



Commentaires accompagnant la présentation du bilan de l'assurance dépendance

23 mai 2013

Mise en place par la loi du 19 juin 1998, l'assurance dépendance, cinquième branche de la sécurité sociale du Luxembourg constitue une incontestable avancée sociale pour le Luxembourg

Le bilan réalisé par l'IGSS avec la collaboration de la CEO et de la CNS décrit l'ensemble des réalisations mises en place dans le cadre de l'assurance dépendance. Il appartient maintenant aux décideurs et à tous les acteurs d'en prendre connaissance et de les analyser pour en relever les points positifs et proposer, en concertation, les améliorations qui s'imposent.

La construction de l'assurance dépendance a été guidée par quatre principes directeurs :

- La priorité au maintien à domicile ;
- La priorité aux prestations en nature ;
- La priorité aux mesures de rééducation ;
- La continuité des soins.

Elle a pour objet de répondre au besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie, à savoir les actes relevant des domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité.

Qui sont les bénéficiaires de l'assurance dépendance ?

Entre 2000 et 2010, leur nombre a plus que doublé.

Au 31 décembre 2000, les bénéficiaires étaient au nombre de 5 810 et représentaient 1.4% de la population protégée résidente. En 2010, ils sont au nombre de 11 706 et représentent 2.4% de la population protégée résidente.

Leurs caractéristiques :

Ce sont en majorité des résidents (97.2% en 2010). La proportion des non-résidents tend cependant à augmenter, passant de 1.3 % en 2000 à 2.9% en 2010.

Il s'agit majoritairement d'une population âgée. En 2010, l'âge moyen de la population dépendante est de 72 ans. 50.8% du groupe des bénéficiaires appartiennent au groupe d'âge des octogénaires et au-delà.

L'assurance dépendance n'est pas réservée aux personnes âgées : on relèvera aussi que 19,5% des bénéficiaires ont moins de soixante ans.

Le groupe des bénéficiaires se compose en majorité de femmes (66% en 2010). Entre 2000 et 2010, leur proportion dans l'ensemble a cependant diminué au profit des hommes.

L'âge moyen à l'entrée dans la dépendance a augmenté : il était de 74.5 ans en 2000. Il est de 75.3 ans en 2010.

Parmi les bénéficiaires, 67% se trouvent à domicile et 33% se trouvent en établissement. La proportion de bénéficiaires à domicile a considérablement augmenté entre 2000 et 2010. Ils ne représentaient alors que 59%.

Le nombre de lits disponibles en établissement (5 544 en 2010) est occupé par 70% des personnes dépendantes. En 2000, ce taux d'occupation était de 56.6%.

A titre d'information, on signalera qu'en 2010, le taux de lits pour 1 000 habitants de plus de 65 ans correspond à 79.1, nettement supérieur à celui de la Belgique, de l'Allemagne et de la France.

Les mouvements dans la population des bénéficiaires

Entre 2000 et 2010, l'assurance dépendance a enregistré 22 333 nouveaux bénéficiaires. Elle a enregistré 14 142 décès et 563 sorties (retour à l'autonomie ou perte de l'affiliation). La durée moyenne dans la dépendance est de 18.2 mois. Elle correspond à 27 mois en établissement et 11.7 mois à domicile.

Les causes de la dépendance

Que ce soit en 2000 ou en 2010, les deux diagnostics que l'on recense le plus souvent sont la démence et la polyarthrose.

Un chapitre du bilan a été consacré aux bénéficiaires dépendants atteints d'une maladie démentielle. Ils représentent 33,5% de l'ensemble des bénéficiaires. 61% d'entre eux se trouvent en établissement d'aide et de soins. Les dépenses pour ces bénéficiaires représentent 74.2% de l'ensemble des dépenses de l'assurance dépendance.

Avant de parler des prestations, on rappellera enfin les deux études sur la satisfaction des bénéficiaires, réalisée respectivement en 2006 par le CEPS-INSTEAD et en 2009 par le CRP- santé. Ces études permettaient l'une et l'autre de conclure à une grande satisfaction des bénéficiaires : à domicile, on relevait un taux de 89% de satisfaction. En établissement, ce taux s'élevait à 95%.

Les prestations requises

Les prestations requises sont les aides et soins que la CEO retient après l'évaluation du bénéficiaire. Ce sont les prestations auxquelles le bénéficiaire a droit. Il est question du temps non pondéré, c'est-à-dire du temps effectivement accordé au bénéficiaire. A l'exception du temps requis pour les actes essentiels de la vie qui présente peu de variation entre 2000 et 2010, on constate une grande augmentation du temps requis si l'on compare l'année 2000 et l'année 2010. Cette augmentation est particulièrement visible pour les activités de soutien qui passent d'un temps moyen de 8.8 heures par semaine en 2000 à un temps moyen de 25.1 heures par semaine en 2010. La différence est particulièrement importante pour les activités de soutien requises en établissement où elles passent de 4,1 heures par semaine en 2000 à 34.6 heures en 2010.

Si l'on regarde la distribution par décile du temps requis, on relève que 30% des bénéficiaires se partagent 50% des prestations.

Il est important aussi d'évoquer deux types particuliers de prestations de l'assurance dépendance, à savoir les aides techniques et les adaptations du logement. Ces deux types de prestations peuvent être accordés sans égard au besoin minimum de 3,5 heures par semaine pour les actes essentiels de la vie.

Pour l'année 2010, on recensait 32 704 aides techniques à disposition de 11 927 bénéficiaires. Pour l'année 2010, leur coût représentait 9.9 millions d'EUR.

Entre 2000 et 2010, 798 adaptations du logement ont été réalisées à charge de l'assurance dépendance. Sur l'ensemble de la période, leur coût représente 9.2 millions. Pour l'année 2010, leurs dépenses ont représenté 2.3 millions d'EUR.

L'organisation de l'assurance dépendance

L'assurance dépendance repose sur trois piliers : La Caisse nationale de Santé, la Cellule d'évaluation et d'orientation et les prestataires, réseaux et établissements, regroupés en fédération depuis 2011.

La Caisse nationale de Santé est l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. L'un de ses départements est dédié à la gestion de l'assurance dépendance : enregistrement des demandes et émission des décisions établissement des budgets et des décomptes et négociation des valeurs monétaires. Ce département comporte trois services et est composé de 14 agents.

La Cellule d'évaluation et d'orientation est chargée de l'évaluation de la dépendance et du contrôle de la qualité et de la quantité des prestations apportées. Elle compte 49 collaborateurs permanents. Depuis plusieurs années, soutenues par le Ministère de la Fonction publique et de la réforme administrative, elle s'est engagée dans une démarche d'amélioration continue.

Les prestataires quant à eux se sont associés pour constituer une fédération chargée de la défense des intérêts communs de tous les prestataires.

Les prestataires d'aides et de soins

L'aidant informel

La loi sur l'assurance dépendance permet de convertir les prestations en nature en prestations en espèces. Ces prestations sont destinées à permettre à une personne dépendante de se procurer des aides et soins auprès d'une ou plusieurs personnes de son entourage, en dehors d'un réseau d'aide et de soins.

Habituellement cette personne est appelée « aidant informel ». La loi ne lui a cependant donné aucun statut. Pour cette raison, l'assurance dépendance ne dispose que de peu de données à son sujet. Pour dénombrer ces personnes, on peut tout au plus se rapporter au nombre de prestations en espèces accordées. Au 31 décembre de l'année 2010, on recense 6 019 bénéficiaires de prestations en espèces.

Lors de l'étude sur la satisfaction des bénéficiaires réalisée par le CEPS en 2006, on avait pu conclure sur base des informations recueillies que dans 94% des cas, l'aidant informel était un membre de la famille.

La loi prévoit aussi la possibilité de prendre en charge la cotisation à l'assurance pension de l'aidant informel. Dans la pratique, on constate cependant que cette possibilité est peu utilisée. Sur l'ensemble des onze années considérées, on compte 2 545 personnes à avoir sollicité ce bénéfice. Pour la seule année 2010, on recense 1 218 aidants. Comparés aux nombre de bénéficiaires de prestations en espèces, ils représentent 20%.

Les différents types de prestataires actifs

Entre 2000 et 2010, on constate une importante expansion du secteur des aides et soins. Entre 2000 et 2010, le nombre de prestataires a plus que triplé, passant d'un nombre de 66 en 2000 à 246 en 2010.

On relèvera l'apparition d'une nouvelle catégorie de prestataires en 2007, à savoir les établissements à séjour intermittent. Ce type de prestataire a été introduit lors des modifications légales de 2005. La loi de 1998 reconnaissait seulement deux types de prestataires, les établissements d'aide et de soins et les réseaux d'aide et de soins. Tous les prestataires opérant au service des personnes handicapées, quel qu'ait été leur mode de fonctionnement, relevait de la catégorie des réseaux d'aide et de soins et partageaient la même valeur monétaire. Les établissements à séjour intermittent ont été introduits afin de permettre d'appliquer à ces prestataires, une valeur monétaire correspondant à leurs charges spécifiques. Les centres semi stationnaires quant à eux disposaient de contrats de sous-traitance avec les réseaux et relevaient également de la même valeur monétaire.

En ce qui concerne le détail des prestataires, la situation 2000/ 2010 n'est dès lors pas tout à fait comparable.

Les ressources humaines des prestataires d'aides et de soins

En ce qui concerne les ressources humaines chez les prestataires d'aides et de soins, on ne peut que relever une importante augmentation. Dans l'ensemble, le nombre d'équivalents temps plein a presque doublé (augmentation de 197%).

La part des ETP d'aides et de soins a connu une augmentation proportionnellement plus importante : leur nombre a augmenté de 240%, montrant ainsi que les efforts les plus importants ont porté sur le domaine des aides et soins. La variation la plus importante concerne les centres semi stationnaires dont le personnel a été multiplié par 4,5 entre 2000 et 2010.

Les prestations facturées

Il a été précédemment question des prestations requises à savoir celles qui ont été retenues au plan de prise en charge du bénéficiaire après son évaluation par la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Les prestations facturées sont les prestations effectivement apportées au bénéficiaire et facturées à la Caisse nationale de Santé.

Les dépenses de l'assurance dépendance sont trois fois plus élevées en 2010 si on les compare à l'année 2000 (123 millions en 2000/ 416 millions en 2010).

Le coût moyen d'un bénéficiaire en 2000 représentait 21 170 EUR par an. Il représente 35 537 EUR en 2010.

Dans l'ensemble, les dépenses ont augmenté 1,8 fois plus vite que le nombre de bénéficiaires.

De 2000 à 2010, le coût moyen des prestations a augmenté davantage en établissement qu'à domicile. En 2010, on observe un coût annuel moyen de 14 454 EUR pour les bénéficiaires à domicile (11 000 en 2000). On observe un coût annuel moyen de 54 200 EUR pour les bénéficiaires en établissement (34 860 en 2000). Si on rapporte ces dépenses aux heures de prestations facturées, on constate que les prestations pour les actes essentiels de la vie présentent plus de variation en établissement qu'à domicile. La moyenne de l'ensemble reste stable.

L'augmentation la plus marquée concerne les activités de soutien qui doublent en établissement, alors qu'elles augmentent à peine de 11% à domicile. Dans l'ensemble, elles augmentent de 54%.

Dans l'ensemble des dépenses, les actes essentiels de la vie représentent 51.7%. Les activités de soutien représentent 25%.

Lorsque l'on regarde la situation financière dans l'ensemble, on remarque que les dépenses dépassent les recettes, sauf en 2007, 2008 et 2009, après l'augmentation du taux de cotisation. Il y a lieu d'ajouter qu'après l'ajustement du taux de cotisation, la participation de l'Etat a été gelée à 140 millions d'EUR, ce qui représente beaucoup moins que 40 % des dépenses, tel que cela avait été prévu dans la loi.

Depuis 2010, il est à nouveau fait appel à la réserve pour couvrir les dépenses.

Les projections

Pour réaliser les projections, il a été fait appel au scénario le plus pessimiste, à savoir celui de l'expansion de la morbidité. Ainsi, on suppose que la population vieillit et que les personnes deviennent dépendantes au même âge qu'actuellement. Le scénario ne tient pas compte de l'éventualité que les personnes pourraient vivre plus longtemps en bonne santé.

Avec ce scénario, on peut prévoir que le total des bénéficiaires de prestations augmenterait de 2.2% par an : 2.6 en établissement, 2.0% à domicile et 1.4% à l'étranger. Ainsi, on atteindrait un total de 18 088 bénéficiaires en 2030.

En ce qui concerne la situation financière de l'assurance dépendance on prévoit que les dépenses augmentent plus rapidement que les recettes. Le solde des opérations courantes est négatif à partir de 2013. Pour combler cette différence il faut recourir à la réserve qui diminuera de manière systématique. L'équilibre financier est assuré jusque fin 2015.

A long terme l'équilibre financier de l'assurance dépendance est acquis si le taux d'équilibre de l'exercice 2030 s'élève à 1.73%. Le taux de croissance de l'emploi intérieur devrait représenter 2.1%.