditions et modalités fixées par la convention-cadre. Un règlement grand-ducal peut préciser les types d'agrément requis au titre de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour ces établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.* "

Ce règlement grand-ducal modifié du 23 avril 2004 concernant l'agrément " **service d'hébergement** " à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées et portant exécution de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique définit son champ d'application de la façon suivante : " *est visé tout service qui offre un hébergement et/ou un encadrement professionnel multidisciplinaire à plus de trois personnes présentant un handicap. L'objet est d'assurer un encadrement professionnel à la personne handicapée suivant une approche globale et cohérente en lui fournissant d'une part les aides et soins au sens de la loi du 19 juin 1998 portant introduction de l'assurance dépendance et d'autre part un accompagnement socio-pédagogique adapté à ses besoins et attentes individuelles.* "

L'activité des ESI couvre donc la prise en charge spécialisée de personnes présentant un handicap. La singularité des ESI par rapport aux établissements à séjour continu tient au fait qu'ils permettent une alternance entre le séjour dans l'établissement et le séjour dans un domicile privé. Le bénéficiaire de l'assurance dépendance fréquentant un ESI peut recevoir des prestations prévues aussi bien au domicile qu'en milieu stationnaire. Selon l'article 358 du Code de la sécurité sociale la personne dépendante a droit aux prestations relevant du milieu stationnaire lorsqu'elle est prise en charge dans l'ESI et elle a droit aux prestations du maintien à domicile pour les périodes de séjour à domicile.

Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, la répartition des charges sur l'accueil socio-pédagogique (accueil handicap) et sur les soins de longue durée a été impossible faute d'une définition claire de l'accueil socio-pédagogique. Du point de vue de l'organisation interne et des qualifications requises il n'est pas possible de distinguer ces deux activités au niveau du coût. Cet état de fait a eu un impact important sur la détermination de la valeur monétaire pour ce secteur.

Par ailleurs, la prise en charge de la personne handicapée se fait souvent par un prestataire qui réunit l'activité centre semi-stationnaire dans la même infrastructure que l'établissement à séjour intermittent (volet " hébergement "). Donnons comme exemple le prestataire APEHM qui offre les deux activités sous un même toit. Avant le 1er janvier 2007, cette situation ne posait pas de problème étant donné qu'une valeur monétaire commune était déterminée pour l'activité " réseau " comprenant aussi bien les ESI que les CSSTA. Depuis lors, la situation a changé : une valeur monétaire individuelle est négociée pour chaque catégorie de prestataires. Or, cette organisation nous ramène à des situations où une même prestation, comme par exemple un acte essentiel de la vie, qui a lieu sous le même toit, est rémunérée différemment selon qu'elle est exécutée dans la partie stationnaire (ESI) ou CSSTA d'une même structure.

De plus, ces modifications ont eu un impact sur le périmètre de l'activité prise en compte. Jusqu'en 2006, les prestataires du type " **réseau handicap** " assuraient toutes les prestations autour de la personne présentant un handicap, qu'elles aient eu lieu en centre de jour (CSSTA), en milieu stationnaire ou à domicile. A partir de 2007, les prestataires ESI n'exercent que l'encadrement de la personne dépendante en milieu stationnaire.

Au moment de l'introduction de l'assurance dépendance, le secteur du handicap n'a pas basculé entièrement sur le nouveau mode de financement, mais a continué à fonctionner avec les participations du Ministère de la Famille et de la CNS. Or, comme le secteur conventionné est financé par le mécanisme de " *Fehlbedarfsfinanzierung* ", il y avait coexistence de deux types de financement qui sont incompatibles en soi. Ceci explique entre autres, pourquoi le secteur du handicap n'a pas connu la même dynamique de développement que les autres catégories de prestataires. En effet, les prestations qui étaient financées par l'assurance dépendance provoquaient une diminution de la participation de l'Etat et donc une moindre prise en charge par le Ministère de la Famille. Les acteurs du secteur se sont rendu compte de la problématique et ainsi l'année 2006 a été marquée par l'introduction d'un nouveau mode de financement pour les structures d'hébergement et d'activités de jour pour personnes handicapées par le Ministère de la Famille. A partir de cette année, la fixation du prix des prestations d'accueil et d'hébergement est de la seule compétence du gestionnaire. L'intervention de l'Etat s'articule à deux niveaux : une participation au prix de pension

à payer par l'usager jusqu'à concurrence d'un montant seuil et une participation forfaitaire journalière par personne accueillie destinée à permettre au gestionnaire de faire face aux coûts particuliers générés par les besoins spécifiques des personnes handicapées accueillies non considérées par l'assurance dépendance.⁵

4.3 EVOLUTION DU NOMBRE DE PRESTATAIRES

Si l'on souhaite analyser l'évolution du nombre de prestataires, différentes optiques sont possibles. Les prestataires doivent s'enregistrer auprès de la CNS afin de devenir " fournisseurs " de l'administration et de pouvoir lui facturer des actes.

Au niveau du processus de facturation de l'assurance dépendance, il existe les notions de " facturier " et d' "exécutant ". La convention-cadre autorise les prestataires à travailler avec des co-intervenants, des sous-intervenants et des sous-traitants. Elle fixe les modalités-type d'exécution du plan de prise en charge. Les prestataires facturiers sont ceux qui facturent les prestations à la CNS. Selon l'article 62 de la convention cadre :

" Pour chaque acte dispensé, le code du prestataire renseigné dans la facture doit répondre aux dispositions suivantes :

- *code du prestataire exécutant dans le cas de l'exécution de l'acte par le prestataire, un co-intervenant ou un sous-intervenant ;*
- *code du prestataire en charge de l'exécution de l'acte dans le cas de l'exécution de l'acte par un sous-traitant. "*

Au niveau de la facturation la CNS peut donc identifier les exécutants des actes de l'assurance dépendance.

4.3.1 LES PRESTATAIRES " FOURNISSEURS " ENREGISTRÉS AUPRÈS DE LA CNS

Le tableau récapitulatif suivant retrace l'évolution du nombre de prestataires regroupés par catégorie (ESC, CSSTA, ESI et RAS). Les données concernent le nombre de prestataires au 31 décembre de chaque année autorisés à facturer avec la CNS.

Année	CIPA	Maison de soins (MdS)	ESC total	CSSTA	ESI	RAS
1999	34	14	48	15	7	4
2000	35	14	49	24	7	4
2001	36	14	50	25	7	2
2002	34	13	47	30	7	3
2003	35	14	49	30	7	3
2004	35	14	49	32	8	4
2005	34	14	48	33	9	4
2006	33	14	47	36	9	4
2007	33	16	49	51	44	18
2008	34	16	50	52	44	18
2009	35	17	52	53	44	19
2010	33	17	50	58	45	19
2011	34	19	53	58	45	19

Certaines structures détiennent des agréments relevant de plusieurs catégories, mais ne facturent pas pour toutes ces catégories. Ils n'interviennent qu'en tant qu'exécutant pour le compte d'un prestataire facturier. Si l'on compare les données de l'année 2007 à celles de 2006 on constate une croissance exceptionnelle de prestataires des catégories RAS, CSSTA et ESI. La nouvelle législation a provoqué l'enregistrement de nouveaux prestataires comme fournisseurs de l'UCM/CNS sans que l'activité réelle en ait été affectée. En effet, les prestataires opérant dans le domaine du handicap tombaient avant 2007 sous le domaine " maintien à domicile ". Les gestionnaires étaient enregistrés avec la spécialité " handicap " (DEH) auprès de l'UCM.

⁵ Rapport d'activité 2005, Ministère de la Famille, p.61.

Avec la nouvelle loi, l'activité de ces gestionnaires a dû être répartie sur trois catégories distinctes et un contrat d'aides et de soins a dû être conclu pour chaque activité distincte : l'activité stationnaire (que sont les ESI), l'activité des centres semi-stationnaires et l'activité d'encadrement des personnes au domicile (réseau d'aides et de soins). Les neuf gestionnaires ESI connus en 2006 assuraient la même activité que les 35 enregistrés depuis 2007. Prenons l'exemple de la Fondation Kraizbiurg, qui avait un seul code fournisseur sous l'ancienne législation. Depuis 2007, les différentes structures stationnaires dépendant de la Fondation Kraizbiurg sont enregistrées comme ESI, l'activité du type "réseau d'aides et de soins" du Kraizbiurg a dû être attribuée à un prestataire RAS "Kräizbiurg" et leur centre de jour a été déclaré comme prestataire de type centre semi-stationnaire.

La croissance exceptionnelle du nombre de CSSTA et de RAS relève du même phénomène.

4.3.1.1 LES ÉTABLISSEMENTS À SÉJOUR CONTINU

Les ESC ont été subdivisés en centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) et en maisons de soins (MdS). Cette subdivision est faite sur base des contrats d'aides et de soins que les différentes maisons établissent avec la CNS.

Le nombre des maisons de soins a augmenté au fil des années : en 1999 elles étaient au nombre de 14 contre 19 maisons de soins en 2011. Huit maisons de soins ont fermé entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2011. Huit maisons ont commencé l'activité entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2011 (dont deux ont cessé l'activité dans la même période).

Le nombre des centres intégrés pour personnes âgées est resté assez constant : 34 CIPA étaient pris en compte par l'assurance dépendance en 1999. 14 centres ont fermé entre 1999 et 2011 et neuf nouvelles maisons ont été ouvertes entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2011.

Le nombre minimal d'établissements à séjour continu était de 47 unités et le nombre maximal d'établissements était de 53 unités en 2011.

4.3.1.2 LES CENTRES SEMI-STATIONNAIRES

Les CSSTA relevant du domaine du handicap et fonctionnant au sein d'un établissement à séjour intermittent n'étaient pas identifiés en tant que prestataires à part avant 2007. Ce n'est que suite à la modification législative que les gestionnaires du secteur du handicap ont dû séparer les deux activités au niveau comptable et se faire agréer pour les activités distinctes. Ceci explique également la présence de 15 centres supplémentaires en 2007 par rapport à l'année précédente. *"Une même personne physique ou morale peut exercer son activité en tant que prestataire au sens des articles 389 à 391 à condition d'avoir conclu pour ces différentes activités des contrats d'aides et de soins différents et de tenir des comptabilités distinctes"* (art 392, Code de la sécurité sociale).

Entre 1999 et 2011, le nombre de CSSTA n'a cessé d'augmenter, pour atteindre un maximum de 58 centres au 31 décembre 2011.

4.3.1.3 LES ÉTABLISSEMENTS À SÉJOUR INTERMITTENT

Le saut exceptionnel de 35 ESI supplémentaires en 2007 par rapport à 2006, s'explique par les contraintes administratives imposées par la loi assurance dépendance. Depuis lors, un seul établissement à séjour intermittent a ouvert (Foyer UM WEIER-Centre NOSSBIERG).

4.3.1.4 LES RÉSEAUX D'AIDES ET DE SOINS

Jusqu'au 31 décembre 2006, le nombre des réseaux était de quatre, à savoir le réseau STEFTUNG HELLEF DOHEEM, le réseau HELP, le réseau ALA et le réseau Fondation ELYSIS (inactif). A cause de la modification de la législation relative à l'assurance dépendance, 14 organismes supplémentaires ont reçu un code fournisseur auprès de la CNS pour exercer des activités du domaine de réseau d'aides et de soins à partir du 1er janvier 2007. La quasi-totalité de ces "nouveaux" prestataires travaillent dans le cadre de la prise en charge de personnes présentant un handicap.

Nous avons la particularité que les réseaux "DOHEEM VERSUERGT", "SYRDALL HEEM" et "MUSELHEEM" exercent leurs activités sous l'enseigne du réseau HELP, qui fournit l'overhead administratif.

Entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2011 un réseau d'aides et de soins a commencé l'activité : le réseau PAIPERLECK.

4.3.2 LES PRESTATAIRES " EXÉCUTANTS "

Si l'on souhaite présenter l'activité réelle des prestataires, en faisant abstraction de ceux qui sont enregistrés auprès de la CNS sans avoir d'activité, il faut choisir l'approche selon les " exécutants ". En effet, au niveau de la facturation des prestataires avec la CNS ils transmettent l'information quel prestataire était l'exécutant des actes pour lequel le " facturier " introduit les factures.

Année	CIPA	MdS	ESC total	CSSTA	ESI	RAS
1999	35	15	50	/	4	1
2000	35	14	49	7	6	4
2001	36	14	50	11	6	4
2002	37	14	51	21	6	3
2003	35	15	50	22	6	3
2004	36	15	51	23	7	4
2005	35	15	50	24	8	4
2006	34	15	49	27	8	4
2007	33	17	50	38	27	14
2008	34	17	51	42	30	15
2009	35	17	52	52	32	17
2010	35	17	52	57	33	17
2011	36	17	53	58	33	15

Les établissements à séjour continu ne sont pas autorisés à sous-traiter leur activité d'après les règles imposées par la convention-cadre. Voilà pourquoi le nombre d'exécutants ne correspond pas au nombre de fournisseurs. Les différences entre le tableau des fournisseurs (état au dernier jour de l'an) et des exécutants s'expliquent par la présence de prestataires qui cessent ou commencent l'activité en cours d'année.

4.3.3 LES PRESTATAIRES " FACTURIERS "

Année	CIPA	Mds	ESI	RAS	CSSTA
1999	17	12	4	1	/
2000	34	15	6	4	/
2001	35	15	6	4	/
2002	37	15	6	3	/
2003	35	15	6	3	/
2004	36	15	7	4	/
2005	35	15	8	4	/
2006	34	15	8	4	/
2007	33	17	2	10	1
2008	34	17	2	10	1
2009	35	17	2	12	1
2010	35	17	2	14	1
2011	36	17	2	14	1

Au niveau des prestataires du " maintien à domicile ", l'on constate que ce sont les réseaux d'aides et de soins qui assurent le rôle de facturiers pour les ESI et les CSSTA.

4.3.4 LES GESTIONNAIRES DE PRESTATAIRES

Selon l'article 388 bis de loi du 23 décembre 2005, les prestataires adhèrent à la convention-cadre par un contrat d'aides et de soins conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. Sur le terrain il existe un certain nombre d'organismes gestionnaires, comme par exemple SERVIOR, qui ont signé plusieurs contrats d'aides et de soins avec la CNS. Un contrat d'aides et de soins peut couvrir l'activité de plusieurs structures appartenant à un même gestionnaire. Il est donc intéressant de documenter le nombre de gestionnaires opérant sur le terrain.

Année	ESC	CSSTA	ESI	RAS
2007	24	14	9	16
2008	23	14	9	16
2009	23	14	9	18
2010	23	16	9	18
2011	23	16	9	18

4.4 LA CAPACITÉ DE PRISE EN CHARGE

4.4.1 LES CENTRES INTÉGRÉS POUR PERSONNES ÂGÉES ET LES MAISONS DE SOINS

TABEAU 2. - NOMBRE DE LITS DISPONIBLES EN MOYENNE DANS LES ESC PAR ANNÉE ^{a)}

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
MdS	946	1 176	1 201	1 168	1 260	1 268	1 281	1 305	1 312	1 437	1 450	1 496
CIPA	2 827	2 964	3 218	3 456	3 456	3 369	3 612	3 627	3 627	3 665	3 864	4 048
Total ESC	3 773	4 140	4 419	4 624	4 716	4 637	4 893	4 932	4 939	5 102	5 314	5 544

a) Source : notes méthodologiques concernant la détermination des valeurs monétaires de l'assurance dépendance.

Entre 1999 et 2010 le nombre total de lits disponibles pour personnes dépendantes en établissements à séjour continu est passé de 3 773 à 5 544 unités, soit une augmentation de 1 771 lits et de 46,9%. En comparant ces données à celles relatives au nombre total d'établissements force est de constater que la disparition de plusieurs établissements n'a pas affecté la capacité de prise en charge totale. Ce sont des petites structures qui ont cessé l'activité et ont été remplacées par de nouvelles maisons ayant des capacités de prises en charge plus importantes.

Les capacités de prise en charge des maisons de soins sont passées de 946 lits en 1999 à 1 496 lits en 2010 (un plus de 550 lits), soit une augmentation totale de 58,1%. Les centres intégrés pour personnes âgées ont évolué de 2 827 lits en 1999 à 4 048 lits en 2010 (1 221 lits supplémentaires), présentant une croissance totale de 43,2%.

En 2010, la capacité de prise en charge des maisons de soins constituait 27% des lits disponibles en établissements contre 73% en CIPA.

TABEAU 3. - NOMBRE DE LITS EN ÉTABLISSEMENTS À SÉJOUR CONTINU PAR 1 000 HABITANTS

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Population protégée résidente	410 709	418 182	424 037	428 459	433 425	439 628	444 782	449 972	455 752	463 200	470 660	478 720
Nombre lits ESC	3 773	4 140	4 419	4 624	4 716	4 637	4 893	4 932	4 939	5 102	5 314	5 544
Nombre de lits par 1 000 habitants	9,19	9,90	10,42	10,79	10,88	10,55	11,00	10,96	10,84	11,01	11,29	11,58

Le tableau ci-dessous indique le nombre moyen de lits disponibles pour l'ensemble des établissements à séjour continu par année. Il est dès lors possible de comparer l'offre aux lits occupés en moyenne par année. Le rapport que nous en dressons indique le taux d'occupation moyen des établissements à séjour continu.

TABEAU 4. - TAUX D'OCCUPATION MOYEN DES ESC

	Lits occupés en moyenne	Lits disponibles en moyenne	Rapport
1999	3 728	3 773	98,8%
2000	4 040	4 140	97,6%
2001	4 132	4 419	93,5%
2002	4 406	4 624	95,3%
2003	4 576	4 716	97,0%
2004	4 438	4 637	95,7%
2005	4 805	4 893	98,2%
2006	4 799	4 932	97,3%
2007	4 833	4 939	97,9%
2008	4 979	5 102	97,6%
2009	5 128	5 314	96,5%
2010	5 382	5 544	97,1%

Le taux d'occupation moyen sur la période de référence est de 96,9%. En général, les établissements ont tous des listes d'attente très longues et l'on pourrait s'attendre à une occupation de 100% des lits disponibles. Le résultat trouvé s'explique notamment par le fait qu'à la libération d'un lit, il faut calculer plusieurs mois avant que le lit soit de nouveau occupé. D'un côté l'établissement doit libérer

et arranger la chambre pour un nouveau pensionnaire. Le nouveau pensionnaire de son côté met aussi du temps à quitter son logement et à emménager dans l'établissement.

Le tableau suivant reprend le nombre moyen de personnes dépendantes et le nombre moyen de personnes non dépendantes hébergées soit par un CIPA soit par une maison de soins, et ceci par année.

TABEAU 5. - CAPACITÉ TOTALE DES ESC PAR ANNÉE

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre moyen de pensionnaires	3 728	4 040	4 139	4 409	4 576	4 597	4 805	4 800	4 833	4 979	5 128	5 382
Nombre moyen de personnes non dépendantes	1 687	1 752	1 632	1 753	1 683	1 635	1 712	1 639	1 682	1 610	1 615	1 617
Nombre moyen personnes dépendantes	2 041	2 288	2 507	2 656	2 893	2 962	3 093	3 161	3 151	3 369	3 513	3 765
%age personnes dépendantes (en moyenne)	54,7%	56,6%	60,6%	60,2%	63,2%	64,4%	64,4%	65,9%	65,2%	67,7%	68,5%	70,0%
%age personnes non dépendantes (en moyenne)	45,3%	43,4%	39,4%	39,8%	36,8%	35,6%	35,6%	34,1%	34,8%	32,3%	31,5%	30,0%

L'on observe que la proportion de personnes dépendantes sur le nombre moyen de personnes hébergées a augmenté considérablement entre 1999 et 2010 pour être de 70% en 2010.

Nous allons maintenant présenter les données pour les CIPA et les maisons de soins séparément :

TABEAU 6. - CAPACITÉ TOTALE DES CIPA PAR ANNÉE

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre moyen de pensionnaires	2 686	2 896	2 958	3 251	3 307	3 336	3 532	3 534	3 475	3 542	3 696	3 863
Nombre moyen de personnes non dépendantes	1 539	1 619	1 532	1 684	1 583	1 558	1 629	1 564	1 552	1 502	1 531	1 472
Nombre moyen personnes dépendantes	1 147	1 277	1 426	1 567	1 724	1 778	1 903	1 970	1 923	2 040	2 165	2 391
%age personnes dépendantes (en moyenne)	42,7%	44,1%	48,2%	48,2%	52,1%	53,3%	53,9%	55,7%	55,3%	57,6%	58,6%	61,9%
%age personnes non dépendantes (en moyenne)	57,3%	55,9%	51,8%	51,8%	47,9%	46,7%	46,1%	44,3%	44,7%	42,4%	41,4%	38,1%

Pour les CIPA l'on peut observer que le taux de personnes dépendantes résidant dans ces structures a connu une forte augmentation sur la période de référence. En 1999, seulement 42,7% des pensionnaires étaient dépendants contre 61,9% en 2010. Cette tendance peut s'expliquer par l'un des objectifs de la loi relative à l'assurance dépendance qui consiste à permettre aux personnes de rester le plus longtemps à domicile avant de rentrer en établissement. La même hypothèse pourrait compter pour les maisons de soins : le taux des personnes dépendantes en maisons de soins a progressé depuis 1999, même si la progression a été moins forte que pour les CIPA. Si les personnes sont prises en charge par l'assurance dépendance à domicile, ils ne rentrent en structure qu'en cas de nécessité, c'est-à-dire que si la prise en charge à domicile devient trop lourde voire impossible à assurer. Dans ces situations, le besoin en aides pour les actes essentiels de la vie dépasse souvent les douze heures de prestations hebdomadaires et ce sont avant tout les maisons de soins qui sont agrémentées et équipées pour héberger ces patients.

TABEAU 7. - CAPACITÉ TOTALE DES MAISONS DE SOINS PAR ANNÉE

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre moyen de pensionnaires	1 043	1 144	1 182	1 158	1 270	1 261	1 273	1 265	1 358	1 437	1 432	1 519
Nombre moyen de personnes non dépendantes	149	133	101	69	100	77	83	75	130	108	84	145
Nombre moyen personnes dépendantes	894	1 011	1 081	1 089	1 169	1 184	1 191	1 190	1 228	1 329	1 348	1 375
%age personnes dépendantes (en moyenne)	85,7%	88,4%	91,5%	94,1%	92,1%	93,9%	93,5%	94,1%	90,4%	92,5%	94,1%	90,5%
%age personnes non dépendantes (en moyenne)	14,3%	11,6%	8,5%	5,9%	7,9%	6,1%	6,5%	5,9%	9,6%	7,5%	5,9%	9,5%

Sur les douze années prises en compte, l'on constate que le taux moyen des personnes dépendantes occupant les maisons de soins est de 92% contre 8% de personnes non dépendantes. Ces structures remplissent donc leur mission telle qu'elle est arrêtée par l'agrément leur attribué.

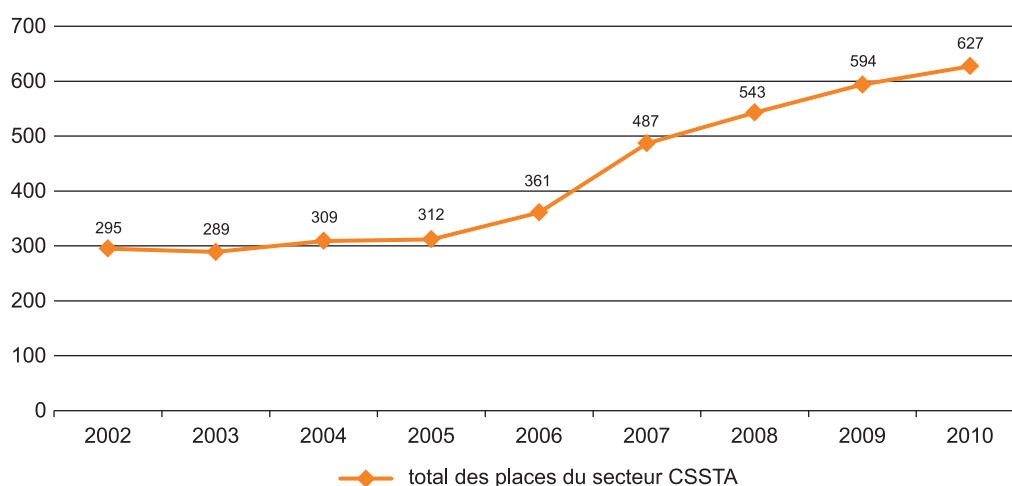
4.4.2 LES RÉSEAUX D'AIDES ET DE SOINS

Il n'est pas possible de parler de la capacité de prise en charge par les réseaux d'aides et de soins étant donné que leur offre s'adapte à la demande. Comme leur activité n'est pas liée à des contraintes de structures fixes, les réseaux l'adaptent à une demande croissante. Ceci se fait notamment en recrutant le cas échéant du personnel supplémentaire et en augmentant leur parc automobile. Dans le cas d'une demande en baisse, ils portent le risque d'être en sureffectif.

4.4.3 LES CENTRES SEMI-STATIONNAIRES

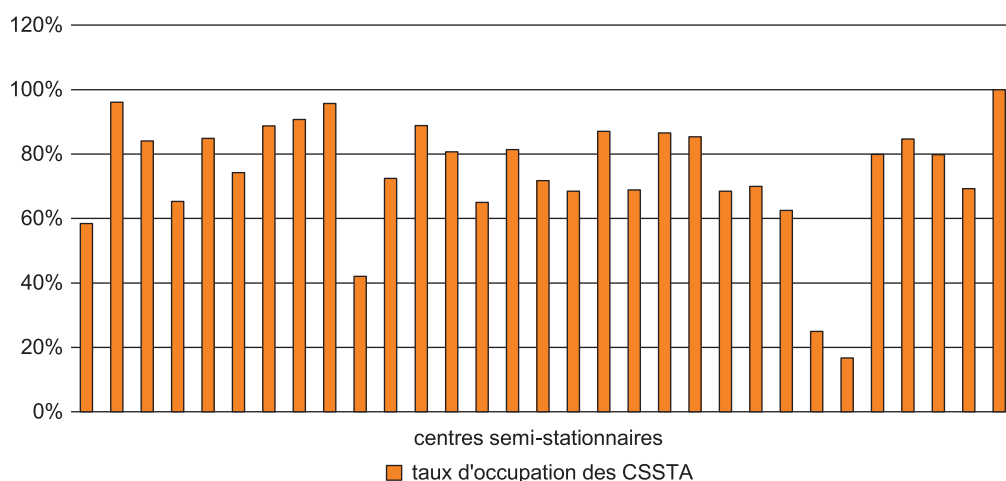
La capacité de prise en charge des CSSTA s'exprime en nombre de chaises. La graphique ci-dessous illustre l'évolution du nombre de chaises disponibles en moyenne par an de 2002 à 2010. Entre 2006 et 2007 le nombre de places a augmenté considérablement, ceci s'expliquant par la prise en compte des CSSTA du domaine du handicap. (Source : données recensées par la CNS en vue de la détermination de la valeur monétaire de l'assurance dépendance)

En 2010, sur les 627 places disponibles en moyenne sur l'année, 75% (472 places) se trouvaient dans des centres psycho-gériatriques tandis que 25% (155 places) appartenaient aux centres semi-stationnaires accueillant des personnes handicapées.

GRAPHIQUE 1. - TOTAL DES PLACES DU SECTEUR CSSTA

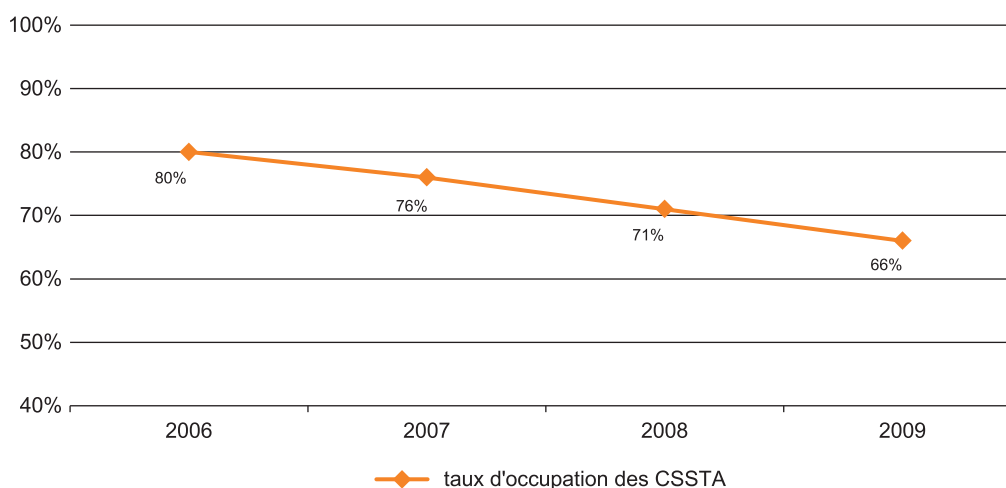
Sur base des données transmises à la CNS dans le cadre du recensement annuel il est possible de déterminer le taux d'occupation des centres semi-stationnaires par année. Le graphique ci-dessous indique le taux d'occupation des 31 CSSTA en 2007. L'on voit que la distribution des taux d'occupation est dispersée avec une étendue de 83,3%. La moyenne des taux d'occupation est de 76%.

GRAPHIQUE 2. - TAUX D'OCCUPATION DES CSSTA PAR PRESTATAIRE EN 2007



Le taux d'occupation des centres semi-stationnaires montre que sur la période étudiée l'offre a dépassé la demande. Une planification plus rigoureuse des CSSTA au niveau national pourrait remédier à cette situation. Leur rendement par rapport à l'investissement des moyens de la part de l'assurance dépendance n'est pas aussi élevé que pour les autres catégories de prestataires.

GRAPHIQUE 3. - EVOLUTION 2006-2009 DU TAUX D'OCCUPATION DES CSSTA



4.4.4 LES ÉTABLISSEMENTS À SÉJOUR INTERMITTENT

Pour estimer la capacité d'hébergement des établissements à séjour intermittent, il y a lieu de distinguer

- le nombre de lits ;
- le nombre de chaises externes.

Le nombre de lits rend compte des places en établissements à séjour intermittent occupées par des personnes fréquentant un service d'hébergement conventionné par l'Etat.

Le nombre de chaises externes rend compte des places en service d'activités de jour occupées par des personnes en situation de handicap qui ne fréquentent pas un service d'hébergement conventionné par l'Etat.

TABEAU 8. - CAPACITÉ DES ÉTABLISSEMENTS À SÉJOUR INTERMITTENT EN TERMES DE LITS ET FRÉQUENTATION DEPUIS 2008^{a)}

Nom du gestionnaire	Lits fixes			Lits temporaires		Lits fixes			Lits temporaires		Lits fixes			Lits temporaires	
	Nombre	Journées de présences maximales	Journées de présences - Décompte	Nombre	Journées de présences maximales	Nombre	Journées de présences maximales	Journées de présences - Décompte	Nombre	Journées de présences maximales	Nombre	Journées de présences maximales	Journées de présences - Décompte	Nombre	Journées de présences maximales
APEMH Hébergement et Services	143	52 338	49 998	17	6 222	139	50 735	49 611	17	6 205	159	58 035	50 968	21	7 665
ASSOCIATION POUR LA CREATION DE FOYER POUR JEUNES ASBL - FOYER BAMERDALL	10	3 660	3 294	0	0	10	3 650	3 285	0	0	10	3 650	3 101	0	0
AUTISME Luxembourg	8	2 928	2 928	0	0	8	2 920	2 920	0	0	8	2 920	2 920	0	0
CHNP - Handicap Mental	72	26 352	23 209	0	0	72	26 280	24 860	0	0	74	27 010	26 327	0	0
COOPERATIONS WILTZ	8	2 928	2 824	1	366	8	2 920	2 861	1	365	8	2 920	2 920	1	365
FONDATION AUTISME	20	7 320	7 320	0	0	20	7 300	7 300	2	576	28	10 220	7 300	2	730
FONDATION KRAIZBIERG	122	44 652	41 599	1	366	122	44 530	42 141	1	365	122	44 348	41 842	2	548
FOYER EISLEKER HEEM	24	8 784	4 392	0	0	24	8 760	4 664	0	0	19	6 935	5 235	3	1 095
LIGUE HMC	28	10 248	10 208	0	0	25	9 125	8 998	3	1 095	25	9 125	9 066	3	1 095
TRICENTENAIRE	64	23 424	23 158	8	2 928	64	23 360	23 107	8	2 920	72	26 280	24 031	8	2 920
YOLANDE asbl	187	68 442	64 260	3	1 098	188	68 620	65 161	2	730	188	68 620	66 227	2	730
TOTAL	686	251 076	233 190	30	10 980	680	248 200	234 907	34	12 256	713	260 063	239 936	42	15 148

a) Source: Ministère de la Famille et de l'Intégration - décomptes ASP 2008-2012.

TABEAU 9. - CAPACITÉ DES ÉTABLISSEMENTS À SÉJOUR INTERMITTENT EN TERMES DE CHAISES EXTERNES ET FRÉQUENTATION DEPUIS 2008^{a)}

Nom du gestionnaire	Nombre	Journées de présences maximales (230 j/place)	Journées de présences - Décompte	Nombre	Journées de présences maximales (230 j/place)	Journées de présences - Décompte	Nombre	Journées de présences maximales (250 j/place)	Journées de présences - Décompte
APEMH Hébergement et Services	50	11 500	7 749	58	13 340	9 408	66	16 500	10 094
ASSOCIATION POUR LA CREATION DE FOYER POUR JEUNES ASBL - FOYER BAMERDALL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AUTISME Luxembourg	6	1 380	230	6	1 380	230	6	1 500	0
CHNP - Handicap Mental	6	1 380	1 648	6	1 380	1 129	6	1 500	1 044
COOPERATIONS WILTZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FONDATION AUTISME	6	1 380	40	6	1 380	230	6	1 500	558
FONDATION KRAIZBIERG	10	2 300	1 540	18	4 140	2 506	23	5 750	2 050
FOYER EISLEKER HEEM	2	460	100	2	460	248	2	500	249
LIGUE HMC	13	2 990	3 289	16	3 680	3 372	16	4 000	3 234
OP DER SCHOCK Centre de jour	8	1 840	1 425	8	1 840	1 491	10	2 500	1 918
TRICENTENAIRE	34	7 820	5 372	34	7 820	4 776	44	11 000	5 698
YOLANDE asbl	39	8 970	2 528	39	8 970	3 647	39	9 750	3 867
TOTAL	174	40 020	23 921	193	44 390	27 036	218	54 500	28 712

a) Source: Ministère de la Famille et de l'Intégration - décomptes ASP 2008-2012.

SECTION 5 LES RESSOURCES HUMAINES

La section suivante présente l'évolution des ressources humaines travaillant dans le secteur des soins de longue durée. Il s'agit de l'effectif total travaillant auprès des prestataires y compris le personnel non affecté à des activités relatives à l'assurance dépendance.

La répartition du personnel se fait selon la logique des carrières arrêtées par la convention collective SAS.

TABEAU 10. - TABLEAU DES CARRIÈRES CONSTITUANT LE PERSONNEL DES PRESTATAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE - CODIFICATION SELON LA CCT-SAS

Codification des carrières selon la CCT-SAS	
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif	
	Médical et paramédical
	Médecin / Médecin directeur
	Licencié en Sciences hospitalières
PS1	Infirmier hospitalier gradué
PS1	Assistant social
PS1	Ergothérapeute
PS1	Kinésithérapeute
PS1	Psychomotricien
PS1	Pédagogue curatif
PS2	Infirmier anesthésiste / masseur
PS3	Infirmier psychiatrique
PS4	Infirmier
PS5	Aide-soignant
	Autres
	Socio-éducatif
PE1	Universitaire Psychologue
PE3	Educateur gradué
PE4	Educateur instructeur (bac)
PE5	Educateur diplômé
PE6	Educateur instructeur
	Sans diplôme (employé & ouvrier)
	Soins
OU1	Personnel ouvrier avec CATP ou CAP (auxiliaire économe)
OU2	Aide socio-familiale diplômé
OU3	Aide socio-familiale en formation
OU3	Personnel ouvrier non diplômé
	Autres
Personnel administratif	
PA1	Universitaire
PA3	Bac
PA4	Employé 3ième sec. ens. moyen
PA5	Employé 5ième sec. 9ième moyen
PA6	Inférieur à 5ième sec.
PA7	Non diplômé
	Etudiants et stagiaires
	Autres
Personnel technique et logistique (employé)	
PA4	Avec CATP
PA7	Sans diplôme
étud	Etudiants et stagiaires
Personnel technique et logistique (ouvrier)	
	Autres
OU1	Artisan avec CATP ou CAP
OU2	Ouvrier à tâche artisanale sans CATP
OU3	Ouvrier non diplômé - Aide-ménagère
OU3	Ouvrier non diplômé - Aide cuisinière
OU3	Ouvrier non diplômé - Lingère
OU3	Ouvrier non diplômé - Chauffeur
étud.	Etudiants et stagiaires

Il existe quatre catégories de salariés regroupant des carrières déterminées :

- 1) personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif ;
- 2) personnel administratif ;
- 3) personnel technique et logistique (employés) ;
- 4) personnel technique et logistique (ouvriers).

Toutefois, la catégorie du personnel technique et logistique (employés) a uniquement été distinguée en 1999. Pour des raisons d'homogénéisation des données, elle sera traitée dans la catégorie du personnel technique et logistique (ouvriers) dans les tableaux qui suivent.

Le personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif est encore subdivisé en trois sous-catégories : le personnel médical et paramédical (relevant des carrières PS de la CCT-SAS), le personnel socio-éducatif (relevant des carrières PE) et le personnel de soins (relevant des carrières OU) de qualification CAP/CATP, aide socio-familiale ou sans qualification. De façon générale, les professions regroupées sous le personnel d'assistance, de soins et de socio-éducatif sont celles destinées à intervenir directement auprès des assurés.

La mesure de l'effectif se fait selon la notion d'équivalents temps plein (ETP).

5.1 LE RÉSUMÉ COMPARATIF DES QUATRE CATÉGORIES DE PRESTATAIRES

En vue de pouvoir comparer les différentes catégories de prestataires entre eux nous avons mis les effectifs en parallèle.

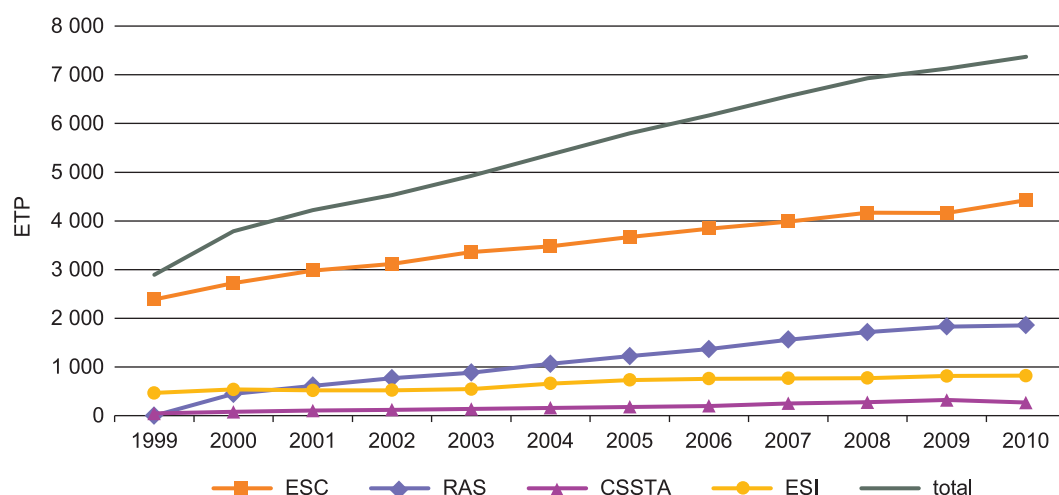
Comme nous ne disposons pas de données pour les RAS en 1999, les séries sont complètes à partir de l'année 2000.

TABEAU 11. - EFFECTIF DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE (EN ETP) - ÉVOLUTION 1999-2010

	ESC	RAS	CSSTA	ESI	Total
1999	2 385	n.d.	45	465	2 895
2000	2 724	447	77	538	3 786
2001	2 982	614	104	519	4 219
2002	3 120	769	122	521	4 532
2003	3 360	882	137	544	4 923
2004	3 481	1 064	162	659	5 365
2005	3 668	1 223	179	732	5 802
2006	3 842	1 367	200	759	6 167
2007	3 988	1 560	253	764	6 565
2008	4 166	1 715	277	771	6 929
2009	4 163	1 830	321	814	7 128
2010	4 426	1 857	349	822	7 454

Entre 2000 et 2010, l'effectif du secteur a augmenté de 3 587 ETP. L'ETP s'est donc presque doublé en 11 ans (multiplication par 1,95). Le taux de croissance annuel moyen est de 7,0% pour la période étudiée.

GRAPHIQUE 4. - EVOLUTION 1999-2010 DE L'EFFECTIF DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE



Entre 1999 et 2010, l'effectif des ESC a augmenté le plus fortement parmi les quatre types de prestataires avec un plus de 2 041 ETP. Les RAS ont embauché un supplément de 1 410 ETP entre 2000 et 2010. En termes unitaires, les ESI ont augmenté leur effectif de 357 ETP et les CSSTA de 223 ETP sur la période 2000 à 2010.

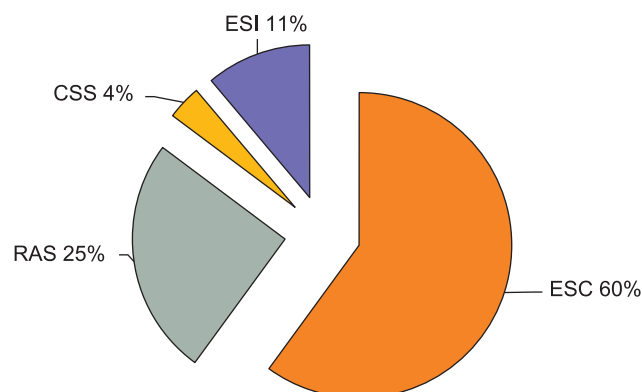
Les CSSTA emploient en total le moins de salariés, mais leur effectif a connu la plus forte croissance pour la période considérée, le nombre de personnel initial s'étant multiplié par 6 entre 1999 et 2010. Le facteur de multiplication de l'effectif des réseaux d'aides et de soins est de 4,2 sur onze ans. Les établissements à séjour continu et les établissements à séjour intermittent ont connu la progression la plus faible de l'effectif sur onze ans (croissance de 85,6% respectivement de 76,8%).

TABEAU 12. - POIDS RELATIF DE L'EFFECTIF DES PRESTATAIRES SUR LE TOTAL PAR ANNÉE

	ESC	RAS	CSSTA	ESI
1999	82,4%	n.d.	1,6%	16,1%
2000	72,0%	11,8%	2,0%	14,2%
2001	70,7%	14,6%	2,5%	12,3%
2002	68,8%	17,0%	2,7%	11,5%
2003	68,2%	17,9%	2,8%	11,0%
2004	64,9%	19,8%	3,0%	12,3%
2005	63,2%	21,1%	3,1%	12,6%
2006	62,3%	22,2%	3,2%	12,3%
2007	60,7%	23,8%	3,9%	11,6%
2008	60,1%	24,8%	4,0%	11,1%
2009	58,4%	25,7%	4,5%	11,4%
2010	59,4%	25,0%	4,7%	11,0%

Le poids de l'effectif des ESC a diminué dans le temps : en 2000, les ESC employaient 72% de l'effectif du secteur, contre 60% en 2010. Parallèlement, l'importance relative du personnel des RAS a augmenté de 13,4% sur la même période.

GRAPHIQUE 5. - RÉPARTITION DE L'EFFECTIF DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE EN 2010



Le graphique précédent montre la répartition des effectifs sur les quatre catégories de prestataires pour l'année 2010. 60% du personnel total employé par le secteur de l'assurance dépendance travaille pour un CIPA ou une maison de soins. Les réseaux d'aides et de soins emploient 25% des salariés du secteur. L'effectif des établissements à séjour intermittent représente 11% du total. En dernier lieu, les centres semi-stationnaires n'emploient que 4% des salariés occupés dans le secteur des soins de longue durée.

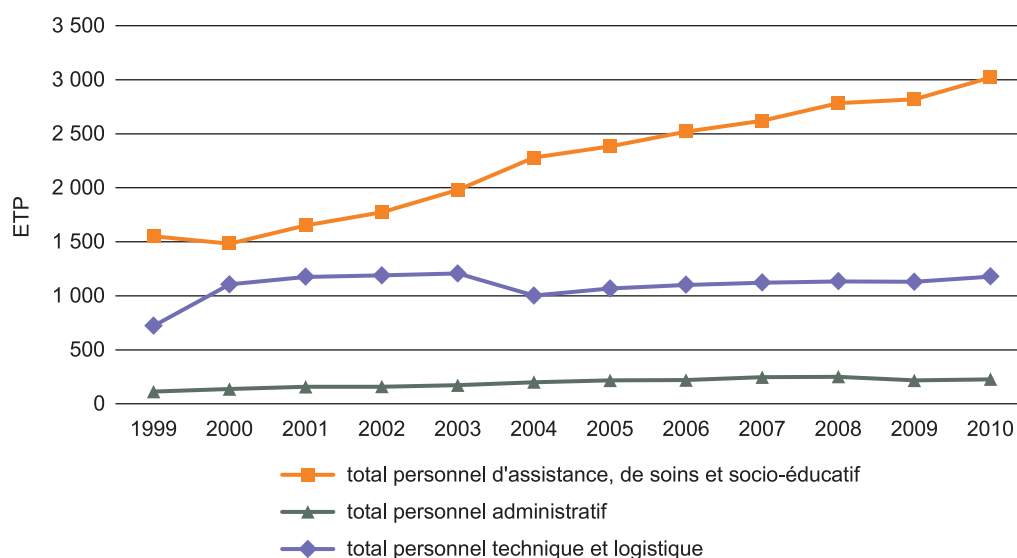
5.2 L'EFFECTIF DES ÉTABLISSEMENTS À SÉJOUR CONTINU

TABLEAU 13. - EFFECTIF DES ESC (EN ETP)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif, dont :	1 551	1 483	1 651	1 774	1 981	2 279	2 384	2 521	2 620	2 782	2 819	3 021
Médical et paramédical	1 010	1 191	1 293	1 391	1 527	1 558	1 646	1 754	1 836	1 969	2 079	2 203
Socio-éducatif	28	30	51	53	80	48	59	61	72	80	91	104
Soins	514	262	307	330	374	672	678	706	712	733	649	715
Personnel administratif	113	136	157	158	172	200	217	220	246	251	216	227
Personnel technique et logistique	721	1 105	1 175	1 188	1 206	1 002	1 067	1 101	1 122	1 133	1 129	1 177
Total ETP ESC	2 385	2 724	2 982	3 120	3 360	3 481	3 668	3 842	3 988	4 166	4 163	4 426

Rappel : Le personnel médical et paramédical ainsi que le personnel socio-éducatif et le personnel de soins constituent la catégorie du personnel appelée " d'assistance, de soins et socio-éducatif ".

GRAPHIQUE 6. - EVOLUTION 1999-2010 DE L'EFFECTIF DES ESC (EN ETP)



Sur la période présentée la croissance de l'ETP total a été de 85,6% ou de 2 041 ETP avec un taux de croissance annuel moyen de 5,3%.

Le personnel médical et paramédical constitue la sous-catégorie la plus importante du personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif et qui a présenté la forte progression sur la période étudiée.

TABEAU 14. - EFFECTIF DES ESC EN 2010 (EN ETP)

Personnel d'assistance, de soins, et socio-éducatif		Nombre d'ETP
Médical et paramédical		
	Medecin / Medecin directeur	3,2
	Licencié en Sciences hospitalières	1,0
PS1	Infirmier hospitalier gradué	33,2
	Assistant social	11,3
	Ergothérapeute	47,2
	Kinésithérapeute	30,6
	Psychomotricien	0,8
	Pédagogue curatif	1,2
PS2	Infirmier anesthésiste / masseur	2,7
PS3	Infirmier psychiatrique	8,7
PS4	Infirmier	796,7
PS5	Aide-soignant	1266,3
	Autres	
Socio-éducatif		
PE1	Universitaire Psychologue	5,6
PE3	Educateur gradué	13,9
PE4	Educateur instructeur (bac)	0,0
PE5	Educateur diplômé	77,3
PE6	Educateur instructeur	0,0
	Sans diplôme (employé & ouvrier)	6,8
Soins		
OU1	Personnel ouvrier avec CATP ou CAP (auxiliaire économe)	26,9
OU2	Aide socio-familiale diplômé	374,5
OU3	Aide socio-familiale en formation	212,2
OU3	Personnel ouvrier non diplômé	101,1
	Autres	
Personnel administratif		
PA1	Universitaire	37,8
PA3	Bac	65,9
PA4	Employé 3ième sec. ens. moyen	71,9
PA5	Employé 5ième sec. 9ième moyen	25,3
PA6	Inférieur à 5ième sec.	6,1
PA7	Non diplômé	20,3
	Etudiants et stagiaires	
	Autres	
Personnel technique et logistique (employé)		
PA4	Avec CATP	
PA7	Sans diplôme	
étud	Etudiants et stagiaires	
	Autres	
Personnel technique et logistique (ouvrier)		
OU1	Artisan avec CATP ou CAP	170,8
OU2	Ouvrier à tâche artisanale sans CATP	59,1
OU3	Ouvrier non diplômé - Aide ménagère	559,9
OU3	Ouvrier non diplômé - Aide cuisinière	350,7
OU3	Ouvrier non diplômé - Lingère	22,4
OU3	Ouvrier non diplômé - Chauffeur	14,5
étud.	Etudiants et stagiaires	
TOTAL		4 426,0

En prenant le détail de l'année 2010 pour analyser la composition de cette catégorie, l'on constate que les professions d'aide-soignant et d'infirmier sont le plus représentées. Les aides socio-familiales diplômées occupent la troisième place en termes d'effectif. Les aides socio-familiales en formation sont à la quatrième position.

TABEAU 15. - RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE PERSONNEL PAR RAPPORT À L'ETP TOTAL DES ESC (EN %)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif, dont :	65,0	54,4	55,3	56,9	59,0	65,5	65,0	65,6	65,7	66,8	67,7	68,3
Médical et paramédical	42,3	43,7	43,3	44,6	45,5	44,8	44,9	45,7	46,1	47,3	49,9	49,8
Socio-éducatif	1,2	1,0	1,7	1,7	2,4	1,4	1,6	1,6	1,8	1,9	2,2	2,3
Soins	21,5	9,6	10,3	10,6	11,1	19,3	18,5	18,4	17,9	17,6	15,6	16,1
Personnel administratif	4,7	5,0	5,3	5,1	5,1	5,7	5,9	5,7	6,2	6,0	5,2	5,1
Personnel technique et logistique	30,2	40,6	39,4	38,1	35,9	28,8	29,1	28,7	28,1	27,2	27,1	26,6

Les données de 1999 ne sont pas comparables à celles des années suivantes vu la redéfinition pour 2000 des données à recenser. L'on peut constater que la part du personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif sur le total diminue de 9,6% en 2000, tandis que la part du personnel technique et logistique augmente de la même proportion. Une partie de ce personnel intervient au lit de la personne tandis que l'autre est chargée d'autres tâches d'entretien (des locaux administratifs, par exemple). Le même effet de décalage peut être constaté entre 2003 et 2004.

Le personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif représente la plus grande proportion sur l'ETP total par année. Pour la période 2000 à 2003, la proportion augmentait chaque année de 54,4% à 59%. La moyenne sur les douze années est d'une quote-part de 62,9% sur l'ETP total.

La proportion du personnel administratif a été assez constante entre 1999 et 2010, et la part moyenne du personnel administratif est de 5,4% du total.

Le personnel technique et logistique représente en moyenne 31,6% de l'ETP total.

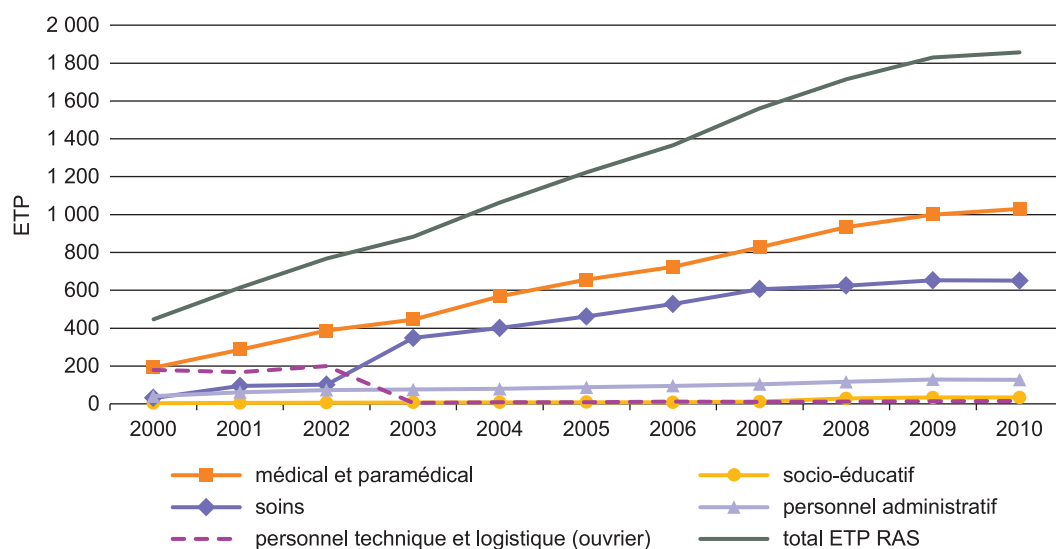
5.3 L'EFFECTIF DES RÉSEAUX D'AIDES ET DE SOINS

Pour les réseaux d'aides et de soins nous disposons de chiffres fiables à partir de l'année 2000. La période de référence est donc d'une année de moins que pour les autres catégories de prestataires.

TABEAU 16. - EFFECTIF DES RAS (EN ETP)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif, dont :	226	386	495	800	977	1 126	1 260	1 445	1 587	1 686	1 715
Médical et paramédical	192	286	387	445	568	656	724	828	934	1 000	1 031
Socio-éducatif	4	5	6	7	8	9	8	12	28	34	33
Soins	31	95	101	348	401	461	528	606	625	653	651
Personnel administratif	40	62	73	76	79	88	95	104	116	129	128
Personnel technique et logistique (ouvrier)	180	167	200	6	8	9	12	11	12	14	15
Total ETP RAS	447	614	769	882	1 064	1 223	1 367	1 560	1 715	1 830	1 857

GRAPHIQUE 7. - EVOLUTION 2000-2010 DE L'EFFECTIF DES RAS (EN ETP)



Sur la période de 11 ans, l'ETP total a augmenté de 1 410,2 unités, le total s'étant multiplié par 4,2. Le personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif constitue la catégorie de personnel la plus importante au niveau des RAS.

L'on peut constater un changement important au niveau du personnel technique et logistique à partir de l'année 2003. Ceci s'explique par une autre répartition des aides-ménagères sur le personnel de soins et le personnel technique et logistique. En effet, les aides-ménagères qui étaient reprises jusqu'en 2002 sous le personnel technique et logistique ont été rattachées au personnel de soins pour l'équivalent de l'activité qu'ils assurent auprès des assurés.

Le taux de croissance annuel moyen de l'effectif des RAS est de 13,8% pour la période 2000 à 2010.

TABEAU 17. - EFFECTIF DES RAS EN 2010 (EN ETP)

Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif		Nombre d'ETP
Médical et paramédical		
	Médecin	0,0
	Licencié en Sciences hospitalières	0,0
PS1	Infirmier hospitalier gradué	15,9
	Assistant social	2,5
	Ergothérapeute	13,3
	Kinésithérapeute	19,2
	Psychomotricien	1,0
	Pédagogue curatif	0,5
PS2	Infirmier anesthésiste / masseur	16,9
PS3	Infirmier psychiatrique	4,5
PS4	Infirmier	549,5
PS5	Aide-soignant	407,3
Socio-éducatif		
PE1	Universitaire Psychologue	8,1
PE3	Educateur gradué	10,3
PE4	Educateur instructeur (bac)	0,0
PE5	Educateur diplômé	13,8
PE6	Educateur instructeur	0,0
	Employé non diplômé	1,1
Soins		
OU1	Personnel ouvrier avec CATP ou CAP (auxiliaire économe)	3,5
OU2	Aide socio-familiale diplômé	177,7
OU3	Aide socio-familiale en formation	244,0
OU3	Personnel ouvrier non diplômé	225,7
Personnel administratif		
PA1	Universitaire	13,5
PA3	Bac	35,8
PA4	Employé 3ième sec. ens. moyen	46,5
PA5	Employé 5ième sec. 9ième moyen	12,0
PA6	Inférieur à 5ième sec.	4,0
PA7	Employé non diplômé	15,9
Personnel technique et logistique (ouvrier)		
OU1	Artisan avec CATP ou CAP	0,4
OU2	Ouvrier à tâche artisanale sans CATP	1,6
OU3	Ouvrier non diplômé - Aide-ménagère	12,6
OU3	Ouvrier non diplômé - Aide cuisinière	0,0
OU3	Ouvrier non diplômé - Lingère	0,0
OU3	Ouvrier non diplômé - Chauffeur	0,1
TOTAL		1 857,1

Au niveau des RAS, les infirmiers constituent la carrière la plus représentée avec 550 ETP. A la deuxième position nous trouvons les aides-soignants avec 407 ETP. Les RAS ont occupé 244 aides socio-familiales en formation, dépassant le nombre d'aides socio-familiales diplômées (178 ETP). En quatrième position, les RAS emploient du personnel ouvrier non diplômé avec 226 ETP.

TABEAU 18. - RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE PERSONNEL PAR RAPPORT À L'ETP TOTAL DES RAS (EN %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif, dont :	50,6	62,8	64,4	90,7	91,8	92,1	92,1	92,6	92,5	92,2	92,3
Médical et paramédical	42,9	46,6	50,4	50,5	53,4	53,6	53,0	53,1	54,4	54,7	55,5
Socio-éducatif	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,8	1,7	1,8	1,8
Soins	6,9	15,4	13,2	39,4	37,7	37,7	38,6	38,8	36,4	35,7	35,0
Personnel administratif	9,0	10,0	9,5	8,6	7,4	7,2	7,0	6,7	6,8	7,1	6,9
Personnel technique et logistique (ouvrier)	40,3	27,2	26,0	0,7	0,8	0,8	0,9	0,7	0,7	0,8	0,8

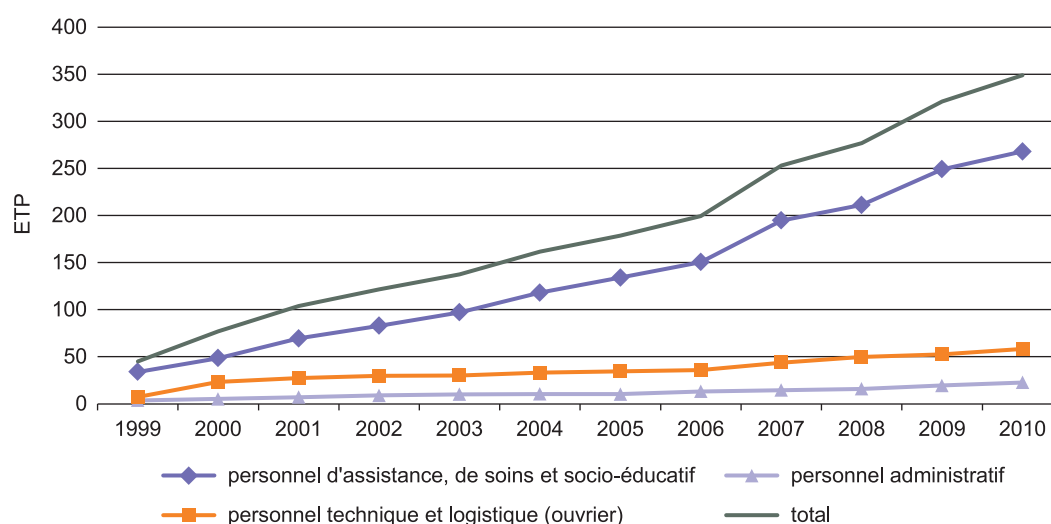
Dès l'année 2003, la quote-part du personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif a dépassé les 90% de l'effectif total déclaré à l'occasion du recensement annuel. Depuis 2002, la part du personnel administratif sur l'effectif total va diminuant pour être de 6,9% en 2010.

Les professions socio-éducatives ne représentent qu'une part minime sur l'ensemble de l'effectif.

5.4 L'EFFECTIF DES CENTRES SEMI-STATIONNAIRES

TABEAU 19. - EFFECTIF DES CSSTA (EN ETP)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif, dont	34	49	69	83	97	118	134	151	195	211	249	268
Médical et paramédical	18	28	38	48	56	66	74	79	89	93	104	113
Socio-éducatif	4	8	11	11	11	15	17	21	48	53	71	72
Soins	12	13	20	24	30	37	43	51	57	65	74	83
Personnel administratif	4	5	7	9	10	10	10	13	15	16	19	23
Personnel technique et logistique (ouvrier)	7	23	27	30	30	33	35	36	44	50	52	58
Total ETP CSSTA	45	77	104	122	137	162	179	200	253	277	321	349

GRAPHIQUE 8. - ÉVOLUTION 1999-2010 DE L'EFFECTIF DES CSSTA (EN ETP)

Si on compare les CSSTA aux ESC ou aux RAS on observe que l'effectif total est beaucoup plus petit. Or, le nombre de centres ayant augmenté au fil du temps, l'effectif total a également suivi. L'effectif de 2010 est de six fois l'ETP total de 1999. Il a augmenté de 223 ETP en 12 ans. Le taux de croissance annuel moyen est de 16,1%.

Au niveau du personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif on constate que l'effectif du personnel socio-éducatif est relativement élevé comparé à celui des ESC et des RAS. Ceci s'explique par la mission des centres semi-stationnaires dont les activités principales consistent à prester des actes de soutien. Or, la plupart des activités de soutien sont exécutées par du personnel hautement qualifié.

TABEAU 20. - EFFECTIF DES CSSTA EN 2010 (EN ETP)

Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif		Nombre d'ETP
Médical et paramédical		
	Médecin	0,0
	Licencié en Sciences hospitalières	0,0
PS1	Infirmier hospitalier gradué	1,6
	Assistant social	2,0
	Ergothérapeute	10,4
	Kinésithérapeute	2,9
	Psychomotricien	0,8
	Pédagogue curatif	0,0
PS2	Infirmier anesthésiste / masseur	1,0
PS3	Infirmier psychiatrique	2,7
PS4	Infirmier	41,3
PS5	Aide-soignant	50,4
Socio-éducatif		
PE1	Universitaire Psychologue	2,7
PE3	Educateur gradué	13,6
PE4	Educateur instructeur (bac)	0,0
PE5	Educateur diplômé	52,6
PE6	Educateur instructeur	0,5
	Employé non diplômé	2,7
Soins		
OU1	Personnel ouvrier avec CATP ou CAP (auxiliaire économe)	1,5
OU2	Aide socio-familiale diplômé	50,9
OU3	Aide socio-familiale en formation	22,0
OU3	Personnel ouvrier non diplômé	8,4
Personnel administratif		
PA1	Universitaire	3,4
PA3	Bac	8,6
PA4	Employé 3ième sec. ens. moyen	7,1
PA5	Employé 5ième sec. 9ième moyen	2,3
PA6	Inférieur à 5ième sec.	0,4
PA7	Employé non diplômé	1,0
Personnel technique et logistique (ouvrier)		
	Artisan avec CATP et brev. Maîtrise	
OU1	Artisan avec CATP ou CAP	1,0
OU2	Ouvrier à tâche artisanale sans CATP	1,4
OU3	Ouvrier non diplômé - Aide ménagère	18,3
OU3	Ouvrier non diplômé - Aide cuisinière	3,3
OU3	Ouvrier non diplômé - Lingère	0,0
OU3	Ouvrier non diplômé - Chauffeur	34,2
TOTAL		349,0

La structure des professions les plus représentées au niveau de l'effectif des CSSTA se distingue fortement de celle des ESC et des RAS. Les éducateurs diplômés sont à la première position avec 52,6 ETP. En deuxième position nous trouvons les aides socio-familiales diplômées avec 50,9 ETP. Le nombre des aides-soignants avec 50,4 ETP dépasse celui des infirmiers qui est de 41,3 ETP.

Dans la catégorie du personnel logistique nous trouvons 34,2 ETP qui travaillent en tant que chauffeurs. En effet, les CSSTA assurent le transport des assurés vers les centres et de retour à leur domicile.

TABEAU 21. - RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE PERSONNEL PAR RAPPORT À L'ETP TOTAL DES CSSTA (EN %)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif, dont :	75,4	63,1	66,8	68,1	70,7	73,0	75,0	75,5	76,9	76,3	77,6	76,8
Médical et paramédical	40,0	36,1	37,0	39,6	40,9	40,6	41,4	39,8	35,3	33,6	32,5	32,4
Socio-éducatif	9,7	10,5	11,0	8,8	8,3	9,6	9,6	10,3	19,1	19,3	22,1	20,7
Soins	25,7	16,4	18,8	19,8	21,5	22,8	24,0	25,4	22,5	23,4	23,0	23,7
Personnel administratif	8,0	6,6	6,8	7,3	7,4	6,5	5,7	6,6	5,8	5,8	6,1	6,5
Personnel technique et logistique (ouvrier)	16,6	30,3	26,4	24,6	21,9	20,5	19,3	17,9	17,3	17,9	16,3	16,7

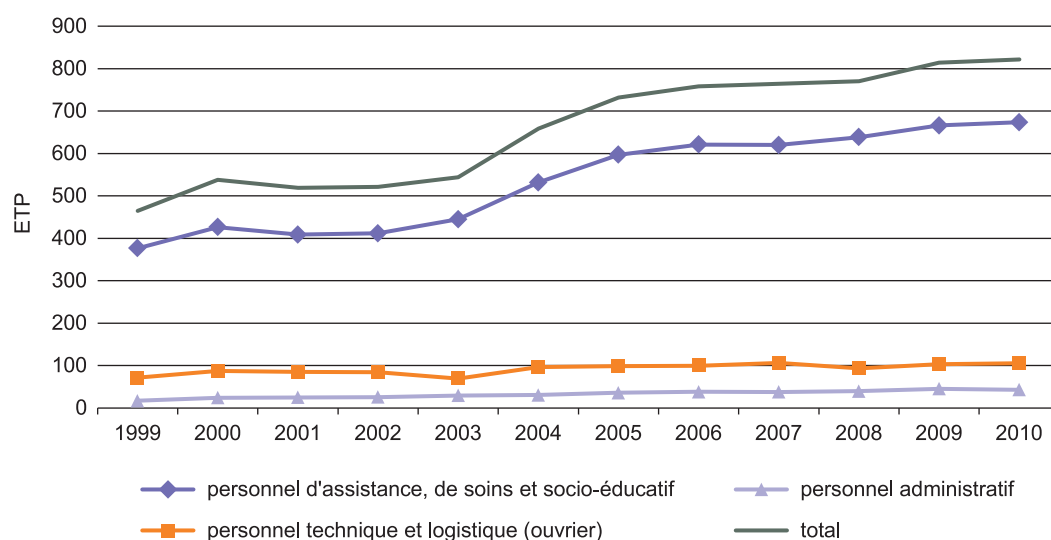
En consultant la série, on constate que la répartition de l'effectif de 1999 se distingue de celle des années suivantes. Des reclassements ont été faits au niveau du personnel ouvrier (du personnel de soins vers le personnel technique et logistique).

Au niveau de la répartition des différentes catégories de personnel sur l'effectif total, on peut constater une croissance de la part du personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif dans le temps. Sur la même période, la part du personnel technique et logistique a diminué. La part du personnel administratif est restée assez stable avec une moyenne de 6,6% de l'effectif total.

5.5 L'EFFECTIF DES ÉTABLISSEMENTS À SÉJOUR INTERMITTENT

TABEAU 22. - EFFECTIF DES ESI (EN ETP)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personnel d'assistance, de soins, et socio-éducatif, dont :	377	426	409	412	445	532	597	621	620	638	666	674
Médical et paramédical	135	129	135	142	142	181	208	220	217	230	232	237
Socio-éducatif	211	275	253	253	267	315	344	351	330	328	353	362
Soins	30	22	21	16	35	36	46	50	73	80	81	74
Personnel administratif	17	24	25	26	30	31	36	38	38	39	45	43
Personnel technique et logistique (ouvrier)	71	87	85	84	69	97	99	100	106	93	103	105
Total ETP ESI	465	538	519	521	544	659	732	759	764	771	814	822

GRAPHIQUE 9. - ÉVOLUTION 1999-2010 DE L'EFFECTIF DES ESI (EN ETP)

L'ETP total des ESI s'est multiplié par 1,8 entre 1999 et 2010. Sur la même période 357 ETP supplémentaires ont été employés. Le taux de croissance annuel moyen de l'effectif est de 4,9%.

Le personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif représente la partie la plus importante de l'effectif.

C'est le personnel socio-éducatif qui représente le plus grand effectif sur le personnel total. Ceci s'explique par le fait que l'encadrement de personnes présentant un handicap nécessite la prise en charge par des personnes qualifiées et spécialisées comme des psychologues, éducateurs gradués et éducateurs.

TABEAU 23. - EFFECTIF DES ESI EN 2010 (EN ETP)

Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif		Nombre d'ETP
Médical et paramédical		
	Medecin / Medecin directeur	0,4
	Licencié en Sciences hospitalières	0,0
PS1	Infirmier hospitalier gradué	3,1
	Assistant social	6,2
	Ergothérapeute	13,7
	Kinésithérapeute	11,5
	Psychomotricien	1,0
	Pédagogue curatif	0,0
PS2	Infirmier anesthésiste / masseur	0,3
PS3	Infirmier psychiatrique	5,9
PS4	Infirmier	98,2
PS5	Aide-soignant	96,7
Socio-éducatif		
PE1	Universitaire Psychologue	12,8
PE3	Educateur gradué	50,8
PE4	Educateur instructeur (bac)	0,0
PE5	Educateur diplômé	264,6
PE6	Educateur instructeur	5,3
	Sans diplôme (employé & ouvrier)	28,7
Soins		
OU1	Personnel ouvrier avec CATP ou CAP (auxiliaire économe)	3,3
OU2	Aide socio-familiale diplômé	49,2
OU3	Aide socio-familiale en formation	9,8
OU3	Personnel ouvrier non diplômé	12,1
Personnel administratif		
PA1	Universitaire	7,4
PA3	Bac	13,1
PA4	Employé 3ième sec. ens. moyen	15,9
PA5	Employé 5ième sec. 9ième moyen	4,6
PA6	Inférieur à 5ième sec.	0,7
PA7	Non diplômé	1,2
Personnel technique et logistique (ouvrier)		
OU1	Artisan avec CATP et brev. Maîtrise	
OU1	Artisan avec CATP ou CAP	13,4
OU2	Ouvrier à tâche artisanale sans CATP	15,2
OU3	Ouvrier non diplômé - Aide ménagère	50,3
OU3	Ouvrier non diplômé - Aide cuisinière	16,0
OU3	Ouvrier non diplômé - Lingère	8,0
OU3	Ouvrier non diplômé - Chauffeur	2,5
étud.	Etudiants et stagiaires	
TOTAL		821,9

Vu la population particulière prise en charge par les ESI, l'importance des différentes professions en termes d'ETP se distingue encore des autres catégories de prestataires. Ce sont les éducateurs diplômés avec 265 ETP qui occupent la première place. Les infirmiers sont au nombre 98 ETP dépassant légèrement l'ETP des aides-soignants qui est de 97 ETP. A la quatrième position nous trouvons les éducateurs gradués avec 51 ETP.

TABEAU 24. - RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE PERSONNEL PAR RAPPORT À L'ETP TOTAL DES ESI (EN %)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif, dont :	81,0	79,3	78,8	78,9	81,8	80,7	81,6	81,9	81,2	82,8	81,8	81,9
Médical et paramédical	29,0	24,0	26,0	27,2	26,2	27,4	28,4	29,0	28,5	29,8	28,5	28,8
Socio-éducatif	45,5	51,1	48,7	48,6	49,2	47,8	47,0	46,3	43,1	42,6	43,4	44,1
Soins	6,5	4,1	4,1	3,2	6,4	5,4	6,2	6,6	9,6	10,4	9,9	9,0
Personnel administratif	3,6	4,5	4,8	4,9	5,4	4,7	4,9	5,0	4,9	5,1	5,5	5,2
Personnel technique et logistique (ouvrier)	15,3	16,2	16,4	16,1	12,8	14,6	13,5	13,1	13,9	12,1	12,6	12,8

Les proportions entre les trois catégories de personnel sont restées très stables pour la période étudiée : 81% pour le personnel d'assistance, de soins et socio-éducatif, 5% pour le personnel administratif et 14% pour le personnel technique et logistique.

SECTION 6 LA TIERCE PERSONNE ASSURANT À DOMICILE DES AIDES ET SOINS À LA PERSONNE DÉPENDANTE EN DEHORS D'UN RÉSEAU PROFESSIONNEL

6.1 INTRODUCTION

L'objet de l'assurance dépendance est de répondre au besoin d'aide d'une tierce personne en accordant des prestations en nature, des prestations en espèces ou une combinaison des unes et des autres.

L'aide et les soins peuvent être apportés par des prestataires liés contractuellement à l'assurance dépendance.

A domicile, ils peuvent être apportés aussi par des personnes qui n'ont pas de contrat avec l'assurance dépendance.

On ne peut établir de bilan du fonctionnement de l'assurance dépendance sans évoquer ces personnes.

Pourtant, malgré la place centrale qu'elles occupent dans le système, malgré le montant faramineux⁶ de prestations en espèces qui ont été versées aux bénéficiaires de l'assurance dépendance, ces personnes privées occupent peu de place dans le texte légal lui-même.

Dès le moment où l'on octroyait des prestations en espèces en remplacement de prestations en nature, on aurait pu attendre des précisions sur l'affectation de ces prestations, à qui et à quoi elles étaient destinées.

6.1.1 LA LOI SUR L'ASSURANCE DÉPENDANCE N'A PRÉVU AUCUN TERME POUR DÉSIGNER LA TIERCE PERSONNE QUI APPORTE LES AIDES ET SOINS

La loi désigne cette tierce personne par une longue paraphrase : " la tierce personne qui assure des aides et des soins en dehors d'un réseau professionnel ". Celle-ci s'est rapidement avérée peu pratique. A l'époque, des expressions plus courtes avaient été avancées: aidant naturel, aidant privilégié, aidant familial Toutes ont été rejetées en raison de leur caractère restrictif. Rapidement, il est apparu, même avant l'entrée en application de la loi, que le terme " **aidant informel** " pouvait être utilisé pour désigner cette tierce personne. Actuellement, cette expression est utilisée de manière courante. En allemand, on parle de " **private Pflegeperson** ".

L'expression n'est probablement pas la plus heureuse, ni dans l'une, ni dans l'autre langue car elle pourrait laisser entendre que toute forme d'aide apportée en dehors d'un réseau professionnel serait officieuse⁷. Elle est cependant facile à utiliser. En outre, il a toujours été précisé que cette personne pouvait être salariée ou non. Tous les documents d'information sur l'assurance dépendance font clairement mention des procédures à suivre pour toutes les éventualités.

Dans le cadre de ce bilan, on continuera d'utiliser l'expression d'aidant informel pour désigner l'aidant salarié, non salarié, professionnel, familial, proche ou non de la personne dépendante.

6.1.2 LA LOI N'EXIGE PAS D'IDENTIFICATION DE L'AIDANT INFORMEL

A des fins pratiques, une rubrique du formulaire de demande prévoit de reprendre les coordonnées de " l'aidant informel ". Les coordonnées fournies dans ce formulaire ne correspondent pas toujours à celles de la personne qui apporte les aides et soins à la personne dépendante.

A l'origine, cette rubrique avait été prévue pour donner des renseignements sur " la personne significative ". On entendait par là, la personne la mieux informée sur les aides et soins nécessaires et la plus habilitée à répondre au questionnaire d'évaluation, en appui à la personne dépendante elle-même. Or, les évaluateurs ont constaté très souvent que la personne renseignée dans cette rubrique était celle qui avait aidé à remplir le formulaire et contribuait davantage aux tâches de gestion administrative qu'aux aides et soins pour les actes essentiels de la vie.

A la longue, la désignation de personne significative a été abandonnée. Seul est resté " l'aidant informel ".

6 Entre 2000 et 2010, le montant total versé au titre de prestations en espèces représente plus de 432 millions d'euros.

7 Idem, l'auteur y déclare : " nous avons choisi de parler d'aidant plutôt que d'aidant informel parce que, à l'origine, l'assurance dépendance luxembourgeoise a pris en compte " la personne, qui assure des aides et soins à la personne dépendante à domicile en dehors d'un réseau d'aides et de soins. " Il ajoute : " expression englobant des personnes autres que l'aidant informel. "

On notera que dans le cadre de l'évaluation, l'évaluateur est tenu d'identifier cette personne pour vérifier si le demandeur a la possibilité d'avoir recours à un aidant informel en mesure de lui apporter des aides et soins. Depuis quelques temps, une procédure a été prévue pour le refus de convertir les prestations en nature en espèces dans les cas où il n'y a pas d'aidant informel. Ce refus a toujours été possible mais il était important de formaliser une telle procédure pour éviter que la conversion soit refusée de manière arbitraire.

6.1.3 LA LOI EST IMPRÉCISE QUANT AU RÔLE DE L'AIDANT INFORMEL

Dans l'objet de la loi initiale, il est dit que " *la prise en charge peut comporter subsidiairement des prestations en espèces et des mesures en faveur de personnes qui assurent des aides et soins à la personne dépendante à son domicile.* " La loi de 1998 dispose aussi que la prestation en espèces doit être utilisée " *pour assurer les aides et soins prévus au plan de prise en charge, à la personne dépendante à son domicile en dehors d'un réseau d'aides et de soins* ". Elle dispose enfin que les prestations en espèces pouvaient être " *retirées ou réduites* " si elles ne sont pas utilisées pour assurer les aides et soins à la personne dépendante.

Faisant suite aux premières expériences de la Cellule d'évaluation et d'orientation, les modifications de la loi en 2005 ont tenté d'apporter certaines précisions dans la loi afin de mieux cerner le rôle de l'aidant informel et aussi d'introduire un lien plus tangible entre la prestation en espèces et les aides et soins. En effet, beaucoup de bénéficiaires ne percevaient pas - mais cela reste encore le cas - la relation entre l'aide apportée et la prestation en espèces.

Ainsi, les modifications de 2005 ajoutent certaines précisions telles que " *la personne de l'entourage* ", " *en mesure d'assurer les aides et soins à la personne dépendante* " dans le but de montrer le lien entre les aides et soins et la prestation en espèces. L'expérience avait déjà montré à l'époque que certaines personnes qui apportaient de l'aide n'étaient pas en mesure de le faire en raison notamment de leur propre état de santé voire pour des raisons aussi évidentes que l'éloignement géographique.

Ceci était accentué par le fait que des substitutions d'actes étaient possibles dans le plan de prise en charge, entraînant un décalage entre les actes et les prestations payées.

6.1.4 LA LOI NE LUI A PAS RÉSERVÉ DE STATUT

L'absence de statut pour l'aidant informel empêche que des rapports contractuels formels s'établissent entre les membres d'une même famille (conjoint, enfants etc.).

Il est bien entendu que la personne dépendante peut, si elle le souhaite, conclure un contrat de travail avec la personne qui la soigne et lui donner un statut de travailleur salarié mais elle n'y est pas légalement obligée.

De la même façon, la loi n'a pas donné le statut de revenu à la prestation en espèces qui est prévue pour s'assurer une aide et des soins. La prestation en espèces, même s'il est explicitement précisé au niveau de la loi qu'elle doit être " *utilisée pour assurer les aides et soins, prévus par le plan de prise en charge, à la personne dépendante en dehors d'un réseau d'aides et de soins* " reste en quelque sorte une allocation. Elle n'est pas soumise à l'impôt. Elle est incessible et insaisissable.

Enfin, aussi paradoxal que cela puisse paraître, le fait de recevoir une prestation en espèces permet à une personne dépendante de déclarer une personne à l'assurance pension, à charge de l'assurance dépendance, sans lui donner nécessairement un statut de salarié.

Elle permet également que des prestations sous forme de conseils lui soient accordées.

Le texte de 1998 prévoyait que les prestations en espèces puissent être doublées pendant trois semaines afin que cette personne puisse être remplacée. Cette mesure a été supprimée en 2005 car elle n'avait jamais pu être appliquée aux fins pour lesquelles elle était prévue. En effet, le double de la prestation en espèces calculé forfaitairement sur l'ensemble de l'année était versé à tous les bénéficiaires en décembre, ce qui amenait les bénéficiaires à l'interpréter comme une prime annuelle.

En raison de l'absence de reconnaissance de l'aidant informel, on dispose de peu d'informations qui permettraient de le caractériser pour réfléchir à des mesures en sa faveur.

On va tenter de donner quelques caractéristiques de cette personne, en recourant à deux sources d'information annexes :

- l'étude sur la satisfaction des bénéficiaires à domicile, réalisée par le CEPS en 2006, sur demande de la CEO⁸ ;
- les données relatives à la prise en charge des cotisations.

On ne manquera cependant pas de dire que ni l'une, ni l'autre source ne sont pleinement satisfaisantes :

- l'étude date de 2006 et se base sur un échantillon représentatif mais dont la taille est réduite lorsqu'il s'agit de décrire certains sous-groupes ;
- la prise en charge des cotisations à l'assurance pension ne concerne qu'une population à la fois spécifique et rare parmi les aidants.

6.2 LES CARACTÉRISTIQUES DE L'AIDANT RAPPORTÉES PAR L'ÉTUDE RÉALISÉE EN 2006 SUR LA SATISFACTION DES BÉNÉFICIAIRES DÉPENDANTS À DOMICILE

Cette étude a été réalisée à l'automne de 2006 et a porté sur un échantillon de 1 242 bénéficiaires de l'assurance dépendance résidant à domicile. Il s'agissait d'une enquête par questionnaire administré dans un entretien de face à face au domicile du bénéficiaire. Douze questions portaient sur l'organisation des aides et soins par le bénéficiaire.

6.2.1 MOTIVATIONS DES BÉNÉFICIAIRES DANS LE CHOIX D'UN TYPE D'AIDANT

Dans le cadre de cette étude, on s'était interrogé sur **les motivations qui guidaient les bénéficiaires de recourir soit à un prestataire officiel, soit à un aidant informel.**

- On a pu relever que **74% des bénéficiaires qui recouraient uniquement à l'aide d'un aidant informel justifiaient ce choix par le fait que celui-ci les soignait déjà avant de bénéficier de l'assurance dépendance ;**
- **42% de ces personnes** trouvent également que cette solution est plus flexible que l'intervention d'un réseau : l'aidant informel est plus disponible qu'un réseau et surtout à des moments plus opportuns ;
- Le choix des bénéficiaires combinant l'aide d'un aidant informel et d'un prestataire officiel se justifie, quant à lui, pour 76% d'entre eux, **par la recherche d'une formule qui leur garantissait les meilleurs soins.** Pour certains soins, ils préféraient l'aide d'un réseau et pour d'autres, l'aide d'un aidant informel ;
- Enfin, la constatation de l'inexistence d'une personne disponible ou capable d'apporter des soins justifie la majorité des choix de recourir à un prestataire officiel. Il y a lieu de noter que 32% des bénéficiaires de prestations en nature uniquement signalent qu'ils n'ont pas fait de choix mais que la formule leur avait été imposée par la Cellule d'évaluation et d'orientation.

6.2.2 LE CHOIX DE L'AIDANT INFORMEL

- A plusieurs reprises et souvent dans des situations critiques, la CEO a pu constater que l'organisation des soins à la personne dépendante dépendait de plusieurs intervenants, en plus du réseau d'aides et de soins. L'étude de 2006 a estimé que la proportion des bénéficiaires recourant à une telle pratique représentait 12,3%.
- **Plus d'un cinquième des répondants (20,4%) a signalé qu'il ne rémunérerait aucune personne. On peut en déduire que dans ces cas, la prestation en espèces versée par l'assurance dépendance n'est pas utilisée de la manière prévue. On ne peut cependant pas en déduire que ces personnes soient privées de soins.**

L'étude s'est interrogée sur la façon dont le bénéficiaire avait rencontré son aidant informel. La question avait été posée à 1 072 personnes. Les réponses ont été les suivantes :

8 CEPS-INSTEAD, " L'assurance dépendance. Les personnes vivant à domicile : évaluation de leur satisfaction. " Luxembourg, septembre 2007.

TABLEAU 25. - COMMENT AVEZ-VOUS-RENCONTRÉ VOTRE AIDANT INFORMEL ?

C'est un membre de la famille	94,0%
C'est une connaissance	4,4%
C'est un professionnel	1,5%
Pas de réponse	0,1%

Le recours à l'aide de la famille s'avère la solution choisie par la grande majorité des bénéficiaires. Elle est suivie par le recours à des connaissances. **Pour plus de 98% des personnes dépendantes, on peut dès lors dire que le choix de l'aidant informel se fait dans la sphère privée.**

Par ailleurs, l'étude a montré que dans **73% des cas, l'aidant informel vivait dans le ménage du bénéficiaire.**

Lorsque l'aidant informel est un membre de la famille, l'étude montre que pour 37,1% des bénéficiaires, il s'agit du conjoint.

Les descendants (fils, fille, gendre, bru et petits enfants) assument ce rôle pour **45,4% des bénéficiaires**. Dans 28% des cas, **c'est la fille qui assume ce rôle.**

Pour 12,1% des bénéficiaires, le rôle d'aidant informel est tenu par les parents et même les grands-parents (on rappellera que l'assurance dépendance concerne 20% de bénéficiaires de moins de soixante ans). Pour **les 5,4% restants**, il s'agit de sœurs, frères, neveux ou nièces, cousins ou cousines.

Ceci permet de conclure que le choix de l'aidant informel se fait très majoritairement dans la sphère privée et même parmi les personnes ayant des liens familiaux proches.

Le paragraphe suivant donne un autre aperçu des caractéristiques de l'aidant informel, à partir, cette fois, des données sur la prise en charge de la cotisation à l'assurance pension.

6.3 LES CARACTÉRISTIQUES DE L'AIDANT RAPPORTÉES PAR L'ANALYSE DES DONNÉES SUR LA PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS À L'ASSURANCE PENSION⁹

La loi portant introduction d'une assurance dépendance crée un droit en matière d'assurance pension pour " *la personne de l'entourage qui assure les aides et soins à la personne dépendante en dehors d'un réseau d'aides et de soins* ".

A cette fin, l'assurance dépendance prend en charge ses cotisations à l'assurance pension pour autant que cette personne ne bénéficie pas d'une pension personnelle, au maximum jusqu'à concurrence d'une cotisation calculée sur base du salaire social minimum mensuel prévu pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

L'aidant informel doit être déclaré auprès du Centre commun de la sécurité sociale par la personne dépendante et ne peut bénéficier de la prise en charge des cotisations à l'assurance pension qu'au titre d'une seule personne dépendante¹⁰.

- L'aidant informel peut être un membre de la famille ou un autre proche qui assure les aides et soins en dehors d'un contrat de travail. Dans ce cas, l'aide informelle donne uniquement lieu à la prise en charge des cotisations pour l'assurance pension de la part prestée dans le cadre de l'assurance dépendance ;
- L'aidant informel peut également être **un salarié lié à la personne dépendante par un contrat de travail**. La relation de travail donne alors lieu à une affiliation obligatoire et comporte le paiement de cotisations pour toutes les branches : l'assurance pension, l'assurance maladie, l'assurance dépendance, l'assurance accidents, etc. Les cotisations pour l'assurance pension, cependant, sont prises en charge par l'assurance dépendance jusqu'à hauteur du salaire social minimum. Les cotisations pour l'assurance pension sur la part du salaire supérieure au salaire social minimum restent à charge de l'assuré et de l'employeur ;
- L'aidant informel salarié peut évidemment être un membre de la famille de la personne dépendante, pour autant qu'il soit possible d'établir un lien de subordination entre l'employeur et son employé. Il est impossible d'être l'employeur de son époux.

⁹ Les données de ce paragraphe ont été extraites d'un article de Norbert LINDENLAUB, préparé pour le bulletin luxembourgeois des questions sociales. Ces extraits ont cependant été adaptés pour les besoins particuliers de ce bilan.

¹⁰ Il y a lieu d'ajouter que la loi sur l'assurance dépendance a également introduit une disposition permettant aux personnes qui ont apporté des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins, d'une allocation pour personnes gravement handicapées, d'une majoration d'impotence de la rente accident, d'une majoration d'impotence du revenu minimum garanti, entre 1990 et 1998, de faire valoir ces périodes pour parfaire le stage requis pour la pension de vieillesse.

6.3.1 LES CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES DES AIDANTS DÉCLARÉS

Le tableau suivant présente l'évolution du nombre de bénéficiaires et de son coût depuis 1999.

On relève que tant le nombre de bénéficiaires que le coût augmentent chaque année. Toutefois, les variations d'une année à l'autre ne sont pas régulières.

Par ailleurs, on observe aussi que l'augmentation des coûts n'est pas en phase avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires. La variation est tantôt plus élevée que celle des bénéficiaires, tantôt plus faible.

D'une manière générale cependant, on doit constater que cette mesure est peu utilisée et représente une charge peu élevée dans l'ensemble des dépenses de l'assurance dépendance. Ainsi, par rapport à l'ensemble des dépenses de 2010, ce poste représente à peine 0,25%.

TABLEAU 26. - ÉVOLUTION 1999-2011 DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES ET DU COÛT ANNUEL DE LA PRISE EN CHARGE DE LA COTISATION À L'ASSURANCE PENSION (SITUATION AU 31 DÉCEMBRE)

	Bénéficiaires	Variation en %	Montant en euros	Variation en %
1999			18 035	
2000	164		645 615	
2001	295	79,9%	1 010 589	56,5%
2002	348	18,0%	1 026 517	1,6%
2003	419	20,4%	1 400 799	36,5%
2004	472	12,6%	1 674 656	19,6%
2005	571	21,0%	2 332 784	39,3%
2006	710	24,3%	2 825 892	21,1%
2007	801	12,8%	2 893 134	2,4%
2008	921	15,0%	3 633 628	25,6%
2009	1 050	13,0%	4 105 711	14,0%
2010	1 218	16,0%	4 504 724	9,7%
2011 (estimation)	1 205		4 700 000	

Source : bilans et budgets de la Caisse nationale de santé.

Le nombre de bénéficiaires de cette disposition est également peu élevé, si on le compare au nombre d'ayant-droits potentiels. Pour la seule année 2010, les personnes dépendantes bénéficiant de prestations en espèces ou de prestations combinées sont au nombre de 6 019 et seulement 1 218 aidants sont déclarés à l'assurance pension, soit 20%. **Sur l'ensemble des onze années, le nombre d'aidants informels bénéficiant de la prise en charge de la cotisation à l'assurance pension représente 2 545 personnes parmi lesquelles on compte 496 aidants salariés, soit 19,5%.**

On y remarque la proportion énorme de femmes : elles représentent 93% des aidants pour lesquels des cotisations ont été prises en charge.

TABLEAU 27. - PRISE EN CHARGE DE LA COTISATION À L'ASSURANCE PENSION - NOMBRE DE PERSONNES CONCERNÉES PAR SEXE - ÉVOLUTION DEPUIS 1999

	Femmes	Hommes	Total
Nombre	2 364	181	2 545
dont aidants salariés	477	19	496

On notera qu'un peu plus de 11% des bénéficiaires de cette mesure ne résident pas au Luxembourg. Parmi eux, une importante proportion réside dans les pays frontaliers.

TABLEAU 28. - RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES PAR LIEU DE RÉSIDENCE - ÉVOLUTION DEPUIS 1999

Pays de résidence	Nombre	En % du total
Luxembourg	2 272	89,3
Pays frontaliers (Allemagne, Belgique, France)	229	9,0
Autres pays	44	2,3
Total	2 545	100,0

En ce qui concerne l'âge¹¹, la moyenne de l'ensemble des bénéficiaires est de 45,6 ans. Elle est plus élevée pour les hommes (46,3 ans) que pour les femmes (45,5 ans).

¹¹ L'âge considéré pour ce calcul est l'âge de l'aidant au début de la prise en charge.

On peut s'interroger sur le nombre peu élevé de bénéficiaires de cette disposition, malgré la publicité régulière faite autour de cette mesure par la CEO, au niveau du grand public, mais aussi dans le contact quotidien des évaluateurs avec les demandeurs de prestations et leurs aidants.

Certaines hypothèses peuvent être avancées mais elles sont peu vérifiables compte tenu de la rareté des données disponibles sur l'aidant. L'une d'elle serait de dire que seuls de rares aidants sont dans une situation qui leur permettrait de tirer un avantage de cette mesure. En regardant les dossiers de demandeurs, on relève que beaucoup parmi les aidants sont des personnes déjà retraitées, notamment les conjoints des demandeurs. Dans d'autres cas, il s'agit de descendants (enfants ou petits-enfants) qui sont déjà couverts par la sécurité sociale. Par ailleurs, il faut reconnaître que beaucoup de personnes ne réalisent l'utilité de cette mesure qu'à partir du moment où ils demandent une retraite. Certains se rendent alors compte d'un manque de périodes qui leur permettraient de compléter leur carrière. Ces dernières années d'ailleurs, la CEO a été sollicitée, à plusieurs reprises pour des informations à ce sujet, notamment par des femmes arrivant à l'âge de la retraite.

On peut aussi s'étonner de la faible proportion d'aidants salariés. S'il est vrai que l'assurance dépendance a créé un nombre considérable d'emplois chez les prestataires professionnels, il est beaucoup moins vrai que ce soit le cas dans le cadre informel. Bien que cette possibilité existe au niveau de la loi sur l'assurance dépendance et qu'elle ait été facilitée par l'introduction de la procédure simplifiée de déclaration d'une occupation dans un ménage privé du Centre commun de la sécurité sociale, on ne peut que constater qu'elle est peu utilisée. Les habitudes de recourir à l'aide du conjoint ou des enfants ont la vie dure.

Au cours des trois dernières années, on a constaté plusieurs pratiques de recours à des personnes en provenance de pays de l'Est de l'Union européenne. La formule peut être intéressante, dans la mesure où la personne engagée bénéficie de conditions de travail (salaire et protection sociale) équivalentes à celle d'un travailleur luxembourgeois. Dans d'autres conditions, il s'agirait d'une exploitation des personnes et aussi d'une utilisation peu honorable des possibilités de libre circulation des personnes dans l'Union.

6.3.2 LES PÉRIODES D’AFFILIATION

De 1999 à 2011, on compte 3 663 périodes d'affiliation à l'assurance pension. Certains aidants ont pris en charge deux ou plusieurs bénéficiaires à des périodes différentes. Il arrive aussi que certaines affiliations aient été interrompues, puis reprises. Dans ces différents cas de figure, il s'agit d'un bénéficiaire mais de plusieurs périodes. En conséquence, le nombre de périodes est différent du nombre d'aidants déclarés. Lorsqu'il est question de l'âge, étant donné qu'il est considéré au début d'une prise en charge, il est intéressant de le donner par rapport au nombre de périodes de cotisations.

Lorsque l'on examine la répartition des périodes par groupe d'âge de l'aidant, on relève que les groupes d'âges les mieux représentés se situent entre 30 et 59 ans. On y retrouve 88% des prises en charge. Près des deux tiers se situent entre 40 et 59 ans. Les femmes représentent 93,3% de l'ensemble, 65% d'entre elles se situent dans la classe d'âge de 40 à 59 ans.

On est toujours surpris de constater que certaines prises en charge ont concerné des personnes de moins de 20 ans. Elles sont néanmoins très rares.

On rappellera que la loi de 1998 disposait que la prise en charge de la cotisation était réservée aux aidants de moins de 65 ans. Cette condition a été modifiée en 2005. Depuis lors, la disposition est réservée aux aidants ne bénéficiant pas d'une pension personnelle¹². Ceci explique que l'on puisse retrouver des prises en charge pour des aidants âgés de plus de 65 ans.

¹² Parmi les pensions personnelles figurent entre autres les pensions de vieillesse anticipées qui peuvent être accordées à partir de 57 ans et les pensions d'invalidité qui peuvent être accordées encore plus tôt.

TABEAU 29. - RÉPARTITION DES PRISES EN CHARGE DE LA COTISATION À L'ASSURANCE PENSION PAR SEXE ET GROUPE D'ÂGE DE L'AIDANT

Groupe d'âge	Femmes	Hommes	Total
< 20	17	4	21
20-29	239	10	249
30-39	767	45	812
40-49	1 089	87	1 176
50-59	1 137	87	1 224
60-64	154	11	165
65-69	8		8
70-74	6		6
75-79	2		2
Total	3 419	244	3 663

Pour estimer la durée des périodes d'affiliation, on ne peut évidemment considérer que les prises en charge clôturées. Ceci réduit la population de référence à un total de 1 392 prises en charge.

Le tableau suivant présente la durée moyenne des périodes d'affiliation pour les aidants salariés et non salariés.

	Aidants salariés	Aidants non salariés	Total
Durée moyenne (en jours)	517,8	1 320,8	1 076,2
Nombre de bénéficiaires	424	968	1 392

Si l'on a pu relever plus haut la rareté du recours à un aidant salarié, il y a lieu de relever ici, la brièveté des périodes d'affiliation de l'aidant salarié par rapport à l'aidant non salarié. Pour l'aidant salarié, la période d'affiliation représente une moyenne de 31,8 mois. Elle est de 43,4 mois pour l'aidant non salarié.

On rappellera qu'il est question ici de prises en charge clôturées. Il est dès lors tout à fait possible que certains aidants continuent d'être employés par d'autres bénéficiaires de l'assurance dépendance.

6.3.3 LE COÛT DE LA MESURE

Les cotisations sont payées sur la base du salaire social minimum mensuel prévu pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Depuis le 1er janvier 2013, ce salaire est de 1 874,19 euros.

Actuellement le taux global de cotisation pour l'assurance pension est fixé à 24% (article 238, alinéa 4 du Code la sécurité sociale).

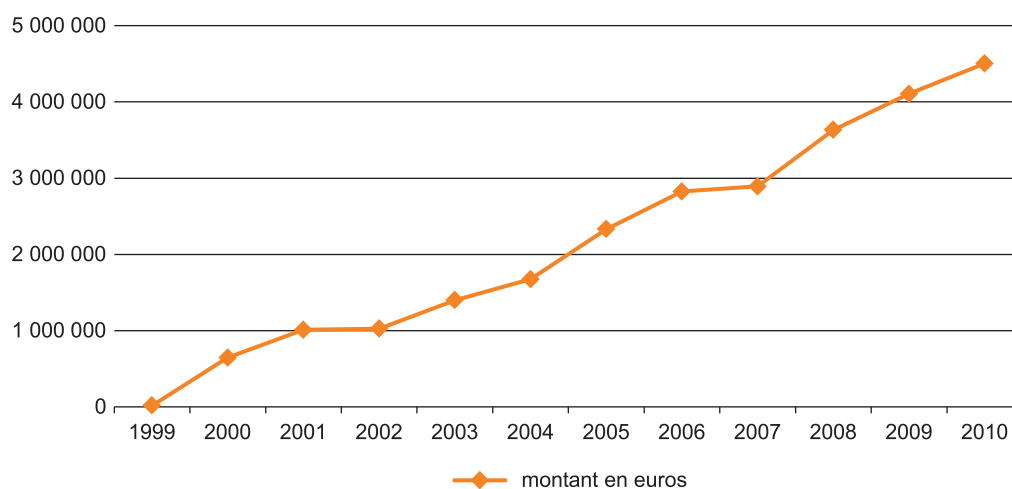
L'article 240 du Code la sécurité sociale dispose que la charge des cotisations, en dehors de l'intervention de l'État, 16%, incombe à l'assurance dépendance. Il en résulte une charge pour l'assurance dépendance de 299,87 euros par personne.

Dans le cas d'un aidant salarié, les cotisations sont prises en charge sur la base des heures réellement travaillées et au maximum jusqu'à hauteur du salaire social minimum.

Celles-ci peuvent alors être inférieures au " forfait " mis en compte pour un aidant non salarié.

Le graphique ci-dessous montre la progression des montants versés au titre de cotisations par l'assurance dépendance.

GRAPHIQUE 10. - EVOLUTION 1999-2010 DU MONTANT DES COTISATIONS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE DÉPENDANCE



On ne peut que constater une augmentation régulière d'année en année depuis 1999. Cette augmentation s'explique à la fois par l'augmentation du nombre de bénéficiaires de la mesure et par l'augmentation du montant mensuel du salaire social minimum. Au 1er janvier 1999, il se situait à 1 162,07 euros. En 2013, il est de 1 874,19.

Sur l'ensemble de la période de 1999 à 2011, le montant total de la mesure a représenté 46 158 445 euros. La charge en incombe pour un tiers à l'Etat et deux tiers à la sécurité sociale. Le coût moyen par bénéficiaire se chiffre à 18 136 euros.

Période 1999-2011	Total des dépenses (en euros)	Coût moyen par bénéficiaire (en euros)	Nombre de bénéficiaires
A charge de l'État	15 386 148	6 045	2 545
A charge de l'assurance dépendance	30 772 297	12 091	2 545
Total	46 158 445	18 136	2 545

Il reste à ajouter que le coût de cette mesure avait été largement surestimé lors des travaux préparatoires à la loi. L'exposé des motifs de la loi de 1998¹³, portant introduction d'une assurance dépendance avait estimé les dépenses pour les cotisations à l'assurance pension à un montant 380 000 000 LUF (9 419 953 euros), pour le seul exercice 1998.

¹³ Dossier parlementaire 4216, exposé des motifs.

6.4 RÉFLEXIONS ET CONCLUSIONS

La priorité au maintien à domicile repose d'abord sur l'idée que la personne, même dépendante, préfère rester à domicile si elle en a le choix. En plus à l'époque, l'offre en matière de soins se caractérisait, par un manque de places en établissement d'aides et de soins, des listes d'attente très longues et des délais d'admission excessifs. Certes, la loi du 22 mai 1989 portant création d'une allocation de soins et organisant le placement dans une maison de soins avait été un premier pas vers une restructuration de la prise en charge des personnes dépendantes mais ces dispositions restaient insuffisantes pour favoriser le maintien à domicile, notamment en raison d'une insuffisance de services professionnels intervenant à domicile.

Les nouvelles dispositions introduites par l'assurance dépendance devaient renforcer les premières mesures en favorisant à la fois le développement des services d'intervention à domicile et en donnant à la personne dépendante la possibilité de recourir à l'aide d'une personne de son choix, si elle le souhaitait. Pour cette raison, la loi a prévu la conversion des prestations en nature en prestations en espèces. Une telle approche, par le cumul de plusieurs sources d'aide, apparaissait la plus efficiente.

Derrière cette savante articulation se profile inévitablement la présence de l'aidant informel et l'on peut s'étonner que la loi en ait fait si peu mention. Ceci est d'autant plus surprenant qu'en 1998, il était tout à fait impossible d'imaginer le maintien à domicile sans l'intervention d'aidants informels, compte tenu du sous-développement des prestataires à domicile.

Comme on l'a vu, l'aide informelle relève pour 98% de la sphère privée et même pour 94% de la sphère familiale. Le conjoint est l'aidant de 37% des bénéficiaires faisant recours à un aidant informel. En 2006, on a pu relever que 20% des bénéficiaires n'avaient pas d'aidant informel au moment de l'enquête par le CEPS.

L'absence de reconnaissance de l'aidant informel dans le système de l'assurance dépendance amène inévitablement à des interprétations fausses de la prestation en espèces. Le système tel qu'il est construit ne permet pas de faire le lien entre la prestation et le service qu'elle couvre.

Par ailleurs, on ne peut guère être étonné que si peu d'aidants informels aient un statut de salarié. Déclarer un aidant informel est une opération coûteuse et rien n'encourage la personne dépendante à le faire.

Et même, pour la déclaration à l'assurance pension, qui est une opération gratuite pour la personne dépendante, on remarque qu'elle est peu utilisée et pour cause, l'aide informelle reste affaire de famille.

Qualité

Commission consultative

Charte des valeurs

Missions

CAF

Normes

16 personnes

■ ■ ■ Chapitre 8

**L'organisation et le
fonctionnement
de l'assurance dépendance
et des soins
de longue durée**



INTRODUCTION

Les articles 380 à 388 du Code de la sécurité sociale concernent les différentes dispositions en matière d'organisation de l'assurance dépendance.

Deux administrations se partagent l'essentiel de l'organisation de l'assurance dépendance :

- la Caisse nationale de santé¹ ;
- la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Ces deux administrations sont épaulées par deux organes consultatifs :

- la Commission consultative ;
- la Commission de qualité des prestations.

L'évolution de l'assurance dépendance est en outre encadrée par l'**Action concertée** qui permet de réunir les plus hautes instances et les experts du pays en la matière.

On évoquera rapidement le rôle du Centre commun de la sécurité sociale. Il est le percepteur des cotisations et gestionnaire de l'une des prestations de l'assurance dépendance, à savoir la cotisation à l'assurance pension de l'aidant informel.

En cas de contestation des décisions individuelles prises par le président de la Caisse nationale de santé, les voies de recours sont :

1. le Comité directeur de l'assurance dépendance ;
2. le Conseil arbitral de la sécurité sociale ;
3. le Conseil supérieur de la sécurité sociale ;
4. la Cour de cassation.

Depuis le 1er janvier 2007, la **Commission de surveillance** instaurée dans le cadre de l'assurance maladie est également compétente pour connaître des litiges qui peuvent survenir, dans le cadre légal, réglementaire et conventionnel de l'assurance dépendance, entre la Caisse nationale de santé et les prestataires.

A côté des acteurs relevant de l'administration, il y a lieu de citer un acteur tout à fait primordial, à savoir la **Fédération des prestataires d'aides et de soins (COPAS)**.

Enfin, on ne peut pas parler du fonctionnement de l'assurance dépendance sans mentionner les liens qu'elle entretient avec plusieurs instances dont les actions et décisions influencent l'assurance dépendance à des degrés divers. On peut citer :

- le Ministère de la Famille et de l'Intégration ;
- le Ministère de la Santé ;
- le Fonds national de solidarité.

L'objectif de ce chapitre est de présenter les différents acteurs, de décrire brièvement leur évolution et leur apport au développement de l'assurance dépendance et enfin de s'interroger sur l'efficacité du dispositif instauré depuis le 1er janvier 1999.

En ce qui concerne la partie formelle de l'organisation, on relèvera qu'à l'exception de la Cellule d'évaluation et d'orientation, l'assurance dépendance n'a pas d'organisme d'administration spécifique, à l'instar des autres branches de la sécurité sociale.

1 Par la loi du 13 mai 2008 instaurant un statut unique pour les travailleurs salariés du secteur privé, la Caisse nationale de santé est substituée de plein droit dans les droits et obligations de l'Union des caisses de maladie, de la Caisse de maladie des ouvriers, de la Caisse de maladie de des ouvriers de l'ARBED, de la Caisse de maladie des employés privés, de la Caisse de maladie des employés de l'ARBED, de la Caisse de maladie des professions indépendantes et de la Caisse de maladie agricole (...). Il y a continuité temporelle et juridique entre les anciens établissements publics absorbés et les nouveaux établissements publics absorbants (...).

Ceci a été voulu par le législateur de 1998. Ainsi, dans l'exposé des motifs du projet de loi portant introduction d'une assurance dépendance, on peut lire : (...) *" l'assurance dépendance instituée par le présent projet reposera sur le plan de l'organisation sur deux volets. Le premier volet a pour objet l'évaluation et l'orientation des personnes dépendantes (...). Il n'est pas envisagé d'instituer une nouvelle structure administrative pour assurer la gestion administrative de l'assurance dépendance mais d'utiliser les structures administratives existantes de l'assurance maladie et, pour autant que nécessaire, celles du Centre commun de la sécurité sociale. Comme les prestations de l'assurance dépendance seront suivant le projet versées d'après le système du tiers payant, il s'indique au vu des principes d'organisation retenus dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie par la loi du 27 juillet 1992, d'en confier la gestion à l'union des caisses de maladie. Cependant un certain nombre de solutions spécifiques s'imposent. Contrairement à l'assurance maladie, le présent projet n'attribue pas de compétences en matière de détermination du niveau des prestations et en matière de maîtrise financière à l'organisme gestionnaire (...)"*.

Il n'apparaissait pas très rationnel, du point de vue financier notamment, de développer une administration supplémentaire pour la gestion d'une branche de la sécurité sociale qui, du point de vue budgétaire, ne représenterait qu'une petite partie de l'ensemble de la sécurité sociale (l'assurance dépendance est la 2^e plus petite branche après l'assurance accident).

Par ailleurs, la gestion par la Caisse nationale de santé apparaissait une solution cohérente tant du point de vue de l'objet de l'assurance qu'au regard des exemples internationaux.

Ceci étant dit, il n'en reste pas moins que l'assurance dépendance est une branche autonome de la sécurité sociale et que l'on peut s'interroger, à l'heure actuelle, sur les avantages et inconvénients de la solution mitigée qui a été retenue en 1998.

SECTION 1 LA CAISSE NATIONALE DE SANTÉ

En vertu de l'article 380 du Code de la sécurité sociale, la gestion de l'assurance dépendance est confiée à la Caisse nationale de santé. La Caisse nationale de santé est un établissement public doté de la personnalité civile.

1.1 LE COMITÉ DIRECTEUR DE LA CNS - GESTION DÉPENDANCE

A l'exception des délégués des employeurs qui n'y siègent pas, la composition du comité directeur de la CNS - gestion dépendance est la même que pour l'assurance maladie.

En matière de dépendance, le comité directeur de la Caisse nationale de santé a une triple mission :

- il statue sur le budget annuel et le décompte annuel des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance ;
- il prépare les négociations à mener par le président ou son délégué avec les prestataires d'aides et de soins et se prononce sur le résultat de ces négociations ;
- il prend les décisions individuelles en matière de prestations.

Le comité directeur de la CNS - gestion dépendance est présidé par le président du comité directeur de la CNS - assurance maladie.

Les décisions individuelles sont prises par le président de la CNS ou par son délégué.

1.2 ATTRIBUTIONS DE LA CAISSE NATIONALE DE SANTÉ EN MATIÈRE D'ASSURANCE DÉPENDANCE

Les attributions de la Caisse nationale de santé sont très nombreuses. On distinguera trois niveaux : les attributions d'ordre général, les attributions se rapportant aux bénéficiaires et les attributions concernant les prestataires.

- Les attributions d'ordre général

- elle assure la gestion financière et comptable de l'assurance dépendance et administre le patrimoine, notamment le placement de la réserve de l'assurance dépendance ;
- elle représente l'assurance dépendance devant les juridictions de la sécurité sociale.

- Les attributions envers les bénéficiaires

- elle prend toutes les décisions individuelles relatives aux prestations accordées, au remplacement des prestations en nature par une prestation en espèces ainsi que les décisions de refus des prestations. Ces décisions sont prises sur avis de la Cellule d'évaluation et d'orientation ;
- elle prend les décisions individuelles en matière de soins palliatifs. Ces décisions sont prises sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale ;
- elle peut, dans des situations graves et exceptionnelles, dispenser de la condition d'introduction d'une demande administrative antérieure à l'attribution d'un droit aux prestations. De même, elle peut fixer le début des prestations à une date postérieure à la demande, s'il résulte de l'instruction de la demande que les conditions d'attribution ne sont remplies qu'à cette date ;
- elle peut introduire une demande en révision des prestations ;
- elle prend les décisions de retrait, de réduction ou de suppression des prestations ;
- elle assure le paiement des prestations.

- Les attributions à l'égard des prestataires

- elle conclut les conventions-cadre avec l'organisme représentatif des prestataires ;
- elle conclut les contrats d'aides et de soins par lesquels les différents prestataires adhèrent à la convention-cadre ;
- elle conclut les contrats de prestations de services avec les différents fournisseurs chargés de la mise à disposition d'aides techniques ;
- elle négocie la valeur monétaire des prestations pour chaque type de prestataire de l'assurance dépendance avec l'organisme représentatif des prestataires.

1.3 L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE LA CAISSE NATIONALE DE SANTÉ EN MATIÈRE DE GESTION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La gestion de l'assurance dépendance est assurée dans le cadre général des structures de la Caisse nationale de santé. Le département comptabilité et budget assure l'élaboration du budget ainsi que le contrôle financier. Le département juridique est chargé de la représentation devant les juridictions de la sécurité sociale. Au sein de ce département, un agent est spécifiquement chargé de la gestion des affaires contentieuses ainsi que des réclamations et litiges en matière d'assurance dépendance.

Un département assurance dépendance a été ajouté au cadre de la Caisse nationale de santé et s'est étoffé au fil des années. Lors de la récente réorganisation de la CNS, le responsable du département assurance dépendance a reçu une attribution supplémentaire, à savoir la gestion des établissements hospitaliers.

Le département assurance dépendance compte actuellement quatorze agents (dont le responsable) répartis dans trois services :

- le service des relations avec les prestataires ;
- le service de la gestion des demandes ;
- le service liquidation des prestations.

D'un certain point de vue, même si l'on comprend les motivations qui ont amené l'intégration de l'assurance dépendance dans les structures existantes, on peut parfois regretter qu'à l'intérieur de ces structures, l'assurance dépendance n'occupe pas une place vraiment spécifique. Sa position actuelle, à la marge d'un géant comme l'assurance maladie, lui enlève d'une certaine manière, une part de ses possibilités de susciter l'intérêt pour les problèmes qu'elle soulève, que ce soit sur le plan économique, social, juridique ou médical.

1.4 LA SURVEILLANCE DE L'ÉTAT

La Caisse nationale de santé est placée sous l'autorité et la surveillance du Ministre de la Sécurité sociale. Cette mission de surveillance est exercée par l'Inspection générale de la sécurité sociale qui avise les différentes décisions du comité directeur.

1.5 LA COMPÉTENCE LIÉE

A l'exception des avis en matière de soins palliatifs qui sont émis par le Contrôle médical de la sécurité sociale, les avis concernant l'attribution des prestations, des fournitures et des mesures sont émis par la Cellule d'évaluation et d'orientation.

L'article 385, paragraphe 2, du CSS dispose que les avis de la Cellule d'évaluation et d'orientation à portée individuelle pris dans le cadre des missions concernant la constatation de la dépendance et l'attribution des prestations s'imposent à l'égard de la Caisse nationale de santé.

La Cellule d'évaluation et d'orientation détermine des prestations auxquelles les bénéficiaires ont droit. La CNS les paie. Certes, les prestations " sont accordées dans un souci d'économie tout en respectant les besoins du bénéficiaire"². Leur détermination est réalisée dans le cadre des plafonds fixés par la loi. Le principe du requis à la base du système actuel d'évaluation et de détermination est fondé notamment sur les critères de pertinence, efficacité, équité et efficience qui permettent de concilier à la fois le souci d'économie avec le respect du besoin de la personne. Toutefois, l'expérience des douze dernières années a montré combien le requis était un concept difficile à appliquer et même à comprendre. Malgré la quantité de dossiers évalués, la validité et la fidélité du système utilisé n'ont pas été établies. Les nombreuses discussions menées par les agents de la CEO, les fréquentes remises en question du mode de travail témoignent suffisamment de la sensibilité de la question.

De ces réflexions, on peut conclure qu'il n'existe pas actuellement dans le cadre de l'assurance dépendance, de facteur ou d'organe prévu spécifiquement pour assurer la modération financière.

² Article 349, alinéa 3 du CSS.

SECTION 2 LA CELLULE D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION

Comme cela été dit précédemment, la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO)³ est le seul organe qui ait été instauré spécifiquement pour l'assurance dépendance.

Elle est un service public placé sous l'autorité du Ministre de la Sécurité sociale et rattaché sur le plan administratif à l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Le service compte quarante-neuf collaborateurs permanents. Il s'agit d'une équipe multidisciplinaire, composée de professionnels de la santé, d'un ingénieur en qualité et de personnel administratif. Pour l'exercice de ses missions, elle fait en outre appel à des médecins externes. De plus, elle confie un certain nombre de missions d'expertises à des partenaires externes qui peuvent être d'autres services publics ou des services privés (ADAPTH, service audiophonologique, institut pour déficients visuels, service orthoptique et pléoptique). Pour l'octroi des chiens guides d'aveugle, elle recourt à l'école de WOIPPY en France. Enfin, elle a recours à des médecins spécialistes en ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie pour les expertises en vue de l'application des dispositions particulières.

On rappellera que lors de l'élaboration du projet de loi, la *Cellule d'évaluation et d'orientation* avait été conçue comme une structure multidisciplinaire de taille réduite. Dans l'exposé des motifs du projet de loi, elle est décrite comme agencée " suivant trois cercles concentriques : le noyau est constitué par un médecin, un psychologue, deux assistants sociaux ou assistants d'hygiène sociale, un ergothérapeute et un infirmier gradué (...) ; le deuxième cercle est constitué par du personnel engagé à temps plein ou à temps partiel relevant des spécialités prévues ou encore d'autres spécialités pour lesquelles elle n'a pas un besoin permanent, mais occasionnel, tels des kinésithérapeutes, des logopèdes, etc. ; finalement, la CEO peut recourir à des services spécialisés (...) " ⁴.

Quant à ses missions, elles ont évolué au fil des années. Certaines ont disparu, d'autres ont été ajoutées.

2.1 LES MISSIONS DE LA CELLULE D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION

On peut regrouper les missions de la CEO, sous trois titres.

- **Évaluation et détermination de la dépendance**

- constater l'état de dépendance et de déterminer les aides et soins requis ;
- émettre les avis concernant l'attribution des prestations en nature et en espèces, des produits nécessaires aux aides et soins, des appareils et des adaptations du logement, ainsi que les avis en cas de décision de retrait, de réduction ou de suppression des prestations ;
- proposer, le cas échéant, les mesures de rééducation et de réadaptation ;
- déterminer un plan de prise en charge à l'attention du réseau assurant la coordination des aides et des soins autour de la personne dans le cadre du maintien à domicile ou à l'attention de l'établissement d'aides et de soins ;
- arrêter dans un avis le plan de partage des aides et soins entre l'entourage de la personne dépendante et le réseau ou l'établissement d'aides et de soins à séjour intermittent.

- **Information et conseil**

- conseiller l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance et les ministères chargés du financement des infrastructures et de l'agrément des services et établissements d'aides et de soins à la mise en place d'une infrastructure adaptée aux besoins de la population dépendante, de qualité et économiquement efficace. A cet effet, elle établit tous les ans un rapport ;
- informer et conseiller les personnes protégées, les personnes de l'entourage de la personne dépendante, les médecins et les professionnels des aides et des soins en matière de prévention de la dépendance et de prise en charge des personnes dépendantes ;
- fournir des expertises à la demande d'autres services publics.

³ Au vu des nombreuses missions qui avaient été envisagées pour la CEO à l'époque, certains se sont interrogés sur le choix de son nom. " Cellule " évoque le microscopique et la privation de liberté. D'un autre côté, elle rappelle aussi l'élément fondamental de la vie, l'élément fondamental de chaque ensemble et un lieu de retrait pour un ressourcement spirituel. Le nom de la CEO tient probablement à sa petite taille mais surtout aux espoirs de vitalité et de dynamisme qui avaient été placés en elle.

⁴ Projet de loi 4216 portant introduction d'une assurance dépendance, exposé des motifs.

- **Contrôle de la qualité et de l'adéquation des prestations aux besoins de la personne**

- contrôler la qualité des prestations fournies à la personne dépendante ;
- contrôler, notamment au vu de la documentation de soins, l'adéquation entre les prestations effectivement dispensées et les besoins de la personne dépendante.

A l'origine, la CEO était également en charge de la gestion de la liste d'attente et des admissions en établissements d'aides et de soins. En raison de l'opposition des prestataires qui percevaient cette mission comme une ingérence dans leurs affaires internes, la CEO n'a eu que peu de possibilités d'exercer cette mission. Pour cette raison, elle a été enlevée de la loi lors des modifications de 2005. En cette matière, l'introduction de l'assurance dépendance n'a pas amélioré la situation. Au contraire. Avant 1999, le service de l'action socio-thérapeutique (AST) était chargé des demandes d'hébergement en maisons de soins et les gérait selon l'urgence. Actuellement, il n'existe plus de service centralisateur et les personnes s'adressent directement aux établissements dans lesquels elles cherchent un hébergement. Certaines personnes peuvent à l'occasion bénéficier de l'aide du service des personnes âgées du Ministère de la famille. Avec la construction de nouveaux établissements et l'ajout de places supplémentaires, le problème de l'admission dans les établissements est devenu beaucoup moins aigu et le besoin d'un organisme centralisateur moins nécessaire. Certains problèmes continuent de se poser mais ils ont pris une tournure différente.

Les missions de contrôle de la qualité et de l'adéquation des prestations aux besoins de la personne ont été ajoutées lors des modifications de la loi en 2005. Cette loi est entrée en application au 1er janvier 2007.

Avec l'ajout de ces deux missions, les missions de la Cellule d'évaluation et d'orientation peuvent être réparties en deux ensembles :

- la constatation de l'état de dépendance et la détermination des prestations requises d'une part ;
- le contrôle des prestations d'autre part.

Les autres missions de la CEO, information, conseil, expertises, concernent l'un et l'autre de ces ensembles.

Ces deux ensembles sont interdépendants et se recoupent en de nombreux points. Il importe que l'organisation et le fonctionnement de la CEO tiennent à la fois compte des opportunités et par ailleurs, des limites et des éventuels conflits d'intérêt qui pourraient apporter cette interdépendance.

Les paragraphes qui suivent sont consacrés à l'organisation et permettront de voir comment les différentes missions de la CEO ont été réparties entre les agents.

2.2 L'ORGANISATION DE LA CELLULE D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION

A partir de 1995, plusieurs textes consacrés au service qui deviendra la Cellule d'évaluation et d'orientation, au moment de l'introduction de la loi, ont été rédigés.

Le mémoire réalisé par Denise SEYWERT⁵ pour l'examen de fonctionnaire à l'Inspection générale de la sécurité sociale se réfère à ces différents textes⁶. Ces textes n'ont cependant jamais été officiellement publiés.

Ce mémoire constitue, à notre connaissance, la première présentation officielle de l'organisation de la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO).

La CEO a été mise en place avant la date d'entrée en application de la loi.

5 SEYWERT Denise, " Assurance dépendance, la Cellule d'évaluation et d'orientation ", Ministère de la Sécurité sociale, juillet 1998.

6 Denise SEYWERT cite notamment les documents suivants :

FEDERSPIEL C, KERSCHEN N., LENERS J. et SEYWERT D., Note sur "Le centre de diagnostic et d'évaluation de la dépendance (CEDED) ", mars 1996.

SEYWERT D., Note sur " L'unité d'évaluation et de diagnostic ", décembre 1994.

SEYWERT D., Note sur " La cellule d'évaluation, de diagnostic, d'information et d'orientation, CCEDIO ", août 1995.

SEYWERT D., Note sur " L'expertise des moyens techniques d'aides et de soins (EXMOTAS) ", août 1995.

SEYWERT D., Note sur " Le réseau d'aides et de soins ou la coordination des services de maintien à domicile (RAS) ", août 1995.

En 1998, la CEO se présentait comme une équipe multidisciplinaire composée de 16 personnes : administratifs, médecins, psychologues, assistants sociaux, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmiers et infirmiers psychiatriques.

Tous avaient reçu une formation taillée sur mesure tant en matière de législation que pour la pratique de leur mission dans l'assurance dépendance.

En outre, afin de faire face à l'énormité de la tâche, la CEO s'est assurée l'aide d'un groupe de vacataires, médecins et professionnels de la santé. Ce groupe de vacataires a secondé la CEO dans sa mission de constatation de l'état de dépendance. Ces vacataires se rendaient soit au domicile de la personne qui demandait les prestations, soit convoquaient les demandeurs dans l'une des antennes régionales mises à disposition de la CEO. Actuellement, la CEO continue de faire appel à des médecins externes.

Confrontée aux difficultés de remplir sa mission avec la promptitude nécessaire, ainsi que décrit dans le chapitre sur l'évaluation de la dépendance, la CEO a souvent éprouvé le besoin de se réorganiser.

En 2004, la CEO a saisi l'opportunité offerte par le Ministère de la fonction publique et de la réforme administrative. Ce dernier, afin de promouvoir l'approche de gestion globale de la qualité, au sein de l'administration publique luxembourgeoise, s'est appuyé sur le modèle CAF⁷.

Une auto-évaluation fut menée par la CEO en 2006.

Certes, la démarche CAF n'est pas une démarche valide, ni même une démarche fidèle. Néanmoins, pour la CEO, elle a permis, en fédérant et en motivant un grand nombre de professionnels, de renforcer les efforts entrepris par la direction depuis 2004, afin de réduire les délais dans le traitement des dossiers.

Cette auto-évaluation fut clôturée par un plan d'action dont les points essentiels étaient l'urgence de l'accélération du traitement des dossiers, la nécessité d'une plus grande transparence dans l'organisation et une meilleure équité dans la répartition des tâches.

2.2.1 LES FONDEMENTS DE L'ORGANISATION DE LA CEO À PARTIR DE 2006

Dans la phase de réorganisation entamée à partir de 2006, la CEO s'est, dans un premier temps réapproprié le texte de la loi sur l'assurance dépendance. En le transposant du jargon juridique en langage populaire, la CEO s'est obligée à une réflexion sur sa raison d'être.

Ainsi, à partir du texte légal, la CEO a formulé :

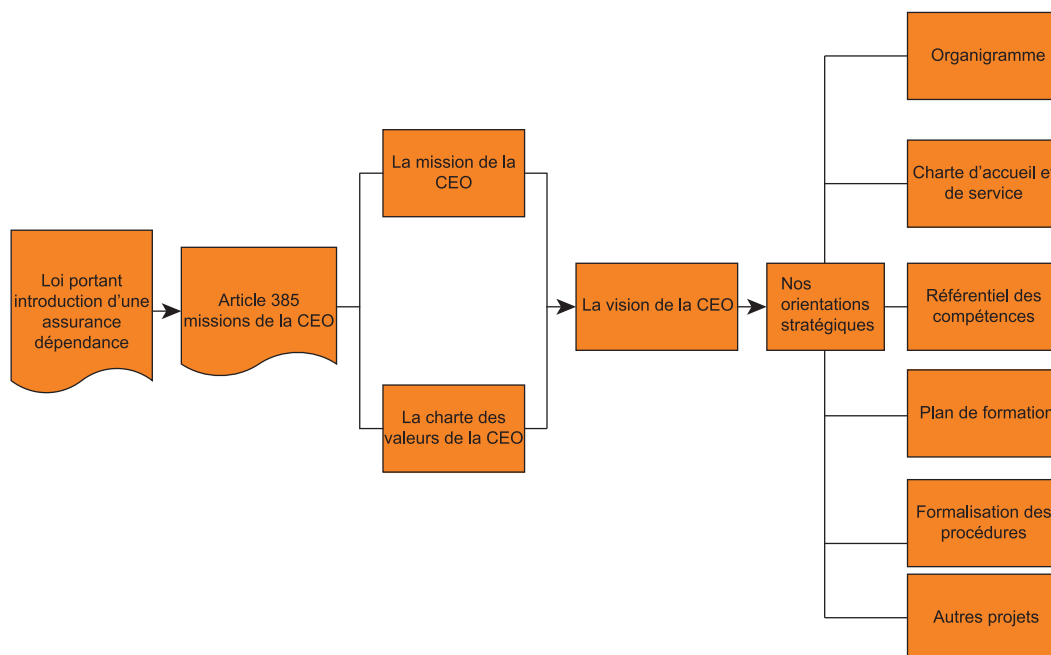
- une définition de sa mission ;
- une définition des valeurs qui la guident ;
- une définition de sa vision pour l'avenir ;
- un énoncé de ses orientations stratégiques.

Dans une seconde étape, elle a traduit cet ensemble de déclarations en une suite d'opérations concrètes :

- élaboration d'un organigramme ;
- élaboration d'une charte d'accueil et de service ;
- élaboration d'un référentiel des compétences ;
- élaboration d'un plan de formation ;
- formalisation des procédures de travail.

7 *Le Cadre d'auto-évaluation des fonctions publiques (CAF - "Common Assessment Framework, Cadre d'auto-évaluation des Fonctions publiques") est un outil de management par la qualité totale inspiré du modèle d'excellence de la Fondation européenne pour la gestion par la qualité (EFQM) et du modèle de l'Université des sciences administratives de Speyer (Allemagne). Il repose sur l'idée que les résultats des performances-clés, les résultats auprès des citoyens-usagers, du personnel et de la société peuvent tendre à l'excellence grâce à la capacité de l'encadrement à donner une impulsion en matière de stratégie et de planification, de personnel, de partenariats et ressources, et de processus. Le CAF évalue l'organisation sous différents angles, adoptant ainsi une approche globale dans l'analyse des performances de l'organisation.*

La démarche suivie par la CEO peut être représentée de la manière suivante :



2.2.2 L'ORGANIGRAMME

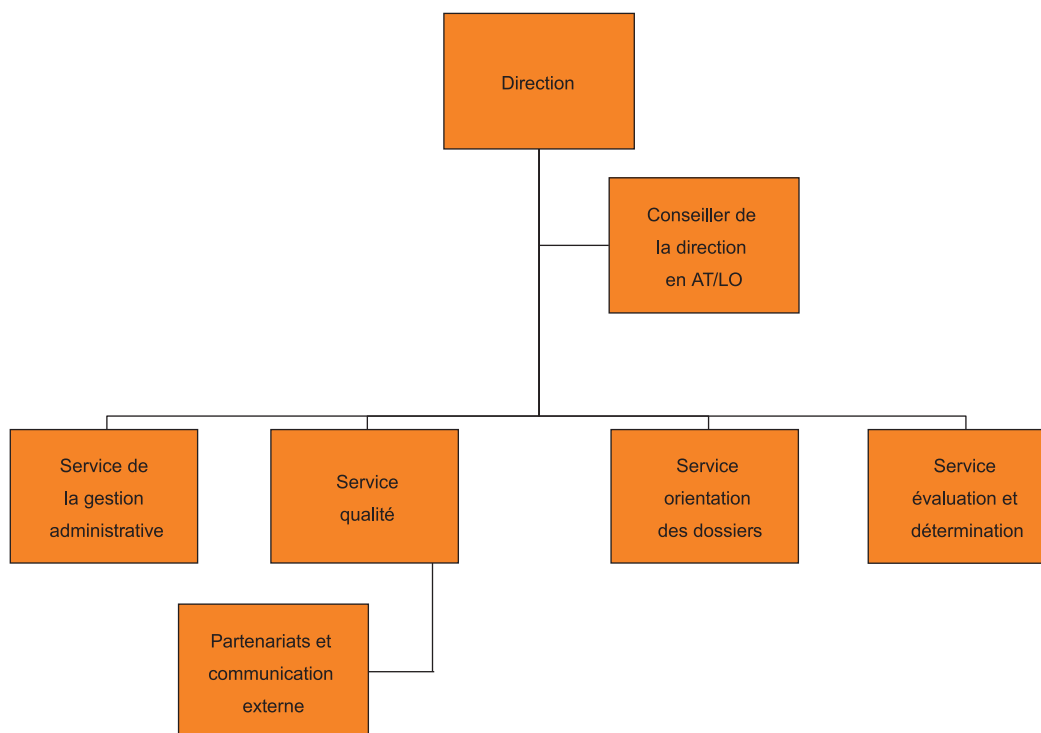
La structure organisationnelle de la Cellule d'évaluation et d'orientation, entrée en application au 1er janvier 2009 est basée sur les processus fonctionnels. Parmi ceux-ci, l'ensemble des étapes permettant le traitement d'une demande de prestations trouve une place centrale.

La structure organisationnelle a été formalisée en un organigramme représentant tant la division du travail que la coordination du travail.

On y distingue plusieurs types de relations intervenant dans le fonctionnement :

- les relations d'autorité hiérarchique ;
- les relations d'autorité opérationnelle ;
- les relations de conseil ;
- les relations de collaboration.

L'organigramme de la CEO se révèle dès lors d'une certaine complexité. On se contentera d'en présenter ici les rouages élémentaires. Pour des informations plus détaillées, le lecteur peut se reporter au site du Ministère de la sécurité sociale⁸.



2.2.3 LE FONCTIONNEMENT

Une description des différents services de la Cellule d'évaluation et d'orientation s'avère nécessaire pour une bonne lecture de l'organigramme.

On commencera par citer les services intervenant directement dans le traitement du dossier pour terminer par les services de support.

- **Le service d'orientation des dossiers (SOD)**

La mission de ce service est d'orienter les dossiers de demande de prestations en vue du meilleur traitement possible par le professionnel le plus compétent pour cerner le type de dépendance du demandeur.

Ce service coordonne l'activité des équipes de tri des dossiers et de l'équipe de distribution. Les équipes de tri analysent le rapport du médecin traitant et, en fonction des données de ce rapport, retiennent la qualification professionnelle requise pour devenir référent du dossier. L'équipe de distribution attribue administrativement le dossier à l'un des agents disposant de la qualification requise par l'agent de tri et desservant la région de résidence du demandeur.

Au sein de ce service sont recueillies toutes les informations permettant la comptabilité et la gestion statistique des dossiers traités par la CEO. En instaurant ce service, la CEO s'est donné un excellent instrument de veille. Grâce à la vigilance des agents du service orientation, il est possible maintenant de repérer rapidement les retards dans le traitement des dossiers et de les pallier au plus vite.

- **Le service d'évaluation et de détermination (SED)**

Il s'agit du service le plus important en termes d'effectifs.

Il assure au moins cinq des onze missions qui incombent à la Cellule d'évaluation et d'orientation.

⁸ http://www.mss.public.lu/acteurs/org_ceo/index.html.

Le SED s'occupe en effet de l'émission d'avis relatifs à l'existence de l'état de dépendance, de la détermination d'un plan de prise en charge et de l'établissement dans un avis du plan de partage des aides et soins.

Les différents référents informent et conseillent également au cours de leur évaluation, les personnes protégées et les personnes de l'entourage de la personne dépendante, et certains référents fournissent des expertises à la demande d'autres services publics.

Il est également chargé de l'amélioration des instruments d'évaluation de l'état de dépendance et de détermination des prestations requises. C'est au niveau de ce service que doivent s'opérer **toutes** les opérations de suivi et de gestion des dossiers individuels.

- **Le service qualité (SQ)**

Le service qualité est chargé de la promotion de la qualité dans les soins de longue durée, à l'extérieur et à l'intérieur de la CEO.

En matière de qualité des soins de longue durée, ce double mouvement s'impose, principalement en raison des interactions étroites entre les prestataires et la CEO.

Vis-à-vis des prestataires de soins de longue durée, le service de la qualité est chargé des deux nouvelles missions attribuées à la CEO en 2007.

Ainsi, il a pour mission de promouvoir l'amélioration des pratiques au sein du secteur des soins de longue durée en développant une culture et des objectifs de qualité partagés par tous les prestataires. En ce sens, il joue un rôle fondamental au sein de la Commission de qualité des prestations de l'assurance dépendance.

En second lieu, le service a pour mission de développer un système pérenne de contrôle de la quantité des prestations et de l'adapter régulièrement à l'évolution des besoins.

Par rapport à la Cellule d'évaluation et d'orientation, il a pour mission de développer une démarche d'amélioration de la qualité de ses interventions.

Il doit également s'assurer que les processus nécessaires au management de la qualité sont établis, appliqués et régulièrement actualisés. Ce service développe notamment un outil de gestion des plaintes qui doit devenir une plaque tournante pour l'amélioration continue des pratiques de la CEO. Il se doit également de garantir la cohérence des pratiques professionnelles, des instruments de mesure de la dépendance et des normes définies pour les prestations.

- **Le responsable du partenariat et de la communication externe**

Le responsable du partenariat et de la communication externe a rejoint le service de la qualité. Même si les attributions du responsable recoupent fréquemment les missions du service de la qualité, il les dépasse néanmoins.

Il revient au responsable du partenariat et de la communication externe d'assurer la visibilité et la présence de la CEO dans tous les cercles concernés par les soins de longue durée : collaborateurs, autorités politiques, prestataires et bénéficiaires.

Le responsable du partenariat et de la communication externe doit également diffuser vers l'extérieur les connaissances et expériences accumulées par la CEO en matière de besoins et de problèmes de la population dépendante. De même, il se doit d'appuyer toutes les initiatives prises pour y répondre.

- **Le service de la gestion administrative**

Le service est chargé du budget, de la communication interne, de la formation, de l'informatique, de la logistique, de la gestion du personnel, du secrétariat, de la réception et de la protection de la vie privée dans le cadre du traitement des informations recueillies par la CEO.

- **La direction**

La direction dirige et coordonne l'ensemble des services et organes de la CEO. Elle contribue au développement de l'assurance dépendance et assure l'essor de la CEO.

La direction assure également le traitement des oppositions aux décisions présidentielles ainsi que le suivi des dossiers pour lesquels un recours a été introduit devant les juridictions de la sécurité sociale.

La direction s'est entourée d'un conseiller en matière d'aides techniques et adaptations du logement.

2.2.4 LA CHARTE D'ACCUEIL ET DE SERVICE

Un accueil de qualité dans le service public devrait être une évidence. Toutefois, la CEO a pu constater que la qualité de l'accueil variait en fonction du service ou de l'agent.

Pour cette raison, la CEO a voulu adhérer à l'initiative du Ministère de la Fonction publique et de la réforme administrative lorsqu'il a lancé l'idée des chartes d'accueil et de service. La Cellule d'évaluation et d'orientation a été choisie comme administration pilote pour la première charte d'accueil et de service. Elle s'articule autour des six grands socles définis par le Ministère de la Fonction publique et de la Réforme administrative :

- un accès aisé à nos services ;
- un accueil attentif et une communication efficace ;
- des réponses claires et des délais annoncés ;
- une gestion coordonnée de vos réclamations et suggestions ;
- la mesure de votre satisfaction et une communication régulière ;
- un souci d'amélioration constante.

Le contenu de cette charte peut être consulté sur le site du Ministère de la sécurité sociale⁹.

2.2.5 LE RÉFÉRENTIEL DES COMPÉTENCES

Depuis 2012, la CEO dispose d'un référentiel des compétences. Ce référentiel répertorie, sur base des domaines que la CEO a définis, les différentes compétences nécessaires pour chaque poste repris à l'organigramme. Il s'agit tout autant des compétences définies en termes de savoir que de savoir-faire et de savoir-être.

De plus, le référentiel définit pour chaque unité de compétence requise à chacun des postes, un niveau de compétence attendu. Ce niveau est distribué suivant une échelle s'étendant de un à quatre. De la sorte, il permet à chaque responsable de service de procéder à une évaluation des compétences de chaque agent ainsi qu'à l'agent de s'autoévaluer.

Ce référentiel de compétences constitue un outil précieux, autant pour le recrutement de nouveaux collaborateurs que pour le développement et la formation continue des anciens. Ainsi, les entretiens de développement professionnel seront dorénavant partiellement basés sur le référentiel de compétences.

2.2.6 LE PLAN DE FORMATION

A côté du référentiel des compétences, la CEO dispose depuis cette année d'un plan de formation. Ce plan a été établi pour deux ans. Au terme, il sera revu. Ce plan reprend l'ensemble des formations proposées aux agents de la CEO ainsi que les différentes démarches administratives requises pour en bénéficier.

2.3 EN GUISE DE CONCLUSION

Après plusieurs années de fonctionnement, la CEO se trouve dotée d'une structure administrative qui donne des garanties sérieuses quant à sa solidité et à sa flexibilité. En effet, par sa construction sur les processus fonctionnels, la structure de la CEO est susceptible de s'adapter à tout changement dans ses missions et attributions sans compromettre la base de son organisation.

⁹ http://www.mss.public.lu/publications/dependance/charte_accueil/index.html.

SECTION 3 LES ORGANES CONSULTATIFS

Comme on l'a dit précédemment, l'assurance dépendance est secondée par deux organismes consultatifs.

3.1 LA COMMISSION CONSULTATIVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Il n'est pas audacieux de dire que la Commission consultative correspond à la Commission de nomenclature. Dans la première version du projet de loi, elle portait ce nom et il était question par ailleurs de la *nomenclature des aides et soins pour désigner l'éventail des prestations offertes par la CEO*.

Lors des modifications apportées au premier projet de la loi, le nom de la Commission a été changé en Commission consultative, notamment parce que la Commission devenait également compétente pour porter un avis sur les instruments utilisés pour mesurer la dépendance.

3.1.1 LA COMMISSION CONSULTATIVE SE COMPOSE

- d'un délégué du Ministre de la Sécurité sociale qui assume les fonctions de président de la commission ;
- de deux membres représentant la Cellule d'évaluation et d'orientation ;
- de deux membres désignés respectivement par les Ministres de la Santé et de la Famille ;
- du président de la Caisse nationale de Santé ou de son délégué ;
- de deux membres désignés par et parmi les délégués des assurés du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé ;
- de deux membres représentant les organisations agréées en vue de la dispensation d'aides et de soins ;
- de deux membres désignés respectivement par le Conseil supérieur des personnes handicapées et celui des personnes âgées.

Pour chaque membre effectif, il y a un membre suppléant. La Commission peut s'adjoindre des experts.

3.1.2 ATTRIBUTIONS

La Commission consultative est chargée

- d'aviser le règlement grand-ducal définissant le relevé-type et le questionnaire utilisés pour l'évaluation de la dépendance ainsi que les formulaires prévus pour le plan de prise en charge et le plan de partage ;
- d'aviser le règlement grand-ducal pris pour la réalisation d'un projet d'actions expérimentales dans certains domaines de la dépendance ;
- de proposer la liste des aides techniques à prendre en charge par l'assurance dépendance.

Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'aides ou de soins, par les Ministre de la Sécurité sociale, de la santé ou de la famille, par la Cellule d'évaluation et d'orientation, par la Caisse nationale de santé ou encore par les organismes agréés signataires d'un contrat d'aides et de soins.

Comme on le voit, la composition de la Commission consultative reprend des représentants de l'ensemble des acteurs intervenant dans les soins de longue durée. La Commission consultative s'est réunie à de très nombreuses reprises dans les années qui ont suivi l'introduction de l'assurance dépendance. Ces réunions étaient l'occasion de la plupart des débats sur les problèmes que posait l'introduction de l'assurance dépendance. Chacune des parties prenantes de l'assurance dépendance a pu s'y exprimer et les avis émis par la Commission consultative ont reflété les différentes prises de position. Avec le recul, on peut dire que la Commission a été un lieu de débats féconds.

Son activité s'est considérablement réduite avec le temps, prouvant en quelque sorte que de nombreux problèmes trouvaient progressivement une solution.

Dans le présent contexte, il ne semble pas utile de faire une analyse détaillée des différents avis émis par la Commission. Pour information, ces avis figurent en annexe à ce rapport.

3.2 LA COMMISSION DE QUALITÉ DES PRESTATIONS

3.2.1 MISSION DE LA COMMISSION DE QUALITÉ DES PRESTATIONS

La Commission de qualité des prestations a été instaurée lors des modifications de la loi en 2005.

Dès 1999, l'organisme représentatif des prestataires a revendiqué l'instauration d'une Commission des normes. Cette revendication reposait principalement sur l'idée d'uniformiser le contenu des prestations de sorte que le financement par l'assurance dépendance soit équitable pour tous les prestataires.

L'idée de la Commission des normes a progressivement évolué vers l'idée d'une Commission de la qualité. Au contact des prestataires, on a très souvent pu se rendre compte des divergences existant entre les conceptions, les modèles et outils d'évaluation de la qualité chez les différents prestataires.

L'importance d'harmoniser les différents points de vue des acteurs impliqués a conduit à l'instauration d'une Commission de qualité des prestations et à son intégration dans le cadre de la loi sur l'assurance dépendance.

La Commission de qualité des prestations a pour mission d'élaborer des propositions de lignes directrices et de standards de référence notamment en matière de qualité des aides et soins, aides techniques et adaptations du logement. Ces propositions sont soumises aux parties contractantes en vue de l'intégration des lignes directrices et des standards dans la convention-cadre.

On rappellera que la Commission de qualité est un organe consultatif. Son rôle se limite à des propositions de lignes et de standards. Leur intégration dans la convention-cadre fait l'objet d'une négociation ultérieure de la CNS avec le groupement représentatif des prestataires, la COPAS.

3.2.2 COMPOSITION DE LA COMMISSION DE QUALITÉ DES PRESTATIONS

Cette Commission est composée de deux représentants de la Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance, de deux représentants du Ministère de la Famille et de l'Intégration, de deux représentants de la Confédération des prestataires d'aides et de soins (COPAS), de deux représentants du Ministère de la santé et d'un représentant de l'association défendant les intérêts des patients, la PATIENTE VERTRIEDUNG.

Le législateur a voulu que la Commission puisse fonctionner avec un maximum de neutralité, en se donnant le bien-être du bénéficiaire de soins de longue durée comme seul objectif. Sa composition a été conçue en fonction de cet objectif. Il était impératif que le Ministère de la famille y soit représenté en sa qualité de ministère de tutelle délivrant les agréments. De même, le Ministère de la santé y était indispensable pour établir le lien entre soins aigus et soins de longue durée. La représentation des prestataires, de la CEO et des bénéficiaires coule de source compte tenu de l'objectif.

Comme les travaux de la Commission n'avancent pas de manière optimale, il serait peut-être important de s'interroger sur la composition de la Commission ou à tout le moins d'introduire dans le règlement du fonctionnement, une modalité permettant la résolution de certains conflits et le déblocage de situations sans issue.

3.2.3 LES TRAVAUX DE LA COMMISSION DE QUALITÉ DES PRESTATIONS

La Commission de qualité des prestations a commencé à fonctionner à partir de la fin de l'année 2007.

En 2011, la Commission s'est réunie à 5 reprises.

Les travaux étaient principalement relatifs au plan hygiène et à la documentation de soins mise en œuvre par les prestataires d'aides et de soins.

1. Par rapport au plan hygiène : la Commission a choisi de traiter prioritairement le domaine de l'hygiène du personnel en mettant l'accent sur la tenue de ce dernier. Les recommandations issues du groupe de travail restent à être revues et validées par la COPAS.
2. Par rapport à la documentation de soins :
 - Un groupe de travail interne avait été chargé par la Commission d'élaborer des recommandations en matière de prévention, de documentation et d'évaluation des escarres. Ce document a été diffusé en 2012.
 - Un thème essentiel en matière de documentation de soins est la protection des données des personnes soignées. Or, en présence d'une multitude d'acteurs (secteur de soins de longue durée, secteur aigu, médecins traitants, personnes dépendantes) il faudra trouver des solutions globales avec l'objectif de permettre un échange sécurisé entre tous les intervenants. A ce sujet la Commission a pris recours à l'Inspection générale de la sécurité sociale. Celle-ci organisera une entrevue avec la Commission nationale pour la protection des données.

Enfin, la Commission ambitionne de créer à moyen terme un référentiel des exigences vers lesquelles tout le secteur doit tendre et qui permettra aux prestataires de s'autoévaluer.

Le *Leitmotiv* de la Commission de qualité des prestations est donc de développer des outils pragmatiques qui motiveront les professionnels dans leurs démarches d'amélioration continue afin de garantir à chaque bénéficiaire, des soins et un accompagnement de qualité, quelle que soit la filière de prise en charge.

SECTION 4 L'ACTION CONCERTÉE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La loi sur l'assurance dépendance prévoit que le Ministre de la Sécurité sociale peut convoquer les Ministres ayant dans leurs attributions le Budget, la Famille et la Santé, les organisations œuvrant dans le domaine de l'action médicale, sociale et familiale et les associations représentant les ayants droit.

Une telle réunion 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 hébergeant des personnes dépendantes et de faire des propositions à l'effet d'améliorer la prise en charge des personnes dépendantes.

Le Ministre peut demander que des études soient réalisées en vue de cet objectif. Il peut également demander à des experts de se joindre au travail de l'Action concertée.

SECTION 5 LA COPAS¹⁰

La COPAS a été constituée en 1997, lors des travaux préparatoires à la loi portant introduction d'une assurance dépendance. Il était important que les différents prestataires de soins de longue durée puissent s'exprimer d'une seule voix dans les débats concernant l'assurance dépendance. A l'époque, trois ententes (EHL, EGIPA, EGCA¹¹) s'adressaient chacune à un groupe spécifique des futurs prestataires de l'assurance dépendance et étaient susceptibles de les représenter.

On fit cependant le choix de la constitution d'une nouvelle association dont les ententes pourraient chacune devenir membres. Ce choix correspondait bien à la définition de la dépendance dans la nouvelle branche de la sécurité sociale. Elle allait concerner des personnes malades ou handicapées, sans distinction d'âge.

Ainsi, à ses débuts, la COPAS était une **confédération composée de membres individuels et d'ententes. A l'époque, elle portait le nom de confédération luxembourgeoise des prestataires et ententes dans les domaines de prévention, d'aides et de soins aux personnes dépendantes.**

En retournant au texte de la loi de 1998, on constate qu'il y était question d'une possibilité de représentation plurielle des prestataires. L'article 395 de la loi dispose que les valeurs monétaires sont *" négociées séparément chaque année par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance avec le ou les groupements professionnels des établissements et des prestataires d'aides et de soins au sens des articles 389 et 390. "*

La COPAS ne disposait pas de personnel. Les prestataires géraient eux-mêmes la confédération parallèlement à leurs tâches quotidiennes.

Depuis lors, un grand pas a été franchi. Progressivement, la confédération a engagé du personnel permanent et élargi ses missions bien au-delà de l'assurance dépendance.

Pour cette raison d'ailleurs, les statuts de la COPAS ont été modifiés une première fois en 2005.

A l'occasion, la COPAS a également modifié son nom. Elle est devenue **la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins.**

En 2009, elle a accueilli de nouveaux membres. Ce fut l'occasion de rediscuter de nouvelles modalités pour le soutien et l'appui aux prestataires de soins de longue durée.

Depuis le 10 mai 2011, elle est devenue une fédération exigeant l'adhésion directe de membres individuels et se nomme tout simplement COPAS. Cette réforme opérée en 2011 répondait à un grand défi.

Le Président de la COPAS en résumait les objectifs dans les termes suivants :

*" Comment préserver dans une COPAS devenant de plus en plus grande, un contact étroit entre les adhérents et la fédération ? Comment garantir dans une association très large que les intérêts individuels et sectoriels puissent être articulés et pris en compte ? Et finalement, comment veiller à ce que l'unicité d'une association multisectorielle puisse être préservée ? A première vue, la mise en exergue des intérêts individuels et sectoriels est contradictoire au principe de l'unicité et, il est vrai, les deux premiers objectifs auraient pu demander une scission de la COPAS en plusieurs entités indépendantes. Or, l'expérience des dix années passées a montré qu'il était utile, voire indispensable, de ne pas perdre l'avantage d'une grande fédération forte. Le maître mot " L'union fait la force " a donc guidé les auteurs de cette réforme. L'Assemblée générale a finalement approuvé la création de départements sectoriels regroupant directement l'ensemble des organismes gestionnaires concernés. Cette structure permet un échange étroit entre gestionnaires et une formulation des positions venant de la base. Sur une deuxième strate, un Conseil d'administration, dont la composition est semblable à l'ancien conseil, valide les travaux et résolutions sectorielles qui lui sont soumises en veillant à la cohérence, à la cohésion et à la transparence des positions de la COPAS. Ainsi l'unicité de la fédération est préservée tout en permettant à chaque gestionnaire de s'engager directement dans les départements qui le concernent afin d'y apporter son savoir-faire et ses points de vue. "*¹²

¹⁰ Ce paragraphe a été rédigé en s'appuyant sur le bulletin d'information de la fédération des organismes prestataires d'aides et de soins,

COPAS News, n° 02, juin 2011 ainsi que sur le site de la COPAS - www.copas.lu.

¹¹ EHL: Entente des hôpitaux luxembourgeois.

EGIPA: Entente des gestionnaires d'institutions pour personnes âgées.

EGCA : Entente des gestionnaires de centres d'accueil.

¹² SIMONIS, (M.), COPASNEWS, N°02, juin 2011, éditorial.

5.1 LES MISSIONS DE LA COPAS

La fédération a pour objet de défendre les intérêts communs légaux, sociaux et économiques de ses membres.

A cette fin, la fédération peut

- mener pour le compte de ses membres les négociations avec les autorités publiques compétentes en vue de conclure des accords de coopération avec l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et avec tout organisme concerné par les problèmes des personnes bénéficiaires d'aides et de soins ;
- représenter ses membres auprès des autorités publiques nationales et internationales en ce qui concerne le domaine d'activité visé par les présents statuts ;
- offrir à ses membres des structures et des services communs notamment dans le domaine de l'assurance qualité des prestations, de la gestion financière, administrative, informatique et juridique ainsi que dans le domaine de la formation continue du personnel employé par ses membres ;
- promouvoir la réalisation de services de prévention, d'aides et de soins en faveur de personnes bénéficiaires d'aides et de soins, soit en aidant ses membres, soit en réalisant des activités communes ;
- promouvoir et élaborer des critères de qualité dans l'intérêt des personnes bénéficiaires d'aides et de soins et veiller à leur application ;
- mener subsidiairement pour le compte de ses membres les négociations avec les syndicats en vue de conclure des conventions collectives de travail.

La fédération peut en outre :

- favoriser de façon générale le progrès social en faveur des personnes bénéficiaires d'aides et de soins en se référant aux nécessités et besoins que réclame leur état et dans le respect de leurs opinions politiques, philosophiques ou religieuses ;
- procéder à des échanges d'informations et d'expériences sur les plans national et international et représenter ses membres dans des associations similaires ;
- contribuer à l'information objective du grand public au sujet du domaine d'activité visé par les statuts¹³.

13 Statuts coordonnés du 25 novembre 2011 - www.copas.lu

5.2 L'ORGANISATION DE LA COPAS

La COPAS est administrée par un Conseil d'Administration, désigné par l'Assemblée générale. Il est composé de 25 membres. L'Assemblée générale désigne également le Président du Conseil d'administration. Le Conseil d'administration désigne un bureau exécutif chargé de la gestion courante de la fédération.

La modification des statuts, l'admission de nouveaux membres, la nomination et la révocation des administrateurs, de l'approbation des budgets et des comptes, l'exercice de tous les autres pouvoirs découlant de la loi et des statuts, l'approbation du règlement d'ordre interne, l'organisation interne de la fédération en départements sectoriels et la dissolution de la fédération sont décidés par l'Assemblée générale.

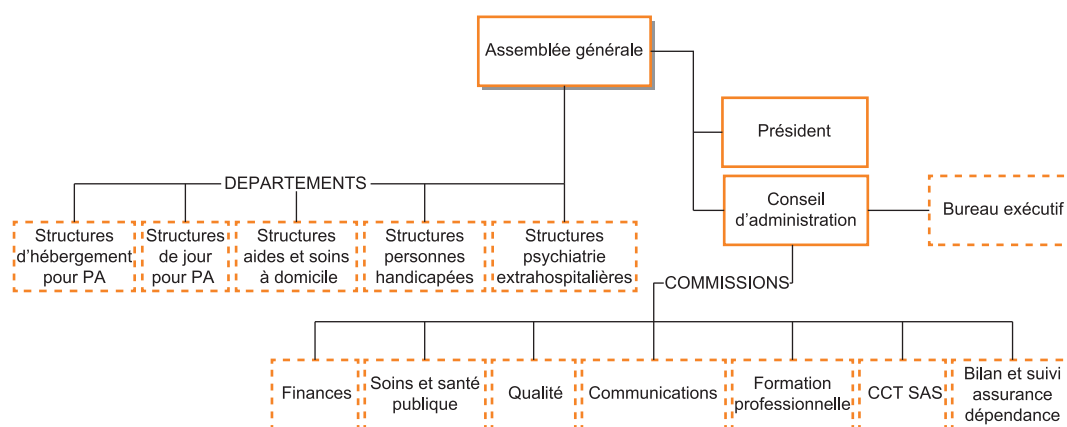
La COPAS compte cinq départements sectoriels :

1. structures d'hébergement pour personnes âgées (Maisons de soins, Centres intégrés pour personnes âgées et Logements encadrés) ;
2. structures de jour pour personnes âgées (Centres psycho-gériatriques, Clubs seniors) ;
3. structures aides et soins à domicile ;
4. structures pour personnes handicapées ;
5. structures pour personnes en psychiatrie extrahospitalière.

Le Conseil d'administration peut créer et dissoudre des commissions thématiques qui peuvent être régulières ou ponctuelles. La COPAS compte actuellement sept commissions thématiques :

1. la commission finances ;
2. la commission soins et santé publique ;
3. la commission qualité ;
4. la commission communication ;
5. la commission formation professionnelle ;
6. la commission CCT SAS ;
7. la commission bilan et suivi assurance dépendance.

Le graphique suivant présente l'organigramme de la fédération COPAS :



Coût moyen

140 millions d'euros

Courbe de Lorenz

54 200 euros

1,62%

14 545 euros

3% en 2010

■ ■ ■ Chapitre 9

Les aspects financiers



SECTION 1 LES PRESTATIONS FACTURÉES

1.1 REMARQUE MÉTHODOLOGIQUE

Le chapitre 4 a été consacré à une présentation des prestations requises. Cette première section du chapitre sur les aspects financiers traitera des prestations facturées. On rappellera que les **prestations requises** sont les prestations qui sont accordées à la personne dépendante en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation. Les **prestations facturées**, par ailleurs, sont les prestations que les prestataires de l'assurance dépendance ont effectivement apportées au bénéficiaire et facturées à la CNS. Il n'y a pas nécessairement de concordance entre les unes et les autres et dans la pratique, on constate des différences importantes entre les unes et les autres.

Les statistiques sur les prestations facturées sont basées **sur la date de la prestation**. La date de la liquidation par l'assurance dépendance n'est pas prise en compte. Cette méthode s'avère beaucoup plus adéquate pour observer l'évolution réelle des prestations dans le temps, que l'analyse des données comptables. Les données comptables (établies sur la date de la liquidation) sont figées dès la clôture de l'exercice et permettent certes des analyses cohérentes mais elles se révèlent peu conformes à la réalité (en raison notamment des données portant sur les provisions). En revanche, les fichiers établis sur base de la date de prestation sont des fichiers ouverts. Ils sont alimentés en continu. Bien que l'analyse de ces fichiers en évolution nécessite un certain recul dans le temps, les résultats obtenus sont beaucoup plus proches de la réalité.

Dans cette section, on parlera indifféremment de prestations facturées et de dépenses.

Les statistiques publiées ici se rapportent aux dépenses engagées pour :

- les prestataires ayant conclu un contrat d'aides et de soins ou de prestation de service avec la CNS ;
- les bénéficiaires résidents et non-résidents mais affiliés au régime d'assurance luxembourgeois ;
- les prestations fournies dans le cadre de l'assurance dépendance (actes essentiels de la vie, tâches domestiques, activités de soutien et de conseil, produits nécessaires aux aides et soins, adaptations du logement, aides techniques).

Le coût moyen annuel est calculé par rapport au nombre moyen mensuel de bénéficiaires des prestations de l'assurance dépendance. On parlera toujours de " coût moyen ".

Les prestations d'aides et de soins regroupent les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques qui peuvent être converties en prestations en espèces, ainsi que les activités de soutien et de conseil.

1.2 LES PRESTATIONS FACTURÉES EN GÉNÉRAL

1.2.1 ON RELÈVE UNE AUGMENTATION DU COÛT ANNUEL ET ANNUEL MOYEN DEPUIS 2000

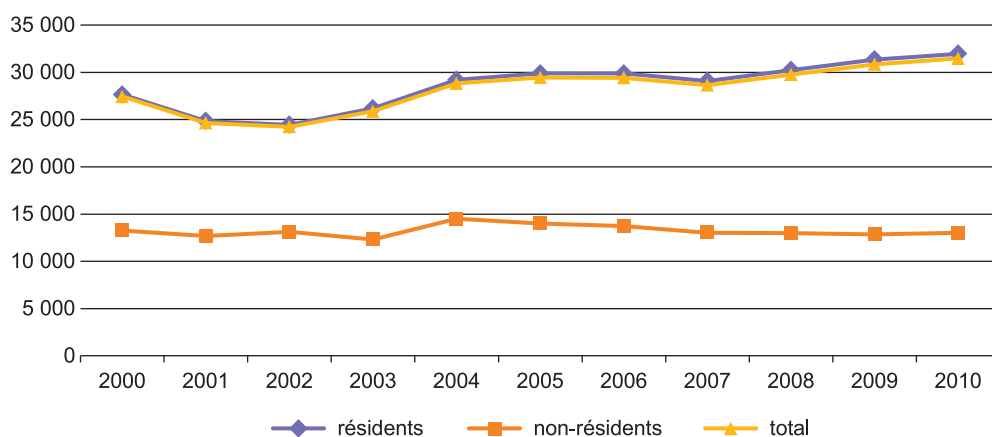
Le tableau et le graphique suivants présentent le coût annuel et annuel moyen des prestations de l'assurance dépendance pour l'ensemble de la population dépendante.

TABEAU 1. - ÉVOLUTION 2000-2010 DES DÉPENSES POUR LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE (EN MILLIONS D'EUROS) - COMPARAISON AVEC L'ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES RÉSIDENTS ET NON-RÉSIDENTS

Année	Montant total	Variation en %	Variation nombre de bénéficiaires	Montant résidents	En % du total	Montant non-résidents	Variation en %
2000	123,4			122,6	99,3%	0,9	
2001	150,7	22,1%	14,1%	149,4	99,2%	1,3	47,1%
2002	177,5	17,8%	11,9%	175,8	99,0%	1,7	36,7%
2003	211,1	18,9%	11,2%	208,9	99,0%	2,2	27,9%
2004	260,0	23,2%	8,7%	256,8	98,8%	3,2	44,6%
2005	291,1	11,9%	6,3%	287,3	98,7%	3,7	16,4%
2006	312,5	7,4%	3,5%	308,5	98,7%	4,1	9,0%
2007	321,9	3,0%	4,0%	317,9	98,7%	4,0	-1,0%
2008	354,5	10,1%	3,6%	350,3	98,8%	4,3	5,9%
2009	386,8	9,1%	5,0%	382,3	98,9%	4,4	4,1%
2010	416,4	7,7%	4,9%	411,9	98,9%	4,6	2,9%

- Les dépenses de l'assurance dépendance augmentent considérablement pendant les premières années qui suivent l'introduction de la loi ;
- A partir de 2006, on observe un ralentissement de leur croissance. En 2007, année de l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance, l'augmentation des dépenses se limite à 3% ;
- Toutefois, après deux années de croissance modérée, les dépenses reprennent une progression plus rapide ;
- En comparant l'évolution des dépenses de l'assurance dépendance avec celle du nombre de bénéficiaires, **on constate que les dépenses augmentent en moyenne 1,8 fois plus vite que le nombre de bénéficiaires, à l'exception de 2007, année de l'entrée en vigueur de la réforme.** Il en résulte que le coût moyen annuel par bénéficiaire augmente également. Le graphique suivant présente cette évolution. Il permet également la comparaison entre le coût moyen des bénéficiaires résidents et non-résidents.

GRAPHIQUE 1. - ÉVOLUTION 2000-2010 DU COÛT MOYEN DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE



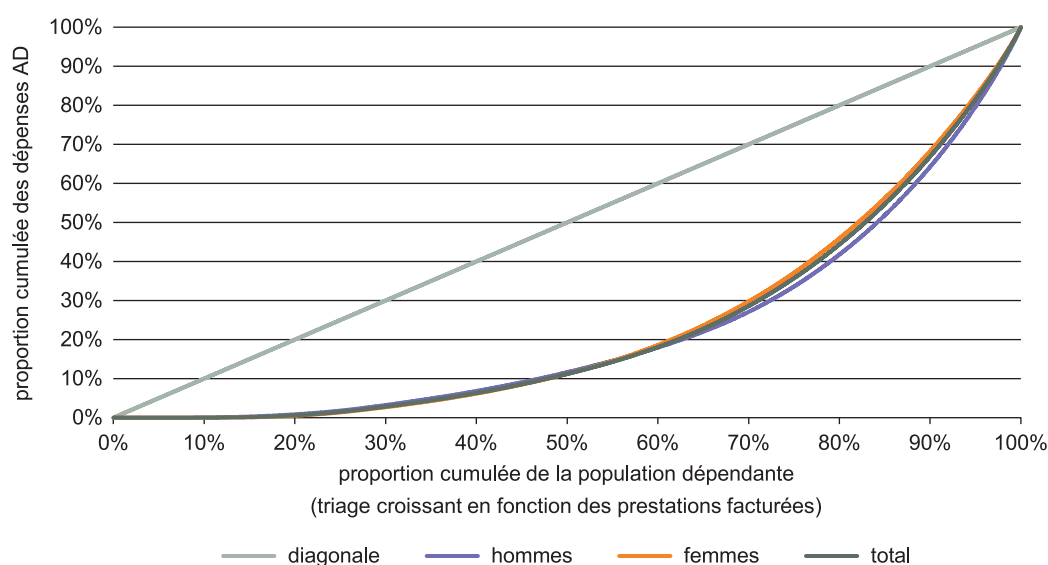
Le coût moyen des bénéficiaires résidents est deux fois plus élevé que celui des bénéficiaires non-résidents. Ceci s'explique par le fait que les bénéficiaires non-résidents n'ont droit qu'à des prestations en espèces qui sont plafonnées à un maximum de 10,5 heures par semaine. La valeur horaire de la prestation en espèces est fixée à 25 euros depuis 2006. Ces bénéficiaires n'ont droit ni aux activités de soutien ou de conseil, ni aux aides techniques ou adaptations du logement dont certaines peuvent représenter un coût moyen élevé.

On ajoutera que les bénéficiaires séjournant à l'étranger sont en moyenne beaucoup plus jeunes (leur âge moyen est de 32,5 ans alors qu'il est de 73,1 ans pour l'ensemble en 2010), ce qui permet de penser qu'ils présenteraient aussi un temps requis moins élevé.

1.2.2 LA DISTRIBUTION DES DÉPENSES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE PAR DÉCILE MET EN ÉVIDENCE LES DIFFÉRENCES ENTRE LES BÉNÉFICIAIRES

La courbe de Lorenz illustre l'inégalité dans la distribution des dépenses.

GRAPHIQUE 2. - LA COURBE DE LORENZ EN 2010 EN FONCTION DU SEXE DU BÉNÉFICIAIRE



On rappellera que le pourcentage de bénéficiaires dépendants est indiqué en abscisse et le pourcentage du coût total des prestations remboursées par la CNS qui leur correspond est repris en ordonnée.

Si tous les bénéficiaires avaient les mêmes prestations, la courbe obtenue serait une diagonale.

Pour 2010, on relève que :

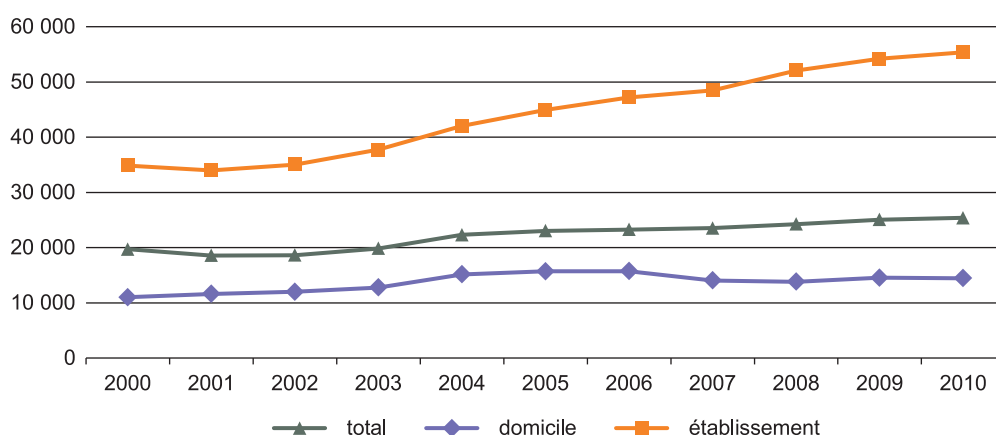
- 50% des bénéficiaires¹ sont à l'origine de 11,2% des dépenses totales ;
- 17,2% des bénéficiaires sont à l'origine de 50% des dépenses totales ;
- Les bénéficiaires du dernier décile (dont on pourrait dire qu'ils sont les plus dépendants) engendrent 33,2% des dépenses totales de l'assurance dépendance. Ce groupe est composé pour 63,5% de personnes octogénaires ;
- Le dernier centile est à l'origine de 4,5% des dépenses, à savoir 18,7 millions d'euros pour 161 bénéficiaires.

¹ On pourrait avancer qu'il s'agit des bénéficiaires présentant une dépendance de moindre intensité. Ceci demande néanmoins quelques nuances car dans le cas où le bénéficiaire choisit exclusivement des prestations en espèces, il représentera un coût nettement moindre pour l'assurance dépendance, tout en présentant peut-être un besoin important d'aides et soins.

1.2.3 AU FIL DES ANNÉES, LES DÉPENSES POUR LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE VARIENT DAVANTAGE POUR LES BÉNÉFICIAIRES EN ÉTABLISSEMENT QUE POUR LES BÉNÉFICIAIRES À DOMICILE

- Le coût moyen des dépenses engagées par le maintien à domicile n'évolue pas de manière significative au cours des dernières années. En effet on observe une croissance annuelle moyenne de 2,8%. **En 2010 on observe un coût moyen de 14 454 euros pour le maintien à domicile.**
- En revanche, l'analyse des dépenses pour les établissements montre qu'elles varient de manière très importante. Ainsi, le coût moyen augmente annuellement de 4,7% et se situe en 2010 à 54 200 euros. Il représentait 34 860 euros en 2000.
- Le coût moyen à domicile a augmenté de 31,3% entre 2000 et 2010. Le coût moyen en milieu stationnaire a augmenté de 58,8%.

GRAPHIQUE 3. - ÉVOLUTION 2000-2010 DU COÛT MOYEN DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE PAR LIEU DE SÉJOUR



1.2.4 LES MONTANTS FACTURÉS LES PLUS ÉLEVÉS CONCERNENT LES ÉTABLISSEMENTS D'AIDES ET DE SOINS. TOUTEFOIS, LEUR PART DANS L'ENSEMBLE DES DÉPENSES DIMINUE AVEC LES ANNÉES

Il est difficile compte tenu de la modification légale intervenue en 2007, de comparer l'évolution des dépenses par prestataire. En effet, les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent n'existaient pas avant 2007. Les dépenses s'y rapportant étaient intégrées dans les dépenses des réseaux d'aides et de soins.

On notera cependant que les dépenses se rapportant aux établissements à séjour continu dépassent largement celles de tous les autres prestataires, quels qu'ils soient et ceci sur toute la période.

TABEAU 2. - EVOLUTION 2000-2010 DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE PAR TYPE DE PRESTATAIRE
(EN MILLIONS D'EUROS)

Type de prestataire	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Etablissement d'aides et de soins	80,6	86,7	97,2	114,3	131,8	143,8	151,7				
Etablissement à séjour continu								155,2	178,1	193,5	214,1
Etablissement à séjour intermittent								22,8	23,5	24,3	25,7
Réseau d'aides et de soins	14,6	29,8	38,2	49,5	65,5	83,0	94,5	78,3	84,9	98,6	86,3
Centre semi-stationnaire								14,2	15,5	17,3	18,6
Fournisseur d'aides techniques y compris SMA ^{a)}	1,7	2,8	3,4	5,2	7,2	7,8	8,6	8,1	8,7	9,0	9,9
Fournisseur dans le cadre des adaptations du logement	0,1	0,4	0,5	0,4	0,6	0,5	0,9	1,2	1,4	1,6	1,5
International ^{b)}	0,0	0,0	0,2	0,5	0,2	0,4	1,2	1,7	1,8	1,5	0,0
Autres ^{c)}	1,1	0,2	0,1	0,0							
Pas de prestataire ^{d)}	25,2	30,8	38,0	41,2	54,7	55,5	55,6	54,5	56,3	58,3	60,2
Total général	123,4	150,7	177,5	211,1	260,0	291,1	312,5	321,9	354,5	386,8	416,4
Variation en %		22,1%	17,8%	18,9%	23,2%	11,9%	7,4%	3,0%	10,1%	9,1%	7,7%

a) Y compris les contrats d'entretien.

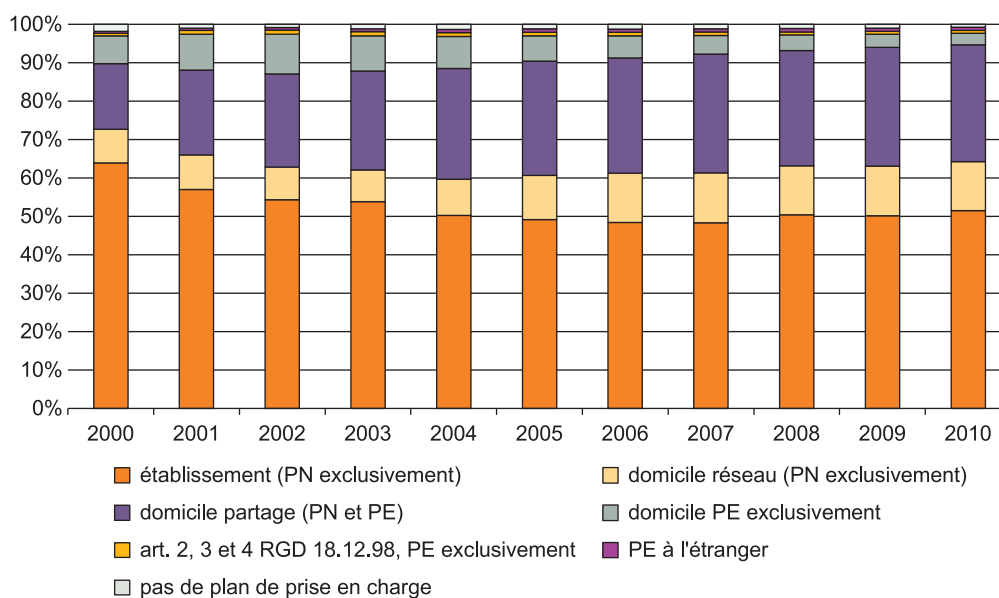
b) International - Caisses de maladie étrangères.

c) La catégorie " Autres " regroupe les autres professionnels de santé (infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes) sous-traitant d'un réseau d'aides et de soins.

d) Pas de prestataire d'aides et de soins ont les bénéficiaires de dispositions particulières, de prestations en espèces (y compris celles transférées à l'étranger) ou de produits nécessaires aux aides et soins.

Les bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance ont droit à des types de plans de prise en charge qui diffèrent selon le lieu de résidence, le lieu de séjour et les possibilités de combinaisons entre nature et espèces dans le cadre du domicile. On distingue ainsi six types de plans différents. Le graphique suivant présente une statistique sur le poids de chaque type de plan dans les dépenses totales de l'assurance dépendance.

GRAPHIQUE 4. - EVOLUTION 2000-2010 DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE PAR TYPE DE PLAN DE PRISE EN CHARGE



- **Les plans en établissement d'aides et de soins à séjour continu affichent la part la plus importante des dépenses.** Toutefois, même si leur nombre a augmenté de 63,1% de 2000 à 2010², leur part dans les dépenses a diminué entre 2000 et 2010. Elle représentait **64% en 2000 et ne représente plus que 51,5% en 2010.**
- **Les plans de partage (bénéficiaires de prestations en nature en espèces combinées) représentent le second groupe en matière de volume et de poids dans les dépenses totales.** De plus leur poids devient de plus en plus important. En 2000, il représente 17,1% des dépenses totales et 30,4% en 2010.
- **Le même phénomène s'observe, à domicile, pour les plans comportant uniquement des prestations en nature uniquement.** Leur poids augmente de 8,7% en 2000 à 12,7% en 2010.

Ces trois types de plans de prise en charge (établissement, partage et domicile nature) représentent 89,7% des dépenses totales en 2000 et 94,7% en 2010. L'évolution de ces plans grignote sur la part des plans comportant uniquement des prestations en espèces. Le nombre de bénéficiaires diminue depuis 2004 (1 503 à 1 134 personnes en 2010) engendrant ainsi une baisse des dépenses correspondantes.

Les personnes qui n'ont pas de plan de prise en charge sont les bénéficiaires d'aides techniques ou d'adaptations du logement uniquement. Même si leur nombre et leurs dépenses ont augmenté, leur poids par rapport au total des dépenses a baissé.

Après l'analyse des différents types de plans de prise en charge, il est aussi intéressant de voir l'évolution du coût des prestations qui les composent.

1.2.5 DE 2000 À 2010, LES DÉPENSES LES PLUS IMPORTANTES CONCERNENT LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE

TABEAU 3. - ÉVOLUTION 2000-2010 DES DÉPENSES POUR LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE PAR TYPE DE PRESTATION (EN MILLIONS D'EUROS)

Type de prestation	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Actes essentiels de la vie	69,7	82,6	96,4	113,6	128,4	146,8	160,1	166,5	184,3	199,8	215,5
Activités de soutien	16,5	23,5	30,2	40,7	52,0	61,5	66,2	70,8	80,5	93,1	103,5
Tâches domestiques	5,8	6,7	7,1	8,0	14,8	16,6	18,2	19,0	21,6	23,5	25,6
Activités de conseil ^{a)}	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Adaptations du logement	0,1	0,4	0,5	0,4	0,6	0,5	0,9	1,2	1,4	1,6	1,5
Aides techniques	1,7	2,8	3,4	5,2	7,2	7,8	8,6	8,1	8,7	9,0	9,9
Prestations en espèces	28,3	33,1	37,8	40,8	54,5	55,1	55,6	53,3	54,9	56,5	56,9
Produits nécessaires aux aides et soins	1,2	1,6	2,0	2,3	2,5	2,8	2,9	3,0	3,1	3,2	3,4
Total	123,4	150,7	177,5	211,1	260,0	291,1	312,5	321,9	354,5	386,8	416,4

a) < 50 000.

- **Les actes essentiels de la vie (en nature) représentent le poste de dépenses le plus important de l'assurance dépendance.** Les dépenses qui s'y rapportent ont triplé au cours des dix dernières années.
- Viennent ensuite les dépenses pour les activités de soutien qui se caractérisent par une évolution spectaculaire. En l'espace de dix ans, leur montant a été multiplié par six.
- En troisième lieu, on trouve les prestations en espèces (actes essentiels de la vie et tâches domestiques). Il est à noter qu'en 2000, les prestations en espèces représentaient un montant plus important que les activités de soutien. On relève que la fixation de la valeur horaire des prestations en espèces à 25 euros a freiné l'expansion du coût des prestations en espèces, dès 2006.

2 Il s'agit ici de l'augmentation considérée par rapport au nombre de personnes hébergées en établissement. Dans l'ensemble des bénéficiaires, la part des bénéficiaires en établissement a diminué par rapport aux bénéficiaires à domicile.

TABEAU 4. - EVOLUTION 2000-2010 DES DÉPENSES POUR LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE (AEV) PAR DOMAINE DE PRESTATION (EN MILLIONS D'EUROS)

Type d'AEV	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nutrition	12,2	13,6	16,5	18,9	21,6	24,7	26,7	27,9	32,4	34,7	37,0
Mobilité	29,5	35,0	39,6	45,9	52,4	61,6	68,2	71,3	78,8	86,0	93,5
Hygiène corporelle	28,1	34,1	40,3	48,6	54,0	60,1	64,9	66,9	72,7	78,6	84,5
Total	69,8	82,7	96,4	113,4	128,1	146,4	159,7	166,1	183,9	199,4	215,1

En regardant le détail des dépenses pour les actes essentiels de la vie par domaine de prestation, on remarque que sur toute la période de 2000 à 2010, le domaine de la mobilité représente les montants les plus élevés.

Il est suivi par le domaine de l'hygiène corporelle et enfin par le domaine de la nutrition. En 2010, les dépenses se rapportant au domaine de la nutrition représentaient 17,2 % du volume total des actes essentiels de la vie. Ceci équivaut à une diminution de leur importance par rapport à 2000 où ces dépenses représentaient 26,4% des actes essentiels de la vie.

Un exercice similaire peut être fait pour les activités de soutien.

TABEAU 5. - EVOLUTION 2000-2010 DES DÉPENSES POUR LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN PAR TYPE DE PRESTATION (EN MILLIONS D'EUROS)

Type de soutien	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
En groupe	12,2	18,0	23,5	30,9	37,5	41,9	43,8	46,4	54,7	63,2	72,7
Activité en groupe non spécialisée								1,8	7,4	12,8	17,0
Activité en groupe spécialisée	12,2	18,0	23,5	30,9	37,5	41,9	43,8	44,7	47,2	50,4	55,7
Individuel	4,3	5,5	6,7	9,8	14,4	19,4	22,2	24,2	25,7	29,7	30,6
Activité individuelle non spécialisée	1,5	3,2	4,3	6,3	9,3	12,7	14,7	16,8	18,3	22,9	24,5
Activité individuelle spécialisée	2,9	2,2	2,4	3,4	5,1	6,7	7,5	7,4	7,4	6,8	6,1
Total	16,5	23,4	30,2	40,7	51,9	61,3	66,0	70,6	80,3	92,9	103,3

A la lecture de ce tableau, on remarque que les activités de soutien en groupe représentent la majorité des dépenses pour activités de soutien. En effet, en 2010 elles représentent 70,4% des dépenses totales. Ce sont principalement les activités spécialisées en groupe qui se sont développées au fil des années. On constate ainsi que le montant qui s'y rapporte a été multiplié par six, si l'on compare 2000 et 2010.

Au niveau du soutien individuel, on relève une augmentation des activités non spécialisées (à savoir les gardes à domicile ainsi que les courses et démarches administratives). On relève une croissance annuelle moyenne de 32,5% pour 2000-2010). En revanche, on relève que les dépenses pour les activités spécialisées ont fortement diminué entre 2008 et 2010 (-16,7%).

SECTION 2 LES DONNÉES FINANCIÈRES

2.1 LE SYSTÈME DE FINANCEMENT

Pour faire face aux charges qui lui incombent, l'assurance dépendance applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses courantes (Art. 375 alinéa 1 du CSS).

Le financement est assuré essentiellement par :

- une contribution annuelle de l'Etat à raison de 35% des dépenses totales, y compris la dotation des réserves pour l'année 2012 et à raison de 40% à partir de 2013³ ;
- une redevance assurance dépendance du secteur de l'énergie ;
- une contribution dépendance dont l'assiette est constituée par les revenus professionnels, les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine des ménages.

Le taux de la contribution dépendance est fixé à partir du 1er janvier 2007 à 1,4%.

2.2 LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Dans cette section, la situation financière de l'assurance dépendance pour les années 2007 à 2011 est présentée de deux manières différentes :

Le tableau 6 illustre l'évolution des recettes et dépenses selon le décompte de la CNS, tenant compte des dotations et prélèvements pour provisions pour les prestations échues mais pas encore liquidées en 2011. Comme cette représentation n'illustre pas la situation réelle des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance, une autre méthode d'analyse est nécessaire. En raison d'un dépassement du délai autorisé pour effectuer des écritures comptables, un montant pour provisions à constituer de l'ordre de 290,5 millions d'euros n'a pu être intégré dans le décompte pour l'exercice 2008. On tient cependant compte de cette provision dans les tableaux suivants afin de pouvoir comparer les résultats d'une année à la suivante. La non-comptabilisation de la provision en 2008 explique le taux d'équilibre très bas en 2008 et le taux d'équilibre très élevé en 2009. Les tableaux 7 et 8 renseignent sur l'évolution des recettes et des dépenses " nettes " sans intégrer les dotations et prélèvements aux provisions. Ce procédé donne une vue plus réaliste de l'évolution des différents postes.

TABLEAU 6. - SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE SELON LE DÉCOMPTÉ DE LA CNS
(EN MILLIONS D'EUROS)

Exercice	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Nombre indice du coût de la vie</i>	624,6	640,2	653,5	668,46	682,39	699,44	711,07	724,34
Recettes courantes	317,3	380,2	379,7	472,9	580,8	411,5	701,6	539,2
Dépenses courantes	334,0	390,9	396,6	424,9	241,9	695,3	729,1	582,0
Solde des opérations courantes	-16,7	-10,8	-16,9	48,0	338,9	-283,9	-27,5	-42,8
Excédent / découvert cumulé	76,1	62,6	43,1	90,6	456,3	109,6	106,7	60,5
<i>Taux de cotisation appliqué</i>	1,00%	1,00%	1,00%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%
Taux d'équilibre de l'exercice	1,06%	1,09%	1,12%	1,10%	-0,59%	3,19%	1,41%	1,62%

3 La contribution annuelle de l'Etat était fixée à 140 millions d'euros pour les années 2007 à 2011.

TABEAU 7. - EVOLUTION FINANCIERE DE L'ASSURANCE DEPENDANCE SELON LE DECOMPTE RECTIFIE a)
(EN MILLIONS D'EUROS)

Exercice	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre indice du coût de la vie	624,63	640,24	653,52	668,46	682,39	699,44	711,07	724,34
Taux de cotisation	1,0%	1,0%	1,0%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
Recettes courantes	259,4	293,0	312,5	382,3	405,5	411,5	421,5	439,9
Recettes courantes (CNS)	317,3	380,2	379,7	472,9	580,8	411,5	701,6	539,2
Prélèvement aux provisions (n)	-57,9	-87,2	-67,2	-90,6	-175,3	0,0	-280,1	-99,3
Dépenses courantes	276,1	303,7	329,4	334,3	66,6	695,3	449,0	482,7
Dépenses courantes (CNS)	334,0	390,9	396,6	424,9	241,9	695,3	729,1	582,0
Prélèvement aux provisions (n+1)	87,2	67,2	90,6	175,3	0,0	280,1	99,3	44,0
Prélèvement aux provisions (n)	-57,9	-87,2	-67,2	-90,6	-175,3	0,0	-280,1	-99,3
Dotations aux provisions (n)	-87,2	-67,2	-90,6	-175,3	0,0	-280,1	-99,3	-44,0
Solde des opérations courantes	-16,7	-10,8	-16,9	48,0	338,9	-283,8	-27,5	-42,8
Dotation au fonds de roulement	5,6	2,8	2,6	0,5	-	62,9	-	3,4
Prélèvement au fonds de roulement	-	-	-	-	-26,7	-	-24,6	-
Excédent / découvert de l'exercice	-22,3	-13,5	-19,5	47,5	365,6	-346,7	-2,9	-46,2
Réserve	103,8	93,0	76,0	124,0	462,9	179,1	151,6	108,8
Minimum légal	27,6	30,4	32,9	33,4	6,7	69,5	44,9	48,3
Excédent / découvert cumulé	76,1	62,6	43,1	90,6	456,2	109,6	106,7	60,5
Rapport réserve / dépenses courantes	27,6%	30,6%	23,1%	37,1%	695,0%	25,8%	33,8%	22,5%

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

L'analyse du tableau 7 met en évidence qu'à partir de 2007, la situation financière a été redressée par une augmentation du taux de contribution des ménages de 1,0% à 1,4%. En parallèle cependant, la contribution de l'Etat a été réduite et fixée à 140 millions d'euros, quel que soit le montant des dépenses. Cette baisse a représenté 8,4% en 2007. L'augmentation du taux de cotisation des ménages a cependant largement compensé la baisse de la contribution de l'Etat. A noter que cette contribution a été ajustée à plusieurs reprises : en 2004 où le taux a été réduit pour une année de 45% à 40% et en 2007 où elle a été fixée à un montant de 140 millions d'euros.

L'augmentation du taux de cotisation a également un effet favorable sur le niveau de la réserve. A partir de 2007, non seulement elle dépasse le minimum légal mais elle augmente par rapport aux années précédentes. En 2009, la réserve a atteint 179,1 millions d'euros avant de diminuer de nouveau. La diminution de la réserve entre 2009 et 2010 de 27,5 millions d'euros est suivie d'une baisse encore plus importante entre 2010 et 2011, à savoir 42,8 millions d'euros. Compte tenu de la contribution de l'Etat fixée à 140 millions d'euros, le taux de la contribution dépendance nécessaire à maintenir l'équilibre financier à l'exercice 2011 aurait été de 1,62% contre un taux effectif de 1,40%. La participation de l'Etat a été revue à la hausse pour les années à venir, à savoir 35% des dépenses en 2012 et 40% des dépenses à partir de 2013.

Le tableau illustre également le retard dans la présentation des factures par les prestataires, retard qui se reflète dans les dotations pour prestations. Ce retard diminue cependant progressivement depuis 2010. Le décompte présenté par l'organisme gestionnaire ne permet donc pas de retracer l'évolution réelle annuelle des prestations.

Le tableau 8 reprend en résumé les principaux postes du décompte rectifié.

TABEAU 8. - EVOLUTION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE SELON LE DÉCOMPTÉ RECTIFIÉ ^{a)} - RÉSUMÉ
(EN MILLIONS D'EUROS)

Exercice	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre indice du coût de la vie	624,63	640,24	653,52	668,46	682,39	699,44	711,07	724,34
Taux de cotisation	1,0%	1,0%	1,0%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
Recettes courantes	259,4	293	312,5	382,3	405,5	411,5	421,5	439,9
Variation en %		12,9%	6,7%	22,3%	6,1%	1,5%	2,4%	4,4%
Dépenses courantes	276,1	303,7	329,4	334,3	357,1	404,8	449,0	482,7
Variation en %		10,0%	8,5%	1,5%	6,8%	13,4%	10,9%	7,5%
Solde des opérations courantes	-16,7	-10,8	-16,9	48,0	48,4	6,7	-27,5	-42,8
Excédent / découvert de l'exercice	-22,3	-13,5	-19,5	47,5	46,1	1,9	-31,9	-46,2
Réserve	103,8	93,0	76,1	124,0	172,4	179,1	151,6	108,8

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

2.3 LES RECETTES ET DÉPENSES GLOBALES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

TABEAU 9. - EVOLUTION DES RECETTES COURANTES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE SELON LE DÉCOMPTÉ RECTIFIÉ ^{a)}
(EN MILLIONS D'EUROS)

Exercice	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variation en %	
									2009/10	2010/11
Contributions des ménages	138,8	148,1	158,2	234,8	256,0	266,9	278,2	294,5	4,2%	5,9%
Contribution de l'Etat	112,7	138,0	149,4	140,0	140,0	140,0	140,0	140,0	0,0%	0,0%
Redevance AD du secteur de l'énergie	4,4	3,9	2,2	1,6	1,8	2,0	1,8	1,9	-12,0%	5,6%
Recettes diverses	3,5	2,9	2,7	5,9	7,7	2,6	1,5	3,5	-41,0%	125,3%
TOTAL DES RECETTES COURANTES	259,4	292,9	312,5	382,3	405,5	411,5	421,5	439,9	2,4%	4,4%

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

La contribution des ménages a augmenté en 2011 de 5,9%, contre 4,2% en 2010. A noter que ces augmentations se situent largement en-dessous des croissances observées avant la crise financière (variation 2007/2008 : 9%). Ces variations sont imputables à l'évolution de la masse des revenus cotisables et du nombre d'assurés cotisants. Notons que le nombre indice de l'échelle mobile des salaires a progressé de 1,7% en 2010 et de 1,9% en 2011.

TABEAU 10. - EVOLUTION DES DÉPENSES COURANTES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE SELON LE DÉCOMPTÉ RECTIFIÉ ^{a)}
(EN MILLIONS D'EUROS)

Exercice	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variation en %	
									2009/10	2010/11
Frais d'administration ^{b)}	3,0	4,0	4,1	4,4	5,6	11,1	11,5	12,8	4,2%	11,4%
Prestations en espèces	9,7	8,9	8,3	7,8	7,2	6,3	6,6	6,8	4,8%	2,6%
Prestations en nature	261,3	286,2	313,4	318,5	340,8	382,8	425,9	457,5	11,2%	7,4%
Prestations à domicile	105,6	150,3	157,7	155,6	151,3	147,0	161,0	186,3	9,5%	15,7%
Prestations en milieu stationnaire	151,0	127,2	147,5	153,2	179,7	224,1	252,8	263,2	12,8%	4,1%
Prestations à l'étranger	4,7	8,7	8,2	9,6	9,2	11,3	11,8	8,1	4,9%	-31,8%
Actions expérimentales					0,6	0,4	0,3	-0,1	-36,2%	-143,3%
Transfert de cotisations	1,7	2,3	2,8	2,9	3,6	4,1	4,5	4,8	9,7%	7,2%
Dépenses diverses	0,5	2,3	0,8	0,3	0,2	0,5	0,5	0,8	-7,0%	59,8%
TOTAL DES DÉPENSES COURANTES	276,1	303,7	329,4	333,9	357,5	404,8	449,0	482,7	10,9%	7,5%

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

b) L'augmentation sensible des frais d'administration est une conséquence indirecte de la fusion des caisses de maladie à partir du 1er janvier 2009 suite à l'introduction du statut unique pour les salariés du secteur privé. Cette fusion a motivé une modification de la base du calcul des frais d'administration.

Les dépenses courantes ont progressé de 10,9% en 2010 et de 7,5% en 2011. Les prestations en nature à domicile et en milieu stationnaire représentent 93% de l'ensemble des dépenses courantes.

Les prestations à l'étranger affichent une baisse importante de 31,8%. Cette diminution est due à un ralentissement important des dépenses du poste " Conventions internationales ", à savoir 49%. Cette baisse est en majorité imputable à l'introduction du nouveau règlement 883 en mai 2010. Les prestations en espèces transférées par contre augmentent de 16,1%

2.4 LA CONTRIBUTION DÉPENDANCE

La série statistique suivante présente l'évolution des contributions à l'assurance dépendance depuis 2004.

TABEAU 11. - EVOLUTION DU MONTANT TOTAL DES CONTRIBUTIONS À L'ASSURANCE DÉPENDANCE
(EN MILLIONS D'EUROS)

Exercice	Assurés actifs et autres	Assurés pensionnés	Contribution sur le patrimoine	Total	Total au n.i. 100	Indice de variation 1999=100	Evolution du taux de contribution
2004	114,5	19,3	5,0	138,8	22,2	137,1	1,0%
2005	120,8	20,9	6,5	148,1	23,1	142,8	1,0%
2006	129,7	21,7	6,8	158,2	24,2	149,4	1,0%
2007	195,5	32,0	7,3	234,8	35,1	216,8	1,4%
2008	213,0	33,8	9,3	256,0	37,5	231,6	1,4%
2009	218,5	36,4	11,9	266,9	38,2	235,5	1,4%
2010	228,3	38,1	11,8	278,2	39,1	241,5	1,4%
2011	239,6	41,0	13,9	294,5	40,7	251,0	1,4%

2.5 LA CONTRIBUTION DE L'ÉTAT AU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

L'apport financier de l'Etat à l'assurance dépendance, conformément à l'article 375 du CSS, s'élève en 2011 à 140 millions d'euros.

TABEAU 12. - EVOLUTION DE LA CONTRIBUTION DE L'ÉTAT AUX RECETTES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Exercice	En valeur nominale	Variation annuelle en %	En valeur n.i. 100	Variation annuelle en %
2004	112,7	12,6%	18,0	10,3%
2005	138,0	22,4%	21,6	19,4%
2006	149,4	8,3%	22,9	6,1%
2007	140,0	-6,3%	20,9	-8,4%
2008	140,0	0,0%	20,5	-2,0%
2009	140,0	0,0%	20,0	-2,4%
2010	140,0	0,0%	19,7	-1,6%
2011	140,0	0,0%	19,3	-1,8%

2.6 LES VALEURS MONÉTAIRES

Le montant des prestations en nature est déterminé en multipliant la durée hebdomadaire des aides et soins requis au plan de prise en charge par les valeurs monétaires négociées entre la CNS et la COPAS, organisme représentatif des prestataires.

TABEAU 13. - EVOLUTION DES VALEURS MONÉTAIRES DES AIDES ET SOINS DEPUIS 1999 ^{a)}

Année	Etablissements d'aides et de soins	Maintien à domicile		
1999	35,20	37,20		
2000	35,20	37,70		
2001	33,70	44,60		
2002	34,50	45,30		
2003	35,80	47,70		
2004	35,80	48,00		
2005	37,80	49,98		
2006	39,93	51,27		
	Les établissements d'aides et de soins à séjour continu	Les réseaux d'aides et de soins	Les centres semi-stationnaires	Les établissements à séjour intermittent
2007	41,4	52,4	53,3	46,0
2008	43,4	53,2	51,2	47,6
2009	44,6	57,4	52,1	48,1
2010	44,9	59,3	51,6	48,2
2011	44,8	61,6	51,9	50,2
2012	46,3	63,6	54,5	51,9

a) La loi du 23 décembre 2005, Mémorial A N° 215 du 28 décembre 2005, a modifié la structure des valeurs monétaires afin de mieux adapter le financement aux différentes structures de prise en charge.

TABEAU 14. - EVOLUTION DE LA VALEUR HORAIRE POUR PRESTATIONS EN ESPÈCES ^{a)}

Année	Valeur selon ancien calcul		Valeur horaire	
	Valeur nominale	Valeur réelle	Valeur nominale	Valeur réelle
1999	18,59	3,35		
2000	18,84	3,31		
2001	22,31	3,80		
2002	22,65	3,78		
2003	23,85	3,90		
2004	24,00	3,84		
2005	24,99	3,90		
2006			25,00	3,83
2007			25,00	3,74
2008			25,00	3,66
2009			25,00	3,57
2010			25,00	3,52
2011			25,00	3,45
2012			25,00	3,37

a) Jusqu'au 1er janvier 2006, les prestations en espèces étaient calculées au prorata de la valeur monétaire du maintien à domicile et correspondaient à la moitié de la valeur monétaire de la prestation en nature. Les modifications de la loi en 2005 lui ont attribué un montant fixe, correspondant à 25 euros.

TABLEAU 15. - EVOLUTION DU FORFAIT JOURNALIER D'ACTES INFIRMIERS ^{a)} PRESTÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'AIDES ET DE SOINS

Année	Date d'échéance	Indice	Forfait maisons de soins (pos. N81)	Forfait autres établissements d'aides et de soins (pos. N82)
2004	1.10	636,26	8,30	4,15
2005	1.10	652,16	8,07	4,03
2006	1.12	668,46	8,27	4,13
2008	1.03	685,17	8,47	4,24
2009	1.03	702,29	8,69	4,34
2010	1.07	719,84	8,90	4,45
2011	1.01	719,84	9,02	4,51
2011	1.10	737,83	9,24	4,62
2012	1.11	756,37	9,47	4,74

a) Ces actes sont fixés dans la nomenclature des actes et services des infirmiers en application du chapitre V du livre 1er du Code de la Sécurité sociale.

2011-2030

Morbidité constante

Vieillissement
Ageing index

2,2%

Baby Boom

EUROPOP 2010

■ ■ ■ Chapitre 10

**Les projections
démographiques et
financières de
l'assurance dépendance**



INTRODUCTION

En guise d'introduction voici un petit rappel concernant les principales mesures financières prises récemment dans le domaine de l'assurance dépendance :

En 2006, suite aux propositions du Comité de coordination tripartite le taux de contribution dépendance est passé de 1,0% à 1,4% et le montant de la participation de l'Etat a été fixé à 140 millions d'euros à partir du 1er janvier 2007 par la loi budgétaire. Si cette contribution représente 40% des dépenses totales au 31 décembre 2009, y compris la dotation à la réserve, elle sera portée à ce seuil à partir du 1er janvier de l'année subséquente. Les lois budgétaires 2010 et 2011 prévoient de maintenir l'intervention de l'Etat à 140 millions d'euros jusqu'en 2011. Finalement en 2011, le Gouvernement sur proposition du Ministre de la Sécurité sociale, décide de ramener progressivement la participation de l'Etat à 40% : elle est fixée à 35% des dépenses courantes (y compris la dotation à la réserve) pour l'exercice 2012 et à 40% pour l'exercice 2013.

Afin de dégager des perspectives démographiques et financières pour l'avenir, ce chapitre se consacre à l'analyse de l'évolution démographique et la situation financière de l'assurance dépendance, à court terme (2015) et à long terme (2030). Les prévisions à court terme sont basées sur les hypothèses issues du programme de stabilité pour les années 2012 à 2015¹, alors que les prévisions à long terme se basent sur des projections démographiques et macro-économiques selon une approche définie par le Groupe de travail " Vieillesse " (AWG) de la Direction générale des affaires économiques et financières (DG ECFIN) de la Commission européenne.

Dans un premier temps, l'analyse se focalise sur les caractéristiques de la population protégée luxembourgeoise et étudie son évolution et surtout celle des personnes âgées, à l'horizon 2030. Ensuite ce chapitre explique les scénarios utilisés pour dessiner au niveau micro- et macro-économique l'évolution de la population dépendante ainsi que les prestations et coûts résultant de sa prise en charge d'un côté et le coût financier à l'horizon 2030 de l'autre côté.

¹ 13e actualisation du programme de stabilité et de croissance du Grand-Duché de Luxembourg pour la période 2012-2015, avril 2012 http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/sp2012_luxembourg_fr.pdf

SECTION 1 L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DU LUXEMBOURG À L'HORIZON 2030

Dans cette section on présente dans un premier temps les caractéristiques principales de la population luxembourgeoise, ensuite on détermine sur base de certaines hypothèses et notamment en fonction de la structure d'âge et de sexe, l'évolution future de cette population.

1.1 ÂGE ET RÉSIDENCE

TABEAU 1. - ÉVOLUTION 2005-2010 DE LA POPULATION PROTÉGÉE^{a)} PAR LIEU DE RÉSIDENCE

Sexe	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hommes	322 232	332 020	342 619	355 600	362 707	371 280
Femmes	288 689	295 749	301 261	310 714	319 250	328 258
Total	610 921	627 769	643 880	666 314	681 957	699 538
Dont résidents (en % du total)						
Hommes	67,9%	66,7%	66,4%	65,1%	64,9%	64,5%
Femmes	77,2%	76,2%	75,8%	74,6%	73,7%	72,9%
Total	72,3%	71,2%	70,8%	69,5%	69,0%	68,4%

Source: IGSS.

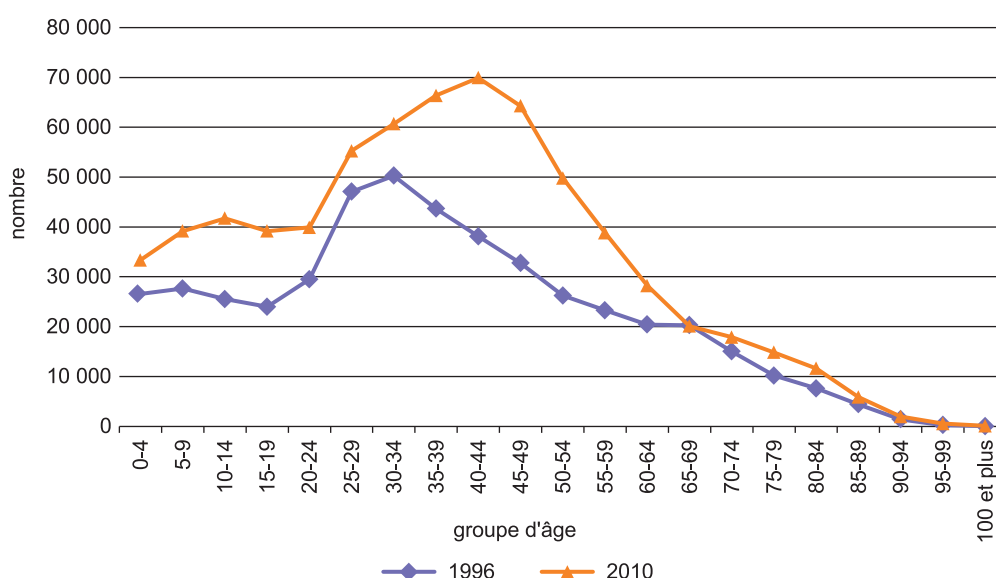
a) Moyenne annuelle des 12 situations en fin de mois.

La population protégée du Luxembourg se caractérise par une part importante de personnes non-résidentes. Il s'agit essentiellement de travailleurs transfrontaliers et de leurs ayants-droit.

Une autre particularité de la population protégée luxembourgeoise est sa structure d'âge. En effet, grâce à une immigration importante de personnes relativement jeunes (âge moyen : 33,9 en 2010 comparé à 38,6 pour les résidents), le vieillissement de la population est beaucoup moins prononcé au Luxembourg que dans certains autres pays européens. Ainsi en 2010, 20,7% de la population allemande sont âgés de plus de 65 ans, alors que seulement 10,4% le sont au Luxembourg.

La composition de la population protégée du Luxembourg et l'évolution de celle-ci de 1996 à 2010 sont représentées dans le graphique suivant.

GRAPHIQUE 1. - VENTILATION PAR GROUPE D'ÂGE DES PERSONNES PROTÉGÉES^{a) b)}



Source : IGSS, rapport général 2010.

a) Résidents et non-résidents.

b) Moyenne annuelle des 12 situations en fin du mois.

L'analyse de ce graphique met en évidence qu'il y a eu un glissement du poids du groupe d'âge des 25-34 ans vers le groupe des 35-44 ans. D'autre part, le nombre de personnes âgées de 65-69 ans n'a quasiment pas changé depuis 1996.

La population active (15-64 ans) a augmenté de 53% et représente 73,3% de la population protégée en 2010 contre 70,7% en 1996. Malgré une forte croissance absolue, le poids de la population jeune (0-14 ans) tend à baisser : ainsi elle présente en 2010 seulement 16,3% de la population contre 16,8% en 1996. Le poids de la population âgée de 65 ans et plus a baissé de 12,5% à 10,4% en 2010.

On signale également que le nombre de personnes très âgées a évolué de manière significative au cours des 10 dernières années : le nombre des nonagénaires a augmenté de 1 651 personnes en 1996 à 2 477 personnes en 2010 (croissance de 50%) et le nombre des centenaires a presque triplé (26 en 1996 et 68 en 2010).

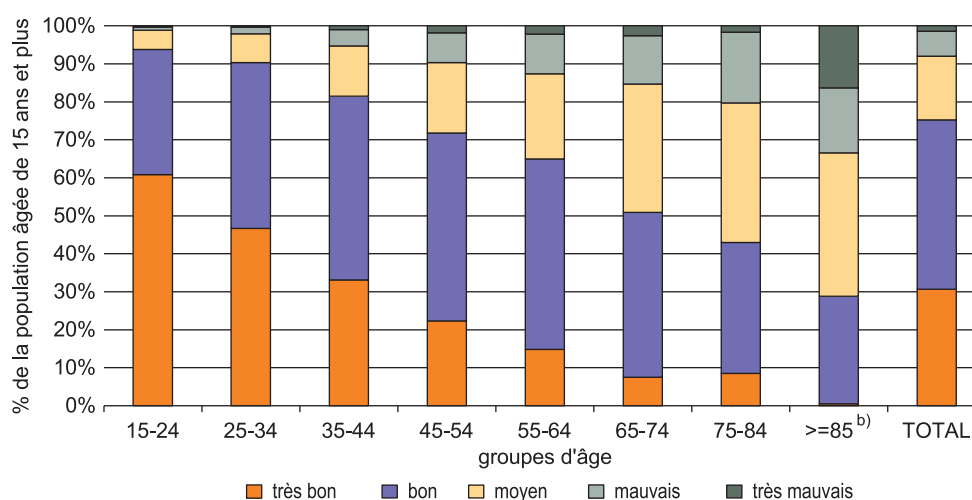
1.2 MORBIDITÉ ET MORTALITÉ

Le vieillissement démographique s'accompagne également d'un changement de l'état de santé des personnes protégées. Selon l'OMS, le nombre de malades chroniques qui décèdent prématurément, augmentera sensiblement. D'après cette même source le nombre de personnes souffrant de restrictions cognitives va croître considérablement.

La santé de la personne âgée (75 ans et plus) préoccupe de plus en plus les médecins, chercheurs et politiciens. En effet, une personne fragile le plus souvent polypathologique nécessite des soins médicaux continus, de l'aide dans les actes essentiels de la vie et un encadrement psycho-social performant, en bref une prise en charge pluridisciplinaire importante².

Dans ce contexte, le graphique et le tableau suivants donnent une vue globale sur l'état de santé actuel de la population résidente luxembourgeoise par âge et par sexe, permettant ainsi de faire le plus précisément possible, des prévisions sur l'évolution future de la consommation de soins de santé et de la mortalité.

GRAPHIQUE 2. - ETAT DE SANTÉ GÉNÉRAL PERCU PAR LA POPULATION ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS EN 2010^{a)}



Source : EU SILC 2010, EUROSTAT.

a) Population protégée résidente, sans les personnes vivant dans un établissement d'aides et de soins.

b) Données incertaines.

Au Luxembourg, 75,3% de la population adulte déclare être en bonne, voire très bonne santé. Toutefois l'appréciation de la santé tend à baisser avec l'âge. L'évaluation positive de l'état de santé diminue très nettement après 45 ans, tendance qui s'accélère après 85 ans.

Le pourcentage de personnes déclarant être en très mauvaise santé reste assez stable en fonction de l'âge. Seul le groupe des personnes âgées de plus de 85 ans présente un taux plus élevé.

2 Concept de la fragilité de la personne âgée : <http://www.md.ucl.ac.be/loumed/V123,%202004/502-Cornette.pdf>

TABEAU 2. - LES 10 PREMIÈRES CAUSES DE DÉCÈS DE FAIT AU LUXEMBOURG EN 2010^{a)}

Rang	Causes de décès	Hommes	Femmes	Total	Hommes 65+	Femmes 65+	Total 65+
1	Autres formes de cardiopathies I30-I52	9,4%	12,4%	10,9%	11,0%	13,9%	14,9%
2	Maladies cérébro-vasculaires I60-I69	7,2%	10,8%	9,0%	8,5%	12,2%	10,8%
3	Tumeurs malignes des organes digestifs C15-C26	10,4%	7,3%	8,9%	10,8%	6,6%	9,5%
4	Cardiopathies ischémiques I20-I25	10,4%	7,2%	8,8%	10,0%	8,0%	4,7%
5	Tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques C30-C39	8,2%	3,2%	5,7%	7,5%	2,5%	3,7%
6	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures J40-J47	4,0%	2,9%	3,4%	5,1%	3,1%	3,8%
7	Tumeur maligne du sein C50	0,1%	5,1%	2,6%	0,0%	3,9%	2,8%
8	Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés C81-C96	2,9%	2,2%	2,5%	3,0%	2,2%	3,0%
9	Affections cardio-pulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire I26-I28	1,7%	2,8%	2,2%	1,5%	2,9%	1,8%
10	Grippe et pneumopathie J09-J18	1,4%	2,9%	2,2%	1,9%	3,1%	2,1%
		55,6%	56,8%	56,2%	59,3%	58,4%	56,9%

Source: Direction de la Santé.

a) D'après la classification ICD 10 (Classification Internationale des Maladies 10e édition-OMS).

Environ 55% des causes de décès au Luxembourg en 2010 sont dues à des maladies chroniques. Les maladies de l'appareil circulaire (infarctus, cardiopathies, etc.) constituent la première cause de décès.

Dans le top-ten des causes de décès présentées ci-dessus, la proportion des femmes est plus élevée que celle des hommes, alors que le phénomène inverse s'observe pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Le taux de mortalité en 2010 s'élève à 6,8 chez les hommes et à 4,2 chez les femmes.

1.3 PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES : POPULATION RÉSIDENTE

Les résultats présentés ci-après se rapportent uniquement à la population protégée résidente, étant donné que les informations sur les non-résidents sont insuffisantes pour une analyse approfondie par âge et sexe.

Les principales causes du vieillissement démographique sont d'un côté, l'augmentation de l'espérance de vie et d'un autre côté, la baisse du taux de fécondité et de la migration. Selon des estimations récentes, ces facteurs devraient évoluer de la manière suivante :

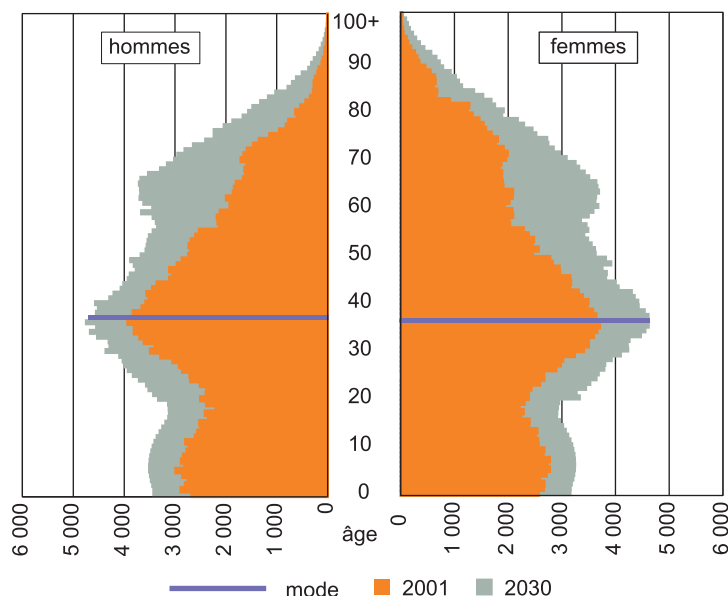
TABEAU 3. - ÉVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES DU LUXEMBOURG

	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Taux de fécondité	1,76	1,63	1,59	1,60	1,61	1,62	1,63
Espérance de vie à la naissance							
Hommes	74,6	76,7	77,8	78,6	79,4	80,1	80,9
Femmes	81,3	82,3	82,9	83,7	84,4	85,1	85,8
Espérance de vie à 65 ans							
Hommes	15,5	16,7	17,3	17,9	18,4	18,9	19,5
Femmes	20,1	20,4	21,1	21,7	22,2	22,8	23,3
Migration nette (1000)	3,431	6,583	6,3	5,0	3,7	3,6	3,4
Migration nette en % de la population totale	0,8	1,4	1,2	0,9	0,6	0,6	0,5

Sources : Eurostat, EC-EPC (AWG) projections 2012.

La meilleure manière de présenter l'évolution d'une population due aux variations de la mortalité, de la fécondité et de l'apport de l'immigration à travers le temps est la pyramide des âges.

GRAPHIQUE 3. - PYRAMIDE DES ÂGES DE LA POPULATION PROTÉGÉE RÉSIDENTE LUXEMBOURGEOISE EN 2001 ET 2030



Source : Calcul IGSS (août 2012).

Afin d'apprécier correctement la situation de la population luxembourgeoise en 2001 il faut se rappeler en mémoire plusieurs événements historiques :

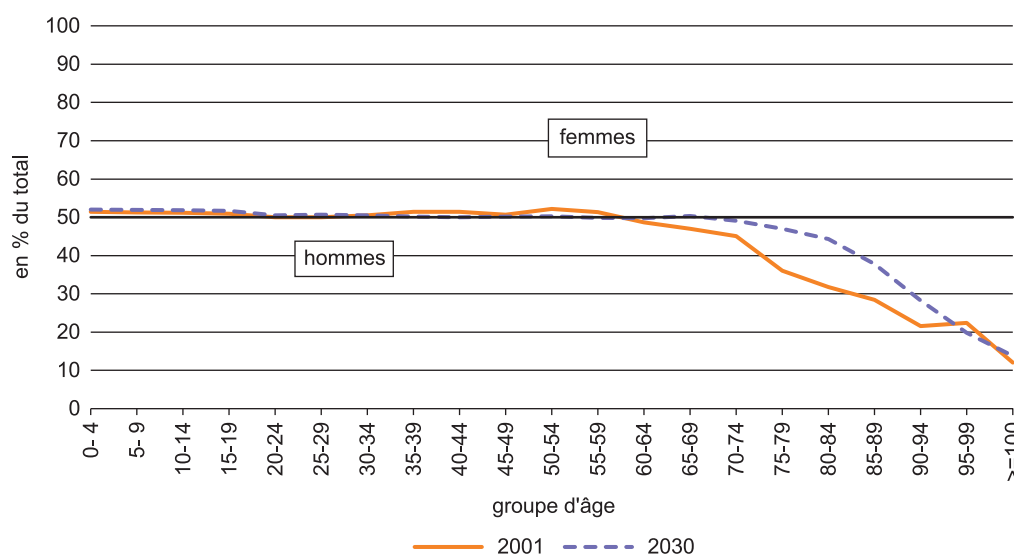
- déficit des naissances dû à la première guerre mondiale ;
- pertes militaires de la deuxième guerre mondiale et espérance de vie plus faible chez les hommes ;
- chute des naissances pendant la crise économique des années 30 puis la deuxième guerre mondiale ;
- "Baby Boom" des années 50 jusque fin 60 ;
- dénatalité due entre autre à l'âge plus élevé des femmes au moment de la naissance de leur premier enfant ;
- augmentation de la fécondité et influence de la deuxième génération, les enfants d'immigrés.

La structure de la population future du Luxembourg est certes déterminée à des degrés variables par ces événements historiques précités, mais elle est également influencée par des phénomènes plus récents :

- glissement du poids des personnes âgées de 20 à 35 ans vers les personnes âgées de 45 à 65 ans suite au "Baby Boom" des années 50 à 70 ;
- augmentation de la population active (15-64 ans) due au vieillissement des enfants d'immigrés nés dans les années 80 ;
- proportion d'enfants constante due à une immigration et un taux de fécondité quasi constant jusque 2030 ;
- croissance du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans due à l'effet du Baby Boom et à une espérance de vie plus élevée ;
- population âgée de 0-15 ans moins grande que la population âgée de 65 ans et plus.

Les projections sur l'évolution démographique prévoient pour les deux sexes une augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Les femmes gagnent 2,9 ans et les hommes 3,1 ans en 2030. En termes absolus l'espérance de vie est plus élevée pour les femmes que pour les hommes (cf. tableau 3 pour le détail) surtout pour les paliers d'âges supérieurs à 65 ans.

GRAPHIQUE 4. - EVOLUTION DU NOMBRE DE FEMMES PAR RAPPORT AU NOMBRE D'HOMMES DE 2001 À 2030^{a)}



Source : Calcul IGSS (août 2012).
a) Population protégée résidente.

En raison d'une plus grande longévité, les femmes sont majoritaires dans les groupes d'âge élevé (65+), tandis que les hommes sont légèrement plus nombreux dans les tranches d'âge 15-60 ans qui correspondent aux périodes de la vie active. Cette répartition change radicalement à partir de 65 ans. En effet en 2001 déjà, on comptait parmi les personnes âgées de plus de 80 ans, 41 hommes sur 100 femmes, proportion se situant même à 64 femmes sur 100 hommes en 2030.

Le tableau suivant illustre le vieillissement progressif de la population en fonction de l'âge et du sexe jusqu'à l'an 2030.

TABEAU 4. - AGE MÉDIAN, ÂGE MOYEN ET " AGEING INDEX " DE LA POPULATION PROTÉGÉE RÉSIDENTE

		2001	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Age médian	Hommes	36,3	36,6	37,2	37,7	37,4	38,1	39,6
	Femmes	37,7	38,5	38,8	39,1	39,9	39,9	41,4
	TOTAL	36,9	36,7	38,6	38,7	39,2	38,8	40,7
Age moyen	Hommes	36,3	37,0	37,6	38,2	38,8	39,3	39,9
	Femmes	38,8	39,3	39,6	40	40,5	41	41,7
	TOTAL	37,6	38,1	38,6	39,1	39,6	40,2	40,8
Ageing Index	Hommes	81,2	85,5	93,7	106,9	117,8	129,3	136,7
	Femmes	115,9	117,9	121,4	134,3	143,4	155,4	164,1
	TOTAL	98,1	101,2	107,2	120,2	130,2	141,9	149,9

Source : Calcul IGSS (août 2012).

L'âge médian de la population protégée résidente s'élève à 36,9 ans en 2001, à 38,6 ans en 2010 et devrait atteindre 40,7 ans en 2030, soit une augmentation de 3,8 ans. Les femmes ont un âge médian plus élevé que les hommes. La différence entre les deux sexes s'atténue au cours du temps.

A titre de comparaison, l'âge médian de la population allemande s'élève en 2010 à 44,3 ans et celui de la France à 38,8 ans, ce qui démontre que le vieillissement de la population luxembourgeoise a progressé plus lentement que dans les pays avoisinants.

L'âge moyen des personnes assurées au Luxembourg présente les mêmes caractéristiques que l'âge médian : âge plus élevé pour les femmes et différence entre les deux sexes moins importante en 2030 pour ce groupe.

L' " Ageing Index " met en relation jeune et vieille population. Plus l' " Ageing Index " est élevé, plus la population analysée est vieille. Le Luxembourg présente en 2001 un Indice de 98,1 ce qui signifie qu'on compte 98 personnes âgées (60 ans et plus) pour 100 enfants et adolescents (0-14 ans). En 2030 cet Indice s'élèvera à 149,9, c'est-à-dire que l'on recensera 150 personnes âgées sur 100 enfants et adolescents.

TABLEAU 5. - LES TAUX DE DÉPENDANCE ÉCONOMIQUES^{a)} DE 2000 À 2030

	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Proportion des personnes âgées de 55 à 64 ans	15	15	16	17	19	20	20
Taux de dépendance vieillesse	21	21	20	21	23	26	30
Taux de dépendance	50	49	46	48	48	51	55
Taux de dépendance économique	139	138	124	124	126	131	138
Taux de dépendance vieillesse économique (15-64 ans)	34	34	31	33	35	40	46

Sources : Eurostat, EC-EPC (AWG) projections 2012.

a) Population protégée résidente.

En 2030 le Luxembourg comptera 30 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes en âge de travailler (15-64 ans). Dans un contexte européen, le Luxembourg présentera ainsi un taux de dépendance vieillesse sensiblement plus bas que ses pays voisins, qui affichent les taux suivants : Belgique : 37 ; Allemagne: 48 ; France : 39.

Le taux de dépendance est estimé à 55 à l'horizon 2030, ce qui signifie une proportion de 55 personnes qui ne sont pas en âge de travailler (0-14 et 65+) pour 100 personnes de la population active (15-64). En Allemagne on comptera 69 personnes, en Belgique 65 personnes et en France 69 personnes inactives pour 100 personnes actives.

Le tableau suivant donne un aperçu sur l'évolution des ménages de personnes âgées de plus de 65 ans, selon leur composition.

TABLEAU 6. - ÉVOLUTION DES MÉNAGES D'UNE OU DE DEUX PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 65 ANS^{a)}

Groupe d'âge	Ménage d'une personne		Ménage à deux adultes	
	2005	2030	2005	2030
65-69	3 489	5 764	5 459	10 470
70-74	4 334	6 621	4 745	8 319
75-79	4 830	6 945	3 329	5 689
80+	5 429	12 244	2 086	5 173
Tous âges	55 307	95 449	48 214	71 561
Variation 2005/2030		72,6%		48,4%

Source : STATEC.

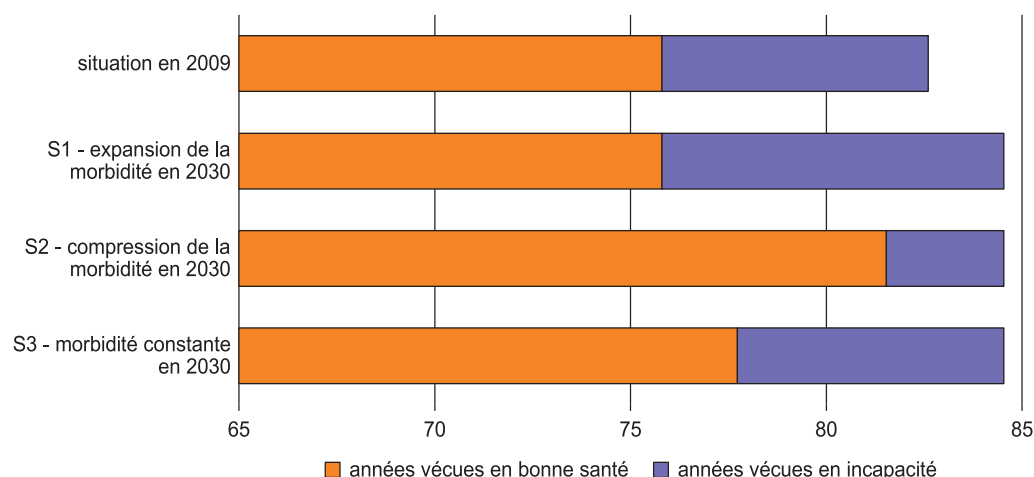
a) Population protégée résidente.

On constate que la proportion des ménages à deux personnes âgées augmente plus rapidement que celle d'un adulte dans le total des ménages (passage de 32,7 à 33,1% contre 32,4% à 41,4%). De plus le nombre de ménages composés de personnes très âgées (80 ans et plus), a doublé sur la période analysée et cela quel que soit le type de ménage.

SECTION 2 LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE À L'HORIZON 2030

L'évolution future du nombre de personnes dépendantes est fonction de la morbidité à long terme des personnes âgées. Trois scénarios concernant cette évolution sont exposés et présentés dans le graphique suivant³ :

GRAPHIQUE 5. - ESPÉRANCE DE VIE D'UN HOMME DE 65 ANS EN 2009 ET 2030 SELON LES 3 SCÉNARIOS PRÉSENTÉS



Scénario 1 : Scénario d'expansion de la morbidité

On suppose que l'âge d'apparition de la dépendance progresserait moins vite que l'espérance de vie, voire même resterait constant, auquel cas l'ensemble des gains d'espérance de vie seraient des gains d'espérance de vie en incapacité.

Scénario 2 : Scénario de compression de la morbidité

Par opposition au scénario 1, le scénario 2 prévoit que le progrès médical entraîne à la fois une baisse de la mortalité et une amélioration de l'état de santé. En d'autres termes, les années de vie supplémentaires résultant d'une espérance de vie plus élevée seront des années en bonne santé. Le nombre d'années en incapacité diminuera par conséquent.

Scénario 3 : Scénario à morbidité constante

On suppose que le nombre d'années vécues en incapacité reste constant et l'âge de début de la dépendance sera donc postposé.

La pertinence du choix du scénario fut analysée dans une étude sur les personnes protégées résidentes âgées de 60 ans ou plus et sur les prestations d'aides et de soins pondérées, à savoir les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et les activités de soutien. En 2010, cette population présente 79% du nombre total de bénéficiaires de l'assurance dépendance. Les deux scénarios les plus réalistes à l'heure actuelle, à savoir le scénario de l'expansion de la morbidité (e.m.) et celui de la morbidité constante (m.c.) ont été retenus dans cette analyse.

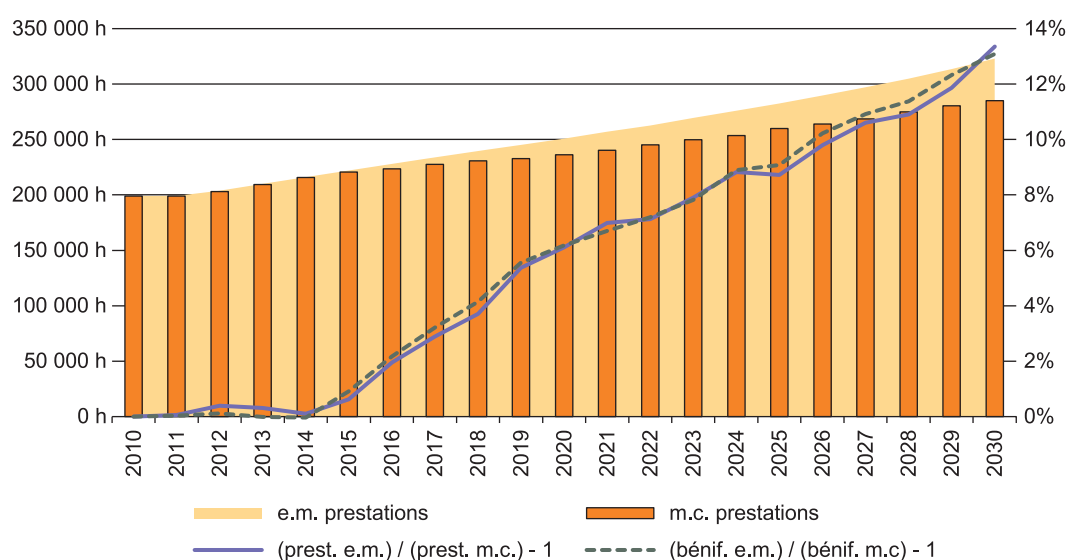
La simulation de l'évolution démographique tient compte du taux de mortalité projeté par EUROSTAT (EUROPOP 2010). La projection du nombre de bénéficiaires et de leurs besoins en aides et soins se basent sur des informations issues des fichiers administratifs de la CNS.

³ EU (2012) : "The 2012 Ageing Report : underlying assumptions and projection methodologies", DGEFIN, European Economy 4/2011.

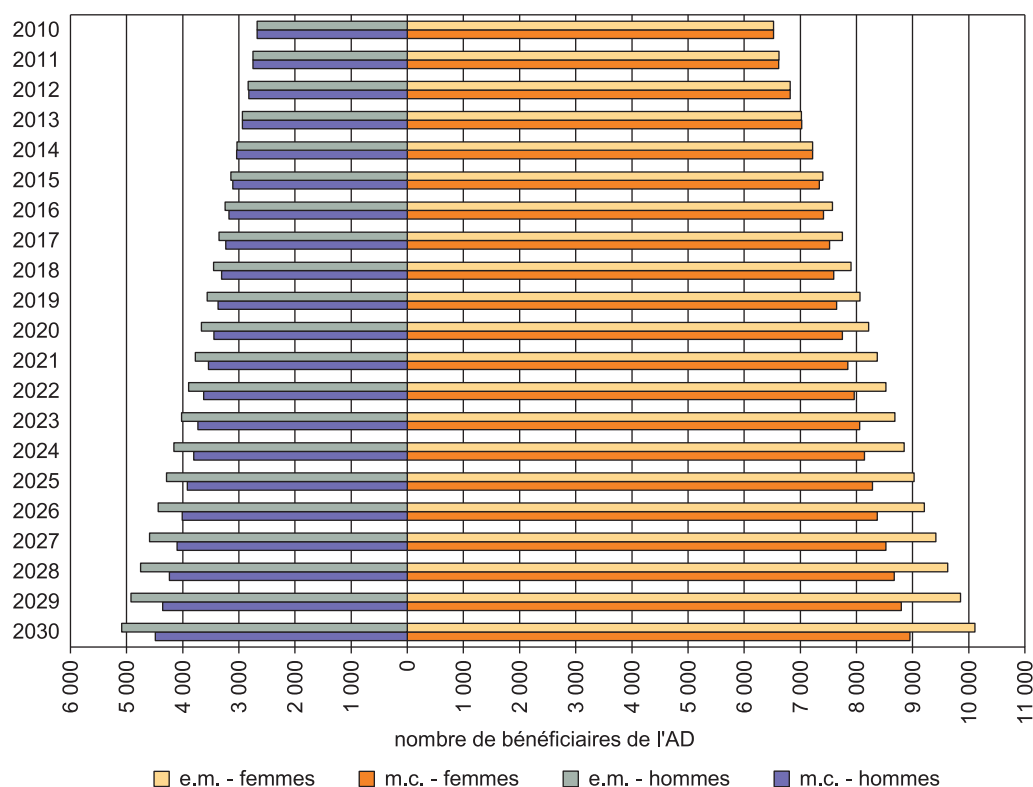
L'analyse (voir graphiques ci-dessous) permet de dire que :

- A partir de 2015 les résultats du scénario de l'expansion de la morbidité (e.m.) et du scénario de la morbidité constante (m.c.) divergent : l'écart entre le nombre de bénéficiaires et de prestations des deux scénarios se creuse à partir de 2015 avec $\pm 1\%$ par an, pour atteindre 13% en 2030.
- A l'horizon 2030 la population protégée résidente totale âgée de plus de 60 ans augmentera de 66% par rapport à 2010.
- Selon le scénario de la morbidité constante, le nombre de bénéficiaires dépendants résidents 60+ croîtra de 46% par rapport à celui de 2010. Cette variation s'élève même à 65% dans le scénario de l'expansion de la morbidité.
- Le taux de dépendance reste à peu près constant pour la population 60+ dans le scénario de l'expansion de la morbidité. Selon les hypothèses du scénario de la morbidité constante, il connaîtrait une baisse de 1% jusqu'en 2030.
- Les prestations accordées suivent la même évolution que le nombre de bénéficiaires.

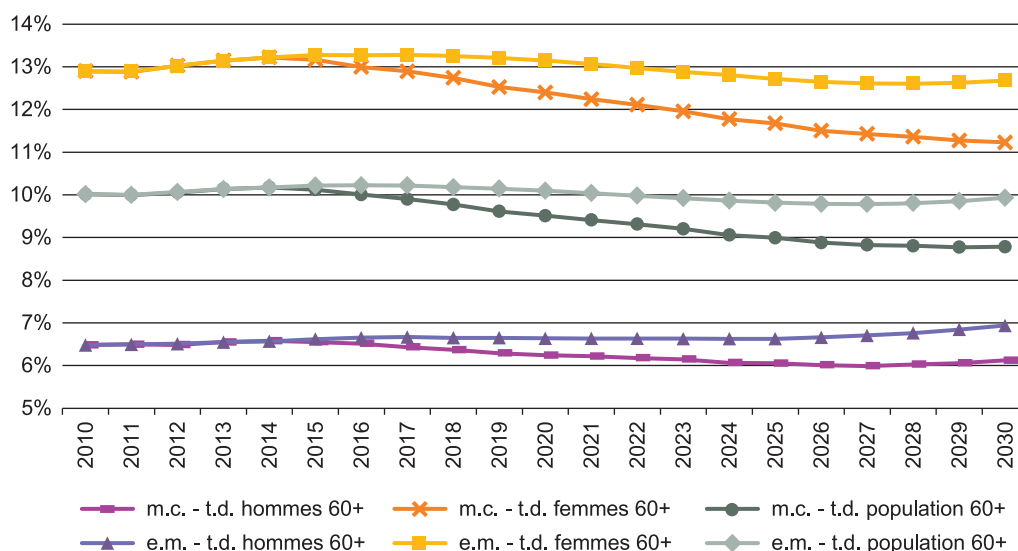
GRAPHIQUE 6. - EVOLUTION 2010-2030 DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCES SELON LE SCÉNARIO RETENU (1 ET 3)



GRAPHIQUE 7. - ÉVOLUTION 2010-2030 DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES PAR SEXE ET EN FONCTION DU SCÉNARIO RETENU (1 ET 3)



GRAPHIQUE 8. - ÉVOLUTION 2010-2030 DU TAUX DE DÉPENDANCE (T.D.) EN FONCTION DU SCÉNARIO ET DU SEXE POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS



Comme indiqué plus haut et en vue des projections financières de l'assurance dépendance à court terme mais aussi à l'horizon 2030, la suite de l'étude se base sur le scénario 1, expansion de la morbidité, scénario le plus dynamique des trois scénarios présentés et sur la population dépendante totale (résidents et non-résidents, tout âge confondu).

Le nombre restreint de bénéficiaires non-résidents ne permet pas des projections détaillées pour cette population, les prévisions sur le nombre de personnes dépendantes par âge et par sexe se limitent donc aux bénéficiaires résidents. L'évolution des personnes dépendantes non-résidentes sera abordée d'une façon globale, plus appropriée.

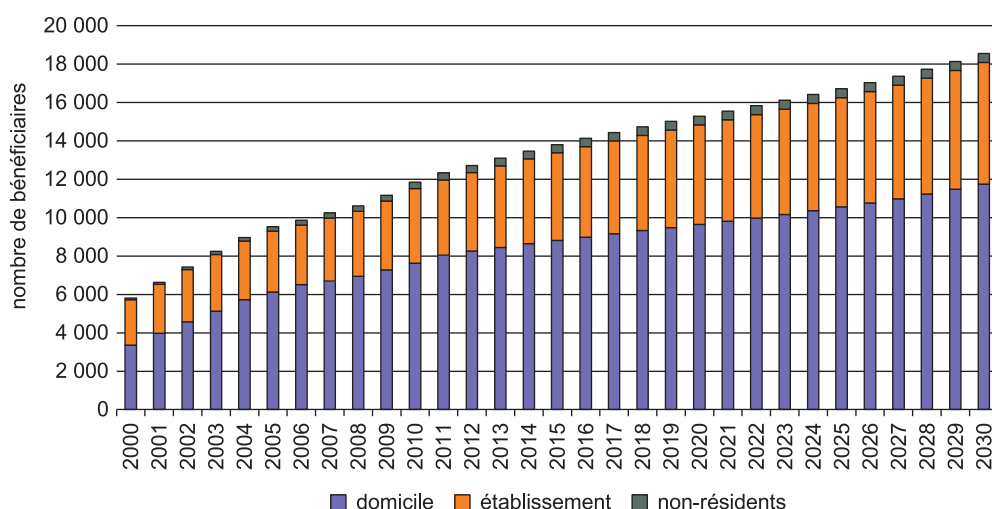
TABEAU 7. - EVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES BÉNÉFICIAIRE DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE À L'HORIZON 2030^{a)}

Lieu de séjour	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	Variation 2000/2030
Etablissement	2 372	3 169	3 876	4 563	5 185	5 697	6 346	167,5%
Domicile	3 363	6 134	7 636	8 815	9 645	10 559	11 742	249,2%
Total résidents	5 735	9 303	11 512	13 378	14 830	16 256	18 088	215,4%
Variation en %		62,2%	23,7%	16,2%	10,9%	9,6%	11,3%	
Total non-résidents	75	225	338	421	456	464	464	518,7%
Variation en %		200,0%	50,2%	24,6%	8,3%	1,8%	0,0%	

Source : Calcul IGSS (août 2012).

a) Situation au 31 décembre.

GRAPHIQUE 9. - EVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE À L'HORIZON 2030 PAR RÉSIDENCE ET LIEU DE SÉJOUR^{a)}



Source : Calcul IGSS (août 2012).

a) Situation au 31 décembre.

Depuis l'introduction de l'assurance dépendance au Luxembourg, le nombre total de bénéficiaires a augmenté de manière continue et dynamique. Le rythme de croisière n'est atteint qu'en 2006. À partir de cette année et jusqu'en 2011, la croissance du nombre de bénéficiaires se situe en moyenne à 4,5%.

Les projections de 2012 à 2030 prévoient une augmentation annuelle moyenne de 2,2% du nombre total des bénéficiaires de prestations, de 2,6% pour ceux qui vivent en milieu stationnaire, de 2,0% pour les personnes vivant à domicile et de 1,4% pour les bénéficiaires à l'étranger.

TABEAU 8. - EVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES RÉSIDENTS DE PRESTATIONS DE MAINTIEN À DOMICILE À L'HORIZON 2030 PAR TYPE DE PRESTATION^{a)}

Type de prestation ^{b)}	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	Variation 2000/2030
Domicile - réseau	1 799	4 306	6 130	7 176	7 865	8 622	9 625	435,0%
Domicile - aidant	2 820	4 888	6 018	6 951	7 615	8 367	9 362	232,0%
Domicile - partage	1 430	3 385	4 878	5 718	6 275	6 907	7 760	442,7%
Domicile - forfait	173	323	365	404	437	475	512	196,0%
TOTAL DOMICILE	5 735	9 303	11 512	13 378	14 830	16 256	18 088	215,4%

Source : Calcul IGSS (août 2012).

a) Situation au 31 décembre.

b) Domicile - réseau : bénéficiaire de prestations en nature exclusivement et bénéficiaire d'un plan de partage.

Domicile - aidant : bénéficiaire de prestations en espèces exclusivement et bénéficiaire d'un plan de partage.

Domicile - partage : bénéficiaire d'un plan de partage.

Domicile - forfait : bénéficiaire de dispositions particulières.

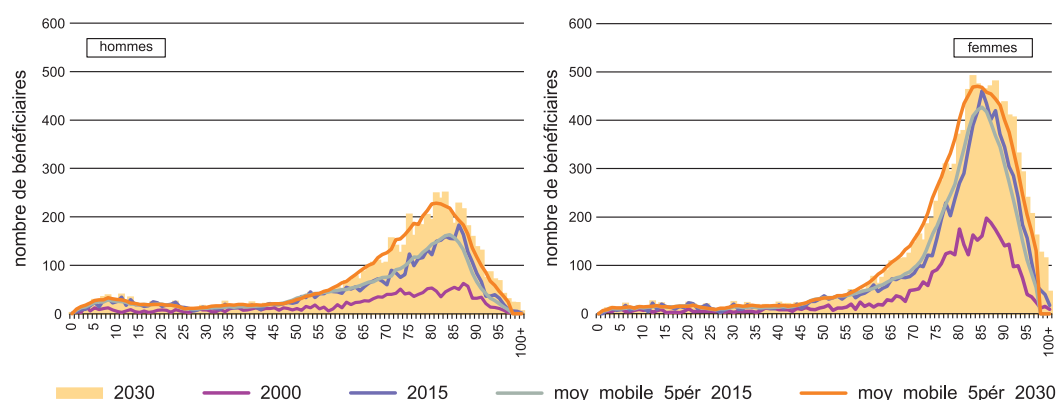
A noter que le nombre total des bénéficiaires du maintien à domicile est inférieur à la somme des bénéficiaires de prestations forfaitaires, des aides et soins prestés par les réseaux et les aidants informels. Cela s'explique par le fait que les personnes disposant d'un plan de partage apparaissent à la fois dans les catégories " Aidant ", " Réseau " et " Partage ".

Le nombre de bénéficiaires du maintien à domicile connaîtra une augmentation continue pour les années à venir. Les personnes prises en charge par des réseaux d'aides et de soins représenteront le contingent le plus important. On peut aussi observer qu'en 2000 la différence entre le nombre des bénéficiaires de prestations délivrées par des réseaux d'aides et de soins et celui des bénéficiaires ayant recours à des aidants informels s'élève à 1 021 unités alors qu'en 2030 cette différence ne sera que de 263 personnes. Comme la majeure partie des aidants informels constitue des femmes (93,1% en 2010, 99,5% pour les aidants âgés de 15 à 65 ans) et comme l'emploi féminin continue à augmenter (50,6% en 2001 à 60,5% en 2030) il en résulte que moins d'aidants informels seront disponibles pour soigner un de leurs proches. Dès lors une proportion plus importante des personnes dépendantes devra recourir aux services d'un réseau d'aides et de soins.

L'augmentation des bénéficiaires des dispositions particulières s'explique par deux facteurs :

- un facteur purement démographique lié à l'évolution de la population protégée ;
- un facteur transfert : les personnes bénéficiant des allocations de soins et des allocations spéciales pour personnes gravement handicapées introduites avant l'assurance dépendance continuent soit à recevoir ces allocations après 1999, soit ont opté pour des prestations de l'assurance dépendance.

GRAPHIQUE 10. - LES PERSONNES DÉPENDANTES RÉSIDENTES À L'HORIZON 2030 PAR ÂGE ET SEXE ^{a)}



Source : Calcul IGSS (août 2012).

a) Situation au 31 décembre.

La croissance de 2001 à 2015 est beaucoup plus rapide que celle de la période 2015 à 2030. Ceci s'explique entre autres par une augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans due à l'effet du "Baby Boom" et à une espérance de vie plus élevée.

L'âge médian pour les femmes dépendantes résidentes passera de 80,9 ans en 2000 à 82 ans en 2030. Pour les dépendants résidents masculins l'âge médian qui se situe à 73,4 ans en 2000, atteindra 77,9 ans en 2030.

SECTION 3 LA SITUATION FINANCIÈRE ACTUELLE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Les projections à long terme de la situation financière de l'assurance dépendance se basent sur les hypothèses issues des données financières actuelles de l'assurance dépendance. Le tableau ci-après présente un aperçu synoptique sur l'évolution des recettes et des dépenses⁴ de 2006 à 2011.

TABEAU 9. - ÉVOLUTION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE ^{a)}

Exercice	2006	2007	2008	2009 ^{b)}	2010	2011	2012 ^{d)}
Contributions des ménages	158,2	234,8	256,0	266,9	278,2	294,5	339,05
Contribution de l'Etat	149,4	140,0	140,0	140,0	140,0	140,0	184,58
Redevance AD du secteur de l'énergie	2,2	1,6	1,8	2,0	1,8	1,9	1,70
Recettes diverses	2,7	5,9	7,7	2,5	1,5	3,5	44,82
TOTAL DES RECETTES COURANTES	312,5	382,3	405,5	411,4	421,5	439,9	570,15
Frais d'administration ^{c)}	4,1	4,4	5,6	11,1	11,5	12,8	13,76
Prestations en espèces	8,3	7,8	7,2	6,3	6,6	6,8	6,05
Prestations en nature	313,4	318,5	340,8	382,8	425,9	457,5	540,97
Prestations à domicile	157,7	155,6	151,3	147,1	161,0	186,3	252,38
Prestations en milieu stationnaire	147,5	153,2	179,7	224,1	252,7	263,2	281,30
Prestations à l'étranger	8,2	9,6	9,2	11,3	11,8	8,1	7,29
Actions expérimentales	-	-	0,6	0,3	0,4	-0,1	
Transfert de cotisations	2,8	2,9	3,6	4,1	4,5	4,8	5,56
Dépenses diverses	0,8	0,3	0,2	0,5	0,5	0,8	0,47
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	329,4	333,9	357,5	404,8	449,0	482,7	566,81
Réserve	76,1	124,0	172,5	179,2	151,6	108,8	112,10

a) Données ajustées pour éliminer les biais provoqués par la liquidation, au cours de l'exercice n, des prestations provisionnées à la fin de l'exercice n-1.

b) L'évolution des dépenses courantes est perturbée à cause de la non-comptabilisation d'une provision pour prestations en 2008 (dépassement du délai légal).

c) L'augmentation sensible des frais d'administration est une conséquence indirecte de la fusion des caisses de maladie à partir du 1.1. 2009 suite à l'introduction du statut unique pour les salariés du secteur privé. Cette fusion a motivé une modification de la base du calcul des frais d'administration.

d) Projet de budget de l'assurance dépendance pour l'exercice 2013 (décembre 2012).

L'analyse de ce tableau met en évidence la situation financière de l'assurance dépendance en 2006 qui se caractérise par un découvert de 17 millions d'euros en exploitation annuelle. L'augmentation en 2007 du taux de contribution des ménages de 1,0% à 1,4% a permis de redresser la situation à partir de cette date. Elle a également largement compensé la baisse de la contribution de l'Etat gelée temporairement au niveau de 140 millions d'euros à partir de 2007 également. A partir de 2010, on constate que le solde des opérations courantes est de nouveau négatif et, que le niveau de la réserve diminue progressivement.

⁴ Les dotations ou prélèvements aux provisions ont été neutralisés afin de permettre un meilleur suivi pluriannuel des recettes et des dépenses.

SECTION 4 L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE À L'HORIZON 2030

Le scénario macro-économique suivant tient compte des hypothèses de croissance définies dans le programme de stabilité et de convergence de l'UE pour la période 2012-2015 ainsi que des changements récents au niveau de la participation de l'Etat aux dépenses de l'assurance dépendance. En effet cette participation est fixée à 35% pour 2012 et à 40% à partir de l'exercice 2013.

TABLEAU 10. - CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DES SCÉNARIOS APPLIQUÉS

	2013	2014	2015	2020	2025	2030
Taux de dépendance	fixé au niveau de 2010	fixé au niveau de 2010	fixé au niveau de 2010	fixé au niveau de 2010	fixé au niveau de 2010	fixé au niveau de 2010
Emploi intérieur	1,40%	1,60%	2,10%	0,70%	0,30%	0,20%
Productivité du travail	0,80%	1,80%	2,20%	1,40%	1,50%	1,50%
Participation de l'Etat	40% des dépenses totales (y compris dotation à la réserve)	40% des dépenses totales (y compris dotation à la réserve)	40% des dépenses totales (y compris dotation à la réserve)	40% des dépenses totales (y compris dotation à la réserve)	40% des dépenses totales (y compris dotation à la réserve)	40% des dépenses totales (y compris dotation à la réserve)
Taux de cotisation	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%	1,40%
Taux d'équilibre de l'exercice	1,43%	1,48%	1,51%	1,57%	1,63%	1,73%
Emploi intérieur d'équilibre	2,94%	4,47%	3,66%	1,94%	1,68%	2,12%

Note : Les hypothèses sur les variations à court terme (2015) des différents paramètres proviennent du programme de stabilité du Luxembourg pour la période 2012-2015.

Les hypothèses sur les variations à long terme (2030) des différents paramètres proviennent des projections actualisées du EC-EPC (AWG).

Le taux d'équilibre de l'exercice, c'est-à-dire le taux de cotisation nécessaire pour assurer l'équilibre entre recettes et dépenses de l'exercice sous revue, est estimé à 1,43% pour 2013. A l'horizon 2030 il est estimé à 1,73%.

D'un autre point de vue on peut dire que, pour avoir un équilibre financier de l'assurance dépendance en 2030 une croissance de l'emploi intérieur soutenue est nécessaire.

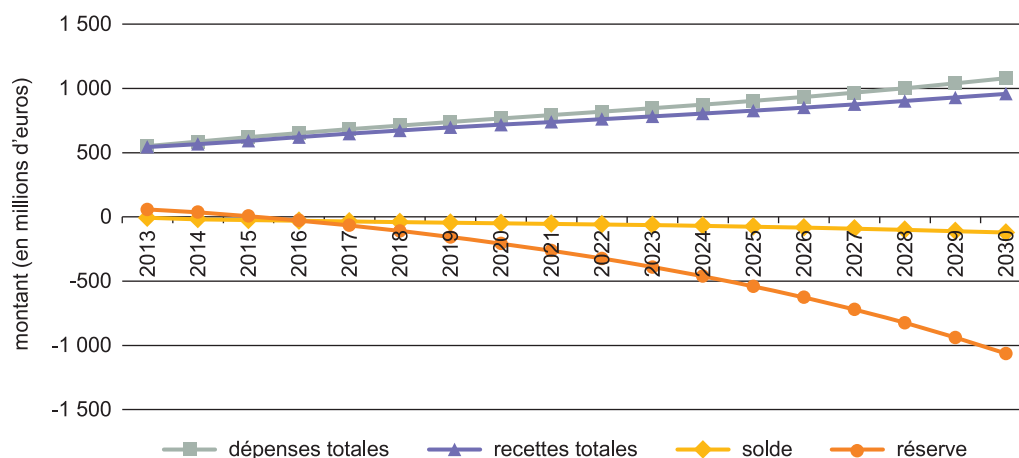
Le taux de dépendance, c'est-à-dire la morbidité par âge et sexe est supposé constant. Les résultats financiers à l'horizon 2030 sont illustrés dans les tableaux et graphiques suivants.

TABLEAU 11. - LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE À L'HORIZON 2030 (EN MILLIONS D'EUROS)

	Dépenses totales	Recettes totales	Solde	Réserve	Participation Etat
2013	551,8	544,9	-7,0	57,7	222,0
2014	585,0	566,4	-18,7	35,7	235,3
2015	618,7	592,0	-26,7	5,7	248,8
2016	651,0	620,3	-30,7	-28,2	261,7
2020	766,7	718,2	-48,5	-207,4	307,7
2025	902,4	826,8	-75,6	-540,2	362,2
2030	1 079,2	957,7	-121,5	-1 064,3	433,3

Source : Calcul IGSS (août 2012).

GRAPHIQUE 11.- EVOLUTION DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE



Source : Calcul IGSS (août 2012).

En augmentant progressivement la participation de l'Etat à 35% respectivement 40% des dépenses totales (y compris la dotation à la réserve) l'assurance dépendance affichera un solde cumulé négatif dès 2016 et la réserve tombera en-dessous du minimum légal de 10% des dépenses courantes totales. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a entamé, il y a un an, les travaux préparatoires.

Réorganisation administrative

2013-2014
Réforme
Coordination
Forfait
Succès
Etat des lieux

■ ■ ■ Chapitre 11

Conclusion



CONCLUSION

Le bilan retrace les grandes lignes de l'évolution depuis 2000 de l'assurance dépendance la cinquième branche intégrée à la sécurité sociale par la loi du 19 juin 1998 et qui constitue une incontestable avancée sociale pour le Luxembourg. Les lignes qui suivent en présentent les acquis principaux, les différents points qui permettent de conclure à un succès ainsi que certains éléments de réflexion pour l'avenir.

Le défi est maintenant de garantir la pérennité de ce précieux instrument, mis en place grâce à la solidarité de l'ensemble des assurés et aux efforts des différents acteurs directement concernés, et dont le financement est assuré par le budget de l'Etat et la contribution dépendance des assurés.

En introduisant l'assurance dépendance dans le système de la sécurité sociale, le législateur de 1998 a souhaité recourir à la solidarité de l'ensemble de la société pour protéger chacun contre un risque de la vie auquel personne ne peut faire face avec ses seules ressources ou celles de sa famille, sans s'exposer à la pauvreté.

Des projections démographiques récentes de la Commission européenne (DG ECFIN) montrent que les populations gagnent en longévité et que le nombre de personnes augmente qui nécessitent des soins médicaux continus, une aide dans les actes essentiels de la vie et un encadrement psycho-social performant. Ces changements des populations et de leurs besoins entraîneront à court terme une augmentation de la demande de services qui provoquera une hausse des dépenses des systèmes des soins de longue durée.

Au vu de ces perspectives, la Commission invite tous les responsables politiques à mettre en place des mécanismes de gestion rationnelle des ressources financières disponibles ainsi que des concepts de restructuration efficaces.

Pour le Luxembourg, les projections démographiques et financières, présentées dans le présent bilan annoncent que, malgré l'augmentation de la participation de l'Etat de 35% à 40%, l'assurance dépendance " *affichera un solde cumulé négatif à partir de 2016* ".

A l'horizon 2030, pour 100 personnes en âge de travailler (15-64 ans), on comptera 55 personnes qui ne le seront pas. Ce taux de dépendance de 55% était de 50% en 2000 et de 46% en 2010. En ce qui concerne l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance, les projections prévoient une augmentation annuelle de 2,2% : 2,6% pour les bénéficiaires en milieu stationnaire, 2,0% pour les bénéficiaires à domicile et 1,4% pour les bénéficiaires à l'étranger.

Le gouvernement issu des élections de 2009 se montra dès lors bien avisé lorsqu'il mit au programme de la législature, la réalisation d'un " *bilan des années de régime de croisière de l'assurance dépendance* " et l'examen de " *la viabilité à long terme de l'assurance dépendance* ".

Le présent bilan a été réalisé dans cet objectif. Il présente une foison de données sur les différentes facettes de l'assurance dépendance. Les paragraphes suivants tentent d'en faire la synthèse et de dégager certaines réflexions suscitées par les principaux résultats. Ils attirent également l'attention sur des sujets intéressants qui mériteraient d'être explorés davantage dans les mois prochains.

LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE AU LUXEMBOURG

Dans le présent contexte, il est question des bénéficiaires qui répondent à la définition donnée à l'article 348 de la loi du 19 juin 1998 ainsi que des bénéficiaires d'un temps requis forfaitaire pour certaines maladies ou déficiences, dont il est question à l'article 350 de la loi. Les personnes ayant reçu uniquement des aides techniques ou uniquement une adaptation du logement ou, à partir de 2009, des soins palliatifs à domicile ne sont pas reprises ici. Elles feront l'objet de paragraphes spécifiques.

Au 31 décembre 2010, on compte 11 706 bénéficiaires de l'assurance dépendance, soit 1,7% de la population protégée (taux de dépendance). Ce taux était de 1,1% en 2000. Pour 2013 leur nombre est estimé à environ 13 000.

En 2010, l'assurance dépendance compte deux fois plus de bénéficiaires qu'en 2000. Cette augmentation procède de plusieurs mouvements. Sur les dix années, l'assurance a enregistré 22 333 nouvelles entrées. Le nombre de décès s'élève à 14 142 et le nombre de sorties à 563 parmi lesquelles 38% représentent des retours à l'autonomie. Sur l'ensemble de la période, la durée moyenne dans l'assurance dépendance représente 18,2 mois. Elle est de 27 mois pour les bénéficiaires en établissement et de 11,2 mois pour les bénéficiaires à domicile.

En 2010, l'assurance dépendance touche davantage de sujets jeunes qu'en 2000. Toutefois, il y a lieu de noter que cette augmentation parmi les jeunes est due à des changements conjoncturels (changement de législation...) et non à une modification dans le phénomène de dépendance. Car, même si l'âge moyen des bénéficiaires diminue, on relève qu'en 2010, plus de la moitié des bénéficiaires (51,4%) sont âgés de plus de 80 ans. Cette proportion augmente très légèrement si l'on compare 2000 et 2010.

On constate également que l'âge moyen d'entrée dans la dépendance a augmenté au cours des années étudiées. De 74,5 ans en 2000, il est passé à 75,3 ans en 2010. L'âge moyen au décès a également augmenté : de 81,5 ans en 2000, il est passé à 82,9 ans en 2010.

L'augmentation de la population dépendante n'est cependant pas uniquement due à des changements démographiques dans la population protégée. Le bilan met en évidence que si l'augmentation de la population dépendante était uniquement due à l'évolution démographique, le nombre de personnes dépendantes serait inférieur de 21% à ce qu'il est effectivement en 2010. On peut en conclure que d'autres facteurs sont intervenus pour influencer l'augmentation de la population dépendante. Ces facteurs restent néanmoins inconnus à l'heure actuelle, mais on peut formuler l'hypothèse que c'est dû principalement à une meilleure connaissance du système par la population.

Depuis 2000, l'assurance dépendance a toujours compté plus de bénéficiaires à domicile qu'en établissement. Toutefois, l'augmentation du nombre de bénéficiaires s'est marquée beaucoup plus fortement à domicile qu'en établissement. En 2000, les bénéficiaires à domicile représentaient 59% de l'ensemble. En 2010, ils représentent 67% de l'ensemble. En chiffres absolus, le nombre de bénéficiaires à domicile a plus que doublé (augmentation de 128%). Il y a lieu de rapporter ces chiffres au principe de la priorité au maintien à domicile, priorité qui a été pleinement réalisée. On ajoutera néanmoins que cette priorité n'a pas freiné la création de places supplémentaires en établissement et l'on doit sur ce point relever que les nouvelles places créées ont été mises en grande partie à la disposition de personnes dépendantes. En 2000, les personnes dépendantes occupaient 67% des places disponibles en établissement. Cette proportion représente 80 % en 2010.

Même si l'avancement en âge en est une caractéristique fondamentale, il faut rappeler que l'assurance dépendance est une assurance sociale s'adressant à l'ensemble des personnes nécessitant de l'aide pour les actes essentiels de la vie, quel que soit leur âge. Il était dès lors important de donner aussi une place aux analyses traitant des bénéficiaires handicapés, et ceci d'autant plus que le Luxembourg a approuvé la convention des Nations-Unies définissant leurs droits et élaboré récemment un plan d'action pour concrétiser cette adhésion. Pour le bilan, deux définitions de la personne handicapée sont utilisées : une définition par l'âge et une définition basée sur les pathologies qui ne relèvent pas de la gériatrie. Dans les présentes conclusions, il ne sera question que du groupe défini sur base de l'âge, à savoir le groupe des bénéficiaires jusqu'à l'âge de 60 ans. En 2000, ce groupe représentait 17,3% de l'ensemble des bénéficiaires. Il en représente 19,5% en 2010. Le groupe des bénéficiaires handicapés contraste sur de nombreux points avec les constatations qui ont pu être faites pour l'ensemble des personnes dépendantes. Ces différences proviennent probablement de la grande hétérogénéité du groupe. Les hommes y sont majoritaires et en représentent 55%. Presque tous les bénéficiaires de ce groupe (97,9%) séjournent à domicile. Plus rare dans les premières années, le recours à un prestataire professionnel augmente avec les années. En 2000, 55% des bénéficiaires y faisaient appel. En 2010, ils sont 62%. Parmi eux, 80% recourent à un service spécifiquement dédié aux personnes handicapées. Le temps moyen requis pour les personnes handicapées est inférieur à celui de l'ensemble des personnes dépendantes. Il représente 11,6 heures par semaine pour les actes essentiels de la vie alors qu'il représente 12,4 heures dans l'ensemble. Pour les activités de soutien, il représente 6,4 heures contre 7,2 heures pour l'ensemble. Le coût annuel moyen d'un bénéficiaire handicapé s'élève à 5 364 euros, en 2010. Il est inférieur au coût moyen de 2000 où il représentait 9 896 euros. Alors que l'effectif du groupe a doublé entre 2000 et 2010, les dépenses quant à elles n'ont augmenté que de 23%.

Il convient en outre d'y distinguer le groupe des enfants jusqu'à l'âge de huit ans, car ils font l'objet de mesures particulières en termes de détermination de la dépendance. En 2010, 202 enfants ont bénéficié de prestations de l'assurance dépendance : 81 filles et 121 garçons. Les malformations congénitales, maladies du système nerveux ou troubles mentaux et de comportement sont les deux principales causes de dépendance chez l'enfant. Elles concernent 74,8% de l'ensemble des enfants entre 2000 et 2010. On constate néanmoins que le nombre d'enfants atteints d'un handicap moteur lourd diminue progressivement depuis 2000, alors que le nombre d'enfants présentant des troubles psychiques augmente. Dans le groupe des enfants, le choix de la prestation en espèces domine. Seuls 27% des enfants bénéficient de prestations apportées par un réseau d'aides et de soins. De plus, ces interventions consistent essentiellement en activités de soutien. L'intervention dans les actes essentiels de la vie est exceptionnelle.

La définition de la dépendance prône le lien avec une cause médicale. Le bilan rappelle que les trois causes principales sont les maladies du système ostéo-articulaire, la démence et troubles des fonctions cognitives et en troisième lieu, les maladies du système nerveux. Au cours des années, on a pu voir que la démence et troubles des fonctions cognitives qui était le diagnostic le plus fréquent au début, a été dépassé par les maladies du système ostéo-articulaire. On notera que ces informations sont basées sur une approche par classification du diagnostic présenté comme cause principale de la dépendance.

Le chapitre consacré aux causes de la dépendance innove par rapport aux analyses présentées jusqu'à présent : tout d'abord en présentant un " *TOP10* " des diagnostics recueillis, sans recours aux classifications habituelles, ensuite en consacrant une section entière à l'analyse des données relatives aux bénéficiaires atteints de maladies démentielles.

En ce qui concerne le " *TOP10* ", on relève que deux pathologies chroniques dominent largement le tableau des diagnostics médicaux recueillis lors de la procédure d'évaluation de la dépendance. Il s'agit d'une part de la maladie démentielle, à des stades évolutifs différents allant de troubles cognitifs légers (R41) à un tableau démentiel plus sévère (F03), et d'autre part de la maladie arthrosique et de ses répercussions fonctionnelles (M15 et R26).

Six diagnostics sur dix concernent le domaine neuropsychiatrique et l'on peut observer la prévalence importante de la maladie de Parkinson.

En se concentrant sur l'ensemble des diagnostics, on constate que les maladies démentielles touchent 33% de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance. 79% d'entre eux se retrouvent dans les classes d'âge de 80 ans et plus. Leur moyenne d'âge est de 82,9 ans en 2010. Il s'agit très majoritairement de femmes. Elles représentent 72% des bénéficiaires atteints de démence. Dans le cadre de l'assurance dépendance du Luxembourg, la prévalence de la démence est de 2,6 femmes pour un homme.

Les bénéficiaires présentant une maladie démentielle se trouvent majoritairement en établissement. En 2010, on y retrouve 61% d'entre eux. On relève aussi que les lits qui ont été ajoutés dans les infrastructures d'hébergement du Luxembourg leur ont été prioritairement destinés. En 2010, le taux d'occupation des lits existants par des personnes démentes est de 42%. Il était de 27% en 2000.

Dans les dépenses de l'assurance dépendance, les bénéficiaires atteints de maladies démentielles se taillent la plus grande part. Ainsi, on constate qu'ils se partagent 74% de l'ensemble des dépenses. En 2010, les dépenses engendrées par leur prise en charge se chiffrent à 311 millions d'euros. Le coût moyen annuel d'un bénéficiaire atteint de maladie démentielle est de 143 091 euros (392 euros par jour). Les bénéficiaires pour qui la maladie démentielle s'associe à une autre cause donnée comme cause principale de la dépendance présentent le coût le plus élevé.

On relève enfin que 71% des dépenses consacrées aux bénéficiaires atteints de maladie démentielle sont destinées aux établissements d'aides et de soins à séjour continu.

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE...

L'octroi des prestations est basé sur le principe du requis, à savoir les prestations que la Cellule d'évaluation a retenues au vu des observations recueillies lors de l'évaluation du bénéficiaire. Au cours des années, le temps moyen requis a augmenté. Il représentait 16,1 heures en 2001 et 20,1 heures en 2010, soit une augmentation de quatre heures entre 2001 et 2010.

L'augmentation du temps total requis a été très importante pour les bénéficiaires en établissement où l'on passe d'un temps moyen de 20 heures en 2000 à près de 27 heures en 2010, alors qu'à domicile, le temps moyen passe de 13,6 heures en 2000 à 17 heures en 2010. Le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie présente une grande stabilité sur les dix années observées. Dès lors, l'augmentation constatée pour le temps total est principalement due à l'augmentation du temps requis pour les activités de soutien, et surtout pour les activités de soutien pour les bénéficiaires en établissement d'aides et de soins. Entre 2008 et 2010, au niveau des activités de soutien, on relève une augmentation de 0,4 heures pour l'ensemble. Elle représente 0,1 heure pour les bénéficiaires à domicile et 1 heure pour les bénéficiaires en établissement, soit dix fois plus.

Enfin, il est intéressant de décrire la distribution du volume des prestations requises entre les différents bénéficiaires : en 2010, on constate que 30% des bénéficiaires se partagent 50% du temps total requis. Cette distribution présente une grande stabilité depuis 2000. Il y a lieu d'ajouter que parmi les 30% considérés, on retrouve 58,9% des bénéficiaires en établissement et 16% des bénéficiaires à domicile.

Le bilan consacre une place importante à l'analyse des données concernant les aides techniques et les adaptations du logement. Jusqu'à présent, ces deux types de prestations n'avaient fait l'objet que d'analyses très sommaires.

Les aides techniques augmentent de manière considérable d'année en année et atteignent 32 704 unités en 2010. Elles peuvent être accordées à des personnes dépendantes pour les actes essentiels de la vie mais elles peuvent l'être également sans égard au besoin minimum de 3,5 heures par semaine en actes essentiels de la vie. La croissance du nombre de bénéficiaires d'aides techniques est plus forte que celle de la population dépendante. Près de 20% des bénéficiaires d'aides techniques ne perçoivent pas de prestations d'aides et de soins. Entre 2005 et 2010, la quantité d'aides techniques mises à disposition en moyenne par bénéficiaire varie très peu. On relève 2,6 aides en 2005 et 2,7 en 2010. Avec un âge moyen de 76,5 ans en 2010, les bénéficiaires d'aides techniques sont plus âgés que la population dépendante totale.

Le nombre de bénéficiaires d'une adaptation du logement est peu élevé. Entre 2000 et 2010, 798 adaptations du logement ont été réalisées, dont la majorité a consisté en une adaptation de la salle de bain. La proportion des bénéficiaires d'une adaptation du logement qui ne perçoivent pas en même temps de prestations d'aides et de soins est en progression constante depuis 2007 et atteint 25% en 2010. L'âge moyen des bénéficiaires a été très bas pendant les premières années de l'assurance dépendance et ce n'est que depuis 2009 que l'âge moyen se situe aux environs de 65 ans. Un tiers des adaptations réalisées entre 2000 et 2010 ne sont plus utilisées par leurs bénéficiaires, qui en ont profité pendant environ 2,5 ans après la réalisation.

On ne pouvait établir un bilan de l'assurance dépendance sans évoquer les prestations pour soins palliatifs en milieu extrahospitalier qui ont été ajoutées aux prestations de l'assurance dépendance en 2009. Depuis 2009, le Contrôle médical de la sécurité sociale a donné un accord pour l'octroi de ces prestations à 1 205 personnes. Pour les bénéficiaires dont les soins palliatifs ont été facturés à l'assurance dépendance, on relève une moyenne de 94,1 jours accordés.

... ET LEURS COÛTS

L'augmentation du nombre de bénéficiaires et du temps requis entraîne inévitablement une croissance des dépenses de l'assurance dépendance.

En 2010, les dépenses de l'assurance dépendance sont 3,4 fois plus élevées qu'en 2000. Le nombre de bénéficiaires quant à lui n'a fait que doubler et l'on peut constater qu'en moyenne, les dépenses augmentent 1,8 fois plus rapidement que le nombre de bénéficiaires. En 2010 le coût moyen total par bénéficiaire (toutes catégories confondues) s'élève à 31 500 euros. Le montant annuel maximal remboursé pour une personne s'élève à 126 263 euros en 2000 (une femme) et à 190 974 euros en 2010 (une femme également). Le coût le plus élevé chez les hommes se chiffre à 80 637 euros en 2000 et à 137 660 euros en 2010.

Les actes essentiels de la vie présentent le poste de frais le plus important. Les dépenses les concernant ont triplé depuis l'introduction de l'assurance dépendance. Les activités de soutien affichent cependant l'augmentation la plus spectaculaire : le montant de 2010 est six fois plus élevé qu'en 2000.

En 2010, on estime le coût moyen d'un plan de prise en charge à 36 171 euros. Sa durée moyenne est de 218,2 jours, soit 7,2 mois.

A l'instar des aides et soins, la croissance importante du nombre de bénéficiaires d'aides techniques engendre une évolution significative des dépenses pour les aides techniques depuis 2005. Entre 2005 et 2010 les frais ont augmenté de 27% pour atteindre 10 millions d'euros en 2010. Néanmoins, on constate que le coût moyen de l'aide technique diminue de manière constante depuis 2005, ce qui s'explique en partie par la mise en œuvre d'achats groupés et un recyclage plus systématique du matériel standard en location par le SMA. Malgré une stricte limitation à l'accessibilité du domicile et des lieux de vie, la fourniture des élévateurs d'escaliers continue d'augmenter de façon importante. En effet, les bénéficiaires d'élévateurs d'escaliers, qui représentent 2% du total des bénéficiaires d'aides techniques et sont pour une large part des personnes non dépendantes au sens de la loi, engendrent 30% de l'ensemble des dépenses pour aides techniques.

Le poste de frais le moins important est celui des adaptations du logement : en 2010 elles engendrent un coût total de 2,3 millions d'euros. Ne sont cependant pas pris en compte ici les frais d'experts indispensables à la réalisation du cahier des charges et au suivi de chantier, qui constituent depuis 2010 une prestation de l'assurance dépendance. Pour la majorité des types d'adaptations, le montant d'intervention de 26 000 euros est suffisant et n'écarte pas les personnes ne disposant pas de moyens financiers personnels.

Les soins palliatifs en milieu extrahospitalier ont représenté jusqu'en 2012, un coût total de 2 216 218 euros. Le coût moyen à charge de l'assurance dépendance représente 6 207 euros par bénéficiaire. Le coût moyen journalier à charge de l'assurance dépendance est de 155 euros. Pour obtenir une image complète, il convient d'y ajouter 150 euros versés par le Ministère de la Famille et de l'Intégration ainsi que l'intervention de l'assurance maladie pour les frais médicaux, les soins infirmiers, l'intervention des kinésithérapeutes, la prise en charge des antalgiques, etc.

LES PRESTATAIRES D'AIDES ET DE SOINS

Grâce à l'introduction de l'assurance dépendance en 1999, le secteur d'aides et de soins et le secteur social se sont développés de manière exponentielle. En effet, alors qu'en 2000 on comptait 66 prestataires-exécutants qui employaient 3 786 équivalents temps plein (ETP) on observe 159 prestataires-exécutants avec un effectif de 7 373 ETP en 2010. L'effectif des établissements à séjour continu (ESC) a augmenté le plus fortement et représente 60% du total de l'effectif des prestataires en 2010. Il est suivi par les réseaux d'aides et de soins avec 25,2% (i.e. 1 857 ETP), les établissements à séjour intermittent avec 11,1% (i.e. 822 ETP). Les centres semi-stationnaires quant à eux, occupent en 2010 quelques 268 ETP, soit 3,6% de l'effectif total. Le nombre de lits par 1 000 habitants en établissement à séjour continu est passé de 9,9 en 2000 à 11,58 en 2010. Leur taux d'occupation moyen atteint 97,1% en 2010. Il s'élève à 66% pour les centres semi-stationnaires et à 92,7% pour les établissements à séjour intermittent.

La loi sur l'assurance dépendance ne mentionne pas l'aidant ou l'aidant informel. La loi parle de la tierce personne ou de la personne de l'entourage qui assure les aides et soins en dehors d'un réseau d'aides et de soins. A partir de 2005, elle prévoit que le plan de prise en charge s'impose aussi à cette personne. En dehors des données relatives à la prise en charge des cotisations à l'assurance pension, on dispose dès lors de peu d'informations sur cette personne.

Sur l'ensemble de la période (2000-2011), on recense 2 545 aidants informels qui ont bénéficié d'une prise en charge de la cotisation à l'assurance pension. Au total, la prise en charge de cette mesure représente un montant de 46 158 445 euros dont 30 772 297 euros sont à charge de l'assurance dépendance.

LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

En 2011, les dépenses de l'assurance dépendance se chiffrent à 482,7 millions d'euros. Les récentes projections de la CNS prévoient pour 2012 des dépenses de l'ordre de 516,2 millions d'euros et de 559,2 millions d'euros en 2013. La participation de l'Etat, fixée à 35%, resp. 40% des dépenses pour l'exercice 2012, resp. 2013 est estimée à 184,4 millions d'euros resp. 227,3 millions d'euros. La contribution dépendance diminue de 339 millions d'euros en 2012 à 328,4 millions d'euros en 2013, soit une baisse de 3,1%. La réserve dévolue de manière systématique depuis 2009. Alors qu'en 2012 le solde des opérations courantes est encore positif (grâce à une recette exceptionnelle de 30 millions d'euros pour la CNS), il devient négatif dès 2013. Avec un déséquilibre entre recettes et dépenses et une réserve qui diminue, de nouvelles mesures devront être prises pour assurer l'équilibre financier de l'assurance dépendance à partir de 2016.

DES PISTES DE RÉFLEXION POUR L'AVENIR

Les différentes analyses et descriptions réalisées dans ce bilan soulèvent questions et réflexions. On ne reviendra pas ici sur le détail. Il semble cependant nécessaire de reprendre quelques thèmes qui permettront d'amorcer un débat sur l'avenir de l'assurance dépendance.

LA SITUATION FINANCIÈRE ET LES PROJECTIONS D'AVENIR

Les données comptables et financières ainsi que les projections présentées montrent que l'assurance va, en termes de financement, atteindre ses limites. Même si par ailleurs, les objectifs de l'assurance ont été bien réalisés, toutes les réflexions pour l'avenir se doivent de tenir compte de cette donnée fondamentale et chaque innovation doit être appréciée à l'aune de son efficience.

LE CONCEPT DE DÉPENDANCE, SA DÉFINITION ET SON ÉVALUATION

Le bilan a montré qu'au fil du temps et des besoins qui se découvraient, l'objet de l'assurance dépendance s'est étendu. Dans la loi de 1998, seules deux prestations pouvaient être octroyées sans atteindre le seuil. Il s'agissait des aides techniques et des prestations en espèces forfaitaires pour certaines maladies ou déficiences. L'exception a été étendue aux adaptations du logement, puis en 2010, le bénéfice de l'ensemble des prestations de l'assurance dépendance a été accordé à charge du budget de l'assurance dépendance aux personnes nécessitant des soins palliatifs, en milieu extra-hospitalier. Il est certes légitime de répondre à tous ces besoins. Toutefois, s'il s'avère que l'assurance dépendance en constitue la réponse appropriée, n'y aurait-il pas lieu de redéfinir son objet de façon à donner une cohérence plus grande au système ? Le concept de soins de longue durée ou de soins continus pourrait constituer une base de réflexion intéressante. En outre, n'y aurait-il pas lieu également de réfléchir à l'organisation et à la coordination de l'ensemble de façon à pouvoir répondre à ces besoins qui se ressemblent, certes, mais qui sont néanmoins différents ?

Une réflexion sur le concept de dépendance entraîne inévitablement une réflexion sur l'évaluation de l'état de dépendance. La procédure d'évaluation est régulièrement remise en question, au niveau de la Cellule d'évaluation, des prestataires et aussi des bénéficiaires. Comme l'a montré le bilan, beaucoup d'efforts ont été consentis pour que l'évaluation rende compte au mieux des besoins de la personne dépendante. Telle qu'elle est conçue actuellement, la mesure de la dépendance est basée en grande partie sur une description de l'état de dépendance réalisée par le demandeur et le prestataire. En fonction de ces données, l'évaluateur apprécie les aides et soins requis. Ainsi, l'évaluation comporte une inévitable part de subjectivité. On ne peut envisager la pérennité de l'assurance dépendance sans se soucier de cette étape fondamentale et se donner les moyens de concevoir un outil d'évaluation adéquat.

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

LES PRESTATIONS EN ESPÈCES FORFAITAIRES EN RAISON DE CERTAINES MALADIES OU DÉFICIENCES

Il y a lieu d'analyser ces dispositions au vu de l'objet de l'assurance dépendance. Les données relatives aux causes de la dépendance montrent que des personnes atteintes de troubles sensoriels peuvent satisfaire aux critères de la définition de la dépendance retenue à l'article 348 de la loi du 19 juin 1998, alors que d'autres maladies ne sont pas énumérées.

LES ACTIVITÉS DE SOUTIEN

Le bilan montre une augmentation importante du temps requis et facturé pour les activités de soutien au cours de ces dernières années. Ce sont principalement les activités de soutien en groupe fournies dans un établissement d'aides et de soins qui influencent l'augmentation du temps moyen. Or, les activités de soutien en groupe, à l'origine la fréquentation du centre de jour spécialisé, ont été introduites afin de permettre le maintien à domicile en déchargeant l'aidant informel. On peut dès lors se poser la question de leur finalité en établissement d'aides et de soins.

On ne manquera cependant pas d'ajouter que les activités de soutien constituent un thème privilégié pour les prestataires d'aides et de soins qui les considèrent comme un instrument de prévention de la dépendance. Les débats sur le sujet ne manqueront pas de tenir compte de tous les points de vue.

LES SOINS PALLIATIFS

D'abord, on retiendra qu'il est difficile de légiférer dans une matière aussi sensible que l'accompagnement d'une fin de vie et que le caractère récent de la loi impose d'être prudent quant aux observations que l'on peut faire.

Dans le cadre des soins palliatifs à domicile certains centres hospitaliers fonctionnent avec des équipes de soins palliatifs dépendant de l'unité hospitalière et sont à charge du budget de l'assurance maladie, d'autres travaillent avec les réseaux d'aides et de soins et les frais sont pris en charge par le budget de l'assurance dépendance. Un système de financement homogène pour les soins palliatifs ne serait-il pas plus judicieux et plus économique ?

Enfin, et d'une manière plus générale, la réflexion sur les soins palliatifs rejoint celle formulée précédemment sur le concept de soins de longue durée ou de soins continus.

LES AIDES TECHNIQUES

L'évolution très importante et non-stabilisée du nombre d'aides techniques mises à disposition entre 2005 et 2010 impose une remise en question de leurs critères d'attribution. En effet, dans un souci de service au client et face à des retards importants dans le traitement des demandes pour aides techniques, la CEO a fait des grands efforts pour faciliter l'accès aux aides techniques, notamment la mise en place d'une help-line spécifique pour toute question en rapport avec les aides techniques. Si les effets pour le demandeur sont très positifs, on peut cependant se demander si l'accès aux aides techniques n'est pas devenu " trop facile ", et ceci d'autant plus que le matériel fourni ne demande en général pas de participation personnelle.

En particulier les critères d'attribution des élévateurs d'escaliers en général et en rapport avec la population non dépendante doivent être revus ; les délais d'attente sont à analyser. En outre il conviendrait d'analyser le bien-fondé éventuel d'une participation financière du bénéficiaire.

L'opportunité économique de la modalité de prise en charge par voie de location devrait être analysée de façon plus précise pour les différents types d'aides techniques, afin de pouvoir baser le choix entre location et acquisition sur des critères d'économicité. Cette analyse pourrait déboucher sur une redéfinition des modalités de prise en charge définies par voie réglementaire.

Une trentaine d'aides techniques reprises dans le règlement grand-ducal de 2006 n'ont jamais été attribuées et le bien-fondé de leur maintien dans la liste est à revoir.

La charge de travail du SMA a évolué de manière considérable au cours des dernières années avec près de 30 000 aides techniques en location à gérer en 2010. Une adaptation de ce service, principalement en matière de logistique et de gestion de stock s'impose, afin de lui permettre d'assurer un système de prêt efficient.

D'autre part, la situation de monopole de fait du SMA soulève certaines questions, notamment en ce qui concerne la propriété des aides techniques prises en charge par voie de location.

LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT

Pour les demandes d'adaptations du logement la CEO ne détermine pas uniquement le type d'adaptation requis et le montant de prise en charge, mais elle assure également le suivi pour la mise en œuvre de l'adaptation. La question se pose, s'il est de la mission de la CEO de réaliser par l'intermédiaire de son expert le suivi du chantier et de devoir interférer régulièrement en tant que médiateur entre les firmes et les bénéficiaires.

Les durées de traitement sont très longues (délais des entreprises, autorisations communales à demander, élaboration du cahier de charge, etc.). Une réflexion approfondie s'impose, visant un allègement de la procédure et une réduction de la durée de traitement, sans toutefois perdre en fonctionnalité et en qualité de l'aménagement réalisé.

Une collaboration avec le Ministère du logement est à mettre en œuvre pour les adaptations dépassant le montant d'intervention maximal et pour les personnes disposant d'un revenu limité.

LES PROJETS D'ACTION EXPÉRIMENTALE (PAEX)

Il ne fait aucun doute qu'un domaine aussi actuel que les soins de longue durée doit être un sujet de recherche et d'analyse. En incluant la possibilité d'action expérimentale dans la loi, le législateur a voulu rejoindre ce souci et l'action expérimentale ouvre toute grande la porte de l'imagination et de la créativité et constitue une chance incomparable pour l'innovation.

Toutefois, au vu des deux projets qui ont été réalisés, il y a lieu de s'interroger sur la place du concept d'action expérimentale et surtout sur l'organisation et la conduite d'un projet d'action expérimentale dans le cadre de l'assurance dépendance. Si la possibilité de financement à charge de l'assurance dépendance est maintenue, une réflexion systématique doit être menée sur le contenu, l'encadrement et le suivi de ces projets.

LA CONVERSION DES PRESTATIONS EN NATURE EN PRESTATIONS EN ESPÈCES ET LE STATUT DE L'AIDANT INFORMEL

En introduisant les prestations en espèces en remplacement des prestations en nature, le législateur a ouvert le droit à la personne dépendante de recourir à une personne de son entourage (aidant informel) pour la prestation des aides et soins. Toutefois le législateur a omis de préciser le rôle de cette personne, de lui donner un statut précis, de spécifier l'affection des prestations en espèces. Il en résulte de fausses interprétations des prestations en espèces.

Une révision du concept des prestations en espèces s'impose donc avec un renforcement entre le lien de la prestation et du service qu'elle couvre.

Dans ce contexte on devra chercher des réponses pour des questions telles que : peut-on assurer le maintien à domicile sans l'octroi de prestations en espèces ? Faut-il formaliser la relation entre aidant informel et personne dépendante et créer le statut d'aidant informel ?

LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE HANDICAPÉE ET DE L'ENFANT

Le plan d'action de mise en œuvre de la convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées répond à bon nombre de préoccupations rencontrées par l'assurance dépendance dans ses relations avec les bénéficiaires handicapés.

Il reste néanmoins une question qui ne peut être abordée dans ce plan qui est celle de la place de l'enfant dans l'assurance dépendance. Depuis 1998, beaucoup d'adaptations ont été faites afin de répondre aux besoins de l'enfant bénéficiaire de l'assurance dépendance. Toutefois, cette réponse reste insatisfaisante. Les travaux sur l'avenir de l'assurance dépendance devront impérativement réserver une place à la définition de la dépendance chez l'enfant, aux modalités de l'évaluation et au mode d'attribution des prestations.

L'ORGANISATION ET LA GESTION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Après plusieurs années de fonctionnement, la Cellule d'évaluation et d'orientation se trouve dotée d'une structure interne solide et son rattachement à l'Inspection générale de la sécurité sociale, qui était justifié pendant les années de démarrage, n'est plus nécessaire.

Enfin, il serait utile d'évaluer les travaux de la Commission de qualité des prestations. Après un début de travail prometteur, son rythme de travail a beaucoup ralenti. Il serait important de réfléchir à la composition de cette commission ainsi qu'aux moyens qui pourraient être mis en place pour lui donner le dynamisme voulu.

LE FINANCEMENT DES PRESTATIONS

Dans la mesure où les aides et soins sont exprimés en durées, et compte tenu du fait que les prestataires professionnels sont engagés par des institutions qui engagent des ressources documentées au moyen de la comptabilité, il allait de soi de baser la fixation des valeurs monétaires sur des coûts de revient. Si cette logique n'est pas contestée, il faut relever qu'un certain nombre de difficultés ont été identifiées dans sa mise en œuvre.

En premier lieu, les valeurs monétaires sont basées sur des coûts de revient moyens constatés sur le plan national, alors même que les coûts individuels des prestataires peuvent diverger de façon conséquente d'un prestataire à l'autre. La convergence des coûts n'a pas vraiment eu lieu. Ainsi, les prestataires à coût plus élevé peuvent être contraints à baisser leur structure des coûts, sans que les prestataires moins coûteux augmentent nécessairement leurs moyens, et aussi leurs coûts ; les prestataires disposant de sources de financement alternatives (prix de pension pour les établissements d'aides et de soins) peuvent combler les moins-values de l'assurance dépendance, ou inversement faire baisser leurs prix de pension en raison de plus-values réalisées au niveau des activités relevant du financement par l'assurance dépendance. Un cadre normatif plus complet - actuellement seul le critère des qualifications minimales requises est retenu par voie réglementaire - pourrait être défini afin de mieux cibler le financement, donc la fixation des valeurs monétaires. Dès lors les modalités de facturation devraient être adaptées afin de permettre une tarification plus fine qui ne tient compte actuellement que de la seule qualification minimale requise. Aujourd'hui, la convention cadre CNS/COPAS prévoit pour les établissements d'aides et de soins, un mécanisme permettant de différencier la tarification (les tarifs) des prestations, or la sécurité juridique de ce dispositif semble discutable dans la mesure où la loi ne prévoit qu'une seule valeur monétaire pour ces prestataires.

Au niveau du financement des activités de soutien en groupe, les modalités de facturation en vigueur font que l'équilibre financier n'est atteint que si les groupes sont composés d'un nombre de participants correspondant à chaque moment à des multiples de 4 ou de 8. L'alternative pour garantir l'équilibre financier consisterait pour le prestataire, à organiser des groupes beaucoup plus grands, ne respectant dès lors plus les taux d'encadrement définis et pris en charge par l'assurance dépendance. Il y a lieu de réfléchir à des modalités différentes en matière de prise en charge de ces prestations.

Une autre question qui devra être éclairée porte sur les temps normatifs définis pour les aides et soins. Ceux-ci sont largement basés sur une méthodologie d'évaluation de l'autonomie de la personne, la CTMSP (Classification par type en milieu de soins et services prolongés) utilisée il y a plus de 25 ans au Canada. Or si cet instrument a été utilisée dans un but d'évaluation de l'autonomie des personnes, les durées forfaitaires n'ont pas trouvé une application dans quelque facturation à l'acte.

D'AUTRES ANALYSES COMPLÉMENTAIRES SONT NÉCESSAIRES

Un grand nombre de sujets sont abordés dans ce bilan qui est loin d'être complet. Au titre d'analyses à ajouter, on citera les thèmes suivants :

- les logements encadrés ;
- le concept de l'accueil gériatrique ;
- la coordination des soins de longue durée et des soins aigus ;
- la rééducation gériatrique ;
- la prévention de la dépendance ;
- l'analyse statistique des demandes et des décisions ;
- les offres de services complémentaires (clubs seniors, téléalarme, etc.) ;
- le prix d'hébergement ;
- le niveau de prise en charge effectif (prestations facturées) par rapport aux prestations auxquelles les personnes ont droit (prestations requises selon plan de prise en charge) ;
- la question de l'existence et du degré de chevauchement des financements des prestations en milieu stationnaire (résultats de la " Kostenträgerrechnung " - KTR) ;
- la délimitation des domaines d'intervention de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance ;
- l'identification et l'analyse des difficultés et contraintes au niveau des procédures administratives ;
- la question des tâches domestiques en milieu stationnaire.

Des données existent et sont disponibles. Les différents acteurs sont appelés à les analyser et à compléter le présent bilan par des études particulières sur les sujets qui n'ont pas encore pu être traités à ce stade-ci de la réflexion.

Objectif

Classification CEO

Schéma

Modification

ICD10

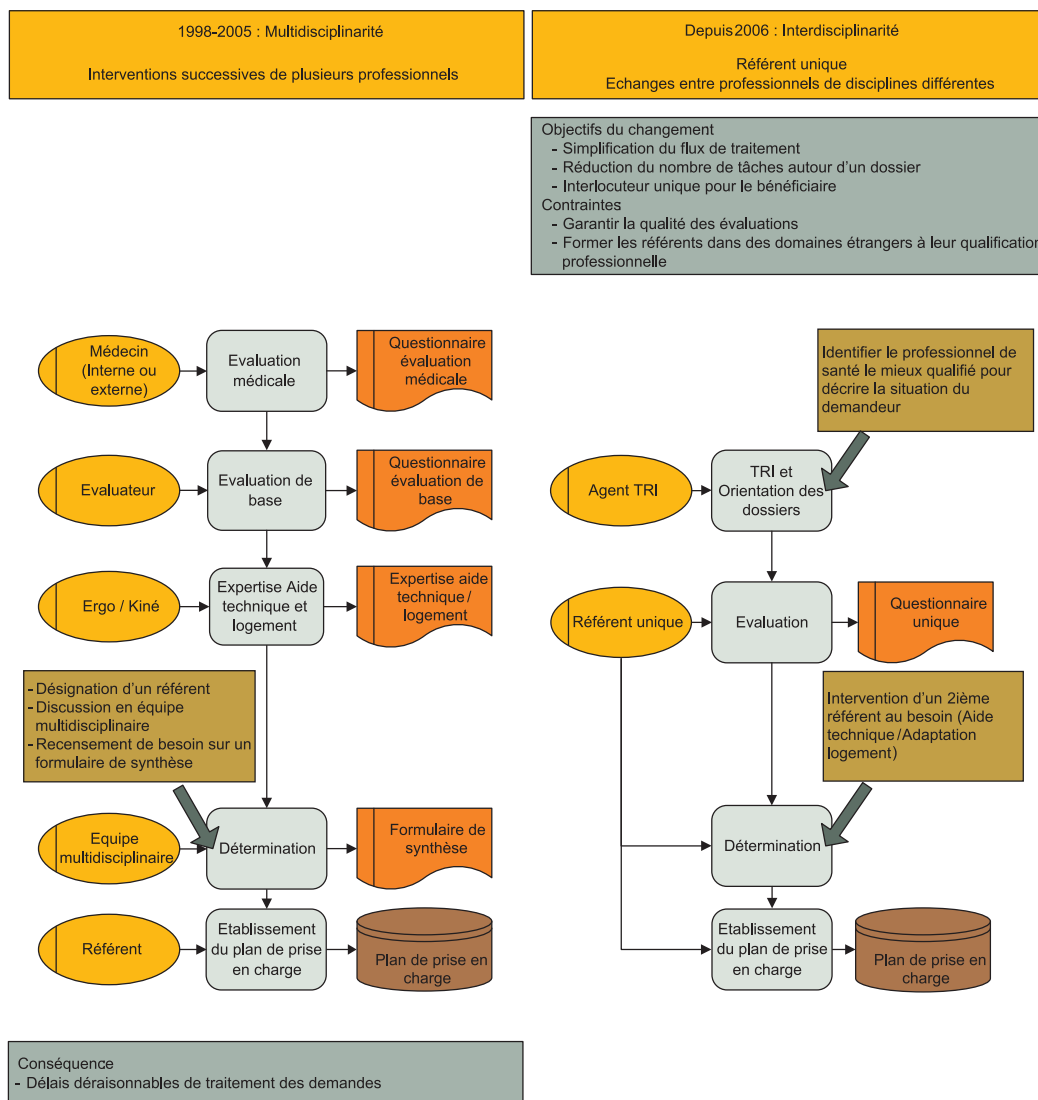
Conversion

Ordre du jour

■ ■ ■ **Annexes**



ANNEXE 1. - SCHEMA COMPARATIF DE LA PRATIQUE INITIALE AVEC LA PRATIQUE ACTUELLE D'ÉVALUATION ET DE DÉTERMINATION



ANNEXE 2. - EVOLUTION DE LA PROCÉDURE D'ÉVALUATION ET DE DÉTERMINATION DEPUIS 1999

	Procédure d'évaluation	Procédure de détermination
Juin 1998 - septembre 2000	• Evaluation multidisciplinaire ; • Evaluation médicale réalisée par un médecin ; • Evaluation de base réalisée par un professionnel de la santé avec le demandeur lui-même et une personne de l'entourage ; • Possibilité d'expertises complémentaires ; • Recueil des données par Note book ; • Questionnaire en WORD.	• Gestion électronique du dossier par ISEA ; • Détermination en équipe multidisciplinaire.
Septembre 2000		• Définition de standards de référence pour les actes essentiels de la vie ; Objectif : uniformiser les références de détermination ; • Garantir un traitement équitable du demandeur.
Avril 2001	• Elaboration d'une nouvelle version du questionnaire d'évaluation en Lotus notes, destinée à remplacer la version en format WORD. Objectif : simplifier le questionnaire d'évaluation ; • Utiliser la terminologie du relevé des aides et soins de façon à faciliter la détermination ; • Utiliser un support informatique plus convivial ; • Introduire davantage de questions standardisées ; • Réduire le temps de passation.	
Novembre 2001		Rédaction d'un nouveau guide de détermination : • Rappel des principes directeurs de l'assurance ; • Précision du concept de services requis ; • Intégration des standards ; • Intégration de consignes de détermination reprises du CTMSP. Objectif : uniformiser les pratiques de détermination de façon à garantir un traitement plus équitable du demandeur.
Deuxième semestre 2002	• L'évaluation médicale est réalisée en premier lieu. Le médecin définit le professionnel qui réalisera l'évaluation de base. Objectif : donner un contexte plus objectif à la description des besoins dans l'évaluation de la dépendance. • Faciliter le recueil des données lors de l'évaluation de base.	<i>Réorganisation des équipes de détermination :</i> • Distinction entre les équipes fonctionnelles et les équipes multidisciplinaires. - L'équipe multidisciplinaire est composée d'un professionnel de chaque discipline de la CEO et se charge du traitement des dossiers complexes. - L'équipe fonctionnelle est composée d'un infirmier et d'un psychologue. Elle se charge des dossiers courants. L'infirmier est chargé de préparer le dossier par une synthèse de l'évaluation selon les 14 besoins fondamentaux de Henderson, de définir le diagnostic infirmier et les objectifs. Objectif : réduire les délais de traitement des dossiers en réduisant le nombre d'intervenant. • Réserver la multidisciplinarité aux situations complexes.

	Procédure d'évaluation	Procédure de détermination
Avril 2003	Mise en place de permanences téléphoniques pour répondre aux demandes urgentes d'aides techniques Objectif : mettre à disposition des demandeurs les aides techniques indispensables, la rétroactivité n'ayant aucun sens dans ce contexte.	
Premier semestre 2003	Organisation du traitement des demandes en révision des prestations suivant une procédure accélérée pour les personnes bénéficiant de l'aide d'un réseau : le prestataire apporte lui-même les modifications qu'il constate par rapport au plan de prise en charge existant (fiche A3). La CEO valide. Les révisions des prestations en établissement sont confiées aux médecins vacataires. Objectif : réduire les délais de traitement des dossiers.	Mise en place d'un groupe de travail chargé de la détermination des demandes en révision des prestations. Objectif : sauvegarder l'uniformité et l'équité des plans de prise en charge .
1er janvier 2004	• Introduction de la possibilité pour le médecin de clôturer le dossier après entretien téléphonique avec le demandeur si la demande n'est pas justifiée; • Introduction de la possibilité de mener l'entretien avec un seul interlocuteur si les données collectées sont suffisantes et fiables. Objectif : réduire les délais de traitement des demandes.	Entrée en application du règlement grand-ducal modifiant les modalités de la détermination de la dépendance : • simplification formelle du relevé de façon à en améliorer la lisibilité • adaptation de certains actes aux réalités du terrain. Objectif : faciliter le travail de détermination des aides et soins de façon à accélérer le traitement des dossiers tout en garantissant la qualité des plans de prise en charge.
Année 2005	• Introduction officielle de la HELPLINE destinée aux aides techniques urgentes ; • Lancement des travaux pour l'élaboration d'un questionnaire unique, composé de plusieurs modules à mobiliser de manière différentielle selon les données de la situation. Objectif : améliorer les délais de traitement des demandes.	

	Procédure d'évaluation	Procédure de détermination
Année 2006	<i>Réorganisation de la procédure d'évaluation :</i> - Evaluations en établissement réalisées par un médecin uniquement ; - Tri des demandes à l'entrée : identification des demandes prioritaires ; - Identification des demandes où l'intervention d'un seul professionnel est suffisante ; - Identification des demandes où le demandeur peut se déplacer à l'antenne ; - Orientation du dossier vers le professionnel le mieux qualifié de façon à éviter la multiplication des opérations. Objectif : améliorer les délais de traitement des demandes.	<i>Réorganisation de la procédure de détermination :</i> - Les déterminations pour les demandeurs en établissement sont réservées à certains professionnels de la CEO. - Les déterminations sont réalisées par le médecin et l'infirmier qui deviennent référents du dossier. - Remobilisation régulière d'équipes multidisciplinaires pour garantir l'homogénéité des déterminations. Objectif : garantir la qualité des plans de prise en charge tout en réduisant les délais de traitement. <i>Réflexion et redéfinition des activités de soutien :</i> - Orientation des activités de soutien exclusivement sur les actes essentiels de la vie ; - Détermination des activités de soutien en fonction d'objectifs à atteindre par le bénéficiaire. Objectif : adapter le contenu des activités de soutien aux besoins du bénéficiaire tout en les recentrant sur l'objet de l'assurance dépendance. - Faciliter la détermination des activités de soutien par une définition plus précise.
1er janvier 2007	- Entrée en application des modifications légales de 2005 ; - Introduction du module préliminaire permettant de clôturer le dossier sans visite au demandeur ; - Mise en place d'un monitoring permettant de surveiller les délais de traitement des dossiers.	- Introduction de nouveaux actes de soutien ; - Introduction de la prestation " chien-guide d'aveugle " ; - Modification des modalités d'octroi des aides techniques ; - Modification des modalités d'octroi des adaptations.
A partir de 2009	- Amélioration de l'étape d'orientation des dossiers de façon à permettre à un seul professionnel de réaliser l'ensemble de la démarche d'évaluation et de détermination ; - Elaboration d'un seul questionnaire pour tous les évaluateurs, regroupant les données médicales, les données relatives à l'état de besoin, les aides techniques et les adaptations du logement.	- Un seul référent évalue et détermine toutes les prestations de l'assurance dépendance ; - Adaptation du guide des prestations de l'assurance dépendance ; - Intégration de toutes les prestations dans un document unique.

ANNEXE 3. - STANDARDS DE DÉTERMINATION

Code	Libellé acte	1999	2004	2007	Références 1999	Standards 2000	Standards 2004	Standards 2007	Standards 2010
ACTES ESSENTIELS DE LA VIE									appliqués depuis le 28 juin 2010
HYGIÈNE									
AE301	aide minimale	x	x	x	1/ jour- 7/ sem.	1/jour- 2/sem.	1/jour- 2/sem.	1/jour- 2/sem.	1/jour- 2/sem.
AE302	aide partielle	x	x	x	1/ jour- 7/ sem.	1/jour- 5/sem. aide min. 1/jour- 2/sem. aide part.	1/jour- 5/sem. aide min. 1/jour- 2/sem. aide part.	1/jour- 5/sem. aide min. 1/jour- 2/sem. aide part.	1/jour- 5/sem. aide min. 1/jour- 2/sem. aide min.
AE303	aide complète lit / douche	x	x	x	1/ jour- 7/ sem.	1/jour- 5/sem. aide min. 1/jour- 2/sem. aide comp. 1/jour- 2/sem. aide part. 1/jour- 2/sem. aide compl.	1/jour- 5/sem. aide min. 1/jour- 2/sem. aide comp. 1/jour- 2/sem. aide part. 1/jour- 2/sem. aide compl.	1/jour- 5/sem. aide min. 1/jour- 2/sem. aide comp. 1/jour- 2/sem. aide part. 1/jour- 2/sem. aide compl.	1/jour- 5/sem. aide min. 1/jour- 2/sem. aide min. 1/jour- 2/sem. aide part. 1/jour- 2/sem. aide compl.
AE304	aide complète bain	x	x	x	1/ jour- 7/ sem.	1/jour- 5/sem. aide min. 1/jour- 2/sem. aide compl. 1/jour- 5/sem. aide part. 1/jour- 2/sem. aide compl.	1/jour- 5/sem. aide min. 1/jour- 2/sem. aide compl. 1/jour- 5/sem. aide part. 1/jour- 2/sem. aide compl.	1/jour- 5/sem. aide min. 1/jour- 2/sem. aide compl. 1/jour- 5/sem. aide part. 1/jour- 2/sem. aide compl.	1/jour- 5/sem. aide min. 1/jour- 2/sem. aide compl. 1/jour- 5/sem. aide part. 1/jour- 2/sem. aide compl.
									1/jour- 6/sem. aide compl.lit 1/jour- 1sem. aide compl. bain
AE314	aide complète hygiène corporelle pers. suppl.		x	x			1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.
AE305	toilette génitale	x	x	x	1/jour- 1/sem.	1/jour- 1/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 1/sem.
AE306	hygiène buccale	x	x	x	2/ jour- 7/ sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	2/ jour- 7/ sem.
AE307	soins barbe, peau	x	x	x	1/ jour- 7/ sem.	1/jour- 7/sem. 1/jour- 1/sem. 1/jour- 1/3/sem.	1/jour- 7/sem. 1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 1/jour- 1/sem.	1/jour- 7/sem. (homme) 1/jour- 1/sem. (femme)
AE308	lavage cheveux	x	x	x	1/jour- 1/sem.	1/jour- 1/sem.	1/jour- 1/sem.	1/jour- 1/sem.	1/jour- 1/sem.
AE309	soins ongles	x	x	x	1/jour- 1/sem.	1/jour- 1/sem.	1/jour- 1/sem.	1/jour- 1/sem.	1/jour- 1/sem.
AE310	urinal	x	x	x	5/ jour- 7/ sem.	7/jour- 7/sem. 1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem. 5/jour- 7/sem.	7/jour- 7/sem.	7/jour- 7/sem.	7/jour- 7/sem.
AE311	bassin de lit	x	x	x	5/ jour- 7/ sem.	7 /jour- 7/sem.	7/jour- 7/sem.	7/jour- 7/sem.	7/jour- 7/sem.
AE312	assister aux toilettes	x			5/ jour- 7/ sem.	7/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem. 5/jour- 7/sem.			

Code	Libellé acte	1999	2004	2007	Références 1999	Standards 2000	Standards 2004	Standards 2007	Standards 2010
AE313	soins d'incontinence	x			5/ jour- 7/ sem.	7/jour- 7/sem. 1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.			
AE315	changement sac de stomie / vidange sac urinaire		x	x			3/jour- 7/sem.	3/jour- 7/sem.	3/jour- 7/sem.
AE316	assister aux toilettes aide minimale		x	x			7/jour- 7/sem.	7/jour- 7/sem.	7/jour- 7/sem.
AE317	assister aux toilettes aide partielle		x	x			7/jour- 7/sem.	7/jour- 7/sem.	7/jour- 7/sem.
AE318	assister aux toilettes aide complète		x	x			7/jour- 7/sem.	7/jour- 7/sem.	7/jour- 7/sem.
AE319	assister aux toilettes aide complète pers. suppl.		x	x			1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.
NUTRITION									
AE101	aide minimale	x	x	x	3/ jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem.
AE102	aide partielle	x	x	x	3/ jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem.
AE103	aide complète	x	x	x	3/ jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem.
AE104	nutrition entérale	x	x	x	6/ jour- 7/sem.	6/ jour- 7/sem.	6/ jour- 7/sem.	6/ jour- 7/sem.	6/ jour- 7/sem.
AE105	hydratation	x	x	x	6/ jour- 7/sem.	3/ jour- 7/sem.	3/jour- 7/sem.		3/jour- 7/sem. 6/jour- 7/sem.
AE106	collation	x	x	x	3/ jour- 7/sem.	3/ jour- 7/sem.	3/jour- 7/sem.	3/jour- 7/sem.	3/ jour- 7/sem.
MOBILITÉ									
AE201	habillage/déshabillage aide minimale	x	x	x	2/ jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.
AE202	habillage/déshabillage aide partielle	x	x	x	2/ jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.
AE203	habillage/déshabillage aide compète	x	x	x	2/ jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem.
AE213	habillage/déshabillage aide complète pers. suppl.		x	x			1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.
AE204	installation prothèse, orthèse	x	x	x	1/ jour- 7/sem.	x/jour- 7/sem.	x/jour- 7/sem.	x/jour- 7/sem.	x/jour- 7/sem.

Code	Libellé acte	1999	2004	2007	Références 1999	Standards 2000	Standards 2004	Standards 2007	Standards 2010
AE205	lever avec aide	x			6/ jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem. 4/jour- 7/sem. 5/jour- 7/sem. 6/jour- 7/sem.			
AE205	lever avec aide (bain/WC) 2 pers.	x			1/ jour- 7/sem.	1/ jour- 7/sem.			
AE206	levier hydraulique / 2 pers. ou plus	x			6/ jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem. 4/jour- 7/sem. 5/jour- 7/sem. 6/jour- 7/sem.			
AE215	transferts liés aux AEV		x	x			1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.
AE216	transferts non liés aux AEV		x	x			1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.
AE217	transferts / dépl. pers suppl.		x	x			1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.
AE218	transf. levier hydr. liés aux AEV		x	x			1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.
AE219	transf. levier hydr. non liés aux AEV		x	x			1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.
AE207	se déplacer avec aide	x			3/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem. 2/jour- 7/sem. 3/jour- 7/sem. 1/jour- 2/sem.			
AE209	déplacements liés aux AEV		x	x			1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.
AE210	déplacements non liés aux AEV		x	x			1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.
AE211	sortir du logement et y entrer		x	x			1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.
AE 212	monter et desc. les escaliers avec aide		x	x			1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.	1/jour- 7/sem.
AE208	friction, installation	x	x	x	3/jour- 7/sem.	3/jour- 7/sem. 6/jour- 7/sem. 9/jour- 7/sem.	3/jour- 7/sem. 6/jour- 7/sem. 9/jour- 7/sem.	3/jour- 7/sem. 6/jour- 7/sem. 9/jour- 7/sem.	3/jour- 7/sem. 6/jour- 7/sem. 9/jour- 7/sem.
					12/jour- 7/sem.	12/jour- 7/sem.	12/jour- 7/sem.	12/jour- 7/sem.	12/jour- 7/sem.
TÂCHES DOMESTIQUES									
TD101	forfait normal	x	x	x	forfait de 150'	forfait de 150'	forfait de 150'	forfait de 150'	forfait de 150'
TD102	supplément	x	x	x	forfait de 90'	forfait de 90'	forfait de 90'	forfait de 90'	forfait de 90'
ACTIVITÉS DE SOUTIEN									
SO101	surveillance / garde à domicile	x	x		néant	8 unités de 30'/sem. 16 unités de 30'/sem. 24 unités de 30'/sem.	8 unités de 30'/sem. 16 unités de 30'/sem. 24 unités de 30'/sem.		

Code	Libellé acte	1999	2004	2007	Références 1999	Standards 2000	Standards 2004	Standards 2007	Standards 2010
SO102	centre de jour spécialisé / activité de groupe spécialisé	x	x		néant	32 unités de 30'/sem. 64 unités de 30'/sem. 96 unités de 30'/sem.	32 unités de 30'/sem. 64 unités de 30'/sem. 96 unités de 30'/sem.		
SO103	activité individuelle soutien infirmier psychiatrique / soutien individuel infirmier psychiatrique	x	x		néant	6 unités de 30'/sem.	6 unités de 30'/sem.		
SO104	activité individuelle soutien assistant social / soutien individuel assistant social	x	x		néant	6 unités de 30'/sem.	6 unités de 30'/sem.		
SO105	activité individuelle soutien ergothérapeute / soutien individuel ergothérapeute	x	x		néant	6 unités de 30'/sem.	6 unités de 30'/sem.		
SO106	activité individuelle soutien kinésithérapeute	x	x		néant	6 unités de 30'/sem.	6 unités de 30'/sem.		
SO107	activité individuelle soutien psychologue	x	x		néant	6 unités de 30'/sem.	6 unités de 30'/sem.		
SO108	course/sortie avec la personne	x	x		néant	8 unités de 30'/sem.	8 unités de 30'/sem.		
SO 109	soutien stationnaire / activité individuelle infirmier psychiatrique	x			néant	6 unités de 30'/sem.			
SO110	soutien stationnaire / activité individuelle ergothérapeute	x			néant	6 unités de 30'/sem.			
SO111	soutien stationnaire /activité individuelle kinésithérapeute	x			néant	6 unités de 30'/sem.			
SO112	soutien stationnaire / activité individuelle psychologue	x			néant	6 unités de 30'/sem.			
SO113	soutien stationnaire / activité de groupe	x			néant	8 unités de 30'/sem. 16 unités de 30'/sem. 24 unités de 30'/sem.			
SO114	soutien individuel, éducateur		x				6 unités de 30'/sem.		
SO115	surveillane / garde individuelle			x				8 unités de 30'/sem. 12 unités de 30'/sem.	8 unités de 30'/sem. 12 unités de 30'/sem.
									24 unités de 30'/sem.
SO116	surveillance / garde en groupe			x				32 unités de 30'/sem. (D) 56 unités de 30'/sem. (D) 32 unités de 30'/sem. (E) 56 unités de 30'/sem. (E) 96 unités de 30'/sem. (E)	32 unités de 30'/sem. 56 unités de 30'/sem. 112 unités de 30'/sem.
SO117	courses et démarches administratives			x				4 unités de 30'/sem. 8 unités de 30'/sem.	4 unités de 30'/sem. 8 unités de 30'/sem.
SO118	activité spécialisée en groupe			x				32 unités de 30'/sem. (D) 56 unités de 30'/sem. (D) 32 unités de 30'/sem. (E) 48 unités de 30'/sem. (E)	32 unités de 30'/sem. 56 unités de 30'/sem. 32 unités de 30'/sem. 48 unités de 30'/sem.
SO119	soutien individuel lié à l'hygiène			x				2 unités de 30'/sem. 6 unités de 30'/sem.	2 unités de 30'/sem.

Code	Libellé acte	1999	2004	2007	Références 1999	Standards 2000	Standards 2004	Standards 2007	Standards 2010
SO120	soutien individuel lié à la nutrition			x				2 unités de 30'/sem.	2 unités de 30'/sem.
								6 unités de 30'/sem.	
SO121	soutien individuel lié à la mobilité			x				2 unités de 30'/sem.	2 unités de 30'/sem.
								6 unités de 30'/sem.	
SO122	soutien individuel psycho-social			x				2 unités de 30'/sem.	2 unités de 30'/sem.
								6 unités de 30'/sem.	
ACTIVITÉS DE CONSEIL									
CS201	nutrition, ergothérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS202	nutrition, kinésithérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS203	hygiène corporelle, ergothérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS204	hygiène corporelle, kinésithérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS205	habillement/déshabillage ergothérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS206	habillement/déshabillage kinésithérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS207	mobilité, ergothérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS208	mobilité, kinésithérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS209	positionnement, ergothérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS210	positionnement, kinésithérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS211	transferts, ergothérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS212	transferts, kinésithérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS213	communication de support / conseil psychologue	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS214	conseil entourage, infirmier	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS215	conseil entourage, infirmier psychiatrique	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS216	conseil entourage, assistant social	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS217	conseil entourage, ergothérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS218	conseil entourage, kinésithérapeute	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS219	conseil entourage, psychologue	x	x			16 unités de 30'	16 unités de 30'		
CS221	conseil entourage, éducateur			x			16 unités de 30'		
CS220	constitution dossier	x			forfait de 60'	forfait de 60'			
CS222	conseil individuel lié à l'hygiène			x				16 unités de 30'	16 unités de 30'
CS223	conseil individuel lié à la nutrition			x				16 unités de 30'	16 unités de 30'
CS224	conseil individuel lié à la mobilité			x				16 unités de 30'	16 unités de 30'
CS225	conseil individuel lié aux AT			x				4 unités de 30'	4 unités de 30'
CS226	conseil individuel psycho-social			x				16 unités de 30'	16 unités de 30'
CS227	conseil entourage lié à l'hygiène			x				16 unités de 30'	16 unités de 30'
CS228	conseil entourage lié à la nutrition			x				16 unités de 30'	16 unités de 30'
CS229	conseil entourage lié à la mobilité			x				16 unités de 30'	16 unités de 30'
CS230	conseil entourage lié aux AT			x				4 unités de 30'	4 unités de 30'

Code	Libellé acte	1999	2004	2007	Références 1999	Standards 2000	Standards 2004	Standards 2007	Standards 2010
CS231	conseil entourage psycho-social			x				16 unités de 30'	16 unités de 30'
	PRODUITS								
PR101	produits aides et soins				7,16 euros	7,16 euros	7,16 euros	14,32 euros	14,32 euros
	DISPOSITIONS PARTICULIÈRES								
AE401	surdité, aphasie	x	x	x	forfait de 360'	forfait de 360'	forfait de 360'	forfait de 360'	forfait de 360'
AE402	cécité	x	x	x	forfait de 360'	forfait de 360'	forfait de 360'	forfait de 360'	forfait de 360'
AE403	spina bifida	x	x	x	forfait de 360'	forfait de 360'	forfait de 360'	forfait de 360'	forfait de 360'

(D) Maintien à domicile.

(E) Milieu stationnaire.

ANNEXE 4. - TABLE DE CONVERSION ENTRE LA CLASSIFICATION ICD10 ET LA CLASSIFICATION DE LA CEO DES CAUSES DE LA DÉPENDANCE

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
A00	Sans cause médicale de dépendance		
A04	Autres infections intestinales bactériennes	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
A08	Infections virales intestinales et autres infections intestinales précisées	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
A16	Tuberculose de l'appareil respiratoire, sans confirmation bactériologique ou histologique	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
A18	Tuberculose d'autres organes	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
A35	Autres formes de tétanos	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
A41	Autres septicémies	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
A46	Erysipèle	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
A48	Autres maladies bactériennes, non classées ailleurs	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
A49	Infection bactérienne, siège non précisé	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
A52	Syphilis tardive	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
A53	Syphilis, autres et sans précision	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
A68	Fièvres récurrentes [borrélioses]	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
A69	Autres infections à spirochètes	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
A80	Poliomyélite aiguë	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
A81	Infections lentes à virus, du système nerveux central	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
A86	Encéphalite virale, sans précision	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
A99	Sans cause médicale de dépendance		
B00	Infections par le virus de l'herpès [herpes simplex]	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B02	Zona [herpes zoster]	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B15	Hépatite aiguë A	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B16	Hépatite aiguë B	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B17	Autres hépatites virales aiguës	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B18	Hépatite virale chronique	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B20	Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B24	Immunodéficience humaine virale [VIH], sans précision	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B25	Maladie à cytomégalovirus	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B35	Dermatophytose	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B36	Autres mycoses superficielles	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B37	Candidose	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B44	Aspergillose	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B49	Mycose, sans précision	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B86	Gale	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B90	Séquelles de tuberculose	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B91	Séquelles de poliomyélite	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
B94	Séquelles de maladies infectieuses et parasitaires, autres et non précisées	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B95	Streptocoques et staphylocoques, cause de maladies classées dans d'autres chapitres	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
B99	Maladies infectieuses, autres et non précisées	Chapitre I. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	Groupe 9. Autres
C00	Tumeur maligne de la lèvre	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C01	Tumeur maligne de la base de la langue	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C02	Tumeur maligne de la langue, parties autres et non précisées	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C04	Tumeur maligne du plancher de la bouche	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C06	Tumeur maligne de la bouche, parties autres et non précisées	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C07	Tumeur maligne de la glande parotide	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C08	Tumeur maligne des glandes salivaires principales, autres et non précisées	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C09	Tumeur maligne de l'amygdale	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C10	Tumeur maligne de l'oropharynx	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C11	Tumeur maligne du rhinopharynx	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C12	Tumeur maligne du sinus piriforme	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C13	Tumeur maligne de l'hypopharynx	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C14	Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, de sièges autres et mal définis	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C15	Tumeur maligne de l'oesophage	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C16	Tumeur maligne de l'estomac	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C17	Tumeur maligne de l'intestin grêle	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C18	Tumeur maligne du côlon	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C19	Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C20	Tumeur maligne du rectum	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C21	Tumeur maligne de l'anus et du canal anal	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C22	Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C23	Tumeur maligne de la vésicule biliaire	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C24	Tumeurs malignes des voies biliaires, autres et non précisées	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C25	Tumeur maligne du pancréas	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C26	Tumeur maligne des organes digestifs, de sièges autres et mal définis	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C31	Tumeur maligne des sinus de la face	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C32	Tumeur maligne du larynx	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C33	Tumeur maligne de la trachée	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C34	Tumeur maligne des bronches et du poumon	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C38	Tumeur maligne du coeur, du médiastin et de la plèvre	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C40	Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire des membres	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C41	Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire, de sièges autres et non précisés	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
C43	Mélanome malin de la peau	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C44	Autres tumeurs malignes de la peau	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C45	Mésothéliome	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C48	Tumeur maligne du rétropéritoine et du péritoine	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C49	Tumeur maligne du tissu conjonctif et des autres tissus mous	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C50	Tumeur maligne du sein	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C51	Tumeur maligne de la vulve	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C52	Tumeur maligne du vagin	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C53	Tumeur maligne du col de l'utérus	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C54	Tumeur maligne du corps de l'utérus	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C55	Tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C56	Tumeur maligne de l'ovaire	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C57	Tumeur maligne des organes génitaux de la femme, autres et non précisés	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C61	Tumeur maligne de la prostate	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C62	Tumeur maligne du testicule	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C64	Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassin	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C65	Tumeur maligne du bassin	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C67	Tumeur maligne de la vessie	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C68	Tumeur maligne des organes urinaires, autres et non précisés	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C69	Tumeur maligne de l'oeil et de ses annexes	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C70	Tumeur maligne des méninges	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C71	Tumeur maligne du cerveau	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C72	Tumeur maligne de la moelle épinière, des nerfs crâniens et d'autres parties du système nerveux central	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C73	Tumeur maligne de la thyroïde	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C74	Tumeur maligne de la surrénale	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C75	Tumeur maligne d'autres glandes endocrines et structures apparentées	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C76	Tumeur maligne de sièges autres et mal définis	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C77	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C78	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C79	Tumeur maligne secondaire d'autres sièges	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C80	Tumeur maligne de siège non précisé	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C81	Maladie de Hodgkin	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C82	Lymphome folliculaire [nodulaire] non hodgkinien	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C83	Lymphome diffus non hodgkinien	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C84	Lymphomes périphériques et cutanés à cellules T	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C85	Lymphome non hodgkinien, de types autres et non précisés	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C88	Maladies immunoprolifératives malignes	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
C90	Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C91	Leucémie lymphoïde	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C92	Leucémie myéloïde	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C93	Leucémie monocyttaire	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C94	Autres leucémies à cellules précisées	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C95	Leucémie à cellules non précisées	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
C96	Tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés, autres et non précisées	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D03	Mélanome in situ	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D04	Carcinome in situ de la peau	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D10	Tumeur bénigne de la bouche et du pharynx	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D12	Tumeur bénigne du côlon, du rectum, de l'anus et du canal anal	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D15	Tumeur bénigne des organes intrathoraciques, autres et non précisés	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D16	Tumeur bénigne des os et du cartilage articulaire	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D17	Tumeur lipomateuse bénigne	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D18	Hémangiome et lymphangiome, tout siège	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D20	Tumeur bénigne des tissus mous du rétropéritoine et du péritoine	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 9. Autres
D25	Léiomyome de l'utérus	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 9. Autres
D28	Tumeur bénigne des organes génitaux de la femme, autres et non précisés	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 9. Autres
D30	Tumeur bénigne des organes urinaires	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 9. Autres
D32	Tumeur bénigne des méninges	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 9. Autres
D33	Tumeur bénigne du cerveau et d'autres parties du système nerveux central	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 9. Autres
D34	Tumeur bénigne de la thyroïde	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 9. Autres
D35	Tumeur bénigne des glandes endocrines, autres et non précisées	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 9. Autres
D36	Tumeur bénigne de sièges autres et non précisés	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D37	Tumeur de la cavité buccale et des organes digestifs à évolution imprévisible ou inconnue	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D39	Tumeur des organes génitaux de la femme à évolution imprévisible ou inconnue	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D41	Tumeur des organes urinaires à évolution imprévisible ou inconnue	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D42	Tumeur des méninges à évolution imprévisible ou inconnue	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D44	Tumeur des glandes endocrines à évolution imprévisible ou inconnue	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D45	Polyglobulie essentielle	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D46	Syndromes myélodysplasiques	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D47	Autres tumeurs des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés à évolution imprévisible ou inconnue	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D48	Tumeur de sièges autres et non précisés à évolution imprévisible ou inconnue	Chapitre II. Tumeurs	Groupe 8. Tumeurs malignes
D50	Anémie par carence en fer	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
D51	Anémie par carence en vitamine B12	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D52	Anémie par carence en acide folique	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D53	Autres anémies nutritionnelles	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D56	Thalassémie	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D58	Autres anémies hémolytiques héréditaires	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D59	Anémie hémolytique acquise	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D61	Autres aplasies médullaires	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D63	Anémie au cours de maladies chroniques classées ailleurs	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D64	Autres anémies	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D66	Carence héréditaire en facteur VIII	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D68	Autres anomalies de la coagulation	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D69	Purpura et autres affections hémorragiques	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D70	Agranulocytose	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D73	Maladies de la rate	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D75	Autres maladies du sang et des organes hématopoïétiques	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D80	Déficit immunitaire avec déficit prédominant de la production d'anticorps	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D84	Autres déficits immunitaires	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D86	Sarcoïdose	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
D89	Autres anomalies du système immunitaire, non classées ailleurs	Chapitre III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	Groupe 9. Autres
E01	Affections thyroïdiennes et apparentées liées à une carence en iode	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E02	Hypothyroïdie par carence inapparente en iode	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E03	Autres hypothyroïdies	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E04	Autres goitres non toxiques	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E05	Thyréotoxikose [hyperthyroïdie]	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
E06	Thyroïdite	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E07	Autres affections de la thyroïde	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E10	Diabète sucré insulino-dépendant	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E11	Diabète sucré non insulino-dépendant	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E14	Diabète sucré, sans précision	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E16	Autres anomalies de la sécrétion pancréatique interne	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E20	Hypoparathyroïdie	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E21	Hyperparathyroïdie et autres maladies de la glande parathyroïde	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E22	Hypersécrétion de l'hypophyse	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E23	Hyposécrétion et autres anomalies de l'hypophyse	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E24	Syndrome de Cushing	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E25	Anomalies génito-surréaliennes	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E26	Hyperaldostéronisme	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E27	Autres maladies de la glande surrénale	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E34	Autres troubles endocriniens	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E35	Anomalies endocriniennes au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E41	Marasme nutritionnel	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E43	Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E46	Malnutrition protéino-énergétique, sans précision	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E51	Carence en thiamine	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E53	Autres avitaminoses du groupe B	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E54	Carence en acide ascorbique	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E55	Carence en vitamine D	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E60	Carence alimentaire en zinc	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E64	Séquelles de malnutrition et autres carences nutritionnelles	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E65	Adiposité localisée	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E66	Obésité	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E70	Anomalies du métabolisme des acides aminés aromatiques	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E71	Anomalies du métabolisme des acides aminés à chaîne ramifiée et du métabolisme des acides gras	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E72	Autres anomalies du métabolisme des acides aminés	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E73	Intolérance au lactose	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E74	Autres anomalies du métabolisme des hydrates de carbone	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E75	Anomalies du métabolisme des sphingolipides et autres anomalies du stockage des lipides	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E76	Anomalies du métabolisme des glucosaminoglycanes	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E78	Anomalies du métabolisme des lipoprotéines et autres lipidémies	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E79	Anomalies du métabolisme de la purine et de la pyrimidine	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
E80	Anomalies du métabolisme de la porphyrine et de la bilirubine	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E83	Anomalies du métabolisme des minéraux	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E84	Fibrose kystique	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E85	Amylose	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E87	Autres déséquilibres hydro-électrolytiques et acido-basiques	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E88	Autres anomalies métaboliques	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E89	Anomalies endocriniennes et métaboliques après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
E90	Anomalies nutritionnelles et métaboliques au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Groupe 9. Autres
F00	Démence de la maladie d'Alzheimer	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 1. Démences et troubles des fonctions cognitives
F01	Démence vasculaire	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 1. Démences et troubles des fonctions cognitives
F02	Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 1. Démences et troubles des fonctions cognitives
F03	Démence, sans précision	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 1. Démences et troubles des fonctions cognitives
F04	Syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool et d'autres substances psycho-actives	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 1. Démences et troubles des fonctions cognitives
F06	Autres troubles mentaux dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection somatique	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F07	Troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F09	Trouble mental organique ou symptomatique, sans précision	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 1. Démences et troubles des fonctions cognitives
F11	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F13	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F15	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F17	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F20	Schizophrénie	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F21	Trouble schizotypique	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F22	Troubles délirants persistants	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F23	Troubles psychotiques aigus et transitoires	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F25	Troubles schizo-affectifs	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F28	Autres troubles psychotiques non organiques	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F29	Psychose non organique, sans précision	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F30	Episode maniaque	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F31	Trouble affectif bipolaire	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F32	Episodes dépressifs	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
F33	Trouble dépressif récurrent	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F34	Troubles de l'humeur [affectifs] persistants	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F38	Autres troubles de l'humeur [affectifs]	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F39	Trouble de l'humeur [affectif], sans précision	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F40	Troubles anxieux phobiques	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F41	Autres troubles anxieux	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F42	Trouble obsessionnel-compulsif	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F43	Réactions à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F44	Troubles dissociatifs [de conversion]	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F45	Troubles somatoformes	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F48	Autres troubles névrotiques	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F50	Troubles de l'alimentation	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F51	Troubles du sommeil non organiques	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F54	Facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F60	Troubles spécifiques de la personnalité	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F61	Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F68	Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F69	Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F70	Retard mental léger	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
F71	Retard mental moyen	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
F72	Retard mental grave	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
F73	Retard mental profond	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
F79	Retard mental, sans précision	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
F80	Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F81	Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
F82	Trouble spécifique du développement moteur	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F83	Troubles spécifiques mixtes du développement	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F84	Troubles envahissants du développement	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F88	Autres troubles du développement psychologique	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F89	Trouble du développement psychologique, sans précision	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F90	Troubles hyperkinétiques	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F94	Troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
F95	Tics	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F98	Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 2. Troubles psychiatriques
F99	Trouble mental, sans autre indication	Chapitre V. Troubles mentaux et du comportement	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
G00	Méningite bactérienne, non classée ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 9. Autres
G03	Méningite due à des causes autres et non précisées	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 9. Autres
G04	Encéphalite, myélite et encéphalomyélite	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 9. Autres
G05	Encéphalite, myélite et encéphalomyélite au cours d'affections classées ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 9. Autres
G08	Phlébite et thrombophlébite intracrâniennes et intrarachidiennes	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G09	Séquelles d'affections inflammatoires du système nerveux central	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G10	Chorée de Huntington	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G11	Ataxie héréditaire	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G12	Amyotrophie spinale et syndromes apparentés	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G13	Affections dégénératives systémiques affectant principalement le système nerveux central au cours	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G20	Maladie de Parkinson	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G21	Syndrome parkinsonien secondaire	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G22	Syndrome parkinsonien au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G23	Autres maladies dégénératives des noyaux gris centraux	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G24	Dystonie	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G25	Autres syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G26	Syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité au cours d'affections classées ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G30	Maladie d'Alzheimer	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 1. Démences et troubles des fonctions cognitives
G31	Autres affections dégénératives du système nerveux, non classées ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 1. Démences et troubles des fonctions cognitives
G32	Autres affections dégénératives du système nerveux au cours d'affections classées ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G35	Sclérose en plaques	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G36	Autres affections démyélinisantes aiguës disséminées	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G37	Autres affections démyélinisantes du système nerveux central	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G40	Epilepsie	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G41	Etat de mal épileptique	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G43	Migraine	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G44	Autres syndromes d'algies céphaliques	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G45	Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G46	Syndromes vasculaires cérébraux au cours de maladies cérébrovasculaires	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G47	Troubles du sommeil	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G50	Affections du nerf trijumeau	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
G51	Affections du nerf facial	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G53	Affections des nerfs crâniens au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G54	Affections des racines et des plexus nerveux	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G55	Compression des racines et des plexus nerveux au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G56	Mononévrite du membre supérieur	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G57	Mononévrite du membre inférieur	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G58	Autres mononévrites	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G60	Neuropathie héréditaire et idiopathique	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G61	Polynévrites inflammatoires	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G62	Autres polynévrites	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G63	Polynévrite au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G64	Autres affections du système nerveux périphérique	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G70	Myasthénie et autres affections neuro-musculaires	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G71	Affections musculaires primitives	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G72	Autres myopathies	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G73	Affections musculaires et neuro-musculaires au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G80	Paralysie cérébrale infantile	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G81	Hémiplégie	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G82	Paraplégie et tétraplégie	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G83	Autres syndromes paralytiques	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G90	Affections du système nerveux autonome	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G91	Hydrocéphalie	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G92	Encéphalopathie toxique	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G93	Autres affections du cerveau	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G94	Autres affections du cerveau au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G95	Autres affections de la moelle épinière	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G97	Affections du système nerveux après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G98	Autres affections du système nerveux, non classées ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
G99	Autres affections du système nerveux au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VI. Maladies du système nerveux	Groupe 4. Maladies du système nerveux
H02	Autres affections des paupières	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H10	Conjonctivite	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H11	Autres affections de la conjonctive	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H16	Kératite	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H17	Cicatrices et opacités cornéennes	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H18	Autres affections de la cornée	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
H19	Affections de la sclérotique et de la cornée au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H20	Iridocyclite	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H25	Cataracte sénile	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H26	Autres cataractes	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H27	Autres affections du cristallin	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H28	Cataracte et autres affections du cristallin au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H30	Choriorétinite	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H31	Autres affections de la choroïde	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H33	Décollement et déchirure de la rétine	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H34	Occlusions vasculaires rétinienues	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H35	Autres affections rétinienues	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H36	Affections rétinienues au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H40	Glaucome	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H42	Glaucome au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H46	Névrite optique	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H47	Autres affections du nerf [II] et des voies optiques	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H48	Affections du nerf [II] et des voies optiques au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H49	Strabisme paralytique	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H50	Autres strabismes	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H51	Autres anomalies des mouvements binoculaires	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H52	Vices de réfraction et troubles de l'accommodation	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H53	Troubles de la vision	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H54	Cécité et baisse de la vision	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H55	Nystagmus et autres anomalies des mouvements oculaires	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H57	Autres affections de l'oeil et de ses annexes	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H58	Autres affections de l'oeil et de ses annexes au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H59	Affections de l'oeil et de ses annexes après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées	Chapitre VII. Maladies de l'œil et de ses annexes	Groupe 7. Troubles sensoriels
H81	Atteintes des fonctions vestibulaires	Chapitre VIII. Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Groupe 4. Maladies du système nerveux
H82	Syndromes vertigineux au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VIII. Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Groupe 4. Maladies du système nerveux
H83	Autres maladies de l'oreille interne	Chapitre VIII. Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Groupe 4. Maladies du système nerveux
H90	Surdité de transmission et neurosensorielle	Chapitre VIII. Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Groupe 7. Troubles sensoriels
H91	Autres pertes de l'audition	Chapitre VIII. Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Groupe 7. Troubles sensoriels
H93	Autres affections de l'oreille, non classées ailleurs	Chapitre VIII. Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Groupe 7. Troubles sensoriels
H94	Autres affections de l'oreille au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre VIII. Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Groupe 7. Troubles sensoriels
I01	Rhumatisme articulaire aigu, avec atteinte cardiaque	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I05	Maladies rhumatismales de la valvule mitrale	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
I06	Maladies rhumatismales de la valvule aortique	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I08	Maladies de plusieurs valvules	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I10	Hypertension essentielle (primitive)	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I11	Cardiopathie hypertensive	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I12	Néphropathie hypertensive	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I13	Cardionéphropathie hypertensive	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I15	Hypertension secondaire	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I20	Angine de poitrine	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I21	Infarctus aigu du myocarde	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I22	Infarctus du myocarde à répétition	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I24	Autres cardiopathies ischémiques aiguës	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I25	Cardiopathie ischémique chronique	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I26	Embolie pulmonaire	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I27	Autres affections cardiopulmonaires	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I30	Péricardite aiguë	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I31	Autres maladies du péricarde	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I32	Péricardite au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I34	Atteintes non rhumatismales de la valvule mitrale	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I35	Atteintes non rhumatismales de la valvule aortique	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I36	Atteintes non rhumatismales de la valvule tricuspide	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I37	Atteintes de la valvule pulmonaire	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I38	Endocardite, valvule non précisée	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I39	Endocardite et atteintes valvulaires cardiaques au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I40	Myocardite aiguë	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I42	Myocardiopathie	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I44	Bloc de branche gauche et auriculoventriculaire	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I45	Autres troubles de la conduction	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I46	Arrêt cardiaque	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I47	Tachycardie paroxystique	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I48	Fibrillation et flutter auriculaires	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I49	Autres arythmies cardiaques	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I50	Insuffisance cardiaque	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I51	Complications de cardiopathies et maladies cardiaques mal définies	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I60	Hémorragie sous-arachnoïdienne	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I61	Hémorragie intracérébrale	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 4. Maladies du système nerveux
I62	Autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 4. Maladies du système nerveux
I63	Infarctus cérébral	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 4. Maladies du système nerveux

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
I64	Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 4. Maladies du système nerveux
I65	Occlusion et sténose des artères précérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I66	Occlusion et sténose des artères cérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I67	Autres maladies cérébrovasculaires	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I68	Troubles cérébrovasculaires au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I69	Séquelles de maladies cérébrovasculaires	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 4. Maladies du système nerveux
I70	Athérosclérose	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I71	Anévrisme aortique et dissection	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I72	Autres anévrismes	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I73	Autres maladies vasculaires périphériques	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I74	Embolie et thrombose artérielles	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I77	Autres atteintes des artères et artérioles	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I78	Maladie des capillaires	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I79	Atteinte des artères, artérioles et capillaires au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I80	Phlébite et thrombophlébite	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I82	Autres embolies et thromboses veineuses	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I83	Varices des membres inférieurs	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I84	Hémorroïdes	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I85	Varices oesophagiennes	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I87	Autres atteintes veineuses	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I89	Autres atteintes non infectieuses des vaisseaux et des ganglions lymphatiques	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I95	Hypotension	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I97	Troubles de l'appareil circulatoire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I98	Autres troubles de l'appareil circulatoire au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
I99	Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire	Chapitre IX. Maladies de l'appareil circulatoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J06	Infections aiguës des voies respiratoires supérieures, à localisations multiples et non précisées	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J17	Pneumopathie au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J18	Pneumopathie à micro-organisme non précisé	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J20	Bronchite aiguë	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J38	Maladies des cordes vocales et du larynx, non classées ailleurs	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 9. Autres
J39	Autres maladies des voies respiratoires supérieures	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J40	Bronchite, non précisée comme aiguë ou chronique	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J41	Bronchite chronique simple et mucopurulente	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
J42	Bronchite chronique, sans précision	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J43	Emphysème	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J44	Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J45	Asthme	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J46	Etat de mal asthmatique	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J47	Bronchectasie	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J62	Pneumoconiose due à la poussière de silice	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J63	Pneumoconiose due à d'autres poussières inorganiques	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J64	Pneumoconiose, sans précision	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J70	Affections respiratoires dues à d'autres agents externes	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J81	Oedème pulmonaire	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J84	Autres affections pulmonaires interstitielles	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J90	Epanchement pleural, non classé ailleurs	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J93	Pneumothorax	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J94	Autres affections pleurales	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J95	Troubles respiratoires après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J96	Insuffisance respiratoire, non classée ailleurs	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J98	Autres troubles respiratoires	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
J99	Troubles respiratoires au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre X. Maladies de l'appareil respiratoire	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
K05	Gingivite et maladies périodontales	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K20	Oesophagite	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K21	Reflux gastro-oesophagien	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K22	Autres maladies de l'oesophage	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K25	Ulcère de l'estomac	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K26	Ulcère du duodénum	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K27	Ulcère digestif, de siège non précisé	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K28	Ulcère gastro-jéjunale	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K29	Gastrite et duodénite	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K30	Dyspepsie	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K31	Autres maladies de l'estomac et du duodénum	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K37	Appendicite, sans précision	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K40	Hernie inguinale	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K41	Hernie crurale	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K42	Hernie ombilicale	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K43	Hernie abdominale	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K44	Hernie diaphragmatique	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K45	Autres hernies abdominales	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
K46	Hernie abdominale non précisée	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K50	Maladie de Crohn [entérite régionale]	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K51	Recto-colite hémorragique [colite ulcéreuse]	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K52	Autres gastro-entérites et colites non infectieuses	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K55	Troubles vasculaires de l'intestin	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
K56	Iléus paralytique et occlusion intestinale sans hernie	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K57	Diverticulose de l'intestin	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K58	Syndrome de l'intestin irritable	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K59	Autres troubles fonctionnels de l'intestin	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K60	Fissure et fistule des régions anale et rectale	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K62	Autres maladies de l'anus et du rectum	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K63	Autres maladies de l'intestin	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K65	Péritonite	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K70	Maladie alcoolique du foie	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K71	Maladie toxique du foie	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K72	Insuffisance hépatique, non classée ailleurs	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K73	Hépatite chronique, non classée ailleurs	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K74	Fibrose et cirrhose du foie	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K75	Autres maladies inflammatoires du foie	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K76	Autres maladies du foie	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K80	Cholélithiase	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K81	Cholécystite	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K82	Autres maladies de la vésicule biliaire	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K83	Autres maladies des voies biliaires	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K85	Pancréatite aiguë	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K86	Autres maladies du pancréas	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K90	Malabsorption intestinale	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K91	Atteintes de l'appareil digestif après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
K92	Autres maladies du système digestif	Chapitre XI. Maladies de l'appareil digestif	Groupe 9. Autres
L02	Abcès cutané, furoncle et anthrax	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L03	Phlegmon	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L10	Pemphigus	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L12	Pemphigoïde	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L13	Autres dermatoses bulleuses	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L20	Dermite atopique	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L21	Dermite séborrhéique	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L24	Dermite irritante de contact	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
L25	Dermite de contact, sans précision	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L28	Lichen simplex chronique et prurigo	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L29	Prurit	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L30	Autres dermites	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L40	Psoriasis	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L50	Urticaire	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L53	Autres formes d'érythème	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L57	Modifications de la peau dues à une exposition chronique aux rayonnements non ionisants	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L70	Acné	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L73	Autres affections folliculaires	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L74	Affections des glandes sudoripares exocrines	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L82	Kératose séborrhéique	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L85	Autres épaissements de l'épiderme	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L89	Ulcère de décubitus	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L90	Affections atrophiques de la peau	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L93	Lupus érythémateux	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L94	Autres affections localisées du tissu conjonctif	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L95	Vascularite [angéite] limitée à la peau, non classée ailleurs	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L97	Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
L98	Autres affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, non classées ailleurs	Chapitre XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	Groupe 9. Autres
M00	Arthrites à bactéries pyogènes	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M02	Arthropathies réactionnelles	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M05	Polyarthrite rhumatoïde séropositive	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M06	Autres polyarthrites rhumatoïdes	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M07	Arthropathies psoriasiques et entéropathiques	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M08	Polyarthrites juvéniles	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M09	Polyarthrite juvénile au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M10	Goutte	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M11	Autres arthropathies dues à des microcristaux	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
M13	Autres arthrites	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M14	Arthropathies au cours d'autres maladies classées ailleurs	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M15	Polyarthrose	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M16	Coxarthrose [arthrose de la hanche]	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M17	Gonarthrose [arthrose du genou]	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M18	Arthrose de la première articulation carpo-métacarpienne	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M19	Autres arthroses	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M20	Déformations des doigts et des orteils	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M21	Autres déformations des membres	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M22	Lésion de la rotule	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M23	Lésion interne du genou	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M24	Autres lésions articulaires spécifiques	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M25	Autres affections articulaires, non classées ailleurs	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M30	Périartérite noueuse et affections apparentées	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M31	Autres vasculopathies nécrosantes	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M32	Lupus érythémateux disséminé	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M33	Dermatopolymyosite	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M34	Sclérose systémique	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M35	Autres atteintes systémiques du tissu conjonctif	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M40	Cyphose et lordose	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M41	Scoliose	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M42	Ostéochondrite vertébrale	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
M43	Autres dorsopathies avec déformation	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M45	Spondylarthrite ankylosante	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M46	Autres spondylopathies inflammatoires	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M47	Spondylarthrose	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M48	Autres spondylopathies	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M49	Spondylopathies au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M50	Atteintes des disques cervicaux	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M51	Atteintes d'autres disques intervertébraux	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M53	Autres dorsopathies, non classées ailleurs	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M54	Dorsalgies	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M60	Myosite	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M62	Autres atteintes musculaires	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M66	Déchirure spontanée de la synoviale et du tendon	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M67	Autres atteintes de la synoviale et du tendon	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M70	Affections des tissus mous par sollicitation excessive de l'articulation	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M72	Affections fibroblastiques	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M75	Lésions de l'épaule	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M77	Autres enthésopathies	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M79	Autres affections des tissus mous, non classées ailleurs	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M80	Ostéoporose avec fracture pathologique	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M81	Ostéoporose sans fracture pathologique	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M82	Ostéoporose au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
M83	Ostéomalacie de l'adulte	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M84	Anomalie de la continuité osseuse	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M85	Autres anomalies de la densité et de la structure osseuses	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M86	Ostéomyélite	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M87	Ostéonécrose	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M88	Maladie osseuse de Paget [ostéite déformante]	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M89	Autres maladies osseuses	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M91	Ostéocondrite juvénile de la hanche et du bassin	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M93	Autres ostéocondropathies	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
M95	Autres déformations du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Chapitre XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
N02	Hématurie récidivante et persistante	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N03	Syndrome néphritique chronique	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N04	Syndrome néphrétique	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N05	Syndrome néphritique, sans précision	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N06	Protéinurie isolée avec lésions morphologiques précisées	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N07	Néphropathie héréditaire, non classée ailleurs	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N08	Glomérulopathies au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N10	Néphrite tubulo-interstitielle aiguë	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N13	Uropathie obstructive et par reflux	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N16	Maladies rénales tubulo-interstitielles au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N17	Insuffisance rénale aiguë	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N18	Insuffisance rénale chronique	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N19	Insuffisance rénale, sans précision	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N20	Calcul du rein et de l'uretère	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N21	Calcul des voies urinaires inférieures	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N27	Petit rein de cause inconnue	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N28	Autres affections du rein et de l'uretère, non classées ailleurs	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N29	Autres affections du rein et de l'uretère au cours de maladies classées ailleurs	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N30	Cystite	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N31	Dysfonctionnement neuromusculaire de la vessie	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
N32	Autres affections de la vessie	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N39	Autres affections de l'appareil urinaire	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N40	Hyperplasie de la prostate	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N41	Affections inflammatoires de la prostate	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N42	Autres affections de la prostate	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N43	Hydrocèle et spermatocele	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N48	Autres affections de la verge	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N75	Affection de la glande de Bartholin	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N76	Autres inflammations du vagin et de la vulve	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N81	Prolapsus génital	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N83	Affections non inflammatoires de l'ovaire, de la trompe de Fallope et du ligament large	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N85	Autres affections non inflammatoires de l'utérus, sauf le col	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N94	Douleurs et autres affections des organes génitaux de la femme et du cycle menstruel	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N95	Troubles de la ménopause et autres troubles de la périménopause	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
N98	Complications de la fécondation artificielle	Chapitre XIV. Maladies de l'appareil génito-urinaire	Groupe 9. Autres
O03	Avortement spontané	Chapitre XV. Grossesse, accouchement et puerpéralité	Groupe 9. Autres
O42	Rupture prématurée des membranes	Chapitre XV. Grossesse, accouchement et puerpéralité	Groupe 9. Autres
O60	Accouchement avant terme	Chapitre XV. Grossesse, accouchement et puerpéralité	Groupe 9. Autres
O92	Autres mastopathies et anomalies de la lactation associées à l'accouchement	Chapitre XV. Grossesse, accouchement et puerpéralité	Groupe 9. Autres
P00	Foetus et nouveau-né affectés par des troubles maternels, éventuellement sans rapport avec la grossesse	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 9. Autres
P01	Foetus et nouveau-né affectés par les complications de la grossesse chez la mère	Chapitre XV. Grossesse, accouchement et puerpéralité	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
P02	Foetus et nouveau-né affectés par des complications concernant le placenta, le cordon ombilical et les	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 9. Autres
P03	Foetus et nouveau-né affectés par d'autres complications du travail et de l'accouchement	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 9. Autres
P07	Anomalies liées à une brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, non classés ailleurs	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
P11	Autres lésions du système nerveux central dues à un traumatisme obstétrical	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
P14	Lésion du système nerveux périphérique due à un traumatisme obstétrical	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
P20	Hypoxie intra-utérine	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
P21	Asphyxie obstétricale	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
P27	Maladies respiratoires chroniques survenant pendant la période périnatale	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
P35	Maladies virales congénitales	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
P37	Autres maladies infectieuses et parasitaires congénitales	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
P55	Maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
P91	Autres affections cérébrales du nouveau-né	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
P94	Anomalies du tonus musculaire du nouveau-né	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
P96	Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Chapitre XVI . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q02	Microcéphalie	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q03	Hydrocéphalie congénitale	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q04	Autres malformations congénitales de l'encéphale	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q05	Spina bifida	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q06	Autres malformations congénitales de la moelle épinière	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q07	Autres malformations congénitales du système nerveux	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q11	Anophtalmie, microphthalmie et macrophtalmie	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q12	Malformations congénitales du cristallin	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q13	Malformations congénitales de la chambre antérieure de l'oeil	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q14	Malformations congénitales de la chambre postérieure de l'oeil	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q15	Autres malformations congénitales de l'oeil	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q20	Malformations congénitales des cavités et des orifices cardiaques	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q21	Malformations congénitales des cloisons cardiaques	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q22	Malformations congénitales de la valve pulmonaire et de la valvule tricuspide	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q23	Malformations congénitales des valvules aortique et mitrale	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q24	Autres malformations congénitales cardiaques	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
Q25	Malformations congénitales des gros vaisseaux	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q27	Autres malformations congénitales de l'appareil circulatoire périphérique	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q33	Malformations congénitales du poumon	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q35	Fente palatine	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q37	Fente labio-palatine	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q39	Malformations congénitales de l'oesophage	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q42	Absence, atrésie et sténose congénitales du côlon	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q43	Autres malformations congénitales de l'intestin	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q53	Cryptorchidie	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q60	Agénésie rénale et autres défauts de développement rénal	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q61	Maladies kystiques du rein	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 9. Autres
Q62	Anomalies congénitales obstructives du bassin et malformations congénitales de l'uretère	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q63	Autres malformations congénitales du rein	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q65	Anomalies morphologiques congénitales de la hanche	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q66	Anomalies morphologiques congénitales du pied	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q67	Anomalies morphologiques congénitales de la tête, de la face, du rachis et du thorax	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q68	Autres anomalies morphologiques congénitales ostéo-articulaires et des muscles	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q70	Syndactylie	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q71	Raccourcissement du membre supérieur	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q72	Raccourcissement du membre inférieur	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q74	Autres malformations congénitales d'un (des) membre(s)	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q75	Autres malformations congénitales des os du crâne et de la face	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
Q76	Malformations congénitales du rachis et du thorax osseux	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q77	Ostéochondrodysplasie avec anomalies de la croissance des os longs et du rachis	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q78	Autres ostéochondrodysplasies	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q79	Malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles, non classées ailleurs	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q80	Ichtyose congénitale	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q81	Epidermolyse bulleuse	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q82	Autres malformations congénitales de la peau	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q85	Phacomatoses, non classées ailleurs	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q87	Autres syndromes congénitaux malformatifs précisés atteignant plusieurs systèmes	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q89	Autres malformations congénitales, non classées ailleurs	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q90	Syndrome de Down	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q91	Syndrome d'Edwards et syndrome de Patau	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q92	Autres trisomies et trisomies partielles des autosomes, non classées ailleurs	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q93	Monosomies et délétions des autosomes, non classées ailleurs	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q96	Syndrome de Turner	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q97	Autres anomalies des chromosomes sexuels, phénotype féminin, non classées ailleurs	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q98	Autres anomalies des chromosomes sexuels, phénotype masculin, non classées ailleurs	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
Q99	Autres anomalies des chromosomes, non classées ailleurs	Chapitre XVII. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
R00	Anomalies du rythme cardiaque	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
R01	Souffles et autres bruits cardiaques	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
R02	Gangrène, non classée ailleurs	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R06	Anomalies de la respiration	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
R07	Douleur au niveau de la gorge et du thorax	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
R09	Autres symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
R11	Nausées et vomissements	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R13	Dysphagie	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R14	Flatulence et troubles apparentés	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R15	Incontinence des matières fécales	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R16	Hépatomégalie et splénomégalie, non classées ailleurs	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R17	Ictère, sans précision	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R19	Autres symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R20	Troubles de la sensibilité cutanée	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 4. Maladies du système nerveux
R25	Mouvements involontaires anormaux	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 4. Maladies du système nerveux
R26	Anomalies de la démarche et de la motilité	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
R27	Autres troubles de la coordination	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 4. Maladies du système nerveux
R29	Autres symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 4. Maladies du système nerveux
R32	Incontinence urinaire, sans précision	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R33	Rétention d'urine	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R35	Polyurie	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R39	Autres symptômes et signes relatifs à l'appareil urinaire	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R40	Somnolence, stupeur et coma	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 4. Maladies du système nerveux
R41	Autres symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 1. Démences et troubles des fonctions cognitives
R42	Etourdissements et éblouissements	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R43	Troubles de l'odorat et du goût	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 7. Troubles sensoriels

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
R44	Autres symptômes et signes relatifs aux sensations et aux perceptions générales	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 7. Troubles sensoriels
R45	Symptômes et signes relatifs à l'humeur	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 2. Troubles psychiatriques
R46	Symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 2. Troubles psychiatriques
R47	Troubles du langage, non classés ailleurs	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 7. Troubles sensoriels
R48	Dyslexie et autres troubles de la fonction symbolique, non classés ailleurs	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R49	Troubles de la voix	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 7. Troubles sensoriels
R51	Céphalée	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R52	Douleur, non classée ailleurs	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R53	Malaise et fatigue	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R54	Sénilité	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 1. Démences et troubles des fonctions cognitives
R55	Syncope et collapsus	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R56	Convulsions, non classées ailleurs	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R60	Oedème, non classé ailleurs	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R62	Retard du développement physiologique	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 5. Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental
R63	Symptômes et signes relatifs à l'absorption d'aliments et de liquides	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R64	Cachexie	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R68	Autres symptômes et signes généraux	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R69	Causes inconnues et non précisées de morbidité	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
R79	Autres résultats anormaux des examens chimiques du sang	Chapitre XVIII. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	Groupe 9. Autres
S01	Plaie ouverte de la tête	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
S02	Fracture du crâne et des os de la face	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
S05	Lésion traumatique de l'oeil et de l'orbite	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 7. Troubles sensoriels

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
S06	Lésion traumatique intracrânienne	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 4. Maladies du système nerveux
S12	Fracture du cou	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S22	Fracture de côte(s), du sternum et du rachis dorsal	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S27	Lésions traumatiques d'organes intrathoraciques, autres et non précisés	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S32	Fracture du rachis lombaire et du bassin	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S34	Lésion traumatique des nerfs et de la moelle épinière lombaire au niveau de l'abdomen, des lombes et du	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S40	Lésion traumatique superficielle de l'épaule et du bras	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S42	Fracture de l'épaule et du bras	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S43	Luxation, entorse et foulure des articulations et des ligaments de la ceinture scapulaire	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S44	Lésion traumatique de nerfs au niveau de l'épaule et du bras	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S48	Amputation traumatique de l'épaule et du bras	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S49	Lésions traumatiques de l'épaule et du bras, autres et sans précision	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S52	Fracture de l'avant-bras	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S58	Amputation traumatique de l'avant-bras	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S62	Fracture au niveau du poignet et de la main	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S68	Amputation traumatique du poignet et de la main	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S72	Fracture du fémur	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S73	Luxation, entorse et foulure de l'articulation et des ligaments de la hanche	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S76	Lésion traumatique de muscles et de tendons au niveau de la hanche et de la cuisse	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S78	Amputation traumatique de la hanche et de la cuisse	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S79	Lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse, autres et sans précision	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S82	Fracture de la jambe, y compris la cheville	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
S86	Lésion traumatique de muscles et de tendons au niveau de la jambe	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S88	Amputation traumatique de la jambe	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S91	Plaie ouverte de la cheville et du pied	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
S92	Fracture du pied, sauf la cheville	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S96	Lésion traumatique de muscles et de tendons au niveau de la cheville et du pied	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
S98	Amputation traumatique de la cheville et du pied	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T01	Plaies ouvertes de plusieurs parties du corps	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T02	Fractures de plusieurs parties du corps	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T03	Luxations, entorses et foulures de plusieurs parties du corps	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T07	Lésions traumatiques multiples, sans précision	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T08	Fracture du rachis, niveau non précisé	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T09	Autres lésions traumatiques du rachis et du tronc, niveau non précisé	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T10	Fracture du membre supérieur, niveau non précisé	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T11	Autres lésions traumatiques du membre supérieur, niveau non précisé	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T12	Fracture du membre inférieur, niveau non précisé	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T13	Autres lésions traumatiques du membre inférieur, niveau non précisé	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T14	Lésions traumatiques d'une partie du corps non précisée	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T17	Corps étranger dans les voies respiratoires	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
T21	Brûlure et corrosion du tronc	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T25	Brûlure et corrosion de la cheville et du pied	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T28	Brûlure et corrosion d'autres organes internes	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T29	Brûlures et corrosions de parties multiples du corps	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
T50	Intoxication par diurétiques et médicaments et substances biologiques, autres et sans précision	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T56	Effet toxique des métaux	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T74	Syndromes dus à de mauvais traitements	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T75	Effets d'autres causes externes	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T78	Effets indésirables, non classés ailleurs	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T80	Complications consécutives à une injection thérapeutique, une perfusion et une transfusion	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T81	Complications d'actes à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T82	Complications de prothèses, implants et greffes cardiaques et vasculaires	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
T83	Complications de prothèses, implants et greffes génito-urinaires	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T84	Complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T85	Complications d'autres prothèses, implants et greffes internes	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T86	Echec et rejet d'organes et de tissus greffés	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T88	Autres complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T90	Séquelles de lésions traumatiques de la tête	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 4. Maladies du système nerveux
T91	Séquelles de lésions traumatiques du cou et du tronc	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T92	Séquelles de lésions traumatiques du membre supérieur	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T93	Séquelles de lésions traumatiques du membre inférieur	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T94	Séquelles de lésions traumatiques de parties du corps multiples et non précisées	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
T95	Séquelles de brûlures, corrosions et gelures	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T96	Séquelles d'intoxications par médicaments et substances biologiques	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
T98	Séquelles de causes externes, autres et sans précision	Chapitre XIX. Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	Groupe 9. Autres
V03	Piéton blessé dans une collision avec une automobile ou une camionnette	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
V49	Occupant d'une automobile blessé dans des accidents de transport, autres et sans précision	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
W20	Heurt causé par le lancement ou la chute d'un objet	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
X61	Auto-intoxication par des anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
X93	Agression par arme de poing	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y23	Décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille, intention non déterminée	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y36	Faits de guerre	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y42	Hormones et leurs substituts synthétiques et antagonistes, non classés ailleurs	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y43	Substances d'action pharmacologique essentiellement systémique	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y48	Anesthésiques et gaz thérapeutiques	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y49	Médicaments psychotropes, non classés ailleurs	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y65	Autres accidents et complications au cours d'actes médicaux et chirurgicaux	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y76	Appareils utilisés en obstétrique et en gynécologie, associés à des accidents	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y77	Appareils utilisés en ophtalmologie, associés à des accidents	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y79	Appareils orthopédiques, associés à des accidents	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y83	Opération et autre acte chirurgical à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
Y84	Autres actes médicaux à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y85	Séquelles d'un accident de transport	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y86	Séquelles d'autres accidents	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y87	Séquelles d'une lésion auto-infligée, d'une agression ou d'un événement, d'intention non déterminée	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y88	Actes médicaux et chirurgicaux considérés comme cause externe de séquelles	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Y89	Séquelles d'autres causes externes	Chapitre XX. Causes externes de morbidité et de mortalité	Groupe 9. Autres
Z21	Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z22	Sujet porteur de germes responsables d'une maladie infectieuse	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z29	Nécessité d'autres mesures prophylactiques	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z44	Mise en place et ajustement d'appareils de prothèse externe	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z47	Autres soins de contrôle orthopédiques	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z49	Surveillance d'une dialyse	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z50	Soins impliquant une rééducation	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres

Code ICD10	Libellé Code ICD10	Chapitre ICD10	Classification de l'assurance dépendance
Z55	Difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z59	Difficultés liées au logement et aux conditions économiques	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z60	Difficultés liées à l'environnement social	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z72	Difficultés liées au mode de vie	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z74	Difficultés liées à une dépendance envers la personne qui donne les soins	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z82	Antécédents familiaux de certaines incapacités et maladies chroniques conduisant à l'invalidité	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z85	Antécédents personnels de tumeur maligne	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z86	Antécédents personnels de certaines autres maladies	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z87	Antécédents personnels d'autres maladies	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z88	Antécédents personnels d'allergie à des médicaments et des substances biologiques	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z89	Absence acquise d'un membre	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 6. Maladies du système ostéo-articulaire
Z90	Absence acquise d'organes, non classée ailleurs	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z91	Antécédents personnels de facteurs de risque, non classés ailleurs	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z92	Antécédents personnels de traitement médical	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z93	Stomies	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z94	Greffe d'organe et de tissu	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z95	Présence d'implants et de greffes cardiaques et vasculaires	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 3. Maladies du système cardio-vasculaire
Z96	Présence d'autres implants fonctionnels	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z97	Présence d'autres appareils	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z98	Autres états post-chirurgicaux	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres
Z99	Dépendance envers des machines et appareils auxiliaires, non classée ailleurs	Chapitre XXI. Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Groupe 9. Autres

ANNEXE 5. - RÉUNIONS ET SUJETS À L'ORDRE DU JOUR DE LA COMMISSION CONSULTATIVE POUR LA PÉRIODE 1998-2011

Date	Sujet(s)
22 juillet 1998	Ouverture de la réunion par Madame la Ministre de la Sécurité sociale ; Mise en place de la Commission consultative ; Questions de procédure ; Avant-projet de règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
10 septembre 1998	Examen de l'avant-projet de règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
24 septembre 1998	Examen de l'avant-projet de règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
21 octobre 1998	Examen de l'avant-projet de règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance ; Adoption de l'avis de la Commission consultative.
22 avril 1999	Cellule d'évaluation et d'orientation : rapport d'activités ; Adaptations et aménagements du logement : explications sur ce qui est prévu ; Questionnaire concernant l'évaluation des enfants : présentation des idées développées par la CEO ; Le centre de jour spécialisé : quel type d'agrément.
18 mai 1999	Cellule d'évaluation et d'orientation : bilan intermédiaire ; Adaptations et aménagements du logement : explications sur ce qui est prévu ; Questionnaire concernant l'évaluation des enfants : présentation des idées développées par la CEO ; Le centre de jour spécialisé : quel type d'agrément ; Modalités pratiques de distribution du matériel ; Analyse des projets-pilotes déposés ; Attributions de l'aide socio-familiale.
21 juillet 1999	Projet de règlement grand-ducal déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations logements par l'assurance dépendance - projet d'avis ; Projets d'actions expérimentales : lignes directrices ; Remplacement de l'aidant informel - discussion relative aux modalités de remplacement ; La formation de l'aide-soignant ; L'institution de groupes de travail chargés de la modification des questionnaires d'évaluation.
22 septembre 1999	Projet de règlement grand-ducal déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance (projet d'avis de la Commission) ; Projets d'actions expérimentales : structure interne pour l'examen des projets ; Remplacement de l'aidant informel : présentation de ce qui est prévu ; Avant-projet de règlement grand-ducal portant sur la formation de l'aide-soignant - projet d'avis de la Commission consultative sur base des avis de la CEO, de la COPAS et du MIFA ; Réexamen du questionnaire d'évaluation pour les enfants et de la grille d'évaluation chez les adultes : organisation des travaux ; Divers.
15 décembre 1999	Modifications des dispositions transitoires de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance, dans le cadre des amendements gouvernementaux au projet de la loi budgétaire ; Modalités de la documentation des aides et soins.

Date	Sujet(s)
17 février 2000	Modifications des dispositions transitoires de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance, dans le cadre des amendements gouvernementaux au projet de la loi budgétaire ; Modalités de la documentation des aides et soins.
17 mai 2000	Liste des appareils pris en charge par l'assurance dépendance ; Facturation : bilan intermédiaire sur la facturation par voie électronique et la facturation simplifiée, procédure de calcul des avances, dérogations temporaires.
4 octobre 2000	Projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 23 décembre 1998 déterminant 1) les appareils pris en charge par l'assurance dépendance ; 2) les conditions et modalités de prise en charge des produits dans les établissements d'aides et de soins - adaptation formelle de l'avis de la Commission consultative. Bilan intermédiaire : • Présentation par un représentant de la CEO ; • Discussion ; • Changement des dispositions applicables en matière de forfait pour produits nécessaires aux aides et soins ; • Suites à donner au groupe de travail soutien.
8 février 2001	Bilan général sur l'application et l'exécution de la loi du 19 juin 1998, mentionné dans le programme gouvernemental d'août 1999.
3 avril 2001	Bilan général sur l'application et l'exécution de la loi du 19 juin 1998, mentionné dans le programme gouvernemental d'août 1999.
18 octobre 2001	Révision des questionnaires d'évaluation utilisés dans le cadre de la détermination de la dépendance chez les personnes adultes et chez les enfants ; Examen de la question de la prise en charge de la préparation et de l'administration des médicaments ainsi que de l'instillation des gouttes oculaires.
13 décembre 2001	Présentation d'un projet d'action expérimentale par le Docteur Jean-Claude LENERS ; Révision des questionnaires d'évaluation utilisés dans le cadre de la détermination de la dépendance chez les personnes adultes et chez les enfants ; Examen de la question de la prise en charge de la préparation et de l'administration des médicaments ainsi que de l'instillation des gouttes oculaires ; Divers.
3 juillet 2002	Présentation et discussion au sujet des adaptations à apporter à la législation concernant l'assurance dépendance.
25 novembre 2002	Présentation et discussion sommaire du texte juxtaposé ayant trait aux propositions de modification de la législation applicable en matière d'assurance dépendance.
22 janvier 2003	Examen et commentaire " article par article " du texte juxtaposé distribué en date du 25 novembre 2002 ayant trait aux propositions de modification de la législation applicable en matière d'assurance dépendance.
20 novembre 2003	Réforme du règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance ; Préparation et administration des médicaments par les prestataires d'aides et de soins.
4 décembre 2003	Réforme du règlement grand-ducal fixant les modalités de la détermination de la dépendance - réunion fixée à la suite de celle du 20.11.2003 (quorum insuffisant) - avis daté au 4.12.2003.
9 mars 2004	Projet de loi relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie - avis daté au 22.03.2004.

Date	Sujet(s)
2 mars 2005	Projet de loi modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance - amendements gouvernementaux ; Projet de règlement grand-ducal déterminant 1) les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2) les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3) les produits nécessaires aux aides et soins ; Prise en charge de la préparation et de l'administration de médicaments.
20 avril 2005	Projet de loi modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance - amendements gouvernementaux ; Projet de règlement grand-ducal déterminant 1) les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2) les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3) les produits nécessaires aux aides et soins ; Prise en charge de la préparation et de l'administration de médicaments.
31 mai 2005	Présentation du PAEX " Neurodépendance " ; Projet de loi modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance - amendements gouvernementaux - avis daté au 31.05.2005 ; Projet de règlement grand-ducal déterminant 1) les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2) les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3) les produits nécessaires aux aides et soins ; Prise en charge de la préparation et de l'administration de médicaments.
24 avril 2006	Présentation du PAEX " garde de nuit à domicile " ; Projet de loi relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.
13 juin 2006	Projet de loi relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie - avis daté au 13.07.2006.
23 novembre 2006	Projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance (adultes) ; Projet de règlement grand-ducal fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant ; Projet de règlement grand-ducal déterminant 1) les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2) les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3) les produits nécessaires aux aides et soins ; Avant-projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la commission consultative.
14 décembre 2006	Projet de règlement grand-ducal modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance (adultes) - avis daté au 14.12.2006 ; Projet de règlement grand-ducal fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant - avis daté au 14.12.2006 ; Projet de règlement grand-ducal déterminant 1) les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2) les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3) les produits nécessaires aux aides et soins - avis daté au 14.12.2006 ; Projet de règlement grand-ducal déterminant en exécution de l'article 361 du Code des assurances sociales les modalités d'un projet d'actions expérimentales relatif à la prise en charge en petite unité de vie de personnes souffrant d'une neuro-dépendance - avis daté au 14.12.2006.
10 juin 2008	Avant-projet de règlement grand-ducal déterminant en exécution de l'article 361 du Code des assurances sociales les modalités d'un projet d'action expérimentale au sujet de la garde de nuit à domicile - avis daté au 18.06.2008.

■ ■ ■ Glossaire

■ ■ ■ Liste des abréviations

■ ■ ■ Bibliographie

GLOSSAIRE

Accompagnement socio-pédagogique	Par la convention forfaitaire relative à l'accompagnement socio-pédagogique (ASP) des personnes en situation de handicap dans les services d'hébergement et d'activités de jour, le passage d'un modèle de financement basé sur des forfaits institutionnels vers un modèle financé sur base de forfaits par type et besoins d'usagers est introduit. L'élaboration d'un outil d'évaluation des besoins d'accompagnement des usagers accueillis dans les services d'hébergement, unique pour tous les gestionnaires, permet d'arriver à des résultats comparables d'un gestionnaire à l'autre. Les évaluations étant réalisées par les professionnels oeuvrant au sein des services visés, une procédure "interjuge" composé de représentants du ministère et des gestionnaires sera mise en place. Huit profils d'usagers ont été définis, et autant de semaines-type qui ont vocation de rendre compte du besoin en accompagnement de chaque profil d'utilisateur. Chaque semaine-type définit ainsi l'accompagnement offert à une personne handicapée en service d'hébergement, en fonction de son profil, et définit la durée et la fréquence des actes d'accompagnement, le ratio d'encadrement et la qualification requise du personnel d'encadrement. En tenant compte de la moyenne des besoins éventuels des usagers pris en charge par l'Assurance dépendance, il est possible de déterminer un volume d'heures d'encadrement à offrir aux usagers des services d'hébergement, qui sont à charge du prix de pension et du financement par forfaits ASP. Par la nature des choses, le modèle élaboré sur base des semaines-type doit être considéré comme évolutif.
Accroissement naturel de la population	Le taux d'excédent naturel (ou accroissement naturel) est le taux de croissance démographique imputable au mouvement naturel de la population, c'est-à-dire, celui qui ne résulte que des naissances et des décès. Il se calcule comme le rapport du solde naturel pendant une période à la population moyenne de cette période. Il est aussi égal à la différence entre le taux de natalité et le taux de mortalité.
Actes essentiels de la vie	Notion fondamentale de l'assurance dépendance. Les actes essentiels de la vie sont les actes qui relèvent des domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité.
Adaptation du logement	Transformation de l'habitat visant à adapter l'environnement architectural aux capacités et besoins de la personne.
Adapth	Acronyme de " Association pour le Développement et la Propagation d'Aides Techniques pour Handicapé(e)s ". Asbl. créée en 1985, conventionnée depuis 2000 par le Ministère de la Famille et de l'Intégration, expert de la CEO en matière d'adaptations du logement et d'aides techniques plus spécifiques.
Age médian	L'âge médian est l'âge qui divise la population d'un pays en 2 groupes numériquement égaux, la moitié est plus jeune, l'autre moitié plus âgée.
Age moyen	Il correspond à la somme des âges de la population protégée divisée par le nombre de personnes protégées.

Ageing Index	L'Ageing Index représente le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 15 ans.
Aidant informel	Tierce personne qui assure, d'après un plan de prise en charge, des aides et soins à la personne dépendante à son domicile sans appartenir à un réseau d'aides et de soins.
Aide à domicile	Est à considérer comme aide à domicile, toute activité consistant à accomplir pour au moins trois personnes, principalement au domicile des usagers, des prestations entre autres d'entretien, d'assistance au niveau des tâches domestiques, de garde, de guidance et d'orientation socio-familiales, éducatives et/ou gériatriques, d'accompagnement au niveau des démarches administratives et sociales, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, le soutien à domicile et le conseil pris en charge par l'assurance dépendance.
Aide technique / produit d'assistance	Tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, à compenser, à contrôler, à soulager ou à neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap.
Allocation spéciale supplémentaire	L'allocation spéciale supplémentaire est due à l'enfant ou l'adolescent handicapé de moins de 18 ans à l'instar de l'allocation familiale et est destinée à contribuer aux charges supplémentaires résultant de cette infirmité. Le montant équivaut pour chaque enfant handicapé à celui de l'allocation familiale pour un enfant unique. L'allocation spéciale supplémentaire est versée jusqu'à l'âge de 18 ans en faveur de tout enfant ou adolescent bénéficiaire de l'allocation familiale et atteint d'une insuffisance ou diminution permanente d'au moins 50% de la capacité physique ou mentale d'un enfant ou adolescent sans besoins spéciaux du même âge. L'allocation est maintenue après l'âge de 18 ans jusqu'à la date du 27ème anniversaire de la personne bénéficiant de l'allocation familiale en la qualité de personne adulte handicapée en formation (institut ou centre d'éducation différenciée au Grand-Duché de Luxembourg ou dans un établissement étranger équivalent), à condition que ses revenus, tant au titre de la législation luxembourgeoise que prévus par un régime non-luxembourgeois, restent inférieurs au montant du revenu minimum garanti (RMG) pour une personne seule.
Analgésiques	Les analgésiques sont des médicaments utilisés en médecine dans le but d'éliminer la douleur d'un patient (les antalgiques ne faisant qu'atténuer la douleur).
Boxplot	Il permet de représenter rapidement et facilement le profil essentiel d'une série statistique quantitative. En résumant seulement quelques caractéristiques des distributions étudiées comme la médiane, la moyenne, les quartiles, minimum, maximum, il permet de comparer un même caractère dans des populations de tailles différentes. La méthode consiste à tracer un rectangle allant du premier quartile au troisième quartile et coupé par la médiane. La largeur du rectangle varie en fonction de la taille de la population étudiée. On ajoute alors des segments aux extrémités menant jusqu'aux valeurs extrêmes. Les points isolés constituent des valeurs remarquables qui sortent du lot (outlier).

Cahier des charges fonctionnel	Le cahier des charges fonctionnel définit les caractéristiques des aménagements à réaliser sur base des besoins et des capacités du bénéficiaire.
Cahier des charges technique	Le cahier des charges technique est la retranscription du cahier des charges fonctionnel en termes purement techniques destinés à l'entrepreneur. Ce document sert de base commune à l'appel d'offres et de prescriptions à suivre lors des travaux d'aménagement de l'entrepreneur.
Caisse nationale de santé	Organisme de gestion de l'assurance dépendance. La Caisse nationale de santé est également l'organisme qui prend les décisions. Elle établit les budgets et contrôle les dépenses de l'assurance dépendance.
Cellule d'évaluation et d'orientation	Service de l'assurance dépendance qui constate si la personne est dépendante et fixe les prestations auxquelles elle a droit. La Cellule d'évaluation et d'orientation a également d'autres missions, entre autres d'informer et de conseiller sur des thèmes qui ont trait à la dépendance.
Centre intégré pour personnes âgées	Service qui garantit un accueil gérontologique et des soins, principalement de jour et de nuit et pour une durée non limitée dans le temps, à au moins trois personnes âgées, en leur offrant entre autres des prestations d'hébergement, d'entretien, d'assistance au niveau des activités de la vie quotidienne, de guidance psycho-médico-sociale, d'animation et de loisir, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et le soutien stationnaire pris en charge par l'assurance dépendance.
Centre psycho-gériatrique	Service qui garantit un accueil gérontologique et thérapeutique, de jour ou de nuit, à au moins trois personnes âgées et/ou affectées de troubles à caractère psycho-gériatrique, pour leur proposer entre autres des prestations diverses de restauration, d'assistance au niveau de la vie quotidienne, de guidance socio-familiale et psycho-médico-sociale, d'orientation institutionnelle, de consultation psycho-socio-gérontologique, de validation et de réactivation, d'animation et de loisir, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie pris en charge par l'assurance dépendance.
Centre semi-stationnaire	Institution accueillant soit de jour soit de nuit en cas de maintien à domicile des personnes dépendantes, en leur assurant les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance pendant leur séjour dans ce centre ayant conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins à cet effet.
Centre semi-stationnaire pour personnes handicapées	Service qui offre des activités de jour à plus de trois personnes présentant un handicap grave ou polyhandicap. Outre les aides et soins au sens de la loi du 19 juin 1998 portant introduction de l'assurance dépendance, le service assure un accompagnement socio-pédagogique et thérapeutique par le biais d'activités variées et adaptées aux besoins et attentes individuels de la personne handicapée. Le service accueille pendant la journée des personnes handicapées qui, en raison de leur déficience et/ou de leur âge, ne peuvent pas suivre de manière continue une formation professionnelle ou un emploi. L'objet est d'assurer un encadrement professionnel et multidisciplinaire à la personne handicapée et à soutenir les familles ayant à charge une personne handicapée.

Charges directement imputables à la personne dépendante	Il s'agit notamment de : • Faire des courses • Ranger la chambre, faire le lit • Nettoyer les téguments • Laver le linge • Garder les animaux • Réparer les moyens accessoires.
Charge indirectement imputable à la personne dépendante	Ces charges correspondent à : • Nettoyer la salle de séjour • Entretenir le linge de la communauté • Payer les repas • Débarrasser la table • Plateau de repas.
Circulation horizontale	Déplacement à un même niveau.
Classes de temps requis pour les AEV	Classes construites par paliers de 3,5 heures, par analogie aux paliers de même valeur dans l'assurance dépendance (besoin minimum, calcul de la prestation en espèces).
Classification ATC	Le Système de Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC) est utilisé pour classer les médicaments. C'est le Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology de l'OMS qui le contrôle. La première publication remonte à 1976. Les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et/ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.
Coefficient de qualification	Ce coefficient tient compte de la qualification requise pour prester l'acte. Il varie entre 0,7 (sans qualification) et 1,9 (psychologue).
Coefficient intensité	Ce coefficient détermine le nombre de personnes prises en charge par un professionnel durant une séance (à savoir 1, 4 ou 8 personnes). Il s'applique essentiellement dans le cadre des activités de soutien.
Co-intervenant	Intervenant qui contribue en complément du prestataire à l'exécution de l'ensemble du plan de prise en charge. Le co-intervenant est normalement d'une autre catégorie que le prestataire.
Common Assessment Framework ou Cadre d'auto-évaluation des Fonctions publiques (CAF)	Il s'agit d'un outil de management par la qualité totale inspiré du modèle d'excellence de la Fondation européenne pour la gestion par la qualité (EFQM) et du modèle de l'Université des sciences administratives de Speyer (Allemagne). Il repose sur l'idée que les résultats des performances-clés, les résultats auprès des citoyens-usagers, du personnel et de la société peuvent tendre à l'excellence grâce à la capacité de l'encadrement à donner une impulsion en matière de stratégie et de planification, de personnel, de partenariats et ressources, et de processus. Le CAF évalue l'organisation sous différents angles, adoptant ainsi une approche globale dans l'analyse des performances de l'organisation.
Compensation de niveaux	Aide technique ou adaptation permettant de pallier les différences de niveaux rencontrées dans un logement.

Congé d'usage	En dehors des 10 jours fériés légaux, il existe au Luxembourg certaines fêtes locales ou fêtes d'usage, tels que : • le lundi de Carnaval, • le vendredi saint, • le 2 novembre, • le lundi de kermesse à Luxembourg-Ville. Hormis les cas où une convention collective prévoit que les salariés bénéficient des jours de fête d'usage, les employeurs du secteur privé ne sont pas obligés d'accorder à leurs salariés les jours fériés d'usage.
Congé lié à l'âge	Certaines conventions collectives de travail prévoient des jours de congé supplémentaires pour les salariés atteignant un certain âge.
Coping	Le concept de COPING désigne " l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de cet événement, sur son bien-être physique et psychologique. "
Courbe de Lorenz	La courbe de Lorenz est un outil de représentation des distributions de revenus. Elle indique la proportion du total des revenus détenue par un pourcentage donné de la population. C'est un indicateur visuel de la quantité d'inégalité présente dans la distribution de revenus. Quand les revenus sont moins dispersés (c'est-à-dire à faible variabilité), elle tend vers la droite d'équidistribution. Quand ils sont plus dispersés (à plus grande variabilité) elle tend à se couder. En d'autres mots : plus la courbe est convexe, plus la distribution des revenus est inégale.
Coût de revient horaire	Le coût de revient, souvent appelé prix de revient ou parfois prix naturel, représente la somme des coûts supportés pour la production et la distribution d'un bien ou d'un service.
Décès de droit	Décès de personnes survenus sur le territoire national sans considérer les décès qui se rapportent à des non-résidents mais en incluant les personnes résidentes décédées à l'étranger.
Décès de fait	Décès de personnes survenus sur le territoire national, sans distinguer si les décès se rapportent à des résidents ou à des non-résidents (-> décès de droit).
Décile	En statistique, chacune des valeurs d'un caractère quantitatif qui partagent l'étendue des valeurs en dix sous-ensembles d'effectifs égaux.
Décision	Conclusion de la procédure subséquente à l'introduction de la demande de prestations de l'assurance dépendance. Elle est prise par la Caisse nationale de santé et signifiée au demandeur par un document.
Déterminer (les aides et soins requis) / Détermination	Arrêter, dans un relevé-type, les aides et soins requis par un demandeur de prestations, ainsi que leur fréquence, en se basant sur des données recueillies dans le cadre de l'évaluation.

Dispositions particulières	La loi sur l'assurance dépendance prévoit qu'un règlement grand-ducal peut définir pour certaines maladies ou déficiences, de manière forfaitaire, le temps requis. Les prestations servies sur base de cet article sont des prestations en espèces forfaitaires correspondant à six heures d'aides et de soins. Elles sont accordées aux personnes présentant une réduction grave de la capacité auditive ou une aphasie ou une dysarthrie grave ou une laryngectomie ou un déficit visuel important ou une forme de spina bifida (article 350 du CSS). On parle de dispositions particulières dans le sens où ces prestations constituent une exception par rapport aux dispositions habituelles de la loi.
Dispositions particulières	La loi sur l'assurance dépendance prévoit qu'un règlement grand-ducal peut définir pour certaines maladies ou déficiences, de manière forfaitaire, le temps requis. Les prestations servies sur base de cet article sont des prestations en espèces forfaitaires correspondant à six heures d'aides et de soins. Elles sont accordées aux personnes présentant une réduction grave de la capacité auditive ou une aphasie ou une dysarthrie grave ou une laryngectomie ou un déficit visuel important ou une forme de spina bifida (article 350 du CSS). On parle de dispositions particulières dans le sens où ces prestations constituent une exception par rapport aux dispositions habituelles de la loi.
Ecole inclusive	Une école inclusive, c'est ... • L'école et son environnement qui se mettent au service de l'enfant à besoins éducatifs particuliers. • C'est le lieu où chaque enfant est pris en compte (porteur de handicap ou non), tant sur le plan matériel qu'éducatif. • C'est une structure qui n'exclut personne et qui met en place des dispositifs adaptés pour tous selon les besoins de chacun. • C'est une école qui permet la scolarisation des élèves porteurs de handicap de manière réglementée, non pas de manière sauvage, mais en concertation avec tous les partenaires, afin d'assurer une scolarité pensée et réussie. • C'est un lieu d'échanges qui permet la prise en compte des différences de chacun grâce à l'intervention d'enseignants formés, des enseignements adaptés et des élèves informés. • C'est une école qui permet de répondre aux besoins de chacun dans le respect des différences grâce à des échanges et des temps partagés. • C'est une école qui s'adapte aux élèves à besoins éducatifs particuliers en s'appuyant sur un projet individualisé établi en partenariat avec la famille, le CAMPS, le SESSAD, l'orthophoniste... Elle permet à chaque élève d'avoir un parcours "à la carte". • Une école qui cherche à accueillir tous les élèves avec leurs besoins particuliers que ce soit à cause d'un problème physique, intellectuel... • Une école qui s'adapte, qui met en œuvre tous les moyens pour mener à bien le projet de chaque enfant et l'acquisition du socle commun. • Une école qui permet à chaque enfant accueilli de faire partie d'un tout et d'exister tout seul. • Une école qui tient compte des difficultés d'apprentissage de chacun, qui adapte son enseignement à chacun, une école ouverte à la différence.

Emploi intérieur	Emploi des personnes travaillant au Luxembourg qu'elles y aient leur résidence ou non. Il englobe donc les frontaliers étrangers mais ne comprend ni les frontaliers luxembourgeois, ni les fonctionnaires ni les agents des institutions internationales considérées comme extra-territoriales.
Ensemble de propulsion	Sous-ensemble permettant la propulsion et/ou la direction d'un fauteuil roulant de base ou de positionnement.
Equivalent temps plein (ETP)	L'équivalent temps plein (ETP) ou équivalent plein temps (EPT) est la mesure : • d'une <i>charge de travail</i> ; • ou plus souvent, d'une capacité de travail ou de production. <i>Charge de travail</i> : une charge de " n " ETP pendant une période donnée correspond à un travail qui nécessiterait l'affectation de " n " personnes à plein temps pendant toute la période considérée, pour le réaliser. Par exemple, une charge de 3 ETP pendant une semaine correspond à un travail réclamant 3 personnes affectées à plein temps (typiquement, 5 jours) pendant la semaine. <i>Capacité de travail</i> : une capacité de " n " ETP correspond à une équipe de " n " personnes affectées à temps plein à la réalisation d'une tâche. Par exemple, une équipe de trois ETP serait capable de réaliser le travail pris dans l'exemple précédent en une semaine.
Espérance de vie à 65 ans	Durée moyenne de vie de 65 ans au décès dans une population.
Espérance de vie à la naissance	Estimation du nombre moyen d'années qu'une personne, à un certain âge, peut s'attendre à vivre. L'espérance de vie à la naissance est un cas particulier, représentant la durée moyenne de vie de la naissance au décès dans une population. C'est une donnée hypothétique calculée sur la base des divers taux actuels spécifiques de mortalité par âge, projetés dans le futur.
Etablissement à séjour intermittent	Institution hébergeant de jour et de nuit de façon prépondérante des personnes dépendantes relevant de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ou bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire prévue à l'article 4, alinéas 5 et 6 de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales. L'établissement doit dispenser tous les aides et soins requis par la personne dépendante pendant la durée de séjour dans l'établissement d'après les conditions et modalités fixées par la convention-cadre.
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	Institutions hébergeant de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant, dans le cadre de l'établissement, l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance.
Etat de santé général perçu	L'état de santé général perçu correspond à la perception que les individus ont de leur santé, et peut refléter tous les aspects physiques et psychologiques. Dans les enquêtes EU-SILC, la question est généralement formulée de la manière suivante : " Diriez-vous de votre état de santé général qu'il est : très bon, bon, moyen, mauvais ou très mauvais ? "
Evaluation	Etape de la procédure de la constatation de l'état de dépendance au cours de laquelle la CEO rencontre le demandeur de prestations pour recueillir les informations relatives à l'état de dépendance

Evaluteur	Professionnel de la Cellule d'évaluation et d'orientation qui constate et décrit l'état de la personne qui sollicite des prestations de l'assurance dépendance.
Fehlbedarfsfinanzierung ou Financement du solde/ du découvert	Il s'agit d'un mécanisme de financement par lequel le financeur/ l'Etat prend en charge le solde entre les moyens propres (y compris les recettes d'autres sources de financement) d'un organisme et les dépenses effectuées. Dans le contexte luxembourgeois, ce système de financement fonctionne au niveau du secteur dit " conventionné ".
Fragilité de la personne âgée	La fragilité est un syndrome résultant d'une réduction multi-systémique des réserves fonctionnelles. Les facteurs favorisants sont multiples, vieillissement physiologique, maladies chroniques, facteurs environnementaux. Les personnes âgées fragiles sont à risque de déstabilisation. L'organisme n'est plus capable de résister à un stress tels une maladie aiguë intercurrente, une chute, un deuil. Ce stress entraîne une déstabilisation de l'organisme bien plus grande que celle qui aurait été attendue, avec des phénomènes en cascade, et des conséquences importantes sur le plan fonctionnel. La fragilité est un état évolutif, certaines de ses composantes peuvent être réversibles.
Haute Autorité de France (HAS)	La HAS est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique. La HAS évalue d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur admission au remboursement. Elle élabore des recommandations sur les stratégies de prise en charge. La HAS certifie les établissements de santé et accrédite les praticiens de certaines disciplines afin d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé et en médecine de ville. La HAS met à votre disposition des guides, méthodes et outils pour vous permettre de mettre en oeuvre vos projets.
Henderson	Les quatorze besoins fondamentaux de Virginia Henderson représentent un modèle conceptuel en sciences humaines et notamment en soins infirmiers. Les besoins sont classés comme suit : 1) respirer 2) boire et manger 3) éliminer 4) se mouvoir, maintenir une bonne posture et maintenir une circulation sanguine adéquate 5) dormir, se reposer 6) se vêtir et se dévêtir 7) maintenir sa température corporelle dans la limite de la normale 8) être propre, soigné et protéger ses téguments 9) éviter les dangers 10) communiquer avec ses semblables 11) pratiquer sa religion ou agir selon ses croyances 12) s'occuper en vue de se réaliser 13) se divertir, se récréer 14) apprendre.
Indice de Gini	L'indice (ou coefficient) de Gini est un indicateur synthétique d'inégalités de salaires (de revenus, de niveaux de vie...). Il varie entre 0 et 1. Il est égal à 0 dans une situation d'égalité parfaite où tous les salaires, les revenus, les niveaux de vie... seraient égaux. A l'autre extrême, il est égal à 1 dans une situation la plus inégalitaire possible, celle où tous les salaires (les revenus, les niveaux de vie...) sauf un seraient nuls. Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé.

Lieux de vie	Dans le domaine de la mobilité à l'intérieur du logement, l'assurance dépendance intervient exclusivement pour garantir l'accès aux lieux de vie du domicile de la personne, à savoir la salle de bains avec WC ou le cas échéant un WC séparé, la cuisine, la chambre à coucher, le salon et la salle à manger.
Maison de soins	Service qui garantit un accueil gérontologique et des soins, principalement de jour et de nuit et pour une durée non limitée dans le temps, à au moins trois personnes, en leur offrant entre autres des prestations d'hébergement, d'entretien, d'assistance au niveau des activités de la vie quotidienne, de guidance psycho-médico-sociale, d'animation et de loisir, d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et le soutien stationnaire pris en charge par l'assurance dépendance, et dont les usagers nécessitent en principe plus de 12 heures de prestations hebdomadaires d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie pris en charge par l'assurance dépendance.
Ménage fiscal	Un ménage fiscal est formé par une personne principale, éventuellement son conjoint par mariage, et des enfants à charge (enfants pour lesquels le ménage touche des prestations familiales). A noter que 2 personnes vivant ensemble, sans être mariées ne sont pas comptées comme ménage à deux personnes, mais comme deux ménages à une personne.
Méthode ouverte de coordination	La méthode ouverte de coordination (MOC) est un mode de coordination non contraignant des politiques publiques des différents États membres de l'Union européenne. Il s'applique dans des domaines qui relèvent essentiellement de la compétence des États (comme la protection sociale), et où l'Union ne peut édicter de règles contraignantes (règlement ou directive). Cette méthode utilise des outils souvent rattachés au droit mou (<i>soft law</i>) et issus du monde du management et de l'entreprise, tels que les guides de bonne conduite, le partage des bonnes pratiques, l'évaluation par les pairs et le benchmarking. La MOC permet le rapprochement des législations nationales dans le domaine de politique publique visé. Mais comme son principe est la coopération volontaire des États, son efficacité n'est réelle que lorsqu'il y a consensus sur les objectifs à atteindre. La méthode ouverte de coordination est souvent promue comme une alternative à la méthode communautaire, mais elle pose aussi une série de problèmes en ce qui concerne son efficacité présumée, ses effets sur les législations et sa légitimité démocratique.
Migration nette	Excédents des arrivées sur les départs.
Mise à disposition par voie d'acquisition	Pour les aides techniques, qui pour des raisons hygiéniques ou techniques ne peuvent être louées et recyclées, un subventionnement a été prévu. Cette subvention peut être soumise à l'obligation de remettre l'aide technique au SMA, à la fin de son utilisation. On parlera alors d'acquisition avec rétrocession.
Mise à disposition par voie de location	La fourniture d'aides techniques par l'assurance dépendance est basée sur le prêt d'aides techniques par un fournisseur spécialisé (le SMA).
Mode	Valeur qui apparaît le plus grand nombre de fois.

Montant de prise en charge maximal (aides techniques et adaptation de logement)	Le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 a introduit un montant d'intervention maximal pour certaines aides techniques. Un plafond de 26 000 euros a été défini pour les aides techniques chères, telles que les plateformes élévatrices, les élévateurs d'escaliers, les rampes fixes et encore les lève-personnes fixés au plafond. Pour d'autres aides techniques telles que les adaptations de voiture, les frais varient fortement en fonction du type de voiture choisi par le bénéficiaire et la fixation d'une participation maximale est devenue nécessaire pour assurer une équité dans le traitement des demandes. Le montant de prise en charge maximal pour les adaptations du logement ne peut pas dépasser un montant de 26 000 euros par personne dépendante, sans prise en compte ni des aides techniques, ni des frais susceptibles d'être engagés à charge de l'assurance dépendance pour la mise en oeuvre de l'adaptation au profit des services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale.
Moyenne mobile sur 5 périodes	La moyenne glissante, ou moyenne mobile, est un type de moyenne statistique utilisée pour analyser des séries ordonnées de données, le plus souvent des séries temporelles, en supprimant les fluctuations transitoires de façon à en souligner les tendances à plus long terme. Cette moyenne est dite <i>mobile</i> parce qu'elle est recalculée de façon continue, en utilisant à chaque calcul un sous-ensemble d'éléments dans lequel un nouvel élément remplace le plus ancien ou s'ajoute au sous-ensemble. Ce type de moyenne est utilisé généralement comme méthode de lissage de valeurs, en particulier dans le domaine financier pour l'analyse technique de cours boursiers.
Norme ISO 9999	Classification internationale des aides techniques dans laquelle toutes les aides techniques pouvant être utilisées par les personnes ayant des incapacités sont répertoriées.
Overhead	Dépenses nécessaires pour assurer le fonctionnement d'une entreprise (ex. électricité, salaires, etc.) mais qui ne peuvent pas être associées directement aux services offerts.
Partage	Dans la procédure d'établissement du plan de prise en charge, la phase de négociation du remplacement des prestations en nature par des prestations en espèces est désignée par le terme " partage ".
Période transitoire	Période s'écoulant entre la demande pour une prise en charge par l'assurance dépendance et la décision.
Personne âgée	Selon la définition de l'OCDE il s'agit d'une personne âgée de plus de 65 ans.
Personne dépendante	Personne reconnue dépendante au sens de la loi du 19 juin 1998, modifiée par la loi du 23 décembre 2005, bénéficiaire d'un plan de prise en charge.
Plafond	Terme utilisé dans l'assurance dépendance pour évoquer le maximum de prestations que l'on peut obtenir.
Plan de prise en charge " fin de vie "	Plan de prise en charge établi pour des personnes en fin de vie, dans le cadre d'une procédure arrêtée par la par la Cellule d'évaluation et d'orientation avant l'introduction de la loi sur les soins palliatifs.

Plan de prise en charge	Le plan de prise en charge est le document établi par la Cellule d'évaluation et d'orientation, qui reprend les prestations accordées à la personne dépendante.						
Plateforme à parois latérales	Définition d'une cabine et détermination de la législation applicable <table border="1"> <tr> <td> Plateforme simple Plateforme avec console de commande Plateforme avec parois latérales </td><td> Cabine </td></tr> <tr> <td> Directive 98/37/CE machines règlement grand-ducal du 8 janvier 1992 relatif aux machines tel que modifié (texte coordonné voir ITM-CL192) </td><td> Directive 95/16/CE ascenseurs règlement grand-ducal du 25 octobre 1999 relatif aux ascenseurs </td></tr> <tr> <td> ITM-CL 295 Appareils élévateurs à plate-forme pour personnes conçus d'après la directive 98/37/CE relative aux machines </td><td> ITM-CL 230 ascenseurs conçus d'après la directive 95/16/CE relative aux ascenseurs </td></tr> </table>	Plateforme simple Plateforme avec console de commande Plateforme avec parois latérales	Cabine	Directive 98/37/CE machines règlement grand-ducal du 8 janvier 1992 relatif aux machines tel que modifié (texte coordonné voir ITM-CL192)	Directive 95/16/CE ascenseurs règlement grand-ducal du 25 octobre 1999 relatif aux ascenseurs	ITM-CL 295 Appareils élévateurs à plate-forme pour personnes conçus d'après la directive 98/37/CE relative aux machines	ITM-CL 230 ascenseurs conçus d'après la directive 95/16/CE relative aux ascenseurs
Plateforme simple Plateforme avec console de commande Plateforme avec parois latérales	Cabine						
Directive 98/37/CE machines règlement grand-ducal du 8 janvier 1992 relatif aux machines tel que modifié (texte coordonné voir ITM-CL192)	Directive 95/16/CE ascenseurs règlement grand-ducal du 25 octobre 1999 relatif aux ascenseurs						
ITM-CL 295 Appareils élévateurs à plate-forme pour personnes conçus d'après la directive 98/37/CE relative aux machines	ITM-CL 230 ascenseurs conçus d'après la directive 95/16/CE relative aux ascenseurs						
(Source ITM-SST 1228.2)							
Polymorbidité	Le fait de souffrir de plusieurs maladies chroniques simultanément.						
Population active	Ensemble des personnes en âge de travailler qui sont disponibles sur le marché du travail, qu'elles aient un emploi (population active occupée) ou qu'elles soient au chômage (population active inoccupée) à l'exclusion de celles ne cherchant pas d'emploi, comme les personnes au foyer, les rentiers. En général, l'âge est fixé entre 15 et 64 ans.						
Population protégée	Par population protégée on entend toutes les personnes qui reçoivent de la part de l'assurance maladie des prestations de soins de santé et de maternité. Ces personnes sont ou bien des assurés cotisants ou bien ils profitent de droits dérivés (droits dont peuvent se prévaloir d'autres personnes que celles qui ont payé des cotisations ; généralement membres de famille - conjoint, enfants).						
Prestataire	Service professionnel (réseau ou établissement) qui a un contrat avec l'assurance dépendance et apporte tous les aides et soins nécessaires à la personne dépendante.						

Prestation en espèces	Dans le cadre de l'assurance dépendance, il est possible de remplacer une partie des aides et soins auxquels on a droit par une somme d'argent qui est destinée à se procurer les aides et soins auprès d'un aidant informel. Lorsqu'on évoque cette somme d'argent, on parle de prestation en espèces.
Prestation en nature	Dans le cadre de l'assurance dépendance, lorsqu'on parle de l'aide apportée par un service professionnel (un prestataire), que ce soit un établissement, un réseau ou un centre semi-stationnaire, on parle de prestation en nature.
Productivité du travail	La productivité du travail permet de mesurer l'efficacité d'une entreprise. Elle compare la production réalisée et les quantités de facteurs de production (capital, travail) utilisées pour réaliser cette production. C'est le rapport entre la quantité produite et la quantité de travail utilisée.
Psycholeptiques	Un psycholeptique est une substance possédant la capacité de faire diminuer l'activité psychique. On appelle ces produits également sédatifs psychiques.
Référent	Professionnel de la Cellule d'évaluation et d'orientation qui s'occupe plus particulièrement du dossier d'une personne dépendante.
Référentiel temps de travail	Le référentiel temps de travail représente le nombre d'heures susceptibles d'être prestées par un équivalent temps plein (ETP), c'est-à-dire le nombre d'heures à prester, déduction faite des congés légaux, des jours fériés, des congés d'usage, de la formation, des congés de maladie, des congés liés à l'âge, etc.
Requis	Le concept d'aides et soins requis est un concept fondamental de l'assurance dépendance. Les aides et soins requis sont les aides et soins qu'un soignant estime nécessaires et suffisants pour une personne en perte d'autonomie. Une aide ou un soin sont requis lorsqu'ils répondent aux besoins de la personne en tenant compte de six critères : la pertinence, l'efficacité, l'équité, l'efficience, la préférence et la saturation.
Réseau d'aides et de soins	Un ensemble valablement constitué d'une ou de plusieurs personnes physiques ou morales assurant aux personnes dépendantes maintenues à domicile les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance. Tous les aides et soins délivrés dans le cadre d'un réseau d'aides et de soins doivent être prestés par des personnes exerçant leurs activités en vertu d'un agrément délivré par le ministre compétent en application de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans le domaine social, familial et thérapeutique et ayant conclu avec l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins.
Revenu annuel brut	Un ménage fiscal, peut obtenir, au cours de l'année, plusieurs revenus mensuels différents : salaire, pension, rente, allocations familiales, etc. auxquels s'ajoutent des revenus annuels tel que par exemple des primes, des gratifications. La somme de ces revenus est le revenu annuel brut.
Revenu annuel disponible	Le revenu annuel brut diminué des cotisations et des impôts correspond au revenu annuel disponible. C'est le revenu dont dispose le ménage théoriquement.

Revenu annuel équivalent	Un ménage à une personne seule disposant par exemple de 36 000 euros par an, soit 3 000 euros par mois, ne peut pas être comparé à un ménage composé de 2 adultes et 1 enfant disposant du même montant. Le moyen statistique utilisé pour contourner ce problème et pour tenir compte de la composition et de la taille du ménage est de diviser le revenu disponible du ménage par la taille équivalente du ménage, calculée avec l'échelle d'équivalence de l'OCDE. ¹⁾ Le résultat est le revenu disponible équivalent 1 adulte ou niveau de vie.
Service de détection et d'intervention précoce (SDIP)	Le Service de détection et d'intervention précoce (SDIP) est une structure rattachée au service psychiatrie de l'hôpital Kirchberg, qui accueille les adolescents souffrant de troubles psychiques / psychiatriques à des stades précoces. A cet effet, l'hôpital met à disposition le personnel, à savoir 3 psychologues, un éducateur gradué et un médecin spécialisé en pédopsychiatrie. Le service établit un diagnostic et assure, le cas échéant, une prise en charge et un suivi médico-psycho-social des jeunes concernés. L'objectif est d'offrir un accompagnement individualisé et adapté à l'âge de chaque jeune qui présente une vulnérabilité psychique et un risque potentiel de développer un trouble mental.
Seuil de pauvreté	Le seuil de pauvreté est un niveau de revenus au-dessous duquel un ménage est considéré comme pauvre. Ce seuil prend des valeurs radicalement différentes selon les pays considérés : pays développés ou pays en développement. Le seuil de pauvreté peut être défini de manière absolue (en fonction d'un panier de consommation minimale) ou relative (en pourcentage du revenu médian ou moyen).
Seuil d'entrée ou seuil	Locution utilisée dans l'assurance dépendance pour évoquer le minimum d'aides et soins requis pour bénéficier des prestations de l'assurance dépendance. Ce minimum correspond à 3,5 heures par semaine pour les actes essentiels de la vie.
Soins à domicile	Toute activité consistant à accomplir pour au moins trois personnes, principalement au domicile des usagers, des prestations de soins relevant des attributions des professions de santé.
Sous-intervenant	Intervenant qui contribue en complément du prestataire à l'exécution de l'ensemble du plan de prise en charge. Le sous-intervenant doit être de la même catégorie que le prestataire.
Sous-traitant	Intervenant non-prestataire (profession libérale, société de nettoyage, etc.) qui n'apparaît pas vis-à-vis de la CNS.

1) Ainsi, l'OCDE attribue un poids de 1 au premier adulte du ménage, puis 0,5 à chaque adulte supplémentaire (de 14 ans et plus) et 0,3 pour chaque enfant (de moins de 14 ans).

Stratégie de Lisbonne	La stratégie de Lisbonne, ou agenda de Lisbonne, ou processus de Lisbonne, est l'axe majeur de politique économique et de développement de l'Union européenne entre 2000 et 2010, décidé au Conseil européen de Lisbonne de mars 2000 par les quinze États membres de l'Union européenne d'alors. L'objectif de cette stratégie fixé par le Conseil européen de Lisbonne est de faire de l'Union européenne " l'économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde d'ici à 2010, capable d'une croissance économique durable accompagnée d'une amélioration quantitative et qualitative de l'emploi et d'une plus grande cohésion sociale ". Les moyens envisagés sont la réalisation d'une série de réformes globales et interdépendantes, alors que les actions menées par l'un des États membres seront d'autant plus efficaces que les autres États membres agiraient de concert. Les champs de réforme sont l'innovation comme moteur du changement, l'" économie de la connaissance " et le renouveau social et environnemental. À mi-parcours, en 2004-2005, l'analyse de la stratégie de Lisbonne a montré que celle-ci avait été jusqu'alors un échec parce que les États membres n'ont pas tenu leurs engagements pris selon la méthode ouverte de coordination, non contraignante. La stratégie a été recentrée en 2005 sur la croissance économique et l'augmentation de l'emploi.
Taux brut de natalité	Le taux brut de natalité est le rapport entre le nombre de naissances de l'année considérée et la population moyenne de l'année. La valeur est exprimée en 1 000 habitants.
Taux de dépendance	Il s'agit du ratio entre le nombre total de personnes âgées de moins de 15 ans et de plus de 64 ans, donc économiquement inactives, et le nombre de personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans).
Taux de dépendance (AD)	Il s'agit du ratio entre le nombre total de bénéficiaires de l'assurance dépendance et le nombre total de personnes protégées.
Taux de dépendance économique	Il s'agit du ratio entre la population totale diminuée du nombre de personnes actives et le nombre de personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans).
Taux de dépendance vieillesse	Cet indicateur est le ratio entre le nombre total de personnes âgées ayant atteint un âge auquel elles sont généralement économiquement inactives (65 ans et plus) et le nombre de personnes en âge de travailler (de 15 à 64 ans).
Taux de dépendance vieillesse économique (15-64 ans)	Rapport entre la population inactive âgée de 65 ans et plus et la population active âgée de 15 à 64 ans.
Taux brut de mortalité	Nombre de décès pour une période donnée dans une population donnée divisé par le nombre moyen de cette population durant cette période. Le TBM est influencé par le poids respectif des différentes causes de décès et par la composition par âge de la population.
Taux de fécondité	Rapport de naissances vivantes, une année donnée dans un groupe de femmes, sans considération d'état matrimonial, à l'effectif moyen de ce groupe.
Taux de risque de pauvreté	Proportion de personnes dont le revenu disponible équivalent se situe en-dessous du "seuil de pauvreté".

Temps requis non pondéré	Le temps non pondéré d'aides et de soins pour les trois domaines des actes essentiels de la vie (AEV), les tâches domestiques (TD) et les activités de soutien (SO), présente la durée réelle des prestations accordées au bénéficiaire. Il permet de mettre en évidence le volume du temps accordé au bénéficiaire.
Temps requis pondéré	Le temps pondéré est la référence légale pour les durées minimales et maximales des prestations. Il permet aussi d'évaluer le coût des prestations accordées au bénéficiaire. Pour ce calcul, on tient compte de deux coefficients ; le coefficient de qualification et le coefficient d'intensité. Et enfin, il permet les comparaisons entre les types de prestations (actes essentiels de la vie et activités de soutien).
Valorisation des aides techniques	Système de mise à disposition d'aides techniques, basé sur le recyclage des aides techniques. Le système de valorisation comprend la récupération, la réparation, le nettoyage et la désinfection de même qu'une révision technique du matériel.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AD	Assurance dépendance
ADAPTH	Association pour le Développement et la Propagation d'Aides Techniques pour Handicapé(e)s
AEV	Actes essentiels de la vie
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen (Deutschland)
APEHM	Association des Parents d'Enfants Mentalement Handicapés
APGH	Allocation spéciale pour personnes gravement handicapées
ASFT	Activités sociales, familiales ou thérapeutiques
ASSDEP	Assurance dépendance
ASP	Accompagnement socio-pédagogique
AST	Service de l'action socio-thérapeutique
AT	Aides techniques
ATC	Classification anatomique, thérapeutique et chimique (système de classification internationale des médicaments, contrôlé par l'OMS)
AVC	Accident vasculaire-cérébral
CAF	Common Assessment Framework
CC	Convention-cadre
CCSS	Centre commun de la sécurité sociale
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CATP	Certificat d'aptitude technique et professionnelle
CCT	Convention collective de travail
CEO	Cellule d'évaluation et d'orientation
CHNP	Centre hospitalier neuropsychiatrique
CIM-10	Dixième édition de la classification internationale des maladies (en anglais : ICD-10)
CIPA	Centre intégré pour personnes âgées
CMSS	Contrôle médical de la sécurité sociale
CNPD	Commission nationale pour la protection des données
CNS	Caisse nationale de santé
CO	Activités de conseil
COPAS	Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins
CRDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées
CSS	Code de la sécurité sociale
CSSTA	Centre semi-stationnaire
CTMSP	Classification par type en milieu de soins et services prolongés
EGIPA	Entente des gestionnaires d'institutions pour personnes âgées
EGCA	Entente des gestionnaires de centres d'accueil
EHL	Entente des Hôpitaux Luxembourgeois
e.m.	Expansion de la morbidité
EROS	Equipe de recherche opérationnelle en Santé Inc.
ESC	Etablissement d'aides et de soins à séjour continu

ESI	Etablissement d'aides et de soins à séjour intermittent
ESSAD	Equipe de soins spécialisés à domicile (Stëftung Hëllef Doheem)
ETP	Equivalent temps plein
FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
FR	Fauteuil roulant
FNS	Fonds national de solidarité
FTP	File Transfert Protocol (protocole de communication destiné à l'échange informatique de fichiers sur un réseau TCP/IP)
HAS	Haute Autorité de Santé en France
ICD-10	International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (en français CIM-10)
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale
INSAR	International Society for Autism Research
ITM	Inspection du Travail et des Mines
m.c.	Morbidité constante
MdS	Maison de soins
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAEX	Projet d'action expérimentale
PPCH	Plan de prise en charge
QMR	Qualification minimale requise
RAS	Réseau d'aides et de soins
RMG	Revenu minimum garanti
RPGH	Revenu pour personne gravement handicapée
RTT	Référentiel temps de travail
SAS	Secteur d'aides et de soins
SDIP	Service de détection et d'intervention précoce
SED	Service d'évaluation et de détermination (CEO)
SHD	Stëftung Hëllef Doheem
SMA	Service des moyens accessoires, asbl. née de l'Inspection sanitaire du Ministère de la santé, fournisseur spécialisé d'aides techniques ayant conclu une convention avec la Caisse nationale de santé sur base de l'article 394 du Code de la sécurité sociale.
SO	Activités de soutien
SOD	Service d'orientation des dossiers (CEO)
SQ	Service de la qualité (CEO)
TD	Tâches domestiques
TH	Travailleur handicapé
UCM	Union des caisses de maladies (fusionnée en 2009 pour former la CNS)
VM	Valeur monétaire

BIBLIOGRAPHIE

- Adapth asbl (2010) : " Rapport d'activités ", Luxembourg.
- Aliaga C., Woitrain E. (1999) : " L'accueil familial de personnes âgées et d'adultes handicapés ", DREES Etudes et Résultats, France.
- Aliaga C., Neiss M. (1999) : " Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution ", DREES Etudes et Résultats, France.
- ALOSS (2005) : " Long-term Care for Older Persons Conference organised by the Luxembourg Presidency with the Social Protection Committee of the European Union 12 and 13 May 2005 ", Bulletin luxembourgeois des questions sociales, volume 19, Luxembourg.
- ALOSS (2008) : " Journée Nationale de l'Assurance Dépendance - 17 octobre 2007 ", Bulletin luxembourgeois des questions sociales, volume 24, Luxembourg.
- Badeyan G., Colin C. (1999) : " Les personnes âgées dans les années 90 perspectives démographiques, santé et modes d'accueil ", DREES Etudes et Résultats, France.
- Bastian N. (2004) : " Les droits individuels de la personne protégée dans le cadre de l'application de la législation relative à l'assurance dépendance ", Bulletin luxembourgeois des questions sociales, volume 16, Luxembourg.
- Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011) : " Demenz-Report Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können ", Deutschland.
- Bontout O., Colin C., Kerjosse R. (2002) : " Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 ", DREES Etudes et Résultats, France.
- Borchert L., Rothgang H. (2005) : " Pflegeverläufe älterer Menschen. Eine deskriptive Längsschnittstudie über die Jahre 2000 bis 2004 ", GEK Deutschland.
- Borrel C. (1999) : " La prestation spécifique dépendance 1er bilan au 31 décembre 1998 ", DREES Etudes et Résultats, France.
- Borrel C. (1999) : " La prestation spécifique dépendance au 31 mars 1999 ", DREES Etudes et Résultats, France.
- Borrel C. (1999) : " La prestation spécifique dépendance au 30 juin 1999 ", DREES Etudes et Résultats, France.
- Bressé S. (2004) : " Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002 ", DREES Etudes et Résultats, France.
- Bundesministerium für Familie, Senioren und Jugend (2005) : " Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland ", Sachverständigenkommission, Deutschland.
- Bundesministerium für Familie, Senioren und Jugend (2008) : " Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung ", Deutschland.
- Bundesministerium für Gesundheit (2008) : " Gut zu wissen - das Wichtigste zur Pflegereform 2008 ", Deutschland.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009) : " Bericht des Beirats zur Ueberprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ", Beirat Deutschland.

- CEPS/INSTEAD (2004) : " L'impact du loyer fictif sur la distribution des revenus ", Population & Emploi N°2, Luxembourg.
- CEPS/INSTEAD (2007) : " L'Assurance Dépendance Les personnes dépendantes vivant à domicile : évaluation de leur satisfaction ", Luxembourg.
- CEPS/INSTEAD (2009) : " The economic position of the elderly in Luxembourg in a cross-national perspective ", Vivre au Luxembourg N°59, Luxembourg.
- Chambre des députés du Grand-Duché de Luxembourg (1997) : " Projet de loi n°4216/02 portant introduction d'une assurance dépendance ", avis du Conseil d'Etat, Dossier parlementaire, Luxembourg.
- Cloos J. M. (2006) : " Les benzodiazépines au Grand-Duché de Luxembourg ", Strasbourg, France.
- Cloutier R., Lanners R. (2004) : " Rapport d'évaluation du projet-pilote, la cordée ", Luxembourg.
- COPAS (2011) : "COPAS News N°2 juin 2011", Bulletin d'information de la fédération des organismes prestataires d'aides et de soins.
- Coyte P. C., Goodwin N., Laporte A. (2008) : " How can the settings used to provide care to older people be balanced? ", WHO, Suisse.
- Delbès C., Gaymu J. (2005) : " Situations matrimoniales et ménages des personnes âgées : Quelles évolutions ? ", CAIRN.INFO, France.
- Dutheil N. (2001) : " Les aides et aidants des personnes âgées ", DREES Etudes et Résultats, France.
- Dutheil S., Scheidegger S. (2006) : " Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement ", DREES Etudes et Résultats, France.
- Eenschooten M. (2001) : " Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus ", DREES Etudes et Résultats, France.
- EROS (Equipe de recherche opérationnelle en Santé) (1985) : " Le système CTMSP (classification par types en milieu de soins et services) ", Université de Montréal, Canada.
- European Commission (2008) : " The 2009 Ageing Report : Underlying Assumptions and projection Methodologies for the EU-27 Member States (2007-2060) ", Joint report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), Bruxelles, Belgique.
- European Commission (2012) : " The 2012 Ageing Report : Underlying assumptions and projection methodologies ", DGEFCIN, European Economy 4/2011, Bruxelles, Belgique.
- Fachhochschule IENA, PRICEWATERHOUSECOOPERS LUXEMBOURG (2010) : " Manuel relatif à la saisie des activités dans les maisons de retraite et établissements de soins stationnaires luxembourgeois ", étude commandée par le gouvernement luxembourgeois, Luxembourg.
- Gerber P., Bousch P. (2004) : " Personnes âgées Ville de Luxembourg Conclusion générale et perspectives ", Cellule GEODE, CEPS/INSTEAD, Luxembourg.
- Gerber P. (2005) : " Les territoires de bien-être des personnes âgées : le cas de la Ville de Luxembourg ", CEPS/INSTEAD, Luxembourg.
- Gerber P. (2005) : " Ville de Luxembourg et personnes âgées vivant à domicile : les principaux résultats de l'enquête ", CEPS/INSTEAD, Luxembourg.
- Gisserot H., Grasse E. (2007) : " Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix ", Ministère de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille, Paris, France.

- Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, Ministère de la Santé, Ministère de la Famille et de l'Intégration (2011) : " Premier rapport relatif à l'application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et l'accompagnement en fin de vie ", Luxembourg.
- Haute Autorité de Santé (2007) : " Traitement de la surdité par pose d'implants cochléaires ou d'implants du tronc cérébral ", France.
- Igl G., Joel M. E., Kerschen N., Knipscheer K. (1993): " La dépendance des personnes âgées. I : Prise en charge et financement en Allemagne, en France et aux Pays-Bas. II : Bilan du système luxembourgeois de prise en charge des personnes âgées dépendantes et propositions de réforme ", Luxembourg.
- INSIGHT SantéSécu, Ausgabe 3/2010.
- Inspection générale de la sécurité sociale (2011) : " Rapport général sur la sécurité sociale 2010 ", Luxembourg.
- Inspection générale de la sécurité sociale (2012) : " Code de la sécurité sociale - Lois et règlements ", Luxembourg.
- Jacobzone S., Cambois E., Robine J. M. (2000) : " La santé des personnes âgées dans les pays de l'OCDE s'améliore-t-elle assez vite pour compenser le vieillissement de la population? ", Revue économique de l'OCDE N°30, France.
- Kerschen N. (2008) : " La difficile reconnaissance de l'aidant dans l'assurance dépendance luxembourgeoise ", CNRS Paris, France.
- Kolb P. (2000) : "L'enfant dans l'assurance dépendance", mémoire présenté pour l'accession au statut de fonctionnaire, Ministère de la sécurité sociale, Luxembourg.
- Lanners R. (2000) : " Détermination de la dépendance chez l'enfant en bas âge ", thèse de doctorat en pédagogie curative, Université de Fribourg, Suisse.
- Lakdawalla D., Philipson T. (1998) : " The rise in old age longevity and the market for long-term care ", NBER Working Paper 6547.
- Le Bihan B. (2002) : " La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède : une étude de cas-types ", DREES Etudes et Résultats, France.
- Lundsgaard J. (2005) : " Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care : How it helps improve care outcomes, employment and fiscal sustainability? ", OECD Health Working Papers 20, France.
- Menning S. (2008): " Ältere Menschen in einer alternden Welt - Globale Aspekte der demografischen Alterung ", GeroStat Statistisches Informationssystem Deutschland.
- Michaudon H. (2002) : " Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID ", DREES Etudes et Résultats, France.
- Ministère des Finances (2012) : " 13e actualisation du programme de stabilité et de croissance du Grand-Duché de Luxembourg pour la période 2012-2015 ", Luxembourg.
- Ministère de la Famille et de l'Intégration (2005) : " Rapport d'activités ", Luxembourg.
- Ministère du Logement (2010) : " Rapport d'activités ", Luxembourg.
- Ministère de la Famille et de l'Intégration (2011) : " Plan d'action de mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) du Gouvernement luxembourgeois ", Luxembourg.

- Ministère de la Sécurité sociale, en collaboration avec le Ministère du Budget, le Ministère de la Famille et le Ministère de la Santé (1995) : " La dépendance au Luxembourg, analyse de l'existant et concept pour l'avenir ", Luxembourg.
- Ministère de la Sécurité sociale (2001) : " Bilan général sur l'application et l'exécution de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance ", IGSS, CEO, Luxembourg.
- OECD (1998) : " Long-term care services for older people, a perspective on future trends : the impact of an improving health of older persons ", Ageing Working Papers AWP 4.2, France.
- Les projets de l'OCDE sur la santé (2005) : " Les soins de longue durée pour les personnes âgées ", OCDE, Paris, France.
- OECD (2006) : " Projecting OECD health and long-term care expenditures : what are the main drivers? ", Economic Department Working Papers N° 477, France.
- OECD (2009) : " Panorama de la santé 2009, Les indicateurs de l'OCDE ", OCDE, Paris, France.
- OECD (2009) : " Policies for Healthy Ageing : An Overview ", OECD Health Working Paper N° 42, France.
- OECD (2011): "Help Wanted? Providing and paying for long-term care ", OECD Health Policy Studies, Paris, France.
- OMS (1976) : " Classification anatomique, thérapeutique et chimique ", système de classification internationale des médicaments, contrôlé par l'OMS, Genève, Suisse.
- Organisation Internationale de Normalisation (ISO) (2002) : " ISO 9999 : 2002 Aides techniques pour personnes atteintes d'incapacités - Classification et terminologie ", Suisse.
- Petite S., Weber A. (2006) : " Les effets de l'Allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées ", DREES Etudes et Résultats, France.
- Poulain (2006) : " FELICIE Future Elderly Living Conditions In Europe ", 5th Research Programme Framework "Quality of life".
- PRICEWATERHOUSECOOPERS LUXEMBOURG, Fachhochschule IENA, Prof. Dr. Olaf SCUPPIN (2009): " Fachkonzept Kostenträgerrechnung, Entwicklung einer Kostenträgerrechnung für die stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen in Luxemburg ", Luxembourg.
- Seidl C., Kruse A., Schmitt E., Druyen E., Filipp S.-H., Mayer A.-K., Backes G. M. (2005) : " Alter und Altern ", Aus Politik und Zeitgeschichte 49-50/2005, Deutschland.
- Seywert D. (1998) : " Assurance dépendance, la Cellule d'évaluation et d'orientation ", mémoire présenté pour l'accession au statut du fonctionnaire, Ministère de la sécurité sociale, Luxembourg.
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung.
- STATEC (2006) : " Projection des ménages privés 2005-2030 ", Economie et statistiques N°9, Luxembourg.
- STATEC (2008) : " Rapport Travail et Cohésion sociale ", Cahier économique N° 107, Luxembourg.
- Statistisches Bundesamt (2007) : " Pflegestatistik 2007 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse ", Wiesbaden, Deutschland.
- Statistisches Bundesamt (2009) : " Bevölkerung Deutschlands bis 2060 ", DSTATIS, Berlin, Deutschland.
- Tugores F. (2005) : " Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel Premiers résultats de l'enquête EHPA 2003 ", DREES Etudes et Résultats, France.

- Tugores F. (2006) : " La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées Situation au 31 décembre 2003 ", DREES Etudes et Résultats, France.
- VALAIS (Canton), Département des finances, des institutions et de la santé - Service de la santé publique (2011) : " Les personnes atteintes de pathologies démentielles ; Etat des lieux en Valais - Recommandations ", Suisse.
- Weber A. (2006) : " Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005 ", DREES Etudes et Résultats, France.

SITES INTERNET

www.who.org
www.infomations.handicap.fr
www.mss.public.lu
www.eur-lex.europa.eu
www.copas.lu
www.ec.europa.eu
www.vie-publique.fr
www.adapth.lu
www.statistiques.public.lu
www.statsecu.public.lu
www.md.ucl.ac.be

RÉFÉRENCES LÉGALES

- Directive 98/37/CE du Parlement européen et du Conseil du **22 juin 1998** concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux machines.
- Loi du **16 août 1968** portant création d'un Centre de logopédie et de Services audiométrique et orthophonique.
- Loi du **14 mars 1973** portant création d'instituts et de services d'éducation différenciée.
- Loi du **16 avril 1979** portant création d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées.
- Loi du **15 mai 1987** portant modification de la loi modifiée du 16 avril 1979 portant création d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées.
- Loi du **22 mai 1989** portant création d'une allocation de soins et organisant le placement dans une maison de soins.
- Loi du **28 juin 1994** modifiant et complétant a) la loi modifiée du 10 août 1912 concernant l'organisation de l'enseignement primaire ; b) la loi modifiée du 14 mars 1973 portant création d'instituts et de services d'éducation différenciée ; en faveur de la participation d'enfants affectés d'un handicap à l'enseignement ordinaire et de leur intégration scolaire.
- Loi modifiée du **19 juin 1998** portant introduction d'une assurance dépendance et les différents règlements d'exécution.
- Loi du **8 septembre 1998** réglant les relations entre l'Etat et les organismes sociaux, familiaux et thérapeutiques (dite loi ASFT).
- Loi du **29 avril 1999** portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.
- Loi du **22 décembre 2000** portant a) reprise de l'établissement public " centres de gériatrie " par l'établissement public " Centres, Foyers et Services pour personnes âgées " b) modification de la loi du 23 décembre 1998 portant création de deux établissements publics dénommés 1) Centres, Foyers et Services pour personnes âgées et 2) centres de gériatrie.
- Loi **29 mars 2001** portant sur l'accessibilité des lieux ouverts au public.
- Loi du **12 septembre 2003** relative aux personnes handicapées et portant modification 1. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat ; 2. de la loi du 22 avril 1966 portant réglementation uniforme du congé annuel payé des salariés du secteur privé ; 3. de la loi modifiée du 12 mars 1973 portant réforme du salaire social minimum ; 4. de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi ; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet ; 5. de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales ; 6. de la loi modifiée du 27 juillet 1987 concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie ; 7. de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la SNCFL ; 8. de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension et 9. le CAS.
- Loi du **30 avril 2004** autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.
- Loi du **25 janvier 2006** modifiant a) la loi du 29 juin 2004 sur les transports publics ; b) la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.

- Loi du **28 novembre 2006** portant 1. transposition de la directive 2000/43/CE du Conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en oeuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique ; 2. transposition de la directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail ; 3. modification du Code du travail et portant introduction dans le Livre II d'un nouveau titre V relatif à l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail ; 4. modification des articles 454 et 455 du Code pénal ; 5. modification de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées.
- Loi du **22 décembre 2006** promouvant le maintien dans l'emploi et définissant des mesures spéciales en matière de sécurité sociale et de politique de l'environnement et portant 1. modification du Code du travail ; 2. modification de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu ; 3. modification de la loi modifiée du 24 décembre 1977 autorisant le Gouvernement à prendre des mesures destinées à stimuler la croissance économique et à maintenir le plein emploi ; 4. modification des articles 100, 161, 239, 375 et 376 du Code des assurances sociales ; 5. modification de la loi modifiée du 26 mars 1974 portant fixation de suppléments de pension à allouer aux personnes devenues victimes d'actes illégaux de l'occupant en cas d'invalidité ou de décès précoces ; 6. modification de la loi modifiée du 24 juillet 2001 concernant le soutien au développement rural ; 7. réforme de la taxe sur les véhicules routiers ; 8. modification de la loi modifiée du 15 février 1955 concernant la réglementation sur toutes les voies publiques ; 9. introduction d'une contribution changement climatique sur les carburants et modifiant la loi modifiée du 23 décembre 2004 établissant un système d'échange de quotas d'émission de gaz à effet de serre ; créant un fonds de financement des mécanismes de Kyoto ; et modifiant l'article 13bis de la loi modifiée du 10 juin 1999 relative aux établissements classés ; 10. modification de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'Etat ; 11. établissement de la participation du Grand-Duché de Luxembourg aux Fonds carbone de la Banque Mondiale et de la Banque Européenne pour la Reconstruction et le Développement ; 12. modification de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'Etat.
- Loi du **13 mai 2008** portant introduction d'un statut unique.
- Loi du **16 mars 2009** relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat ; 3. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux ; 4. le Code du travail.
- Loi du **28 juillet 2011** portant 1. approbation de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, faite à New York, le 13 décembre 2006 ; 2. approbation du Protocole facultatif à la Convention relative aux droits des personnes handicapées relatif au Comité des droits des personnes handicapées, fait à New York, le 13 décembre 2006 ; 3. désignation des mécanismes indépendants de promotion, de protection et de suivi de l'application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.
- Loi du **16 décembre 2011** portant modification 1. de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ; 2. du Code du travail ; 3. de la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail.

- Règlement grand-ducal du **10 juin 1985** portant modification des montants de base des allocations familiales, des allocations de naissance et de l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées.
- Règlement grand-ducal du **23 décembre 1992** portant nouvelle fixation des montants de l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées.
- Règlement grand-ducal du **5 novembre 1999** déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance.
- Règlement grand-ducal, à savoir le règlement grand-ducal du **23 avril 2004** concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées et portant exécution de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.
- Règlement grand-ducal du **21 décembre 2006** déterminant en exécution de l'article 361 du Code des assurances sociales les modalités d'un projet d'actions expérimentales relatif à la prise en charge en petite unité de vie de personnes souffrant d'une neuro-dépendance.
- Règlement grand-ducal du **16 décembre 2008** déterminant en exécution de l'article 361 du Code des assurances sociales les modalités d'un projet d'action expérimentale au sujet de la garde de nuit à domicile.
- Règlement grand-ducal du **19 décembre 2008** portant modification du règlement grand-ducal du 23 avril 2004 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes handicapées et portant exécution de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.
- Règlement grand-ducal du **10 décembre 2009** portant modification du règlement grand-ducal du 23 décembre 1999 concernant l'agrément gouvernemental à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées et portant exécution de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.
- Règlement grand-ducal du **20 avril 2010** modifiant le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3. les produits nécessaires aux aides et soins.
- Règlement grand-ducal du **11 juin 2010** - modifiant le règlement grand-ducal du 24 août 1968 relatif aux prescriptions de sécurité pour les pistolets de scellement, les cartouches et les pointes ; - modifiant le règlement grand-ducal du 25 octobre 1999 relatif aux ascenseurs ; - abrogeant le règlement grand-ducal modifié du 8 janvier 1992 relatif aux machines.
- Règlement grand-ducal du **17 décembre 2010** modifiant le règlement grand-ducal du 27 septembre 2004 portant exécution de la loi du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit.
- Convention-cadre du **8 janvier 2010** signée entre la Caisse nationale de santé et la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins ayant pour objet de définir, dans le cadre de la législation relative à l'assurance dépendance, les rapports entre la Caisse nationale de santé et les prestataires d'aides et de soins.

